



Suicídio

compreender, identificar e intervir



Vários autores.

Suicídio:
compreender, identificar e intervir.
1ª edição

São Paulo
Sociedade Brasileira de Neuropsicologia (SBNp)
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Agência Brasileira do ISBN - Bibliotecária Priscila Pena Machado CRB-7/6971

S948 Suicídio : compreender, identificar e intervir [recurso eletrônico] / [organizador Victor Polignano Godoy]. - São Paulo : Sociedade Brasileira de Neuropsicologia, 2018.
Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.
ISBN 978-85- 68167-07-6

1. Suicídio. 2. Suicídio - Prevenção. 3. Neuropsicologia.
4. Comportamento suicida. 5. Abordagens psicológicas. I. Godoy, Victor Polignano. II. Título.

CDD 362.28

Sociedade Brasileira de Neuropsicologia (SBNp)



Suicídio

compreender, identificar e intervir

www.sbnpbrasil.com.br/

SBNp Jovem

Presidente

Victor Polignano Godoy

Vice-presidente

Thais Dell'Oro de Oliveira

Secretário Geral

Lucas Matias Felix

Membros da SBNp Jovem

Alberto Timóteo (MG)

Alexandre Marcelino (MG)

Ana Luiza Costa Alves (MG)

Ana Paula Toome Wauke (RS)

André Ponsoni (RS)

Emanuelle Oliveira (MG)

Júlia Scalco (RS)

Luciano Amorim (PA)

Maila Holz (RS)

Marcelo Leonel (RJ)

Mariana Cabral (MG)

Mariuche Gomides (MG))

Nathália Cheib (MG)

Priscila Corção (RJ)

Waleska Sakib (GO)

Presidente

Deborah Amaral de Azambuja

Vice-presidente

Rochele Paz Fonseca

Tesoureira Geral

Andressa Moreira Antunes

Tesoureira Executiva

Beatriz Bittencourt Granjo

Secretária Geral

Katie Almondes

Secretária Executiva

Luciana Siqueira

Conselho deliberativo

Annelise Júlio Costa

Leandro Malloy-Diniz

José Neader Abreu

Paulo Mattos

Conselho Fiscal

Fernando Costa Pinto

Lúcia Iracema Mendonça

Marina Nery

Sumário



Apresentação | Pág. 08

Prefácio | Pág. 10

Sessão 1

Pág. 12 | **Quick Facts**



Sessão 2

Personalidade, Cognição e Suicídio

Pag. 23 | **Diferenças individuais em Personalidade como Correlato da Suicidalidade**

Pag. 39 | **Perfeccionismo como fator de vulnerabilidade para a suicidalidade**

Pag. 53 | **Tomada de Decisão e Suicídio**

Pag. 58 | **Avaliação de suicídio em crianças e adolescentes**

Sessão 3

Tratamento baseado em evidências para o suicídio

Página 66 | **Abordagem Cognitivo-Comportamental para o suicídio**




Sessão 4

Novas perspectivas

Pág. 97 | **Suicídio e Ideação suicida: abordando o estigma social**

Pág. 116 | **Comentário - Um olhar multidisciplinar a um fenômeno multifatorial: implicações de uma visão e práticas ampliadas**





Por quê a Sociedade Brasileira de Neuropsicologia (SBNp) publica um e-book sobre suicídio? Esse é um tema de interesse da Neuropsicologia?

Posso afirmar com veemência que sim. Qualquer neuropsicólogo clínico pode se deparar em sua prática com um paciente com ideação suicida ou mesmo que já tenha efetivamente tentado autoexterminio. Assim é necessário entender os atos suicidas e saber como manejá-los. Em paralelo, e não menos importante, a Neuropsicologia tem como objeto de estudo a relação de qualquer comportamento humano com o funcionamento neurobiológico. Portanto, os atos suicidas são pesquisados em diferentes níveis por neuropsicólogos: correlatos sociodemográficos, biológicos, cognitivos e de personalidade.

Pretende-se com esse e-book que alguns temas relacionados ao suicídio sejam abordados de forma clara, concisa e inovadora, trazendo para os profissionais de saúde, em especial para os neuropsicólogos, informações relevantes que possam guiar uma atuação embasada em evidências e insights para agendas de pesquisa. Esta obra não é exaustiva e tampouco pretende esse objetivo: é mais um estímulo do que propriamente um produto acabado.

Independente do seu foco, seja em intervenção ou avaliação, lembre-se que você estará diante de um ser humano que em dado momento ocupa o lugar de paciente. Esse instante pode ser suficiente para a detecção de risco e o encaminhamento para uma avaliação mais detalhada. Pode ser a chance de salvar uma vida. Não podemos preceder a clínica da conversa e da compreensão dos sintomas pela mera testagem na avaliação ou na aplicação de técnicas na intervenção: deve-se, antes de mais nada, observar, escutar e perguntar.

Agradecemos a todos os autores deste e-book que se dispuseram a colaborar com este projeto. Em especial, ressalto a revisora Isabela Sallum pelo seu excelente e esmerado trabalho e o coordenador desta obra ao sugerir temas e prospectar colaboradores, o professor Leandro Malloy-Diniz.

Dedico esta obra, finalmente, a todos aqueles que tiveram como causa morte o suicídio (fenômeno que pode ser tratado e remediado) e todos aqueles que foram afetados direta ou indiretamente por essas perdas.

São Paulo, 06 de Novembro de 2018.

Victor Polignano Godoy
Presidente da SBNp Jovem.

Expediente:

Organização: Victor Polignano Godoy | **Coordenação Editorial:** Leandro Fernandes Malloy Diniz | **Revisão:** Isabela Sallum Guimarães | **Projeto gráfico e diagramação:** Laboratório de Expertises

Lançando uma luz sobre o suicídio

Isabela Sallum

O quão abertos nós estamos, como sociedade, para discutirmos sobre temas como transtornos mentais, sofrimento psicológico e suicídio?

Em taxas globais, estima-se que 15,5% da população apresente algum transtorno mental. No Brasil, esta taxa é de 18% (Ritchie & Roser, 2018). Os dados sobre suicídio também são alarmantes: em 2016 houve um número estimado de 793 mil mortes por suicídio no mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2016) e estima-se que, para cada morte, há cerca de 20 tentativas não consumadas de suicídio.

Essas são apenas algumas de muitas estatísticas preocupantes associadas ao status de saúde mental que temos no mundo. E embora em termos numéricos possamos verificar a relevância desses dados, nós ainda não aprendemos a lidar com as doenças mentais e fenômenos associados. O tabu associado aos transtornos psiquiátricos ainda é latente, e a demonstração de sofrimento psicológico continua a ser considerada um sinal de fraqueza. De maneira geral, saúde mental é um tema incômodo para a maioria das pessoas, e por isso pouco se discute sobre ele. Há também uma falha na representação desses problemas na mídia, que geralmente abordam o tema de maneira estereotipada e pouco factível. Quando tratamos sobre o suicídio, o receio em abordar o assunto é ainda maior.

O estigma imposto sobre assuntos de saúde mental prejudica a disseminação de informações, a correta identificação de pacientes em risco e o estabelecimento de intervenções adequadas. O primeiro passo

para conseguirmos lidar melhor com estes fenômenos e retirar os estigmas sobre eles é compreender como eles funcionam. Esta cartilha pretende colaborar com esse propósito, buscando abordar diferentes aspectos ligados ao suicídio.

Na sessão de Quick Facts, você verá alguns fatos gerais sobre epidemiologia ligada ao suicídio, bem como aspectos relacionados a correlatos associados ao suicídio e sobre intervenções para o suicídio.

Na sessão de Personalidade, Cognição e Suicídio você encontrará textos que explicitam a associação do comportamento suicida a distintos aspectos comportamentais, como impulsividade, tomada de decisão, fatores de personalidade e perfeccionismo.

Já na sessão de Tratamento baseado em evidências para o suicídio, está descrita a forma de abordagem da terapia cognitiva comportamental para o suicídio.

Por fim, na sessão de Novas Perspectivas você lerá um pouco mais sobre o estigma associado ao suicídio e à importância de considerar esse fenômeno como algo multidimensional.

Apenas através do conhecimento e do debate seremos capazes de lançar uma luz sobre o suicídio e sobre aspectos ligados à saúde mental. Com este esforço pessoal e comunitário poderemos cada vez mais propiciar qualidade de saúde mental a quem mais precisa.

Referências

Ritchie, H.; & Roser, M. (2018) - "Mental Health". Published online at OurWorldInData.org. Retrieved from: 'https://ourworldindata.org/mental-health' [Online Resource]

World Health Organization (2016). Global Health Observatory (GHO) data. Recuperado em 25 de agosto de 2018. Disponível em: http://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates/en/



Quick Facts sobre atos suicidas

Por: Victor Polignano Godoy

Nota técnica: atos suicidas englobam ideação, tentativas e suicídios concretizados. Quando mencionarmos o termo “suicídio” estamos nos referindo somente à última categoria.

América

Taxa média: 9,8

Menor mortalidade: Antígua e Barbuda

Taxa: 0,5

Maior mortalidade: Guiana

Taxa: 29,2

País de interesse: Estados Unidos

Taxa: 15,3

Europa

Taxa média: 15,4

Menor mortalidade: Tadjiquistão

Taxa: 2,5

Maior mortalidade: Lituânia

Taxa: 31,9

País de interesse: Rússia

Taxa: 31,0

Sudeste Asiático

Taxa média: 13,2

Menor mortalidade: Maldivas

Taxa: 2,3

Maior mortalidade: Índia

Taxa: 16,3

País de interesse: Coreia do Norte

Taxa: 11,2

Oriente Médio

Taxa média: 3,9

Menor mortalidade: Síria

Taxa: 1,9

Maior mortalidade: Iêmen

Taxa: 8,9

País de interesse: Iraque

Taxa: 3,0

África

Taxa média: 7,4

Menor mortalidade: São Tomé e Príncipe

Taxa: 2,3

Maior mortalidade: Lesoto

Taxa: 21,2

País de interesse: África do Sul

Taxa: 11,6

Pacífico Oriental

Taxa média: 10,2

Menor mortalidade: Filipinas

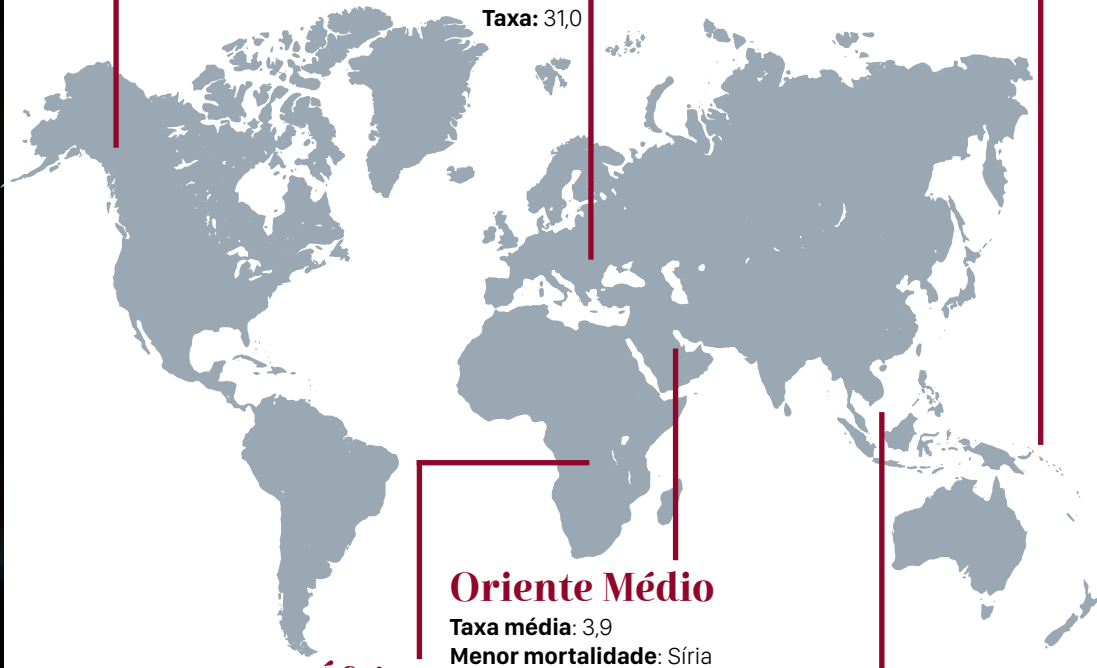
Taxa: 3,2

Maior mortalidade: Coreia do Sul

Taxa: 26,9

País de interesse: China

Taxa: 9,7



Dados sobre suicídio no mundo

Fonte: (Organização Mundial de Saúde, 2016)

† † † † † 800 mil
† † † † † mortes por ano
† † † † †

Número de tentativas



10 a 20 vezes

maior do que o de suicídio concretizado
anualmente (aproximadamente entre
8 e 16 milhões de pessoas)



79%

dos suicídios concretizados
ocorrem em países de baixo ou
médiodesenvolvimento
socioeconômico



2ª causa
de morte

entre jovens de 15 a 29 anos de idade



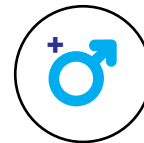
20% das
mortes

são causadas por envenenamento
com ingestão de pesticidas

Epidemiologia do Suicídio no Brasil



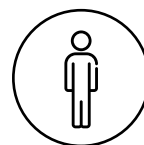
Segundo dados disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) a taxa de crescimento de suicídios entre 1980 e 2000 foi de 21% para a população brasileira em geral (Mello-Santos et al. 2005);



Analisando-se em termos de sexo houve um crescimento de 40% nos suicídios cometidos por homens e um decréscimo de 20% pelas mulheres. Homens concretizaram mais suicídios que mulheres cerca de 2,3 a 4 vezes mais ao longo desses 20 anos (Mello-Santos et al. 2005)



Em termos etários, o maior crescimento de suicídios concretizados foi na faixa etária de 15 a 24 anos de idade, com crescimento de 10 vezes ao longo do período estudado, com disparidade de sexos: a taxa entre homens aumentou 20 vezes e entre mulheres 4 (Mello-Santos et al. 2005);



As características sociodemográficas mais fortemente relacionadas aos suicídios concretizados foram, respectivamente da maior para a menor: ser homem, ter entre 20 e 29 anos de idade, estar solteiro e baixa escolaridade (Lovisi et al. 2009);



Segundo Lovisi et al. (2009) a própria residência foi o local mais escolhido para a realização do suicídio (51%) seguido por hospitais (26,1%). Quanto aos métodos, observou-se que o método principal foi o enforcamento (47,2%) seguido por armas de fogo (18,7%), outros meios (14,4%) e envenenamento (14,3%). Neste caso o uso de pesticidas predomina (41,5%) seguido pela ingestão de medicamentos (18%).



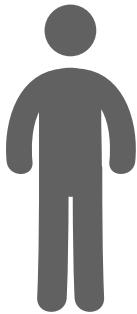
Já Lovisi e colaboradores (2009) analisaram os dados disponibilizados pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do DATASUS entre 1980 e 2006 e encontraram um aumento de 29,5% da taxa de suicídio brasileira geral ao longo da série histórica;

PRINCIPAIS CORRELATOS DISPO- SICIONAIS ASSOCIADOS AO RISCO DE ATOS SUICIDAS

(Gvion & Levi-Belz, 2018; McLean et al. 2008)

Nota técnica: usamos neste texto a nomenclatura “correlatos associados” para evitar o uso da nomenclatura “fatores de risco” como recomendado por Wenzel, Brown & Beck (2010). Vários dos achados relacionados ao comportamento suicida foram obtidos por estudos retrospectivos e não por estudos longitudinais prospectivos. Somente quando é usada a última metodologia de pesquisa que se pode falar, sem margem para erro, de fatores de risco. Além disso, partimos dos pressupostos do Modelo Diátese-Estresse para atos suicidas, ou seja, que existem correlatos disposicionais (psicológicos, biológicos e sociais) que conferem vulnerabilidade a um determinado indivíduo. Esta vulnerabilidade se tornaria ativa a partir da ação de estressores atuais (chamados de correlatos precipitantes).

Individuais



- 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 (principalmente transtornos de humor e transtorno por abuso de substância seguido de transtornos disruptivos, esquizofrenia e transtornos de personalidade). Comorbidades aumentam o risco;
- 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;
- Pertencer a minorias quanto a orientação sexual, identidade de gênero e ser indígena;



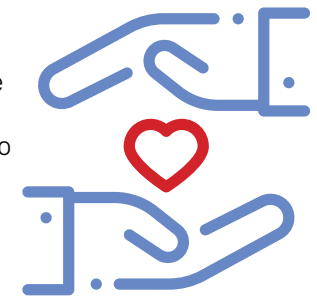
- Término de relacionamentos amorosos (incluindo divórcio);
- Perda de emprego e outras mudanças financeiras bruscas;
- Problemas legais;
- Conflitos familiares agudos;
- Rejeição afetiva/social;
- Experimentar sentimentos como vergonha e medo por atos socialmente reprováveis;
- Morte de um ente querido/de uma pessoa próxima;



PRINCIPAIS CORRELATOS ASSO- CIADOS À PROTEÇÃO CONTRA ATOS SUICIDAS: (OMS, 2006; McLean et al. 2008)

Individuais

- Habilidades desenvolvidas de *coping* (incluindo auto-controle, auto-eficácia e habilidades sociais);
- 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;
- Crenças religiosas*



* = estudos mais recentes demonstram que não é a mera presença de crenças religiosas que atuam como fatores protetivos. Existem outros fatores que mediam a relação entre religiosidade e proteção contra atos suicidas. O grau de secularização/religiosidade de uma comunidade interage com a sanção religiosa contrária a atos suicidas. Também deve ser levada em conta a forma como o indivíduo experencia sua crença religiosa (se mais privada ou mais pública, por exemplo).

Sociais/ Comunitários

- Escolas/ambientes de trabalho que ofereçam suporte em adversidades;
- Suporte social em geral obtido por envolvimento em atividades comunitárias;
- Valores sociais (exemplo: valores tradicionais para mulheres adolescentes e valores individualistas para homens adolescentes);
- Acesso ao sistema de saúde (especialmente de saúde mental);



Demográficos

- Estar casado;
- Estar empregado;

SINAIS DE ALERTA: (Rudd et al. 2006):

- Falar sobre querer morrer ou se matar;
- Procurar por formas de se matar;
- Falar sobre falta de propósitos ou motivos para viver;
- Falar sobre dores emocionais insuportáveis;
- Aumentar o uso de álcool e outras drogas;
- Agir de forma diferente com ansiedade, agitação ou negligência;
- Mudar o padrão de sono para mais ou para menos;
- Isolar-se ou sentir-se só;
- Achar que é um fardo para outras pessoas;
- Apresentar mudanças bruscas de humor;
- Mostrar-se com raiva ou falar que busca vingança contra alguém.



SAÚDE MENTAL E SUICÍDIO:

“O suicídio não é em si mesmo uma doença, nem necessariamente uma manifestação de uma doença, mas transtornos mentais são os maiores fatores associados com o suicídio” (tradução livre: OMS, 2000).

“Não há uma única causa para o suicídio. A maior parte dos suicídios ocorre quando os estressores excedem as atuais habilidades de coping de alguém que está sofrendo de alguma condição de saúde mental” (tradução livre: site da *American Foundation for Suicide Prevention, AFSP*)

PREVENÇÃO (WHO, 2010):

- Em geral as intervenções de prevenção mais efetivas para atos suicidas são: restrição de acesso a meios letais, manutenção de contatos após hospitalizações (nos casos daqueles que tentaram) e implementação de call centers para emergências (du Roscoät & Beck, 2013). Outros tipos de estratégias universais ou seletivas apresentam evidências contraditórias;
- Estratégias de prevenção que visem a mudanças de leis se mostraram efetivas no Reino Unido (política de prevenção universal). O governo detectou que havia uma alta taxa de envenenamento por paracetamol e ácido acetilsalicílico que geravam suicídios concretizados, intoxicações graves que aumentavam a necessidade de transplantes de fígado ou mesmo incidentes não fatais. Por isso, passou-se a limitar a quantidade comprada por pessoa e a colocar avisos nas embalagens. Essas ações reduziram o número de tentativas, suicídios concretizados e da necessidade de transplantes. Outro exemplo de prevenção universal se refere ao controle da venda de pesticidas altamente tóxicos (especialmente em países pobres e em desenvolvimento);
- Outra importante estratégia de prevenção universal ocorreu em Viena. Entre 1984 e 1987 a imprensa local noticiava casos de suicídio no metrô local de forma sensacionalista e dra-



Referências Bibliográficas

- mática. Como se sabe, dependendo da forma de exposição a suicídios pode-se haver um efeito de contágio. Isso fez com que as taxas de mortalidade por suicídio crescessem após as notícias. O governo criou um guia com recomendações para a imprensa que, após a adoção das medidas, gerou uma redução de suicídios em geral (não só aqueles realizados no metrô);
- Há muito debate na sociedade sobre o controle ou a liberação de armas para civis. Nos Estados Unidos observou-se que nos estados em que se estabeleceu políticas de controle da compra de armas como checagem de histórico fez com que as taxas de suicídio por armas de fogo reduzissem significativamente. Efeito semelhante ocorreu na Austrália. Após um massacre na Tasmânia o governo adotou medidas de controle restrito de armas: proibição de compra, porte e importação de armas semi-automáticas, rifles e armas de assalto por civis; necessidade de registro com vários checklists e obrigação de treinamento e 28 dias de espera para portar a arma após a compra. Todas essas medidas culminaram na redução não só de suicídios causados por armas de fogo, mas também de homicídios e assassinatos em massa;
 - Estratégias de prevenção seletiva incluem: alarmes que podem ser ativados para chamar por ajuda imediata e canais de comunicação por telefone para fazerem ligações duas vezes por semana para acessar necessidades e para oferecer suporte emocional. Além disso, o treinamento de profissionais de saúde a nível primário, sobretudo, de médicos para identificação e tratamento de sintomas depressivos e da ideação suicida se mostra essencial visto não só as evidências de efetividade, mas também pelo fato de que em geral os suicidas estiveram com um médico antes de realizarem o ato;
 - Estratégias de prevenção indicadas: terapia cognitivo-comportamental para pacientes de alto risco (aqueles que apresentam sintomas psiquiátricos como depressão, ideação e tentativas prévias de suicídio); terapia dialética-comportamental e carbonato de lítio para pacientes com transtornos afetivos (alguns casos de depressão, mas principalmente transtorno bipolar e esquizoafetivo).
- Bertolote, J. M., Mello-Santos, C. D., & Botega, N. J. (2010). Detecting suicide risk at psychiatric emergency services. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32, S87-S95.
- Du Roscoät, E., & Beck, F. (2013). Efficient interventions on suicide prevention: a literature review. *Revue d'epidemiologie et de sante publique*, 61(4), 363-374.
- Lovisi, G. M., Santos, S. A., Legay, L., Abelha, L., & Valencia, E. (2009). Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006
- McLean, J., Maxwell, M., Platt, S., Harris, F. M., & Jepson, R. (2008). Risk and protective factors for suicide and suicidal behaviour: A literature review. Scottish Government.
- Mello-Santos, C. D., Bertolote, J. M., & Wang, Y. P. (2005). Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(2), 131-134.
- Rudd, M. D., Berman, A. L., Joiner, T. E., Jr., Nock, M. K., Silverman, M. M., Mandru-siak, M., et al. (2006). Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical applications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(3), 255-262.
- Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2010). Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas. Porto Alegre: Artmed.
- World Health Organization. (2000). Preventing suicide: a resource for general physicians (No. WHO/MNH/MBD/00.1). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2010). Towards evidence-based suicide prevention programmes.
- World Health Organization. (2006). Preventing suicide: A resource at work.
- World Health Organization. (2016). Mental health: Suicide data. World Health Organization.
- World Health Organization. (2016). Suicide fact sheet. Secondary Suicide fact sheet. (<http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en>)



Personalidade, Cognição e Suicídio

Diferenças Individuais em Personalidade como Correlato da Suicidalidade

Marina Luiza Nunes Diniz; Flávio Henrique dos Reis Soares; Willian de Souza Rodrigues; Ana Clara Gomes; Marcela Mansur-Alves (Laboratório de Avaliação e Intervenção na Saúde/LAVIS, Departamento de Psicologia – Universidade Federal de Minas Gerais)

A suicidalidade é um conceito que tem sido mundialmente empregado para se referir aos eventos associados ao suicídio, que envolveria tanto a ideação suicida, os planos, as tentativas (interrompidas ou concretizadas) e o suicídio efetivo (Gassmann Mayer e colegas, 2011). Segundo relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio todo ano, sendo que as tentativas de suicídio são de 10 a 40 vezes mais frequentes do que o suicídio efetivo. Embora aconteça em todas as faixas etárias, o suicídio é a principal causa de mortes entre jovens de 15 a 29 anos, desde 2015 (OMS, 2014). O método utilizado varia de acordo com a idade e o gênero, ocorrendo globalmente, em países desenvolvidos e em desenvolvimento (para revisão detalhada ver O’Neil, Corry, & Bunting, 2018).

Nesse sentido, organizações, pesquisadores e profissionais de saúde têm considerado o suicídio como um grave problema de saúde pública e, muito embora, possa ser prevenido com esforços conjuntos, constantes e multisetoriais,

o entendimento dos fatores de risco ambientais e individuais que desencadeiam as múltiplas faces do fenômeno é condição essencial para a elaboração de estratégias eficazes e cientificamente embasadas.

A evidência científica disponível tem apontado para vários fatores de risco predispondo ao suicídio, dentre eles características sociodemográficas, fatores genéticos, dinâmica familiar, histórico familiar e pessoal de psicopatologias, trauma, abuso, estresse, as relações interpessoais e características de personalidade (para detalhes ver Franklin e colegas, 2017; Taliaferro & Muehlenkamp, 2015). Nossa intenção nesse capítulo é tentar apresentar evidências sobre quais características de personalidade parecem constituir fatores de risco mais robustos ao suicídio e como esta relação vem sendo conceitualmente estabelecida pelos pesquisadores da área.

Personalidade e saúde: tentando estabelecer esta relação

Diferenças individuais em características de personalidade vem sendo associadas à saúde e ao adoecimento desde tempos remotos, tendo como base diferentes perspectivas teóricas dentro e fora do campo da ciência psicológica. Não temos a intenção de fazer um resgate histórico, tampouco contemporizar as divergências existentes quanto à compreensão da personalidade. Vamos tentar estabelecer a relação entre personalidade e saúde partindo da premissa de que a personalidade é um sistema, composto por diferentes componentes (afetivos, cognitivos, motivacionais e relacionais) que interagem entre si através de processo dinâmicos, caracterizando aquilo que cada um de nós tem de mais particular.

Esse sistema é composto, em linhas gerais, do que chamamos de tendências básicas e de adaptações características. As tendências básicas são características disposicionais, ou seja, estão presentes desde o início de nosso desenvolvimento e são fortemente influenciadas pela nossa biologia. De forma consensual, temos cinco tendências básicas ou, como são usualmente conhecidas, cinco traços de personalidade, a saber: a extroversão, a amabilidade, a conscienciosidade, a abertura a experiências e o neuroticismo (ou instabilidade emocional). A extroversão é uma característica associada ao direcionamento do indivíduo para o meio externo, seja ele físico ou social. Extrovertidos são gregá-

rios, dominantes em suas relações, demonstram ter níveis elevados de energia e vigor e alta susceptibilidade ao tédio. A amabilidade é uma característica que diz da qualidade da orientação do indivíduo ao outro. Pessoas com alta amabilidade são mais altruístas, cooperativas, deferentes e de confiança. A conscienciosidade, por sua vez, está associada ao direcionamento do indivíduo a metas. Pessoas com alta conscienciosidade são organizadas, empenhadas, autodisciplinadas e seguidoras de regras. A abertura a experiências diz da tendência que as pessoas possuem de se abrirem a novas ideias, sentimentos e valores. Pessoas com alta abertura a experiências são reflexivas, curiosas e gostam de explorar o novo. Por fim, o neuroticismo está associado à susceptibilidade emocional e à propensão à angustia psicológica. Pessoas



com alto neuroticismo são emocionalmente mais instáveis, são propensas a vivenciar mais intensamente emoções negativas (como tristeza, medo e culpa), são mais ansiosas e preocupadas (Mansur-Alves & Saldanha-Silva, 2017).

Estes cinco traços têm dominado a literatura científica e têm sido consistentemente associados à saúde (Deary, Weiss, & Batty, 2010). Além das tendências básicas, aparecem como componentes desse sistema o que os autores Robert McCrae e Paul Costa chamam de adaptações características. Estas são em maior número (na verdade, podem ser ilimitadas) e são resultantes da interação entre as cinco tendências básicas e nosso ambiente social. De forma bem simplificada, o autoconceito, a autoestima, o perfeccionismo, os valores, as crenças, os esquemas, as atitudes seriam exemplos de algumas de nossas adaptações características. Elas são construídas ao longo de nossa vida pelas interações que estabelecemos com as pessoas e pelos

eventos de vida que vivenciamos. Ou seja, são importantes componentes de nossa personalidade porque possibilitam a adaptação ao ambiente que nos rodeia. Portanto, quando falamos da relação entre personalidade e saúde estamos nos referindo tanto às tendências básicas quanto às adaptações características. Outro ponto importante de cada um destes elementos do sistema é que eles se distribuem em um continuum. Isso é o mesmo que dizer que o que varia entre as pessoas é a quantidade que elas têm de cada uma destas características. As pessoas ocupam, pois, posições diferentes em cada uma das características de personalidade mencionadas acima. Essa compreensão vale, inclusive, para os transtornos de personalidade, os quais têm sido estudados mais recentemente como variantes extremas dos traços de personalidade normal, partindo de uma perspectiva dimensional para além da categórica (Widiger, 2011; Widiger & Mullins-Sweatt, 2008).

As características de personalidade representam fenótipos complexos, sendo resultantes de uma intrincada relação entre influências genéticas e ambientais. Assim, pois, parece lógico supor que a contribuição da personalidade para os processos de saúde e adoecimento pode se dar através de mecanismos distintos e igualmente complexos. Apenas para citar alguns exemplos, poderia haver uma relação direta de uma característica de personalidade e um determinado conjunto de sintomas ou comportamentos de risco à saúde porque ambos compartilhariam bases genéticas, assim, a existência de um deles aumentaria a possibilidade de expressão do outro. Um exemplo seria o alto neuroticismo e os sintomas depressivos ou os transtornos de ansiedade (Obay et al., 2016). Ou seria possível dizer, ainda, que os traços de personalidade poderiam moldar o curso e as consequências dos comportamentos relacionados à saúde. Pessoas com alta conscienciosidade, por exemplo, tendem a ter taxas menores de mortalidade e progressão mais lenta de doenças crônicas ou terminais (Deary et al., 2010). Isso muito provavelmente estaria associado ao fato de que pessoas altamente conscienciosas são mais disciplinadas e seguem mais as regras em tratamentos que são longos e frequentes. Certamente não queremos dizer com isso que esta seja uma análise trivial e imediatamente aplicada a um indivíduo em particular. Os exemplos citados acima são decorrentes de estudos de grupos ou estudos populacionais, que nos dizem apenas que as variações nes-



tas características na população ou entre determinados grupos estão associadas à saúde e aumentam ou reduzem a probabilidade do aparecimento de certas condições. Esse conhecimento auxilia no desenvolvimento de políticas públicas e no entendimento da necessidade de se pensar e olhar para tais características quando diante de um indivíduo em particular. Contudo, quando a análise sai do grupo e vai para o indivíduo, caberá ao profissional identificar se e como estes estudos populacionais poderão aumentar a sensibilidade do seu diagnóstico, a acurácia do prognóstico e a eficácia do tratamento escolhido.

Independentemente da complexidade da análise, a estrutura da personalidade tem sido vista como um fator de predisposição que pode conferir proteção ou risco para a saúde (Brezo, Paris, & Turecki, 2006;

Nunes, Rezende, Saldanha-Silva, & Mansur-Alves, 2015). Esta susceptibilidade conferida pela estrutura da personalidade do indivíduo (mais especificamente pelas tendências básicas) é diferencial e potencial, uma vez que dependerá de circunstâncias ambientais específicas (individuais ou combinadas), mais comumente conhecidas como estressores ambientais, para que tais características desencadeiem ou não psicopatologias. Os estressores ambientais poderiam ser eventos negativos de vida, maus-tratos, estilo de criação parental, qualidade do cuidado, relacionamentos abusivos ou qualquer pressão ambiental macro (guerras, desastres ambientais, instabilidade econômica ou política) que seja pontual, mas de elevado impacto ou crônica (Belsky & Pluess, 2009).

Em se tratando da suicidalidade, foco deste capítulo, muitos pesquisadores têm trabalhado com a hipótese de que certas características de personalidade poderiam ser fatores de risco importantes para o suicídio, visando expandir a compreensão do fenômeno para além dos casos relatados no contexto de um transtorno psiquiátrico limitado no tempo (como, por exemplo, transtorno depressivo) ou como parte de um processo atrelado a situações muito pontuais (homens-bomba, por exemplo). (Brezo et al., 2006; Hirvikoski & Jokinen, 2012). Entre os fatores de risco associados à personalidade estão o neuroticismo, a introversão, a impulsividade, a desesperança, o autocrítico, o perfeccionismo, a desregulação emocional e a presença de transtornos de personalidade. Estas características serão tratadas em detalhes no tópico seguinte.

Características de personalidade descritas como correlatas do suicídio na literatura

Para o estudo da relação entre suicídio e personalidade tem se mostrado importante a utilização de três categorias: pessoas que tem ou tiveram ideação suicida, pessoas que tentaram suicídio e pessoas que faleceram em decorrência do suicídio. Essas não são categorias mutualmente excludentes e, tipicamente, o indivíduo que tenta suicídio tem ideação suicida e o indivíduo que comete suicídio o faz depois de já ter tentado uma ou mais vezes (Useda et al., 2007). Ainda assim, elas são úteis para se entender o fenômeno da suicidalidade e se relacionam com a personalidade de maneira diferente, como veremos a seguir. Também é importante ter em mente que, apesar de em alguns momentos mencionarmos características de personalidade de maneira isolada, elas sempre existem em conjunto nos indivíduos. Para análises caso a caso então, devemos considerar toda a personalidade e como ela influencia a vida do indivíduo em questão.

Dentre todas as tendências básicas de personalidade, o neuroticismo é a que apresenta relação mais robusta e reprodutível com o suicídio na literatura científica (Brezo et al., 2006). Esse não é um dado surpreendente, já que predisposição a vivenciar emoções negativas e ansiedade são parte da definição dessa característica. Existe certa sobreposição entre os aspectos do neuroticismo e os sintomas de depressão, como discutido no tópico anterior, que também são associados ao suicídio. Ainda assim, níveis elevados de neuroticismo tem se mostrado preditores de ideação suicida e tentativas de suicídio independentemente da presença de Transtorno de Depressão Maior (Brezo et al., 2006; Rappaport et al. 2017) e de outros transtornos psiquiátricos (Stathan et al., 1998; Draper, Kölves, de Leo, & Snowdon, 2014). Em um estudo longitudinal com quase 6.000 gêmeos australianos adultos de ambos os sexos, Stathan et al. (1998) encontraram que o neuroticismo foi capaz de prever ideação suicida mais de oito anos depois, independentemente da presença de psicopatologias. Em outro estudo, que utilizou da autópsia psicológica¹ para investigar a personalidade dos sujeitos falecidos, novamente o neuroticismo foi a tendência básica mais consistente a diferenciar entre aqueles que faleceram por suicídio (com uma

amostra de 259 indivíduos) e os que morreram de forma repentina (181 indivíduos, incluindo morte por ataque cardíaco e acidentes de carro), mesmo considerando aqueles indivíduos com transtornos psiquiátricos (Draper, Kölves, de Leo, & Snowdon, 2014). O neuroticismo então, como apontado pela literatura, em níveis elevados é capaz de prever ideação suicida e tentativas de suicídio mesmo em indivíduos que não apresentam transtornos mentais.

No entanto, a relação entre neuroticismo e a suicidalidade é mais complexa. Enquanto níveis mais altos de neuroticismo se associam a ideação suicida e a um maior risco de tentativas de suicídio, níveis mais baixos de neuroticismo estão associados a um mais alto risco de suicídio propriamente dito (McCann, 2010; Rappaport et al. 2017). O que poderia explicar isso? Useda e colaboradores (2007) sugerem que, embora alto neuroticismo esteja associado a cognições, afeto e comportamentos desadaptativos, pessoas com alto neuroticismo podem ser mais vigilantes quanto ao próprio sofrimento mental e procurar mais frequentemente ajuda profissional, o que aumentaria as chances de receber algum tipo de tratamento; além disso, pessoas com neuroticismo mais alto podem demonstrar mais afeto negativo, o que potencialmente atrairia mais atenção e ajuda de terceiros. Assim, entre aqueles com um histórico de tentativa(s) de suicídio, elevado nível de neuroticismo pode estar associado a maior suporte social e profissional, e níveis mais baixos de neuroticismo ao mascaramento do risco de suicídio propriamente dito. No entanto, essa hipótese explicativa ainda precisa ser testada. A possibilidade dessas nuances, ainda assim, confirma a importância de sempre se considerar a personalidade como um todo, já que nenhum fator existe isoladamente e todos contribuem para explicar as características de cada um.

¹ Autópsia psicológica é uma metodologia de investigação na qual se obtém dados a respeito do sujeito falecido através de familiares, pessoas próximas ou profissionais de saúde. Essas informações são comumente coletadas através de entrevistas ou questionários e existem testes psicológicos adaptados para este fim.



Neuroticismo elevado também está associado à desesperança, característica central da depressão e que também está relacionada à suicidalidade (Chioqueta & Stiles, 2005; Conaghan & Davidson 2002). De acordo com o modelo Cry of Pain (O'Connor, 2003; Rasmussen, Fraser, Gotz, MacHale, Mackie, et al., 2010), o comportamento suicida seria uma resposta a uma situação com três componentes: derrota, nenhuma possibilidade de escapar e nenhuma possibilidade de resgate. Tal situação potencializa sentimentos de desesperança, especialmente em indivíduos já com altos níveis dessa característica, o que a faria um importante preditor do suicídio de fato. Em um estudo prospectivo - que acompanha pacientes ao longo do tempo - com 333 adultos estadunidenses com esquizofrenia crônica, Kim, Jayathilake e Meltzer (2003) encontraram que a desesperança foi melhor preditor de suicidalidade do que funcionamento cognitivo e abuso de substâncias. Em outro estudo com uma amostra de 207 adultos hospitalizados por ideação suicida nos Estados Unidos, após 10 anos, apenas desesperança, entre depressão e severidade da ideação suicida, foi capaz de prever o suicídio propriamente dito (Beck et al., 1985). Além da desesperança, outra característica

associada ao neuroticismo elevado é a desregulação emocional, que se refere à incapacidade de um indivíduo de gerir as próprias emoções. Alguns dos seus componentes, como percepção cognitiva distorcida, ansiedade e afeto instável, se correlacionam fortemente com neuroticismo, sendo essa também uma característica de personalidade associada ao suicídio (Brezo et al., 2006). Estando a desregulação emocional associada também a sofrimento emocional, uma possível explicação dessa relação é o entendimento do suicídio como uma tentativa de acabar com esse sofrimento. (Wedig et al., 2012) O perfeccionismo também é uma característica de personalidade que se correlaciona com a suicidalidade. No entanto, esse tema será mais bem discutido em outro capítulo desta cartilha. A amabilidade, outra tendência básica de personalidade, também é associada à suicidalidade. Sendo as características de personalidade distribuídas em um continuum na população, podemos defini-las tanto a partir de níveis mais altos quanto a partir de níveis mais baixos. Assim, pessoas com baixa amabilidade tendem a ser presunçosas, egoístas e pouco honestas e francas. Em um estudo



comparando traços de personalidade em um nível estadual nos Estados Unidos, McCann (2010) encontrou que Estados com maior taxa de mortes por suicídio tem média significativamente mais baixa em amabilidade. Uma hipótese explicativa dessa relação é que para indivíduos com alto risco de comportamentos suicidas, baixos níveis de amabilidade podem estar relacionados a pouca procura por suporte social e profissional e, quando oferecidos, a maior rejeição destes, o que aumentaria o risco de suicídio de fato. Essa hipótese, embora ainda carente de evidências, poderia também ajudar a explicar a alta incidência de comportamentos suicidas entre a população carcerária, que tem, em média, escores mais baixos em amabilidade. Entre a população carcerária também é mais alta a incidência Transtorno de Personalidade Antissocial. A relação entre esse transtorno e a suicidalidade será explorada mais adiante nessa



cartilha. (Fazel & Danesh, 2002; Verona, Patrick, & Joiner, 2001) A introversão (ou baixos níveis de extroversão) também está relacionada à ideação suicida e a tentativas de suicídio independentemente da idade ou diagnóstico psicológico (Brezo, Paris, & Turecki, 2006). Pessoas introvertidas têm tendência a experimentar menos emoções positivas e a ter uma menor rede de apoio social quando comparados aos extrovertidos. Também tendem a evitar suporte social, o que poderia ajudar a explicar a relação com a suicidalidade. A percepção de que se tem uma rede de suporte pessoal, o que implica confiança de que pessoas próximas oferecerão ajuda e poderão de fato ajudar frente a um problema, está associada a menor risco de suicídio e melhor saúde mental (Rigby & Slee 1999; Rigby, 2000). A respeito da associação entre abertura a experiências e suicidalidade, Brezo e colaboradores (2006), numa revisão sistemática, concluem que os resultados são inconclusivos e, com base em alguns estudos, sugerem a futura investigação de duas hipóteses: a de que menor abertura a experiências esteja associada a maior risco de suicídio de fato e de que um baixo nível dessa característica seja mais útil em prever suicídio em adultos ou idosos do que em jovens. No mesmo estudo, resultados inconclusivos também foram encontrados a respeito da relação entre conscienciosidade e suicidalidade. Ainda assim, uma hipótese a ser melhor investigada é exemplificada pela diferença significativa encontrada por Useda (2017) entre aqueles que faleceram por suicídio quando comparados àqueles que tentaram, com

os falecidos apresentando níveis mais altos de conscienciosidade. No entanto, neuroticismo, seguido de amabilidade e extroversão permanecem as tendências centrais de personalidade mais relevantes para o entendimento da suicidalidade.

Outro fator de risco associado ao suicídio é a presença de transtornos de personalidade, dentre os quais o Transtorno de Personalidade Borderline e o Transtorno de Personalidade Antissocial são os mais frequentemente associados a tentativas de suicídio e ao suicídio de fato (Baud, 2005). Um dos fatores que parece mediar essa relação é a impulsividade, que é uma característica central para ambos os transtornos e é também associada a um maior risco de suicídio. A impulsividade tem sido mais recentemente descrita na literatura como uma característica multidimensional. Algumas teorias apontam para a impulsividade como um componente do neuroticismo e outras a definem como envolvendo várias características de personalidade tais como falta de perseverança e busca de sensações. Ainda assim, essas definições convergem para a tendência a ceder a impulsos frente a emoções desagradáveis e a falta de planejamento ou deliberação. A consideração das diferentes facetas desse construto tem mostrado potencial para distinguir entre transtornos de personalidade, com Transtorno de Personalidade Antissocial sendo melhor previsto pela busca de sensações e o Transtorno de Personalidade Borderline melhor previsto pela tendência a ceder a impulsos frente a emoções negativas (Klonsky & May, 2010). Em uma amostra não



clínica de mais de 2.000 pessoas, Klonsky e May (2010) verificaram que impulsividade diferenciou entre aqueles com e sem ideação suicida e/ou histórico de tentativa de suicídio. A impulsividade pode ser decisiva mesmo entre aqueles com alta conscienciosidade ou que tem planos de cometer suicídio, já que um plano pode ser colocado em prática de maneira impulsiva, o que faz desse um construto importante para o entendimento da suicidalidade. Em um estudo longitudinal com quase 300 adultos com Transtorno de Personalidade Borderline, Wedig et al. (2012) encontraram que alto neuroticismo e baixa extroversão foram capazes de prever tentativas futuras de suicídio em um período de 16 anos. Outra pos-

sível interpretação da relação entre transtornos de personalidade, características de personalidade e suicídio é a hipótese de que esses transtornos seriam reflexo de níveis extremos das tendências centrais de personalidade (Clark, 2007). Por exemplo, o Transtorno de Personalidade Antissocial poderia ser descrito como baixíssima amabilidade (mais especificamente baixíssimos escores nos componentes modéstia e empatia), o que também se correlaciona com a suicidalidade (Miller et. al., 2001). No entanto, indicamos cautela na análise dessa hipótese, visto que ela carece de maiores evidências. Até o momento tratamos de características de personalidade quase que exclusivamente como vulnerabilidade para o fenômeno da suicidalidade. No entanto, também podemos ver esse fenômeno a partir do viés positivo de fatores protetivos. Por exemplo, alta extroversão é associada a maior tendência de experienciar emoções positivas e a uma maior rede de apoio social, o que pode funcionar como um fator protetivo contra ocorrência de tentativas de suicídio. Altos níveis de amabilidade podem também funcionar como um fator protetivo ao aumentar a probabilidade de relatar ideação suicida ou tentativa(s) de suicídio e a procurar suporte profissional e social. Já altos níveis de neuroticismo podem ser um fator de risco para a suicidalidade no geral, mas atuar como um fator protetivo entre aqueles que já tentaram ou planejam tentar suicídio, ao se associar a uma maior probabilidade de procurar ajuda por si mesmo e de demonstrar sinais que podem sinalizar para terceiros que o indivíduo precisa de ajuda. Podemos então entender a personalidade como relacionada à suicidalidade de maneira complexa e não exclusivamente negativa. É possível identificar tanto características de personalidade de risco como protetivas para comportamentos suicidas. Isso ressalta a importância de se analisar todo o conjunto da personalidade de um indivíduo, para melhor entender como a sua personalidade contribui para a explicação do possível risco de suicídio.

Considerações finais

Vimos que a personalidade – composta por tendências básicas e adaptações características – é associada ao fenômeno da suicidalidade de maneira complexa. Algumas tendências centrais, como alto neuroticismo e baixa amabilidade, são recorrentemente descritas na literatura científica como fatores de risco para comportamentos suicidas. Além desses, adaptações características como desesperança, desregulação emocional e perfeccionismo, também são importantes preditores da suicidalidade. Não obstante, algumas características de personalidade também atuam como fatores protetivos contra comportamentos suicidas, como exemplo alta amabilidade e, entre aqueles com prévio histórico de tentativas de suicídio, alto neuroticismo. É importante lembrar, no entanto, que a separação entre as características de personalidade é feita de maneira didática e que na realidade não existem isoladamente. Assim, para além de considerar a variação quantitativa entre os indivíduos em cada traço, faz-se importante levar em consideração a configuração (ou as relações de moderação) dos traços intraindivíduo que podem conferir a este maior ou menor vulnerabilidade ou proteção para diferentes formas de adoecimento psicológico. Entende-se, pois, que o estudo da personalidade teria elevado potencial para contribuir com o entendimento da suicidalidade e para a análise de casos individuais, sendo especialmente relevante no cenário clínico. Para o profissional da saúde, dadas as elevadas taxas de suicídio e considerando-se essa uma causa de morte passível de prevenção, a compreensão da relação entre personalidade e suicidalidade é de vital importância tanto para se prevenir a primeira ocorrência por meio de estratégias de vigilância e acompanhamento preventivo quanto para reduzir a probabilidade de ocorrências futuras por meio da elaboração de protocolo de intervenções e de políticas públicas que levem em consideração as diferenças individuais em personalidade.

Referências Bibliográficas

Baud, P. (2005). Personality traits as intermediary phenotypes in suicidal behavior: Genetic issues. *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics*, 133C(1), 34–42. doi:10.1002/ajmg.c.30044

Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142(5), 559–563. doi:10.1176/ajp.142.5.559

Belsky, J., & Pluess, M. (2009). Beyond diathesis stress: differential susceptibility to environmental influences. *Psychological bulletin*, 135(6), 885–908. Doi: 10.1037/a0017376

Brezo, J., Paris, J., Tremblay, R., Vitaro, F., Zoccolillo, M., Hébert, M., & Turecki, G. (2005). Personality traits as correlates of suicide attempts and suicidal ideation in young adults. *Psychological Medicine*, 36(02), 191. doi:10.1017/s0033291705006719

Brezo, J., Paris, J., & Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 180–206. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2005.00702.x

Chioqueta, A. P., & Stiles, T. C. (2005). Personality traits and the development of depression, hopelessness, and suicide ideation. *Personality and Individual Differences*, 38(6), 1283–1291. doi:10.1016/j.paid.2004.08.010

Clark, L. A. (2007). Assessment and Diagnosis of Personality Disorder: Perennial Issues and an Emerging Reconceptualization. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 227–257. doi:10.1146/annurev.psych.57.102904.190

Deary, I. J., Weiss, A., & Batty, G. D. (2010). Intelligence and personality as predictors of illness and death: How researchers in differential psychology and chronic disease epidemiology are collaborating to understand and address health inequalities. *Psychological science in the public interest*, 11(2), 53–79.

Draper, B., Kölves, K., De Leo, D., & Snowdon, J. (2013). A Controlled Study of Suicide in Middle-Aged and Older People: Personality Traits, Age, and Psychiatric Disorders. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(2), 130–138. doi:10.1111/sltb.12053

Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359(9306), 545–550. doi:10.1016/s0140-6736(02)07740-1

Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., ... & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187–232. http://dx.doi.org/10.1037/bul0000084

Gassmann-Mayer, C., Jiang, K., McSorley, P., Arani, R., DuBrava, S., Suryawanshi, S., ... & Nilsson, M. (2011). Clinical and statistical assessment of suicidal ideation and behavior in pharmaceutical trials. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 90(4), 554–560. https://doi.org/10.1038/clpt.2011.144

Hirvikoski, T., & Jokinen, J. (2012). Personality traits in attempted and completed suicide. *European Psychiatry*, 27(7), 536–541. doi:10.1016/j.eurpsy.2011.04.004

Kim, C.-H., Jayathilake, K., & Meltzer, H. Y. (2003). Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophrenia Research*, 60(1), 71–80. doi:10.1016/s0920-9964(02)00310-9

Klonsky, E. D., & May, A. (2010). Rethinking Impulsivity in Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(6), 612–619. doi:10.1521/suli.2010.40.6.612

Mansur-Alves, M; Saldanha-Silva, R (2017). Interfaces entre os estudos dos traços de personalidade e as terapias cognitivo-comportamentais. In: Carmem Beatriz Neufeld; Eliane Mary de Oliveira Falcone; Bernard Rangé. (Org.). *ProCognitiva: programa de atualização em terapia cognitivo-comportamental*. 1ed.Porto Alegre: Artmed Panamericana, v. 3, p. 87-132.

McCann, S. J. H. (2010). Suicide, Big Five personality factors, and depression at the American state level. *Archives of Suicide Research*, 14, 368–374. doi: 10.1080/13811118.2010.524070

Miller, J. D., Lyman, D. R., Widiger, T. A., & Leukefeld, C. (2001). Personality Disorders as Extreme Variants of Common Personality Dimensions: Can the Five Factor Model Adequately Represent Psychopathy? *Journal of Personality*, 69(2), 253–276. doi:10.1111/1467-6494.00144

Nunes, F. L., Rezende, H. A. de, Saldanha-Silva, R., & Mansur-Alves, Marcela. (2015). Eventos traumáticos na infância, impulsividade e transtorno da personalidade borderline. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 11(2), 68–76. https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20150011

Okbay, A., B. M. Baselmans, J. De Neve, P. Turley, M. G. Nivard, M. A. Fontana, S. F. W. Meddens, et al. (2016). Genetic variants associated with subjective well-being, depressive symptoms and neuroticism identified through genome-wide analyses. *Nature genetics*, 48 (6): 624–633. doi:10.1038/ng.3552. http://dx.doi.org/10.1038/ng.3552.

O'Connor, R. C. (2003). Suicidal Behavior as a Cry of Pain: Test of a Psychological Model. *Archives of Suicide Research*, 7(4), 297–308. doi:10.1080/713848941

O'Neill, S., Ennis, E., Corry, C., & Bunting, B. (2018). Factors associated with suicide in four age groups: a population based study. *Archives of suicide research*, 22(1), 128–138. https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1283265

Rappaport, L. M., Flint, J., & Kendler, K. S. (2017). Clarifying the role of neuroticism in suicidal ideation and suicide attempt among women with major depressive disorder. *Psychological Medicine*, 47(13), 2334–2344. doi:10.1017/s003329171700085x

Rasmussen, S. A., Fraser, L., Gotz, M., MacHale, S., Mackie, R., Masterton, G., McConachie, S. O'Connor, R. C. (2010). Elaborating the cry of pain model of suicidality: Testing a psychological model in a sample of first-time and repeat self-harm patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 49(1), 15–30. doi:10.1348/014466509x415735

Rigby, K. (2000). Effects of peer victimization in schools and perceived social support on adolescent well-being. *Journal of Adolescence*, 23(1), 57–68. doi:10.1006/jado.1999.0289

Rigby, K. & Slee, P. (1999). Suicidal ideation among adolescent school children, involvement in bully—victim problems, and perceived social support. *Suicide & life-threatening behavior*, 29(2), 119–30. Doi:10.1111/j.1943-278X.1999.tb01050.x.

Statham, D. J., Heath, A. C., Madden, P. A. F., Bucholz, K. K., Bierut, L., Dinwiddie, S. H., Slutske, W. S., Dunne, M. P., Martin, N. G. (1998). Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. *Psychological Medicine*, 28(4), 839–855. doi:10.1017/s0033291798006916

Taliaferro, L. A., & Muehlenkamp, J. J. (2015). Risk factors associated with self-injurious behavior among a national sample of undergraduate college students. *Journal of American college health*, 63(1), 40–48. <https://doi.org/10.1080/07448481.2014.953166>

Useda, J. D., Duberstein, P. R., Conner, K. R., Beckman, A., Franus, N., Tu, X., & Conwell, Y. (2007). Personality differences in attempted suicide versus suicide in adults 50 years of age or older. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 126–133. doi:10.1037/0022-006x.75.1.126

Verona, E., Patrick, C. J., & Joiner, T. E. (2001). Psychopathy, antisocial personality, and suicide risk. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(3), 462–470. doi:10.1037/0021-843x.110.3.462

Wedig, M. M., Silverman, M. H., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Fitzmaurice, G., & Zanarini, M. C. (2012). Predictors of suicide attempts in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *Psychological Medicine*, 42(11), 2395–2404. doi:10.1017/s0033291712000517

Widiger, T. A. (2011). The DSM-5 dimensional model of personality disorder: Rationale and empirical support. *Journal of Personality Disorders*, 25(2), 222–234. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.2.222>

Widiger, T. A., & Mullins-Sweatt, S. N. (2009). Five-factor model of personality disorder: A proposal for DSM-V. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 197–220. 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153542.

World Health Organization. (2014). Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=46DE5F1CECEB93C60AAE08FD-CACBF5A0?sequence=1

Perfeccionismo como fator de vulnerabilidade para a suicidalidade

Flávio Henrique Soares, Willian de Sousa Rodrigues, Ana Clara Gomes Braga, Marina Luiza Nunes Diniz, Marcela Mansur-Alves (Laboratório de Avaliação e Intervenção na Saúde/LAVIS, Departamento de Psicologia – Universidade Federal de Minas Gerais)

O suicídio é um fenômeno global. Aproximadamente 800.000 pessoas por ano cometem suicídio, isto significa que em média a cada 40 segundos uma pessoa se mata. Dentre os grupos mais afetados estão os adultos jovens (15 a 29 anos) de países em desenvolvimento. No Brasil, a taxa é de 6,5 para cada 100.000 habitantes. De maneira simples, isto indica que nas notificações de 2016 ocorreram, em média 14.000 mortes auto infligidas no país. (Ministério da Saúde, 2017)

Atualmente, entende-se o suicídio como um fenômeno complexo. A suicidalidade engloba os aspectos ideativos e comportamentais de violência auto direcionada com intenções de morte que podem ser fatais ou não (Klonsky, May & Saffer, 2016). Vários são os fatores que se relacionam à suicidalidade, tais como a dor psicológica, as pressões e estressores externos, auto criticismo e desesperança no futuro, servindo de antecedentes, mantenedores ou mediadores do suicídio (Eddins & Jobes, 1994; Egan, Wade, & Shafran, 2011).

Sem dúvidas, há um esforço de diversos pesquisadores em estabelecer as causas e entender o curso de um suicí-

dio. A suicidalidade é um aspecto tão importante entre as psicopatologias que a seção III do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5ª ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) insere o tópico de lesões autoprovocadas, com e sem intenção de causar morte, em assuntos para estudos futuros. Dentre os correlatos possíveis para o suicídio agregam-se características sócio demográficas, transtornos mentais (Bertolote & Fleischmann, 2002) e diversas motivações pessoais. Além disso, atualmente busca-se entender as motivações e características individuais para suicidalidade, acreditando-se que a consumação do ato passa por sua idealização, planejamento e ação final.

Levando em conta a complexidade desse fenômeno, pode-se concluir que não há somente uma causa isolada para sua ocorrência. Do ponto de vista psicológico, vários seriam as dimensões que poderiam atuar como fatores de risco e ou proteção individuais para o suicídio, dentre eles estariam as características de personalidade. No capítulo anterior, discorreremos sobre como características



Perfeccionismo e suicídio: ligando pontos

da personalidade poderiam estar associadas ao fenômeno do suicídio em seus vários aspectos. Além disso, apresentamos também um levantamento das evidências científicas recentes sobre as principais características da personalidade que são recorrentemente associadas ao suicídio. Esse capítulo irá focar em uma destas características, a saber, o perfeccionismo, definido como uma das características de personalidade mais presentes em indivíduos que cometeram ou tentaram cometer suicídio (Smith et al., 2017).

Com o foco no Perfeccionismo, o texto atual tem por objetivo discutir e apresentar evidências sobre como esta característica, presente em vários transtornos mentais, pode ser um fator de vulnerabilidade quando se trata da suicidalidade dentro da perspectiva transdiagnóstica (refere-se a fatores que propiciam risco para o desenvolvimento e manutenção de psicopatologias distintas) (Egan, Wade, & Shafran, 2011). Essa perspectiva nos oportuniza discutir características transversais aos transtornos, assim como seus impactos neles.

Desde a década de 1980, o perfeccionismo vem chamando a atenção dos psicólogos e psiquiatras por sua constante apresentação em diferentes psicopatologias, incluindo uma possível relação com o comportamento suicida. O psiquiatra David Burns (1980) descreveu o papel do perfeccionismo na ideação suicida, afirmando que os perfeccionistas não conseguem distinguir um limite saudável para seus padrões de desempenho e acabam entrando em uma espiral de frustração e autocrítica. Desde então, foram desenvolvidos diversos estudos que objetivavam buscar evidências e esclarecer qual a relação entre perfeccionismo e suicídio. Seguindo, na década de 1990, o psiquiatra Blatt descreveu três casos de suicídio em indivíduos considerados extremamente bem-sucedidos, todos, como reportado na mídia, eram extremamente perfeccionistas e demasiadamente

autocríticos. Esse artigo, publicado no periódico *American Psychologist* salientou a potencial “destrutividade do perfeccionismo” e a intensa interferência dos padrões de desempenho e criticismo sob o manejo da depressão clínica. Uma década depois, Shafran e Mansell (2001) demonstraram, por meio de uma revisão de artigos, uma associação clara entre o perfeccionismo e diversas psicopatologias, tais como os transtornos de humor, transtorno obsessivo compulsivo e transtornos alimentares, todas elas tendo elevada probabilidade de apresentação de comportamentos suicidas concomitantes. (Egan, Wade & Shafran, 2011)

O perfeccionismo é um conceito complexo e multidimensional, constituído por dimensões que se associam de maneira distinta aos componentes do suicídio. Embora os principais pesquisadores do campo não concordem totalmente no que se refere ao número de dimensões e quanto a sua origem, a grande maioria pactua que o perfeccionismo pode ser definido como uma disposição da personalidade caracterizada pelo esforço na obtenção da perfeição e no estabelecimento de padrões de desempenho excessivamente elevados; tanto esse esforço pela perfeição quanto o estabelecimento de padrões de desempenho são, geralmente, acompanhados por avaliações excessivamente críticas do próprio desempenho e valor (Stoeber, 2018; Egan, Wade & Shafran, 2011). Três modelos teóricos para compreensão da estrutura do perfeccionismo têm dominado a literatura científica. É por meio desses modelos que estudos de intervenções, preditivos e aqueles salientando os riscos do perfeccionismo são conduzidos. O modelo do Frost é composto por seis



dimensões, a saber: preocupação com erros (tendência de se preocupar e reagir de forma negativa aos erros), dúvidas sobre ações (sentimento de dúvida sobre a capacidade de realizar tarefas da maneira desejada), padrões pessoais (estabelecimento de padrões de desempenho excessivamente elevados), organização (tendência por acentuar a importância da ordem, controle, precisão e preocupação com regras), expectativa parental (acreditar que os seus pais possuem grandes expectativas) e crítica parental (acreditar que os pais são excessivamente críticos). Já o modelo do Hewitt e Flett ressalta aspectos pessoais e interpessoais do perfeccionismo, através de três dimensões: perfeccionismo auto-o-

orientado (nível de perfeição que os indivíduos exigem de si mesmo), perfeccionismo orientado ao outro (exigência de perfeição que o indivíduo tem para com os outros) e perfeccionismo socialmente prescrito (a percepção de uma exigência de perfeição vinda dos outros) (Pinto, 2016). Outro modelo utilizado frequentemente nas pesquisas é o Modelo Trifatorial do Perfeccionismo (Slaney et. al., 1996, 2001), agrupando o perfeccionismo em três fatores: ordem (preferência por ordem e organização), padrões (estabelecimento de padrões pessoais e expectativas referentes ao desempenho) e discrepância (diferença entre o desempenho esperado e o obtido).

Cabe ressaltar que o perfeccionismo não parece ser composto apenas de elementos negativos. Na realidade, ele apresenta dimensões mais e menos saudáveis. Atualmente, defende-se a subdivisão do perfeccionismo em adaptativo e desadaptativo. O perfeccionismo adaptativo é geralmente associado a desfechos positivos, como uma boa performance acadêmica e profissional, sendo que o indivíduo costuma de fato alcançar suas metas auto impostas e obter satisfação a respeito disso. As dimensões organização e padrões pessoais de Frost e perfeccionismo auto-orientado de Hewitt e Flett (1991) se enquadrariam aqui. Já o perfeccionismo desadaptativo traz sofrimento pela existência de uma postura excessivamente crítica quanto a si mesmo. As eventuais falhas ou simplesmente a dúvida acerca da qualidade do que se faz trazem grande estresse e a sua evitação traz um reforço negativo diante da sensação de alívio. Diferentemente do perfeccionismo adaptativo, que se sente realizado e reforçado positivamente ao alcançar seus padrões de excelência, é mais importante para o perfeccionista desadaptativo não falhar. Essa é a faceta do perfeccionismo associada a desfechos negativos, como a depressão, a desesperança e a ideação suicida. Nela se enquadram as dimensões preocupação com erros, dúvidas sobre as ações, expectativa e crítica parental de Frost e o perfeccionismo socialmente prescrito de Hewitt e Flett, além da discrepância proposta por Slaney. Ele tem altas correlações positivas com o traço de personalidade neuroticismo, ou seja, perfeccionistas



desadaptativos tendem a experimentar mais emoções negativas e a serem mais emocionalmente instáveis. (Sherry et al., 2010)

Os estudos mais recentes utilizando esses modelos vêm destacando a importância do conhecimento sobre as associações entre perfeccionismo (dimensões específicas) e suicídio (Smith et al., 2017). Por exemplo, Kim e colaboradores (2016) demonstraram que esta associação existe bem acima do nível do acaso em pacientes com transtorno obsessivo compulsivo, principalmente os componentes de preocupação com falhas desse transtorno, recorrentemente presentes no perfeccionismo. Em outro estudo conduzido por Shahnaz, Saffer e Klonsky (2018), níveis mais altos de perfeccionismo foram encontrados em indivíduos com ideação suicida quando comparados ao grupo controle sem ideação. As diferenças entre estes grupos (com e sem ideação suicida) foram estatisticamente significativas e de efeito moderado, principalmente nas dimensões de perfeccionismo socialmente prescrito e esforço em esconder suas imperfeições para apresentar-se aos outros de maneira “perfeita”. O dado mais interessante deste estudo é que as diferenças entre aqueles que tinham ideações suicidas e o grupo controle permaneceu a mesma após serem controlados os efeitos de sintomas ansiosos e depressivos! Em suma, isto indica que o desejo em estar livre de fa-

“O perfeccionismo não parece ser composto apenas de elementos negativos.”

lhas e aceder aos padrões que se pensa serem socialmente impostos têm efeitos sobre a ideação suicida, independentemente do quão deprimido ou ansioso o indivíduo possa estar. De maneira específica, observa-se que o perfeccionismo socialmente prescrito têm sido uma das dimensões mais associadas à suicidalidade, como foi apresentado através dos trabalhos de Flamenbaum e Holden (2007). Neste estudo, o efeito do perfeccionismo socialmente prescrito sobre a ideação suicida sofreu mediações dos níveis de dor psicológica, enquanto as relações entre o perfeccionismo e a dor psicológica foram intensificadas na presença de necessidades psicológicas (ex.: pertencimento) não foram atendidas. Assim, um indivíduo que possui padrões de desempenho como condição para ser valorizado pelos outros está em risco de imaginar e simular mentalmente a própria morte quando a dor psicológica por não aceder a estes padrões é intensa. Outro estudo, realizado por O'Connor e colaboradores (2007) investigou um modelo integrativo do suicídio, envolvendo a relação entre perfeccionismo e pensamento futuro para prever o bem-estar após um episódio de tentativa de suicídio. Os resultados mostraram que os pacientes auto infligidos com baixos níveis de perfeccionismo socialmente prescrito e pensamento futuro positivo, após o episódio de tentativa de suicídio, apresentaram menores níveis de desesperança suicida após dois meses, quando comparados com o grupo de pacientes com altos níveis de perfeccionismo socialmente prescrito e pensamentos futuros negativos. Além disso, o estudo mostrou que a interação entre perfeccionismo socialmente prescrito e pensamento futuro



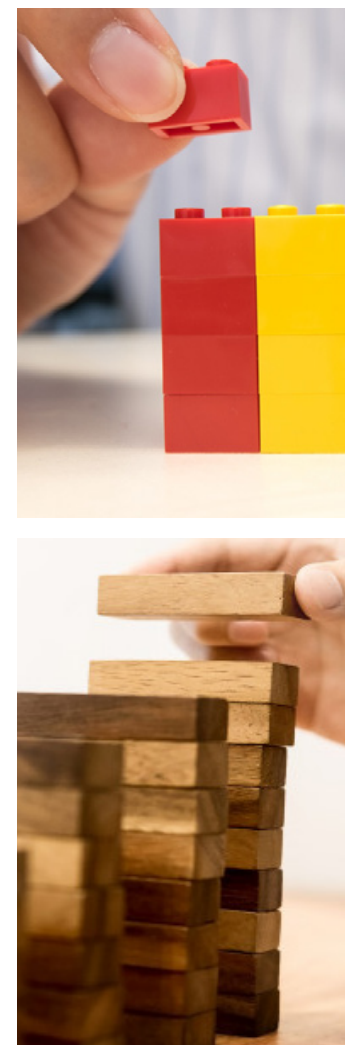
positivo prediz o risco suicida de maneira prospectiva.

Embora o perfeccionismo socialmente prescrito confira risco, como já foi mostrado no último parágrafo, ele não é o único componente do perfeccionismo capaz de prever a suicidalidade. No contínuo que vai da ideação ao planejamento até consumação, as dimensões do perfeccionismo têm contribuições distintas. Em estudos sobre saúde mental e perfeccionismo, geralmente não se usa as dimensões isoladamente, pois a combinação delas pode influenciar desfechos positivos ou negativos. Explicando melhor, os componentes específicos do perfeccionismo citados anteriormente se combinam em duas grandes dimensões, uma supostamente inócua e outra supostamente impactante para saúde. Para melhor entender, independentemente das escalas utilizadas, Stoeber e Otto (2006) dividiram os aspectos não saudáveis e os aspectos inócuos do perfeccionismo

em duas grandes dimensões que eles chamam de Esforço Perfeccionista (padrões pessoais, perfeccionismo auto-orientado e busca por excelência) e Preocupação Perfeccionista (preocupação com falhas, dúvidas sobre as ações, perfeccionismo prescrito socialmente e discrepância). Esse modelo bidimensional de perfeccionismo proporciona uma base comum para compreensão e comparação de diversos estudos (Stoeber & Otto, 2006; Stoeber, 2018). Essas duas dimensões tornam mais compreensíveis as relações entre o perfeccionismo e a suicidalidade.

Smith et al. (2017) utilizaram o modelo bidimensional (esforço perfeccionista e preocupação perfeccionista) para executar a primeira metanálise com o tema em mais de 50 anos de pesquisas sobre o perfeccionismo. Foram compilados 45 estudos num total de 11.747 indivíduos, dentre eles universitários, estudantes de medicina, comunidade geral de adultos e pacientes psiquiátricos. Tanto as preocupações perfeccionistas quanto o esforço perfeccionista demonstraram ter associação, para além do acaso, com as dimensões da suicidalidade. Ressalta-se que relações moderadas podem indicar outros mediadores, como os já citados até aqui (por exemplo, dor psicológica, desesperança, traços de personalidade, transtornos mentais) possam estar envolvidos e potencializar os efeitos da associação perfeccionismo/suicídio.

De maneira específica, o Esforço Perfeccionista confere riscos para o desenvolvimento da ideação suicida, sendo um dos primeiros passos no processo da suicidalidade, enquanto as Preocupações Perfeccionistas conferem riscos para ambas, ideação e tentativas de suicídio (que estão localizadas no outro extremo desse processo). No estudo realizado por Smith e colaboradores (2017) foi apontado que pessoas com índices elevados de Esforços Perfeccionistas ficam satisfeitas apenas quando os acontecimentos de suas vidas sugerem que são perfeitos, assim, a ideação suicida pode aparecer após a ocorrência de eventos que sugerem que não são perfeitos. Já os indivíduos com altos níveis de Preocupação Perfeccionista acreditam que os outros possuem expectativas altas para eles e se sentem incapazes de viver de acordo com essas exigências. Essas pessoas também tendem a se sentirem rejeitadas. Além disso, sentem estar decepcionando constantemente os outros, o



que pode estimular a ideação e as tentativas de suicídio. Os resultados deste estudo refinam e complementam o que é indicado nos estudos teóricos e de séries de casos sugerindo que “pessoas com elevado perfeccionismo parecem pensar, comportar-se, perceber e relacionar-se de maneiras que têm consequências suicidogênicas” (Smith et al., 2017, p.15, tradução livre). Estudos como esses alertam aos profissionais a redobrar sua cautela acerca da relação perfeccionistas/suicídio, pois tanto as pressões do perfeccionismo auto imposto quanto às pressões percebidas e geradas socialmente são componentes de uma personalidade pré-mórbida das pessoas suscetíveis à ideação e tentativas de suicídio.

Implicações para o manejo clínico

Nem sempre ser perfeccionista é um problema ou algo que indica a necessidade de tratamento. O perfeccionismo, como já foi visto, possui facetas positivas, e pode não ser prejudicial ou não trazer sofrimento. Porém, nos casos em que isso acontece, é importante que se busque intervenções para uma possível melhora. Além disso, a relação perfeccionismo/suicídio até aqui traçada traz importantes reflexões a respeito das alternativas de tratamento de transtornos mentais que conferem risco para suicídio e a própria prevenção com indivíduos extremamente perfeccionistas.

Denomina-se perfeccionismo clínico àqueles níveis de perfeccionismo que geram prejuízo significativo na vida cotidiana (Shafran, Cooper, & Fairburn, 2002). Estes prejuízos vão desde pequenos atrasos na entrega de documentos importantes (o perfeccionista pode se sentir compelido a revisar várias vezes seu trabalho para reassegurar sua qualidade) até impactos maiores como perder o suporte dos amigos por não conseguir aceitar seu desempenho mediano, deixar de sair de casa para evitar lidar com “um mundo imperfeito”, e deixar de ter prazer na vida.



Além disso, o perfeccionismo pode ser uma comorbidade comum em transtornos de humor (Bieling, Summerfeldt, Israeli & Antony, 2004), e agravar ainda mais quadros de transtornos alimentares (Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003). Por estar presente em diversas psicopatologias, o perfeccionismo é conhecido como uma característica transdiagnóstica. Características transdiagnósticas são, em geral, traços que propiciam risco para o desenvolvimento e são fator de manutenção de psicopatologias distintas (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004). O perfeccionismo então, como característica transdiagnóstica, está presente em vários transtornos que aumentam o risco do suicídio e em sua própria relação com o suicídio deve, independentemente da orientação teórica escolhida, ser alvo de intervenção.

Uma vez detectado que o cliente apresenta altos níveis de perfeccionismo desadaptativo, seja ele concomitante ou não a outro transtorno mental, deve-se acompanhar o quão os padrões de desempenho do cliente podem ser causa de sofrimento mental. Abrir mão do perfeccionismo não significa abrir mão da busca pela excelência. Ao contrário, significa estabelecer padrões de desempenho realistas e respeitar os próprios limites. Para que haja mudanças e flexibilização das metas, os indivíduos perfeccionistas devem conhecer os prós e contras desses traços e perceberem as vantagens de serem menos autocríticos consigo mesmo. Embora isto possa ser obtido por meio de vários tipos de psicoterapia, atualmente há um esforço nacional para estudos sobre o perfeccionismo em brasileiros e adaptação de protocolos de psicoeducação e intervenção em perfec-



cionismo pelo Laboratório de Avaliação e Intervenção na Saúde - UFMG. Indivíduos perfeccionistas têm respondido bem à psicoeducação (Steele et al, 2013), terapia cognitivo-comportamental (Pleva & Wade, 2007), intervenções em grupo (Handley, Watkins, Mansell, & Shafran, 2015) e terapia cognitivo comportamental baseada em mindfulness - embora neste último caso, devido às características comuns aos perfeccionistas de buscar máximo desempenho no que fazem, os efeitos sejam mais demorados do que no resto da população (Handorf, 2012; Wimberley, Mintz & Suh, 2015). Além disso, é possível reduzir os impactos do perfeccionismo ainda na infância, através de intervenções voltadas para comunidades educacionais como escolas e creches (Egan, Wade, Shafran, & Antony, 2014; Flett & Hewitt, 2014; Kutsa & Arthur, 2008; Short & Mazmanian, 2013). A cada ano, dada a importância do tema, mais estudos de eficácia surgem para estas intervenções. Contudo, deve-se ter cautela ao usá-las com indivíduos que apresentam risco elevado de suicídio, pois ainda não existem estudos específicos sobre programas de prevenção ao suicídio que incluam o perfeccionismo como tópico.

Considerações Finais

O perfeccionismo é um construto psicológico complexo, bem como sua relação com o fenômeno do suicídio, que apenas recentemente tem sido sistematicamente investigada. Mesmo aqueles indivíduos que possuem alto desempenho em seus campos de atuação, quando há mudança das contingências, podem estar em risco, pois pessoas extremamente perfeccionistas só estão satisfeitas quando os eventos de vida sugerem que são perfeitos; quando os eventos de vida mudam e inevitavelmente apontam que estas pessoas não são perfeitas, isso pode se seguir de ideações suicidas (Blatt, 1995; Hewitt & Flett, 2002). A boa notícia é que o perfeccionismo é uma característica passível de mudança e que para alcançá-la o indivíduo não precisa se encorajado a abrir mão de suas metas, apenas flexibilizá-las. É aí que todo o trabalho se inicia

Referências

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Bertolote, J. M. & Fleischmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*, 1(3), 181–185. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489848/>
- Bieling, P. J., Summerfeldt, L. J., Israeli, A. L., & Antony, M. M. (2004). Perfectionism as an explanatory construct in comorbidity of axis I disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(3), 193–201. DOI: 10.1023/B:JO-BA.0000022112.27186.98
- Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism. Implications for the treatment of depression. *American Psychological Association*, 50(12), 1003–1020. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.50.12.1003>
- Eddins, C. L. & Jobes, D. A. (1994). Do You See What I See? Patient and Clinician Perceptions of Underlying Dimensions of Suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24(2), 170–173. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1994.tb00800.x>
- Egan, S. J., Wade, T. D. & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review* 31(2), 203–212. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>
- Egan, S. J., Wade, T. D., Shafran, R. & Antony, M. M. (2016). *Cognitive-Behavioral Treatment of Perfectionism*. Nova York: Guilford Press.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)

Flamenbaum, R. & Holden, R. R. (2007). Psychache as a mediator in the relationship between perfectionism and suicidality. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 51–61.

DOI: 10.1037/0022-0167.54.1.51

Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2002). *Perfectionism. Theory, Research and Treatment*. American Psychological Association: Washington.

Flett, G. L., Hewitt, P. L & Marnin, H. (2014). The destructiveness of perfectionism revisited: Implications for the assessment of suicide risk and the prevention of suicide. *Review of General Psychology*, 18(3), 156–172. <http://dx.doi.org/10.1037/gpr0000011>

Handorf, A. (2012). Mindfulness and Perfectionism. *Discussions*, 8(2). Recuperado de: <http://www.inquiriesjournal.com/articles/801/mindfulness-and-perfectionism>

Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456–470. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456>

Kim, H., Seo, J., Namkoong, K., Hwang, E. H., Sohn, S. Y., Kim, S. J. & Kang, J. I. (2016). Alexithymia and perfectionism traits are associated with suicidal risk in patients with obsessive–compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 192, 50–55. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.018>

Klonsky, E. D., May, A. M. & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 307–330. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>

Kutlesa, N., & Arthur, N. (2008). Overcoming negative aspects of perfectionism through group treatment. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 26(3), 134–150. <http://dx.doi.org/10.1007/s10942-007-0064-3>

Ministério da Saúde. (2017). Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. *Boletim Epidemiológico*, 48(30), 1–14. Recuperado de: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>

O’Connor, R. C., Whyte, M. C., Fraser, L., Masterton, G., Miles, J. & MacHale, S. (2007). Predicting short-term outcome in well-being following suicidal behaviour: The conjoint effects of social perfectionism and positive future thinking. *Behaviour Research and Therapy* 45(7), 1543–1555. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.11.006>

Pinto, S. M. C. (2016). *Perfeccionismo, Perturbação Psicológica e Necessidades de Cuidados em Saúde Mental: Um estudo em profissionais dos Cuidados de Saúde Primários*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Recuperado de: https://sigarra.up.pt/fmup/en/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=885814

Pleva, J., & Wade, T. D. (2007). Guided self-help versus pure self-help for perfectionism: A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 45(5), 849–861. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.08.009>

Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40(7), 773–791. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00059-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00059-6)

Shahnaz, A., Saffer, B. Y. & Klonsky, E. D. (2018). The relationship of perfectionism to suicide ideation and attempts in a large online sample. *Personality and Individual Differences*, 130(1), 117–121. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2018.04.002>

Sherry, S. B., Hewitt, P. L., Sherry, D. L., Flett, G. L., & Graham, A. R. (2010). Perfectionism dimensions and research productivity in psychology professors: Implications for understanding the (mal)adaptiveness of perfectionism. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 42(4), 273–283. <http://dx.doi.org/10.1037/a0020466>

Short, M. M., & Mazmanian, D. (2013). Perfectionism and negative repetitive thoughts: Examining a multiple mediator model in relation to mindfulness. *Personality and Individual Differences*, 55(6), 716–721. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2013.05.026>

Slaney, R. B., Mobley, M., Trippi, J., Ashby, J., & Johnson, D. G. (1996). *The Almost Perfect Scale–Revised*. Unpublished manuscript, The Pennsylvania State University, University Park, PA.

Slaney, R. B., Rice, K. G., Mobley, M., Trippi, J., & Ashby, J. S. (2001). The Almost Perfect Scale—Revised. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34, 130-145. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/record/2001-05693-001>

Smith, M. M., Sherry, S. B., Chen, S., Saklofske, D. H., Mushquash, C., Flett, G. L. & Hewitt, P. L. (2017). The perniciousness of perfectionism: A meta-analytic review of the perfectionism—suicide relationship. *Journal of Personality*, 86(3), p. 522-542. <https://doi.org/10.1111/jopy.12333>

Soldz, S. & Vaillant, G. E. (1999). The Big Five Personality Traits and the Life Course: A 45-Year Longitudinal Study. *Journal of Research in Personality*, 33, 208-232. <https://doi.org/10.1006/jrpe.1999.2243>

Steele, A. L., Waite, S., Egan, S. J., Finnigan, J., Handley, A., & Wade, T. D. (2013). Psycho-education and group cognitive-behavioural therapy for clinical perfectionism: a case-series evaluation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(2), 129-143. DOI: 10.1017/S1352465812000628

Stoeber, J. (2018). The psychology of perfectionism: An introduction. In: Joachim Stoeber. (Ed.) *The psychology of perfectionism: Theory, research, applications*. 1ed. Londres: Routledge.

Stoeber, J. & Otto, K. (2006). Positive Conceptions of Perfectionism Approaches, Evidence, Challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10(4), 295-319. DOI: 10.1207/s15327957pspr1004_2

Wimberley, T. E., Mintz, L. B. & Suh, H. (2015). Perfectionism and Mindfulness: Effectiveness of a Bibliotherapy Intervention. *Mindfulness*, 7(2), 433-444. DOI: 10.1007/s12671-015-0460-1

Tomada de decisão e comportamento suicida

Antônio Geraldo da Silva
Marina Saraiva Garcia

O suicídio e as tentativas de suicídio são graves problemas de saúde pública e chamam a atenção de profissionais de diversas áreas. É estimado que quase 1 milhão de pessoas por ano cometam suicídio no mundo. No Brasil, são cerca de 32 suicídios por dia e 96,8% deles estão relacionados a algum transtorno mental (da Silva et al., 2018).

O suicídio é um fenômeno complexo em que vários fatores interagem contribuindo para propiciar seu aumento ou redução. Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP (2014), o suicídio é um comportamento com determinantes multifatoriais e resultado de uma complexa interação de fatores psicológicos e biológicos, culturais e socioambientais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) redigiu orientações com o objetivo de reduzir índices de suicídio. O Brasil é signatário do Plano de Ação em Saúde Mental da OMS lançado em 2013, cuja meta é reduzir em 10% a taxa de suicídio até o ano de 2020. (World Health Organization, 2014).

O Ministério da Saúde lançou em setembro de 2017 uma Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio (Ministério da Saúde, 2017), como parte de uma série de ações coordenadas para prevenção, promoção de saúde e de cuidados e vigilância. Todavia, desde 2006, já existem as Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio, ressaltando a relevância do tema como importante foco de política pública (Distrito Federal, 2018).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2015), há uma taxa de mortes por suicídio de 10.5 por 100.000 habitantes. Apesar das taxas serem maiores nos países de maior renda, em números absolutos, 78% dos suicídios ocorrem nos países mais pobres. Considerando-se ainda a subnotificação, o Brasil é o oitavo país do mundo em números absolutos de suicídio por ano.

Para cada suicídio cometido, estima-se que haja até 20 ve-



zes mais tentativas. A tentativa de suicídio é o fator de risco mais importante para suicídio futuro (ABP e CFM, 2014). Entre os jovens de 15 a 29 anos, o suicídio é a segunda maior causa de morte no mundo. No Brasil, cerca de 11 mil pessoas tiram a própria vida por ano, em média. O suicídio configura-se como a quarta maior causa de morte no Brasil entre 15 e 29 anos, sendo a terceira para homens e oitava para mulheres. Cerca de 69% das tentativas de suicídio no Brasil entre 2011 e 2016 foi realizada por mulheres (Ministério da Saúde, 2017).

Quanto aos meios utilizados, em 57,6% dos casos de tentativa de suicídio no Brasil entre 2011 e 2016 foi envenenamento/intoxicação, seguido por objeto perfuro-cortante em 6,5% dos casos e enforcamento em 5,8%. 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. A mortalidade é mais prevalente em idosos com mais de 70 anos com taxa de 8,9% (Ministério da Saúde, 2017). O suicídio acontece em quase todo o país. A região sul concentra 23% dos suicídios do Brasil e 14% da população, enquanto o Sudeste concentra 38% dos suicídios e 42% da população (Ministério da Saúde, 2017).

É possível prevenir o suicídio desde que os profissionais de saúde, de todos os níveis de atenção, estejam aptos a reconhecerem os fatores de risco presentes a fim de determinarem medidas para evitar tal risco e evitar o suicídio (ABP e CFM, 2014).

Cognição e comportamento suicida

Em relação aos fatores cognitivos, eles podem ser agrupados em esquemas cognitivos de interpretação da realidade e processos cognitivos básicos. Diferentes tipos de alterações primárias cognitivas estão relacionados ao comportamento suicida, especialmente aquelas resultantes de mudanças em circuitos frontoestriatais. Dentre os mecanismos cognitivos pode ser destacado o viés atencional para pistas ambientais relacionadas ao suicídio, comportamento impulsivo, déficit em fluência verbal, redução das habilidades de planejamento e tomada de decisão não adaptativa (da Silva et al., 2018).

O viés atencional consiste no efeito de pensamentos e emoções, frequentemente não consciente, sobre a percepção de estímulos ambientais. De acordo com da Silva e colaboradores (2018), o viés atencional faz com que o indivíduo preste muita atenção a sugestões ambientais que estão relacionadas ao transtorno mental que o paciente apresenta. Já em relação ao comportamento impulsivo, um conceito que tem sido amplamente aceito é de que a impulsividade ocorre quando há uma mudança no curso da ação sem que seja feito um julgamento consciente prévio (1); quando ocorrem comportamentos impensados (2); ou quando manifesta-se uma tendência a agir com menor nível de planejamento em comparação a indivíduos com mesmo nível intelectual (3) (Moeller et al. 2001). A relação entre impulsividade e suicídio tem sido investigada há muitos anos e ainda não se chegou a um consenso. Segundo Kasen, Cohen e Chen (2011), independente de outros riscos, tentativas de suicídio estão significativamente relacionadas à impulsividade maior nas idades de 10 a 25 anos, especialmente nos primeiros anos. Apesar de estudos mostrarem que pessoas que apresentam tentativa de suicídio tendem a ser mais impulsivas, o ato do suicídio em geral não é realizado impulsivamente segundo Smith e colaboradores (2008). Segundo Malloy-Diniz, Neves e Corrêa (2009), tentativas de suicídio em pacientes bipolares estão relacionadas à impulsividade e tomada de decisão rápida. Aproximadamente 25% dos pacientes com transtorno bipolar tipo I apresentam tentati-



vas de suicídio e cerca de 10% destes cometem de fato o suicídio, enquanto 6,7% dos pacientes bipolares do tipo II o fazem. A impulsividade é considerada um fator central do transtorno bipolar (Lima et al., 2017). Garcia (2018) elenca cinco tipos de impulsividade baseado no modelo UPPS-P desenvolvido por Whiteside & Lyman: urgência negativa, falta de premeditação, falta de persistência, busca de sensação e urgência positiva. Tendo em vista a natureza multidimensional da impulsividade, é possível pensar que tipos específicos de impulsividade podem estar mais relacionados ao comportamento suicida (da Silva et al., 2018).

Malloy-Diniz e colaboradores (2009) afirmam que os déficits em tomada de decisão encontrados em seu estudo estão de acordo com estudos anteriores de Jollant e colaboradores (2005) e Swann e colaboradores (2005). Eles encontraram correlação negativa estatisticamente significativa entre o número de tentativas de suicídio e os resultados em uma tarefa que avaliava tomada de decisão (Iowa Gambling Task). Em outras palavras, quanto mais baixos eram os escores de tomada de decisão, maiores eram as tentativas de suicídio de pacientes bipolares ao longo do tempo.

Segundo da Silva e colaboradores (2018), é plausível pensar que mesmo suicídios planejados poderiam ter um foco no fim imediato do sofrimento. Esses achados foram replicados em outros estudos e mostraram que o foco decisional de pacientes psiquiátricos pode ser um dos fatores de risco para o suicídio. Tomada de decisão impulsiva relacionada ao foco imediato independentemente de consequências de longo prazo é frequentemente associado a comportamento suicida.

Em resumo, estudos têm apontado de maneira consistente relação entre déficits cognitivos e comportamento suicida. Especificamente a impulsividade e tomada de decisão têm sido estudadas e alguns trabalhos mostram a cognição como importante alvo terapêutico na abordagem do paciente com comportamento suicida.

Referências Bibliográficas

Associação Brasileira de Psiquiatria; Conselho Federal de Medicina. Suicídio: informando para prevenir. Brasília: CFM/ABP, 2014.

Brasil. Ministério Da Saúde. Agenda estratégica de prevenção do suicídio. Brasília, 2017.

da Silva, A.G., Malloy-Diniz, L.F., Garcia, M.S., Figueiredo, C.G.S., Figueiredo, R.N., Diaz, A.P., Palha, A.P. Cognition as therapeutic target in the suicidal patient approach. *Front. Psychiatry* 9:31. doi: 10.3389/fpsy.2018.00031

Distrito Federal (Brasil). Secretaria de Saúde. Plano distrital de prevenção do suicídio. Brasília, 2018.

Garcia, M.S. (2018). Adaptação da Escala UPPS-P e sua aplicabilidade na população brasileira. Dissertação de mestrado em Medicina Molecular, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Jollant, F., Bellivier, F., Leboyer, M., Astruc, B., Torres, S., Verdier, R., Castelnau, D., Malafosse, A., Courtet, P. (2005) Impaired Decision Making in Suicide Attempters. *Am J Psychiatry* 162:304-310.

Kasen, S., Cohen, P., & Chen, H. (2011). Developmental Course of Impulsivity and Capability from Age 10 to Age 25 as Related to Trajectory of Suicide Attempt in a Community Cohort. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(2), 180–192. doi:10.1111/j.1943-278x.2011.00017.x

Lima, I.M.M., Malloy-Diniz, L.F., de Miranda D.M., Da Silva, A.G., Neves F.S. e Johnson, S.L. (2017). Integrative Understanding of Familial Impulsivity, Early Adversity and Suicide Risk. *Front. Psychol.* 8:2240. doi: 10.3389/fpsyg.2017.02240

Malloy-Diniz, Leandro F., Neves, Fernando, & Corrêa, Humberto. (2009). Aspectos neuropsicológicos do transtorno afetivo bipolar. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 31(2), 183-185

Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *Am. J. Psychiatry* 158, 1783–1793.

Smith, R.A., Witte, T.K., Teale, N.E., King, S.L., Bender, T.W., Joiner, T. E. (2008). Revisiting Impulsivity in Suicide: Implications for Civil Liability of Third Parties. *Behav. Sci. Law* 26: 779–797. doi: 10.1002/bsl.848

Swann, A.C., Dougherty, D.M., Pazzaglia, P.J., Pham, M., Steinberg, J.L., Moeller, F.G. (2005). Increased Impulsivity Associated With Severity Of Suicide Attempt History In Patients With Bipolar Disorder. *Am J. Psychiatry* 162: 1680-1687.

World Health Organization. Age-standardized suicide rates (per 100.000 population). 2015

World Health Organization. Preventing suicide – a global imperative. 2014. Geneva, 2014.

Avaliação de suicídio em crianças e adolescentes

Priscila Corção B. Moraes

Dados da OMS demonstram que a frequência do suicídio está se deslocando dos idosos para os mais jovens. A maioria dos suicídios ocorre entre pessoas maiores de 14 anos. Entretanto, em alguns países, tem ocorrido um aumento alarmante nos suicídios entre crianças menores de 15 anos, bem como na faixa etária dos 15 aos 19 anos (MOREIRA & BASTOS, 2015). A ideação suicida e tentativa de suicídio são mais prevalentes em adolescentes do que em qualquer outro momento da vida. Entre 13 e 18 anos, a prevalência de ideação e tentativa são de aproximadamente 12.1% e 4.1%, respectivamente, com taxas de tentativa suicida 3 vezes maior em meninas do que em meninos. Entretanto, a taxa de suicídios entre adolescentes é baixa, aproximadamente 0.005% por ano, onde os meninos se matam 3 vezes mais do que meninas (MIRANDA et al., 2014).

O suicídio corresponde à terceira causa principal de morte de adolescentes, representando 10% de todas as mortes entre 15



e 19 anos. As taxas de suicídio aumentam dez vezes desde a pré-adolescência ao início da idade adulta (KAWABE et al., 2016). Por ser uma fase de transição da infância para idade adulta, ocorrem muitas mudanças, desde o crescimento físico, novos relacionamentos até a presença de emoções que podem colocar uma grande quantidade de pressão sobre os adolescentes. Sem apoio social e parental, essa pressão pode colocar os adolescentes em risco de suicídio. No Brasil a população jovem entre 15 a 29 teve um aumento de 15,3% nos casos de suicídio, passando de 2.515 para 2.900 suicídios entre 2002 e 2012. A taxa de suicídio, nessa população, passou, no mesmo período, de 5,1/100 mil para 5,6/100 mil jovens, ocupando o país a 60ª posição na classificação mundial (MOREIRA; BASTOS, 2015).

O suicídio entre crianças que ainda não entraram na puberdade é raro, embora pensamentos suicidas e tentativas possam ocorrer (KORCZAK; CANADIAN PAEDIATRIC SOCIETY; MENTAL HEALTH AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES COMMITTEE, 2015). No Brasil entre os anos 2000 e 2008 foram registrados 43 casos de suicídio entre crianças com menos de 10 anos e 6.574 de adolescentes entre 10 e 19 anos (KUCZYNSKI, 2014). Mas mesmo que os suicídios nessa faixa etária sejam raros, é importante ficar atento aos sinais e sintomas de depressão nas crianças em idade pediátrica, são eles: irritabilidade e/ou humor deprimido; perda de interesse nas atividades cotidianas; agitação psicomotora e/ou perda de energia; baixa concentração e indecisão; insônia ou hipersonia; perda ou ganho de peso; perda de esperança e senso de impotência; sentimento de culpa ou baixa autoestima; sintomas somáticos crônicos (dor de cabeça, constipação, dor de barriga); pensamentos de morte ou de suicídio (DILILLO et al., 2015).

Existem poucos artigos sobre ideação suicida em crianças com menos de 8 anos pois é questionável se crianças tão novas conseguem entender o que a morte representa. Whalen e colaboradores (2015) demonstram evidências empíricas de que crianças pequenas possuem um entendimento acerca de morte e até suicídio maior do que esperado. Embora o entendimento de uma criança mais nova sobre morte ou suicídio seja menos complexo do que de uma criança mais velha ou de um adulto, em torno de 4 anos crianças conseguem entender que a morte leva a cessação da habilidade de atuar e é distinguida de dormir. Whalen e colaboradores ainda citam um estudo de Mishara (1999) feito com crianças do primeiro ao quinto ano em que todas, com exceção de três crianças, conseguiram definir e discutir “matar você mesmo”. Todas as crianças que conseguiram definir e discutir sobre esse conceito mencionaram meios viáveis de se fazer isso, seja usando uma faca ou arma. Embora não seja específico para o início da infância, os resultados desse estudo sugerem que crianças entre 6 e 10 anos entendem perfeitamente que um ato intencional de suicídio resultará em morte e compreendem que a morte é permanente e final. Para Kuczynski (2014) em média uma criança com 8 anos de idade aceita que todos vão

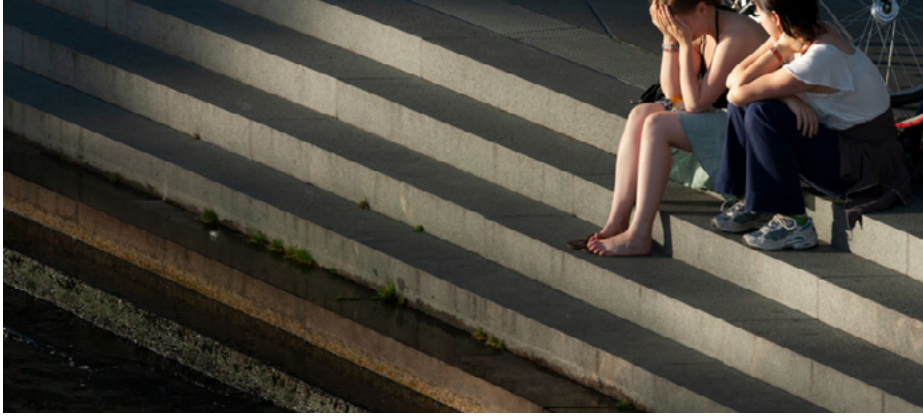
morrer um dia (inclusive ela), com 9 anos ela aceita que irá morrer um dia, com realismo, com 10 a 11 já tem noção sobre a deterioração do corpo e a partir dos 11 teoriza sobre o que acontece depois, dando início à especulação metafísica. Um dos desafios para a prevenção do suicídio na infância é a detecção precoce da ideação suicida. A mudança do comportamento da criança não deve passar despercebida ou ser confundida com uma fase de temperamento difícil ou retraído. Além disso, deve-se superar a ideia de que a criança não tem capacidade cognitiva para se matar (SOUZA et. al, 2017).

Níveis elevados de ideação suicida conferem risco aumentado para futuras tentativas de suicídio e morte por suicídio. Segundo Fuller-Thomson, Hamelin e Granger (2013) estima-se de 15 a 20 tentativas para cada morte por suicídio. Nem sempre é fácil prever o nível de risco de suicídio em adolescentes e, por isso, os autores sugerem que o melhor modo de prevenção seria o estudo dos fenômenos associados à ideação suicida na juventude já que a prevalência de pensamentos suicidas entre adolescentes é bastante alta, com cerca de 20-30% de adolescentes relatando-os em algum ponto. Para Selby, Yen e Spirito (2013) além da ideação suicida direta, pensamentos passivos sobre a morte, também conhecidos como pensamento mórbido, ou ideação de morte, são frequentemente considerados uma parte da construção de ideação suicida. Ideação de morte compreende pensamentos gerais de morte e ideação suicida compreende o desejo de morrer ou comportamento suicida e pode estar associada a diferentes fatores de risco (JOO; HWANG; GALLO, 2016).

Na literatura científica, existem diversas escalas desig-



nadas a mensurar a depressão em crianças e que devem ser utilizadas juntamente com outros dados clínicos a fim de avaliar a depressão infantil e detectar o nível de gravidade dos sintomas e acompanhar o resultado de tratamentos. Dentre elas, a escala mais frequentemente usada e citada é o Inventário de Depressão Infantil (CDI). O CDI surgiu compreendendo uma adaptação do Inventário Depressão de Beck - BDI. Foi elaborado por Kovács em 1983, e propõe mensurar sintomas depressivos em jovens de 7 a 17 anos, por meio de auto aplicação. Nessa versão original, o instrumento consta de 27 itens distribuídos entre os sintomas afetivos, cognitivos, somáticos e de conduta. Os participantes utilizam uma escala de resposta de três pontos para indicar a melhor alternativa que descreve seus sentimentos com relação às duas últimas semanas. O CDI foi adaptado e normatizado no Brasil através de um estudo realizado por Gouveia e colaboradores, (1995) na cidade de João Pessoa – PB e, de acordo com os resultados apresentados nesse estudo, tem parâmetros psicométricos aceitáveis, sendo útil para identificar crianças e adolescentes potencialmente depressivos (COUTINHO; CAROLINO; MEDEIROS, 2008).



Outra escala bastante utilizada e em situação favorável pelo SATEPSI é a Escala Baptista de Depressão - Versão Infanto-Juvenil (EBADEP-IJ) elaborada por Makilim Nunes Baptista em 2011 e é um instrumento constituído por 50 itens, que tem como objetivo avaliar a sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes. É composto por uma escala do tipo Likert, de três pontos, variando de zero a dois, com pontuação mínima de zero e máxima de 100 pontos. O instrumento é baseado nos descritores do DSM-IV-TR, CID-10, Terapia Cognitiva (BECK; RUSH; SHAW; EMERY, 1997), Princípios do Comportamento (FERSTER; CULBERTSON; BOREN, 1977), bem como nos estudos de Weinberg, Rutman, Sullivan, Pencik e Dietz (1973), e apresenta 24 descritores, que são: humor deprimido, perda ou diminuição de prazer, choro, desesperança, desamparo, indecisão, sentimento de incapacidade e inadequação, carência ou dependência, negativismo, esquiva de situações sociais, queda de produtividade, inutilidade, autocrítica exacerbada, culpa, diminuição da concentração, pensamento de morte, autoestima rebaixada, falta de perspectiva sobre o presente, alteração de apetite, alteração de peso, insônia ou hipersonia, lentidão ou agitação psicomotora, fadiga e irritação. Pode ser aplicado na faixa etária de 8 a 17 anos, sendo que, quanto menor a pontuação na

EBADEP-IJ, menor a sintomatologia depressiva apresentada pelo indivíduo (BAPTISTA; CREMASCO, 2013).

A Escala de Avaliação de Depressão em Crianças (CDRS-R) corresponde a uma entrevista estruturada contendo 17 itens, através dos quais as crianças reportam seu estado afetivo, e sua conduta é observada pelo observador. Essa escala foi elaborada por Posznanski (1979), baseada na escala de depressão de Hamilton, revisada em 1985 e adaptada ao nosso meio por Barbosa et al. (1997), com ponto de corte igual a 40. Ela possui o diferencial de poder obter informações de todas as fontes disponíveis, por exemplo, entrevistas com as crianças, pais, professores e outros. Se as opiniões diferirem, deve-se utilizar o julgamento clínico e, se nenhuma das subcategorias parecerem ser aplicáveis, basta utilizar as escalas [1-5] ou [1-7] como uma escala não estruturada e avaliar a gravidade. Sob as categorias: afeto deprimido, retardo da linguagem, hipoatividade, deve-se avaliar segundo as observações realizadas somente durante a entrevista.

Referências Bibliográficas

- BAPTISTA, M. N.; CREMASCO, G. da S.. Propriedades psicométricas da escala baptista de depressão infanto-juvenil (EBADEP-IJ). *Arq. bras. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 65, n. 2, p. 198-213, 2013.
- BARBOSA G.A., DIAS M.D., GAIÃO A.A., DI LORENZO W.F. Escala para avaliação de depressão em crianças - revisada (CDRS-R): uma análise exploratória. *Rev Neuropsiquiatr Infanc Adolesc*;5(1):15-8, 1997.
- BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F., & EMERY, G. *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- COUTINHO, M. da P de L; CAROLINO, Z. C. G; MEDEIROS, E. D. de. Inventário de Depressão Infantil (CDI): evidências de validade de constructo e consistência interna. *Aval. psicol.* v.7 n.3 Porto Alegre dez. 2008
- DILILLO, D et al. Suicide in pediatrics: epidemiology, risk factors, warning signs and the role of the pediatrician in detecting them. *Italian Journal of Pediatrics*, 41, 49, 2015
- FERSTER, C. B., CULBERTSON, S., & BOREN, M. C. Depressão clínica. In C. B. Ferster, S. Culbertson, & M. C. Boren (Orgs.), *Princípios do Comportamento* (M. I. Silva, M. A. Rodrigues, & M. B. Pardo, Trads., pp. 699-725). São Paulo: Hucitec, 1977.
- FULLER-THOMSON, E; HAMELIN, G. P; GRANGER, S. J. R. Suicidal Ideation in a Population-Based Sample of Adolescents: Implications for Family Medicine Practice. *ISRN Family Medicine*, vol. 2013, 2013.
- GOUVEIA, VV. et al. Inventário de Depressão Infantil - CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44, 345-349, 1995.
- JOO, J., HWANG, S., & GALLO, J. J. Death Ideation and Suicidal Ideation in a Community Sample Who Do Not Meet Criteria for Major Depression. *Crisis*, 37(2), p. 161-165, 2016
- KAWABE, K et al. Suicidal ideation in adolescents and their caregivers: a cross sectional survey in Japan. *BMC Psychiatry*, 16, 231, 2016.
- KORCZAK, D. J; CANADIAN PAEDIATRIC SOCIETY, MENTAL HEALTH AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES COMMITTEE. Suicidal ideation and behaviour. *Paediatr Child Health* Vol 20 No 5 June/July 2015
- KUCZYNSKI, E. Suicídio na infância e adolescência. *Psicologia USP*, volume 25, número 3, p 246-252, 2014
- MIRANDA, R et al. Characteristics of suicidal ideation that predict the transition to future suicide attempts in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 55(11), 1288-1296, 2014

MISHARA, B. L. Conceptions of Death and Suicide in Children Ages 6–12 and Their Implications for Suicide Prevention. *Suicide Life Threat Behav.* 29(2):105–118, 1999.

MOREIRA, L. C. de O.; BASTOS, P. R. H. de O. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. *Psicol. Esc. Educ., Maringá*, v. 19, n. 3, p. 445–453, Dec. 2015.

POZNANSKI, E. FREEMAN. L. & MOKROS, H. Children`s Depression Rating Scale - Revised. *Psychopharmacological Bulletin*, 21, 979–989, 1985.

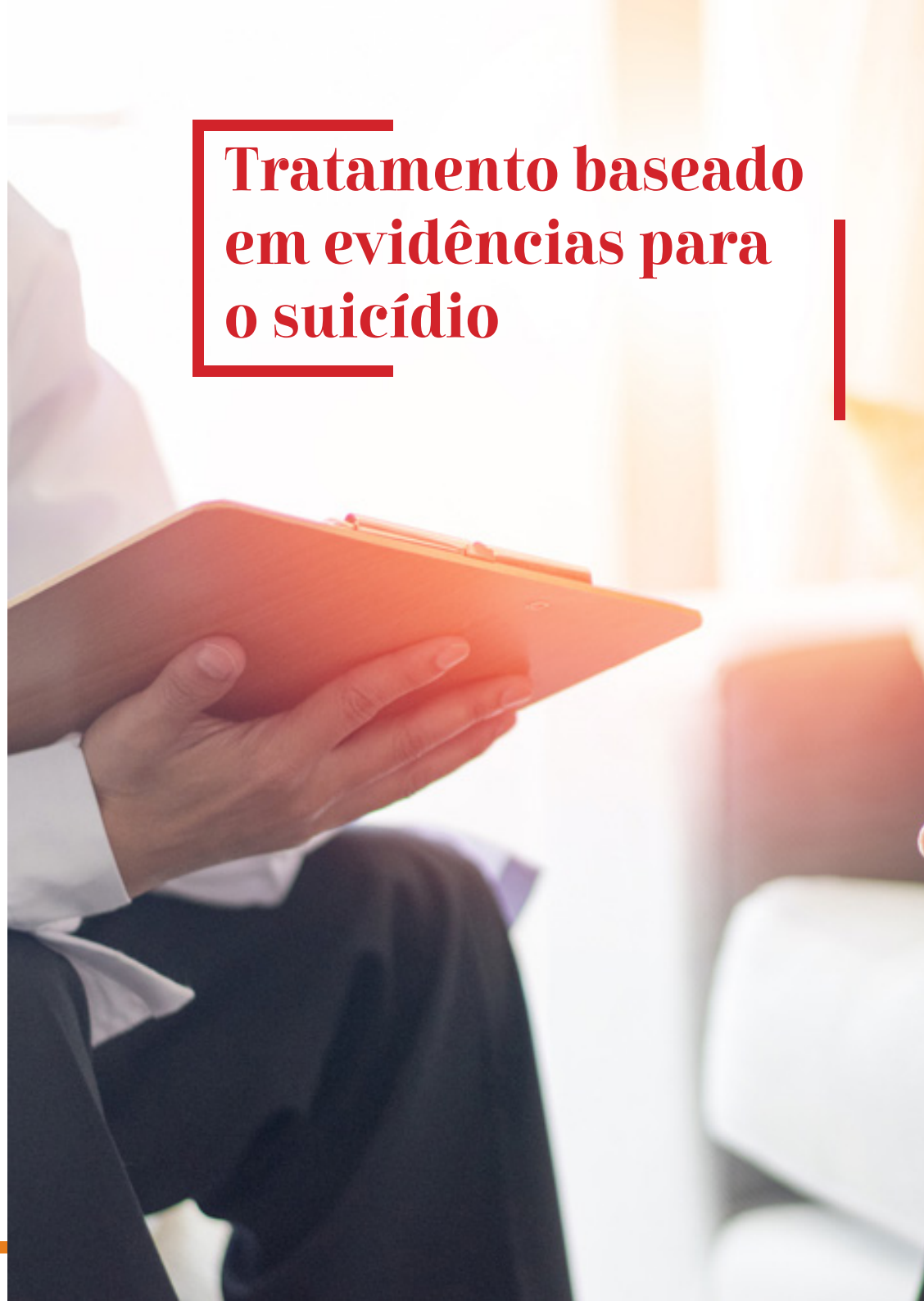
SELBY, E. A., YEN, S., & SPIRITO, A. Time Varying Prediction of Thoughts of Death and Suicidal Ideation in Adolescents: Weekly Ratings over Six Month Follow-Up. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology : The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 42(4), p. 481–495, 2013

SOUSA; G S de et al. Revisão de literatura sobre suicídio na infância. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(9):3099–3110, 2017

WEINBERG, W. A., RUTMAN, J., SULLIVAN, L., PENCIK, E. C., & DIETZ, S. G. Depression in children referred to an Education Diagnostic Center. *Journal of Pediatrics*, 83, 1065–1072, 1973.

WHALEN, D. J et al. Correlates and Consequences of Suicidal Cognitions and Behaviors in Children Ages 3–7. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(11), 926–937, 2015.

Tratamento baseado em evidências para o suicídio

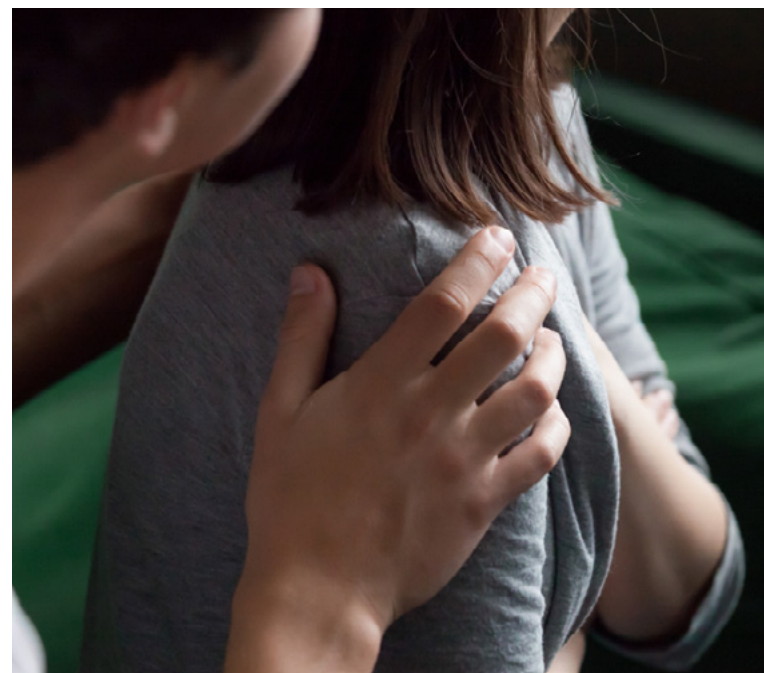


Abordagem Cognitivo-Comportamental para o Suicídio

Carmem Beatriz Neufeld & Bruna Filliettaz Rios

O suicídio é um grave problema de saúde pública, sendo a segunda principal causa de morte entre pessoas de 10 a 34 anos nos Estados Unidos (Centers for Disease Control & Prevention, 2016). Segundo a Organização Mundial da Saúde, em 2016 houve um número estimado de 793.000 mortes por suicídio em todo o mundo. Isso indica uma taxa anual global de suicídio de 10,5 por 100.000 habitantes. No Brasil, a taxa é de 9,7 mortes por suicídio por 100.000 habitantes (World Health Organization, 2016).

De acordo com o Ministério da Saúde, foram registrados no Brasil, no período de 2011 a 2016, 48.204 casos de tentativas de suicídio, que ocorreram predominantemente nas regiões Sul e Sudeste do país. Além disso, grande parte dessas tentativas foram realizadas por adolescentes entre 10 e 19 anos (Ministério da saúde, 2017; Pinto, Meira, Ribeiro, Nery, & Casotti, 2017). Além disso, em um estudo epidemiológico realizado em 101 países, entre 2000 e 2009, verificou-se que 14,7% dos suicídios foram realizados por crianças entre 10 e 14 anos (Souza, Santos, Silva, Perrelli, Sougey, 2017). Tal quadro ressalta a problemática do suicídio, a qual acarreta em prejuízos econômicos, sociais e psicológicos para indivíduos, famílias e países inteiros (Claumann, Pinto, Silva, & Pelegrini, 2018).



Não há, entre os suicidologistas, um esquema de classificação de nomenclatura que seja amplamente aceito e adotado. No entanto, há um esquema desenvolvido há mais de 30 anos que é utilizado pelo maior número de pesquisas empíricas da literatura científica. Em tal nomenclatura, podemos destacar quatro termos que possuem definições distintas: suicídio, tentativa de suicídio, planejamento para o suicídio e ideação suicida (Wenzel, Brown, & Beck, 2010).

Define-se suicídio como morte causada por ferimentos autoinfligidos que tem por objetivo qualquer intenção de morrer. Tal definição implica em três fatos importantes: que a pessoa está morta, que seu comportamento levou a sua morte, e que ela possuía intenção de causar sua morte. Esta última afirmação é fonte de grande controvérsia, sendo, também, a variável mais importante para distinguir entre aqueles que morreram por meio do suicídio e os que morreram por diferentes causas (Wenzel, Brown, & Beck, 2010).



Na tentativa de suicídio, há um comportamento não fatal, autoinfligido, potencialmente danoso, com qualquer intenção de morrer como resultado, mesmo que tal intenção seja sutil. Na tentativa de suicídio, pode ocorrer ou não ferimentos, bem como as evidências da intenção de morrer podem ser implícitas ou explícitas. Na intenção explícita, a pessoa expressa diretamente a sua intenção de morrer, enquanto que na intenção implícita, tal desejo pode ser inferido a partir das circunstâncias do comportamento ou das crenças emitidas pela pessoa de que o comportamento realizado poderia resultar em término da própria vida (Wenzel, Brown, & Beck, 2010).

Entretanto, a presença ou não de intenção suicida pode ser difícil de determinar, tanto porque algumas pessoas podem relatar certa ambivalência sobre seu desejo de morrer

ou viver no momento da tentativa, quanto porque a lembrança que elas possuem do momento é imprecisa ou não confiável. Um modo para avaliar intenção ou não, é inferi-la a partir das circunstâncias, como por exemplo, se a tentativa ocorreu de uma forma que tornou mais difícil ser resgatado ou descoberto, se houve preparações finais antes (como completar um testamento, comprar armas etc.), bem como se havia um bilhete suicida. Porém, tal avaliação também pode conter vieses, uma vez que uma pessoa pode propositalmente fazer preparações para o suicídio ou emitir comportamentos autoagressivos para aparentar uma tentativa de suicídio, quando na realidade não havia intenção de morrer (Wenzel, Brown, & Beck, 2010).

Uma tentativa de suicídio difere-se de um comportamento intencional autoagressivo não suicida, pois este segundo caracteriza-se por ser autoinfligido, potencialmente danoso, porém com nenhuma intenção de morrer como resultado. Nesse sentido, tentar suicídio ou cometer 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).

Por fim, define-se ideação suicida como qualquer pensamento, imagem, crença, vozes ou diferentes cognições relacionadas por uma pessoa, sobre terminar intencionalmente com a própria vida. A ideação é considerada mais próxima de atos suicidas quando vem acompanhada por um desejo de tirar a própria vida. Entretanto, é importante ressaltar que uma pessoa pode ter pensamentos intrusivos de se matar (como por exemplo uma pessoa que apresenta transtorno obsessivo-compulsivo), mas não possui qualquer desejo ou intenção de realizar tal ato, o que nesse caso não se configuraria como uma ideação suicida (Wenzel, Brown, & Beck, 2010).

Além disso, diversos autores ressaltam que apenas uma pequena parcela das pessoas que apresentam pensamentos suicidas realmente planejam, e menos ainda efetivamente tentam, sugerindo que a maioria das pessoas apresentam apenas ideias, do que realmente morrem por suicídio (Burr, Rahm-Knigge & Conner, 2017; Kelly, 2018; Shahnaz, Saffer, & Klonsky, 2018)

Para além dessas classificações, Wenzel, Brown e Beck (2010) utilizam o termo crise suicida para referirem-se a um intenso e discreto episódio de ideação suicida, uma tentativa de suicídio ou outros comportamentos relevantes ligados ao tema. Além disso, Beck e seus colaboradores desenvolveram diversos instrumentos que visam mensurar grau de intenção suicida em tentativa anterior (Escala de Intenção Suicida- SIS), letalidade de tentativa anterior (Escala de Letalidade- LS) e a severidade da intenção suicida (Escala de ideação suicida- SSI). Quanto mais alta for a pontuação do paciente nessas três dimensões, maior a probabilidade de que ele venha a se engajar em futu-



ros atos suicidas (Wenzel, Brown, & Beck, 2010).

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, Pinto, Silva, & Pelegrini, 2018). Segundo uma revisão sistemática com metanálise realizada por Franklin et al. (2017), fatores como tentativa prévia de suicídio, auto-lesão 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.

Além disso, tem-se que pacientes que não comunicam suas intenções suicidas possuem um maior risco de engajar-se

em ato suicida do que aqueles que expressam seu desejo. Existe um nível de associação mínima entre o grau de intensão suicida e a gravidade da letalidade médica, uma vez que muitas vezes os pacientes possuem ideias imprecisas do real risco de seu método suicida. Nesse sentido, encontrou-se que apenas os pacientes com expectativas realistas sobre a probabilidade de morrer a partir de seu método exibiam o padrão esperado, em que o grau de letalidade médica foi proporcional ao grau de intenção suicida (Wenzel, Brown, & Beck, 2010).

Buscando-se compreender os fatores de risco para o suicídio, pode-se levantar importante variáveis que se relacionam a atos suicidas, as quais dividem-se em: demográficas, diagnósticas, histórico psiquiátrico e psicológicas. Com relação as variáveis demográficas, mulheres são



mais propensas a tentativas de suicídio, enquanto homens de fato morram mais por suicídio. Nesse sentido, homens engajam-se mais em atos suicidas com a intenção de morrer, enquanto que as mulheres são mais motivadas pela intenção de comunicar algo a outros. Ademais, morte por suicídio são mais comuns entre populações com maior idade, menores condições econômicas, e veteranos de guerra. Fatores como desemprego, menores anos de educação formal, ser solteiro, divorciado ou viúvo, também são relacionados a futuros atos suicidas (Wenzel, Brown, & Beck, 2010).

No que se refere a variáveis diagnósticas, doenças como AIDS, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, dor crônica, doença renal em estágio terminal e os transtornos neurológicos severos estão ligados a um maior risco de ideação suicida, tentativas e morte por suicídio. Esse fator se deve principalmente ao fato de que a presença dessas doenças aumenta a vulnerabilidade ao suicídio ao ativarem mecanismos de desesperança, falta de sentido percebido para a vida e perda de papéis sociais, assim como estão ligados ao surgimento de comorbidades psiquiátricas (Wenzel, Brown, & Beck, 2010).

A presença de um ou mais tipos de perturbações psiquiátricas é uma variável central na etiologia do suicídio, uma vez que 91% ou mais dos indivíduos que morreram por suicídio apresentavam algum transtorno psiquiátrico. Tais perturbações podem ser definidas pela presença de um ou mais transtornos psiquiátricos, ou pela presença de sintomas psiquiátricos associados a prejuízos clinicamente significativos. O risco de suicídio é maior entre aqueles com transtorno de personalidade borderline, seguido por depressão, transtorno bipolar, uso de opioides e esquizofrenia. Estima-se que entre metade e três quartos de todos os suicídios seriam evitados se a doença mental fosse tratada previamente (Mewton & Andrews, 2016).

O principal fator de predição de atos suicidas é a presença de tentativas anteriores, nesse sentido, a variável do histórico psiquiátrico é extremamente importante para avaliar-se o risco de suicídio de um paciente. Dada a natureza variável dos sintomas associados ao risco de suicídio (por exemplo, depressão, ansiedade e desesperança, uso de substâncias), indiscutivelmente, o marcador mais preciso e impactante da efetividade de um tratamento é a redução na tentativa de suicídio pós tratamento (Mewton & Andrews, 2016). Além disso, a presença de abuso físico ou sexual na infância, dor crônica na infância, histórico familiar de suicídio, autolesões prévias, adoecimento grave bem como perturbações psiquiátricas persistentes ao longo do tempo também são variáveis associadas a um maior risco de morte por suicídio (Kelly, 2018; Wenzel, Brown, & Beck, 2010).

Enfim, as variáveis psicológicas são o foco das intervenções psicoterapêuticas, uma vez que são passíveis de mudança. Acredita-se que essas variáveis podem explicar, em parte, a associação entres as variáveis anteriormente citadas (demográficas, diagnósticas, e histórico psiquiátrico), a ideação e os atos suicidas. As variáveis psicológicas dividem em cinco principais classes: desesperança, cognições relacionadas ao suicídio, impulsividade, déficits na resolução de problemas e perfeccionismo (Wenzel, Brown, & Beck, 2010).



A desesperança é um dos principais fatores psicológicos que predizem engajamento em atos suicidas, utilizando a medida de desesperança Beck Hopelessness Scale (BHS), vários estudos têm corroborado a associação entre desesperança e comportamento suicida (Burr, Rahm-Knigge & Conner, 2017). No que se refere às cognições relacionadas ao suicídio, a ideação suicida é um importante preditor de atos suicidas (Wenzel, Brown, & Beck, 2010).

Além disso, um fator de risco para ideação suicida e tentativa que tem recebido atenção é a ruminação, a qual define-se por ser um foco repetitivo e fixo em sintomas de angústia, e nas possíveis causas e consequência desses sintomas. A ruminação não é definida pelo conteúdo do pensamento e sim pelo ato persistente e fixo que não resulta em resolução de problemas (Holdaway, Aaron, & Becker, 2018). Tal ruminação, pode ser um impulsor da progressão da ideação para o comportamento suicida. De tal forma, encontra-se na literatura que algumas pessoas apresentam um viés de atenção para palavras relacionadas ao suicídio, e isso tem mostrado prever futuras tentativas de suicídio por um período de seis meses, acima e além de outros preditores clínicos (Rogers & Joiner, 2018). Com relação à impulsividade, hipotetiza-se que ela seja um fator de vulnerabilidade que opera em alguns, mas não em todos os pacientes suicidas, aumentando o estresse, bem como fomentando perturbações psiquiátricas. Nesse sentido, a impulsividade caracteriza um subgrupo de

pacientes suicidas, aumentando os riscos de forma indireta. De forma similar, déficits na resolução de problemas também se constitui como fator de vulnerabilidade, uma vez que se pode entender, em parte, o suicídio como uma abordagem desadaptativa de resolução de problemas (Wenzel, Brown, & Beck, 2010). Alguns suicidologistas dizem existir, pelo menos, duas classes de pacientes suicidas. Uma em que os pacientes se caracterizam por apresentarem forte desesperança e desejo de morrer, e outra em que a desesperança e o desejo de morrer não são protuberantes, mas possuem dificuldade em regular o humor, emitindo comportamentos impulsivos, ou que realizam um ato suicida com a intenção de comunicar algo aos outros (Wenzel, Brown, & Beck, 2010).

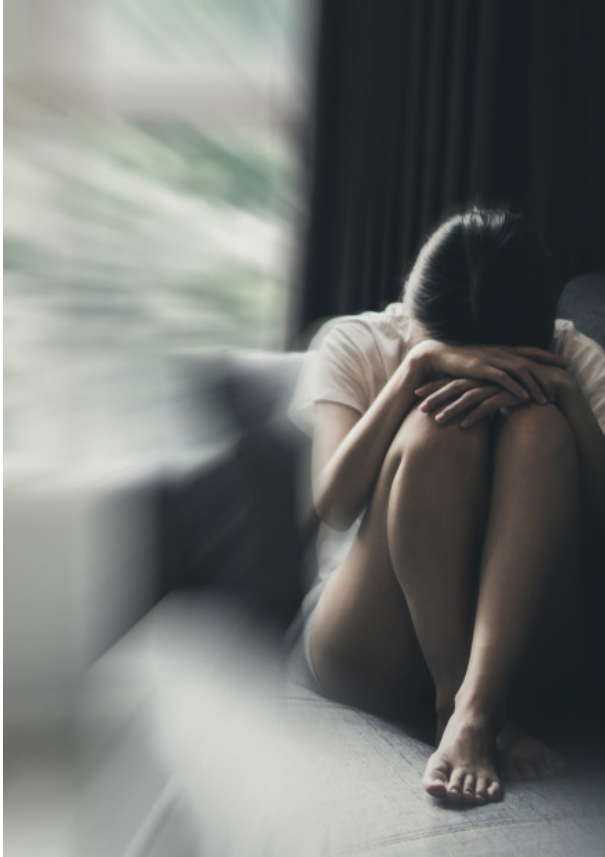
De um modo geral, pesquisas transversais relataram que uma inabilidade de solução de problemas, bem como uma autopercepção negativa dessas habilidades são características de pessoas que relataram terem ideações suicidas, bem como de pessoas que realizaram tentativas suicidas. Por fim, o perfeccionismo é um fator de vulnerabilidade para atos suicidas uma vez que pode gerar estresse, bem como aumentar a aversão a ele, focando a atenção das pessoas em suas falhas e fracassos, ao invés de notar seus acertos e sucessos (Wenzel, Brown, & Beck, 2010). Em um estudo recente, Shahnaz, Saffer e Klonsky (2018), reforçaram essa premissa ao encontrarem associações entre o desenvolvimento

de ideação suicida e a presença de perfeccionismo, apesar de ressaltarem que o perfeccionismo não se relacionou com a progressão da ideação para tentativas suicidas. As variáveis citadas até este momento caracterizam-se por, comumente, serem consideradas como distais. Fatores de risco proximais e distais trabalham em conjunto para fomentar um terreno fértil para atos suicidas. Dentre os fatores proximais, podemos citar a presença de arma de fogo em casa, facilidade de acesso a medicações potencialmente letais, eventos estressores, e para adolescentes, exposição a atos suicidas de outros. Além disso, qualquer evento de perda (interpessoal, saúde, financeiro etc) que seja percebido pelo indivíduo como significativo pode estar associado a um maior risco de suicídio (Wenzel, Brown, & Beck, 2010). Segundo in-



formações da American Association of Suicidology, os principais sinais de alerta para risco de suicídio incluem: ameaçar se machucar ou machucar outros; procurar por meios de se matar (buscar acesso a armas de fogo, remédios etc); falar ou escrever sobre morte, morrer ou suicídio, quando não há contexto específico para tal. Além disso, é possível verificar outros sinais como: aumento no uso de substâncias (álcool ou drogas); sentimento de não ter razão para viver, despropósito; ansiedade, agitação, dificuldade para dormir ou dormir o tempo todo; sentir-se preso, como se não houvesse saída; desesperança, afastar-se dos amigos, família e sociedade; sentimento de raiva, ira e busca por vingança; agir de forma inconsequente ou se engajar em atividades de risco, aparentemente sem pensar; e dramáticas mudanças de humor.

Por fim, podemos citar alguns fatores de proteção, como: possuir uma rede de apoio ou família, especificamente ser casado e ter filhos, principalmente quando se é mãe. Uma variável psicológica de proteção é a capacidade que o indivíduo possui de identificar razões específicas para viver. Além disso, alguns estudos ressaltaram a participação em atividades religiosas como um fator de proteção, uma vez que se especula que tais práticas gerem um maior senso de comunidade e suporte, bem como reforcem que o suicídio como um pecado (Wenzel, Brown, & Beck, 2010).



Para compreender a terapia cognitiva para pacientes suicidas trazida por Wenzel, Brown, e Beck (2010), é necessário compreender a teoria cognitiva geral, uma vez que essa terapia se desenvolve a partir dessa teoria, da teoria cognitiva específica para atos suicidas, bem como une-se aos resultados de estudos empíricos que buscaram identificar processos cognitivos ligados aos atos suicidas.

O conceito chave da TCC é que a interpretação que as pessoas fazem de um estímulo ambiental específico molda seu humor, suas respostas fisiológicas, e está diretamente ligado a suas respostas comportamentais. Essas interpretações acontecem a partir de ideias duradouras desenvolvidas na infância sobre si, sobre as outras pessoas e sobre mundo. Tais ideias são consideradas como verdades absolutas e formam crenças nucleares que muitas vezes não são articuladas nem para si. Tais crenças podem se ativar ou não, a depender do momento de vida que a pessoa se encontra, e quando estão ativadas, as pessoas tendem a focar informações seletivamente de forma a confirmar suas crenças, desconsiderando ou desvalorizando informações que contradigam essa ideia central (Beck, 2014).

Busca-se na terapia cognitiva, identificar as crenças que estão disfuncionais, ou seja, que não representam objetivamente a natureza dos eventos e que estejam causando prejuízos clinicamente significativos, e modifica-las (Beck, 2014). A organização dessas crenças se dá a partir de estruturas internas relativamente duradouras, chamadas de esquemas, os quais coordenam novas informações, determinando como um certo fenômeno será percebido e conceituado. Nem sempre os esquemas distorcem a realidade de forma problemática, e são muitas vezes adaptativos e auxiliam as pessoas a processarem uma grande gama de informações. Porém, alguns esquemas estão relacionados a transtornos psiquiátricos, e resultam em processamento enviesado das informações. Pessoas suicidas apresentam, muitas vezes, esquemas negativos associados a inúmeros transtornos mentais, o que gera um processamento enviesado, humor negativo e comportamentos desadaptativos (Wenzel, Brown, & Beck, 2010).

Esses esquemas nem sempre estão ativos, são formados a partir de experiências anteriores, principalmente na infância, e permanecem latentes até serem ativados por um evento estressor ou pelo acúmulo de vários incômodos ao longo do tempo. Uma vez ativo, as informações recebidas são moldadas para se encaixarem no esquema. Como já apontado, a terapia cognitiva irá auxiliar o paciente a alterar esse quadro, desenvolvendo estratégias para avaliar novas informações de forma mais realista antes que estas sejam englobadas aos esquemas negativos, o que diminui a força de tal sistema (Wenzel, Brown, & Beck, 2010).



Estudiosos da suicidologia defendem que este modelo não é o suficiente para explicar o funcionamento de indivíduos suicidas, uma vez que afirmam existir diferenças fundamentais nos processos cognitivos de pessoas suicidas (principalmente quando estão em crise suicida), quando comparado aos processos de pessoas não suicidas. Portanto, o modelo cognitivo de Wenzel, Brown e Beck (2010), utiliza-se do modelo geral cognitivo de A. T Beck, ressaltando os processos cognitivos específicos do suicídio, mas também integram outros três conceitos. Primeiro, considera como os fatores de risco trabalham para escorar transtornos psiquiátricos, ativam esquemas de suicídio e aumentam as perturbações psíquicas nas crises suicidas. Segundo, integra diferentes construtos relacionados ao suicídio que possuem base empírica, como a impulsividade e déficits na resolução de problemas. Por fim, o modelo promove insight no desdobramento de eventos que acontecem em uma crise suicida.

Como já citado anteriormente, dentre os construtos cognitivos relacionados ao suicídio com base empírica, destaca-se: desesperança; cognições relacionadas ao suicídio; impulsividade; viés no processamento da informação; déficits na resolução de problemas; e atitudes disfuncionais. A desesperança caracteriza-se pela crença de que o futuro é sombrio, e ela pode se dar por meio de um estado ativado em certo momento

(como antes de uma tentativa de suicídio), ou pode ser caracterizada como um traço. Quando mais forte for esse traço, mais o indivíduo apresentará consolidadas expectativas negativas sobre o futuro, em que menos contratempos serão necessários para desencadear uma crise suicida (Wenzel, Brown, & Beck, 2010).

A ativação de qualquer esquema de suicídio resulta em um estado de desesperança, porém existem as pessoas que apresentam um esquema caracterizado também pelo traço de desesperança (no sentido de que as coisas nunca vão melhorar), e aquelas com um esquema associado a percepções de intolerabilidade (como ao pensar “eu não suporto mais isso”). Já foram explanadas anteriormente as cognições relacionadas ao suicídio (ideação suicida e intenção suicida), tais conteúdos relacionam-se a qualquer esquema de suicídio, seja ele de desesperança ou de intolerabilidade (Wenzel, Brown, & Beck, 2010). A impulsividade atua como um fator de vulnerabilidade disposicional para atos suicidas de alguns pacientes, sendo mais provável que ela esteja associada aos pacientes que apresentam esquema de intolerabilidade ou desejo de comunicar algo a outro, e não para aqueles que apresentam esquemas de desesperança ou forte intenção de morrer. Isso se dá porque muitos indivíduos que apresentam altos níveis de desesperança como traço, planejam cuidadosamente suas tentativas (Wenzel, Brown, & Beck, 2010).

No que se refere ao constructo de vieses atencionais, propõe-se que os indivíduos

apresentam uma disfunção geral do processamento, restringindo sua atenção para o suicídio e longe de outras soluções para seus problemas ou razões para viver. Ademais, indivíduos suicidas apresentam uma maior gama de atitudes disfuncionais, como o perfeccionismo, o qual apresenta-se como um fator de vulnerabilidade disposicional associado à desesperança (Wenzel, Brown, & Beck, 2010).

Por fim, outro componente importante para a intervenção cognitiva para pacientes suicidas é o déficit na resolução de problemas. Sugere-se que em momentos estressantes, os indivíduos suicidas percebam sua situação com intolerável e concluem não terem a habilidade necessária para alterar essa realidade. Pessoas suicidas geram menos soluções de problemas e utilizam estratégias de negação ou evitação. Tais déficits ligam-se a um estado de desesperança e está relacionado a diversos tipos de transtornos psiquiátricos (Wenzel, Brown, & Beck, 2010). Em um estudo recente, investigou-se associações entre ideação suicida e o



uso de habilidades (como mindfulness, eficiência interpessoal, regulação das emoções e habilidade de tolerância ao sofrimento) em 44 pacientes diagnosticados com transtorno de personalidade borderline submetidos à terapia comportamental dialética (DBT). Encontrou-se que os pacientes que aplicaram com mais sucesso as habilidades aprendidas, exibiram menores níveis de ideação suicida. (Probst et al., 2018). Tendo em vista todos os fatores associados ao suicídio citados, o modelo cognitivo integrado dos atos suicidas engloba três grandes construtos que se relacionam. Primeiro, os fatores de vulnerabilidade disposicionais e os fatores de risco apresentados, se associam aos atos suicidas de três formas: ativando esquemas negativos relacionados a perturbações psiquiátricas; gerando estresse por si só; e influenciando o curso do processamento cognitivo durante crises, como por exemplo a fixação atencional no suicídio como única alternativa (Wenzel, Brown, & Beck, 2010).



O segundo constructo refere-se aos processos cognitivos associados aos transtornos psiquiátricos, em que em indivíduos suicidas o ciclo de retroalimentação negativa entre as cognições desadaptativas associadas a diversos transtornos e as reações emocionais, fisiológicas e comportamentais infla-se, aumentando a força do esquema. Quando um esquema negativo desadaptativo ganha força, especialmente quando a pessoa também apresenta fatores de vulnerabilidade disposicionais, há maior probabilidade de um esquema de suicídio ser ativado. Este esquema pode estar associado a um aumento referente à desesperança sobre o futuro, ou à percepção da situação vivida como intolerável ou ambos. Acredita-se que esse funcionamento caracterize a maioria dos indivíduos suicidas, já que muitos são diagnosticados com pelo menos um transtorno psiquiátrico. Hipotetiza-se que os pacientes suicidas que não apresentam transtornos, possuem altos fatores de vulnerabilidades disposicionais, e/ou estejam experienciando um nível alto de estresse ambiental (Wenzel, Brown, & Beck, 2010).

Por fim, o terceiro constructo se refere aos processos cognitivos associados a atos suicidas, em que ocorre um encontro entre estado de desesperança, ideação suicida e fixação atencional à nível crítico. Esse nível irá variar de pessoa para pessoa, e relaciona-se com tolerância a incômodos, dor, sofrimento e resiliência. Resumindo, fatores de vulnerabilidade disposicionais, esquemas negativos e estressores relacionam-se e ampliam a probabilidade de ativação de esquemas de suicídio (Wenzel, Brown, & Beck, 2010).

Recentemente, numerosas pesquisas têm relatado a eficácia da terapia cognitivo-comportamental (TCC) para pacientes suicidas.



Um ensaio clínico randomizado focado em avaliar a efetividade de TCC breve para a prevenção de tentativas de suicídio em militares, encontrou em uma amostra de 76 membros ativos do serviço militar que apresentavam ideação suicida frequente e/ou uma tentativa recente de suicídio, que TCC breve foi efetiva na prevenção de tentativas de suicídio quando compara ao tratamento de costume (Rudd et al., 2015). Em um estudo similar com uma amostra de 176 militares, encontrou-se que o tratamento como de costume se associou com diferentes taxas de comportamento suicida, a depender da gravidade de risco de suicídio. Por outro lado, TCC breve contribuiu para consistentes baixas taxas de comportamento suicida, independente da severidade de risco de suicídio do paciente (Bryan, Peterson, & Rudd 2018). Desse modo, a literatura indica que TCC breve é associada à significativas reduções de tentativa de suicídio entre militares, descrevendo um enfoque da terapia em trabalhar desregulação emocional, planejamento de resposta à crise, e reestruturação cognitiva (Bryan et al., 2017).

Em uma revisão sistemática e meta-análise sobre a efetividade de intervenções psicossociais para autoagressão em adultos, encontrou-se que a TCC mostrou ser eficaz para pacientes após autoagressão, sendo associada a melhorias significativas nas pontuações para depressão e desesperança nas avaliações de 6 meses e 12 meses, e para ideação suicida e resolução de problemas aos 6 meses. Além disso, encontrou-se que a DBT reduziu a frequência de realização de lesões auto infligidas (Hawton et al., 2016).

Em 2008, Terrier, Taylor & Gooding realizaram uma revisão sistemática e meta-análise, a qual mostrou que as terapias cognitivo-comportamentais são eficazes na redução de ideação e comportamentos suicidas em populações adultas, quando comparadas com tratamentos usuais. Revisões sistemáticas e meta-análises mais recentes têm encontrado resultados similares, indicando que a TCC é eficaz para reduzir a ideação e o comportamento suicida em adultos, principalmente quando há um enfoque interventivo nas cognições e comportamentos suicidas ao invés de no transtorno psiquiátrico (Leavey & Hawkins, 2017; Mewton & Andrews, 2016). Outro dado encontrado através desse delineamento de estudo, foi que a TCC reduz a repetição de autoagressão, bem como diminui a ocorrência de novas tentativas de suicídio (Gøtzsche & Gøtzsche, 2017).

Por conta disso, descreve-se, de forma resumida, os principais componentes presentes no processo psicoterapêutico da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).



A TCC tem seus pressupostos fundamentados na teoria cognitiva comportamental, e trabalha com uma estrutura específica de sessões, bem como com numerosas estratégias cognitivas e comportamentais a serem usadas a depender da conceitualização do caso do paciente em questão. A terapia apresenta um número limitado de sessões que visa fazer o paciente assumir uma postura ativa e colaborativa durante a sessão. A TCC para pacientes suicidas tem por foco a prevenção do suicídio, a qual envolve tanto estratégias para modificar a ideação e intenção suicida, quanto buscar resoluções indiretas que irão trabalhar na esperança para o futuro (como, por exemplo, arranjar um emprego). Além disso busca-se trabalhar com problemas da vida, principalmente aquele que se relaciona com a última crise suicida. É essencial, também, que ocorra uma psicoeducação, em que o clínico elucida o paciente sobre o modelo cognitivo e as distorções de interpretação. (Wenzel, Brown & Beck, 2010).

Como citado, a TCC trabalha com sessões estruturadas, as quais incluem:

breve verificação de humor; retomada da sessão anterior; estabelecimento de uma agenda; revisão da tarefa de casa; discussão de questões na agenda; síntese periódica; atribuição de tarefas de casa; e resumo da sessão e feedback. Para a verificação do humor, o clínico pode aplicar o Inventário de Depressão de Beck- II e a Escala de desesperança de Beck. Em circunstâncias em que isso não seja possível, o terapeuta pode avaliar o humor de forma verbal, pedindo que o paciente o classifique em uma escala de 0 a 10. Este é o momento em que o clínico realiza uma avaliação de risco de suicídio, verificando se o paciente está comparando a possíveis outros compromissos de saúde, bem como a ingestão de substâncias (Wenzel, Brown & Beck, 2010). Após essa verificação, realiza-se uma retomada da sessão anterior, visando lembrar os principais tópicos discutidos, e inicia-se o estabelecimento da agenda. Este deve ser um processo colaborativo entre o clínico e o paciente, em que o clínico guia a ordenação dos problemas por prioridade. Tal prioridade deve ser

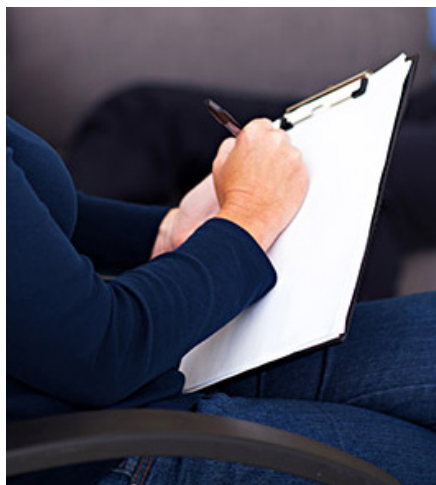


atribuída aos problemas ou déficits de habilidades reconhecidos como mais perigosos, focando-se em questões relevantes para a crise suicida. Ao finalizar a agenda, revisa-se a tarefa de casa, um movimento importante para garantir que os pacientes estão aplicando em suas vidas as habilidades trabalhadas em sessão (Wenzel, Brown & Beck, 2010).

Ao término dessas etapas, chega-se na discussão dos itens em pauta, em que os pacientes descrevem suas dificuldades e problemas, e o clínico utiliza-se de estratégias discutidas adiante para resolver tais questões. Ao final da sessão, realiza-se uma síntese periódica para resumir os principais temas abordados, bem como as conclusões obtidas. Sempre que possível, o clínico designa uma tarefa de casa, a qual pode soar aversiva para muitos pacientes, e por isso é importante uma atenção especial visando motivar o paciente a realizar a atividade pedida. Por fim, nos últimos cinco minutos de sessão efetua-se uma síntese final de tudo que foi abordado e é pedido para que o paciente forneça um feedback para o clínico, relatando possíveis incômodos durante a sessão (Wenzel, Brown & Beck, 2010).

O centro da TCC consiste na avaliação e mudança de cognições desadaptativa, e para isso, o clínico conta com uma gama de estratégias. Primeiramente, deve-se identificar pensamentos automáticos, os quais são pensamentos ou imagens que surgem rapidamente em situações específicas. Tal identificação permite que o paciente comece a compreender suas experiências emocionais, bem como avaliarem a ideia de que não conseguem tolerar fortes emoções. Buscando auxiliar os pacientes a verificarem a validade de seus pensamentos automáticos, os clínicos utilizam questionamento socrático, gentilmente conduzindo o paciente a supor ou refutar seus pensamentos automáticos. Após essa etapa, trabalha-se com respostas alternativas, as quais são mais realistas e não catastróficas (Wenzel, Brown & Beck, 2010).

Tal processo permite que o clínico avance seu foco para as crenças centrais dos pacientes, as quais são concepções persistentes que as pessoas apresentam sobre si, sobre o outro/mundo, e sobre o futuro. As crenças centrais mais comuns em pacientes suicidas são as crenças centrais de desamparo, de desamor e de desvalor. Associadas a essas crenças, os pacientes apresentam crenças intermediárias, que se caracterizam por serem mais fácil de identificar do que as centrais, exibidas em forma de atitudes rígidas, regras ou pressupostos. Para avaliar as crenças centrais de um paciente, pode utilizar-se a técnica da seta descendente, em que o paciente traz um pensamento automático e o clínico o questiona sobre



o significado daquele pensamento para ele quantas vezes forem necessárias até se chegar nas crenças centrais. O processo de mudança de crença é mais demorado e exige utilização de estratégias ao longo do tempo (Wenzel, Brown & Beck, 2010).

Por fim, algumas estratégias comportamentais podem auxiliar no tratamento. Pode usar-se o relaxamento muscular para o manejo de reações fisiológicas, e o experimento comportamental para que os pacientes testem a validade de suas crenças. Nessa estratégia, o clínico convida o paciente a efetivamente entrar em contato com a situação temida e verificar se realmente as consequências foram catastróficas. Realiza-se também um monitoramento e programação de atividade prazerosa para os pacientes com humor mais deprimido (Wenzel, Brown & Beck, 2010).

As etapas trazidas até o momento referem-se a estruturas mais gerais da TCC. De agora em diante, será apresentado o protocolo de tratamento para pacientes suicidas formulado por Wenzel, Brown & Beck (2010). O protocolo divide-se em: fase inicial, conceitualização cognitiva, fase intermediária e fase avançada. Na fase inicial, o clínico deve descrever o conteúdo e o processo do tratamento, obtendo um consentimento informado. Além disso, deve trabalhar na motivação do paciente, abordando possíveis interferências no tratamento. Avalia-se, também, o risco de suicídio, desenvolve-se um plano de segurança e busca transmitir uma sensação de esperança.

É importante que o clínico oriente o paciente sobre os limites da privacidade e confidencialidade, os riscos e benefícios do tratamento e conscientize sobre a existência de tratamentos alternativos. É essencial estabelecer uma agenda logo na primeira sessão, para modelar a estrutura das próximas. Nessa primeira sessão, devem ser discutidos a importância de ir e participar ativamente do processo terapêutico, além de realizar-se uma avaliação de risco de suicídio e estruturar o plano de segurança. Ademais pede-se um feedback do paciente sobre possíveis assuntos para a pauta.

Para obter um maior engajamento, o clínico deve colaborar com o paciente, solicitar feedbacks e respondê-los ao longo da sessão, e demonstrar ótimos níveis de empatia, calorosidade, preocupação, confiança e profissionalismo. A partir daí o clínico realiza uma avaliação de risco de suicídio, ponderando sobre os fatores de risco e de proteção que estão presentes, bem como o peso que cada fator tem. É importante que se identifique transtornos médicos e psiquiátricos, especialmente os relacionados aos comportamentos suicidas.

Após verificar os riscos de suicídio e concluir que é possível o tratamento clínico, o terapeuta precisa estabelecer um plano de segurança, o qual irá abordar meios de lidar com futuras crises. Nesse plano, o paciente concorda em adotar certos comportamentos durante uma crise suicida, como: reconhecer sinais que precedem a crise, utilizar estratégias de manejo, contatar amigos ou familiares, e contatar profissionais ou estabelecimentos de saúde mental. Ao final, o clínico deve transmitir um senso de esperança, podendo proporcionar ao paciente algumas habilidades para manejo de crises.

A segunda fase do tratamento consiste em realizar a conceitualização cognitiva do caso, a qual engloba a conceitualização básica da TCC, adicionando-se os fatores de vulnerabilidades disposicionais, e as crenças e cognições relacionadas ao suicídio, bem como os processos cognitivos que estavam atuando no momento da última crise suicida. Para isso, o clínico reúne informações obtidas através de entrevistas iniciais, histórico de

tratamento psiquiátrico, histórico familiar de transtornos psiquiátricos e atos suicidas, bem como coletam relatos detalhados sobre as circunstâncias da última crise. A conceitualização é um processo dinâmico que se altera durante toda a terapia à luz de novas informações. Tal processo permite que o clínico organize as informações recebidas e trabalhe com estratégias específicas para cada demanda.



Na fase intermediária, mantém-se a estrutura básica de sessão em TCC, no entanto, para pacientes suicidas, acrescenta-se alguns itens, como realizar a cada sessão uma avaliação do risco de suicídio, do uso de substâncias, da conformidade com outros serviços (visto que a maioria dos pacientes também fazem outros acompanhamentos) e a revisão do plano de segurança. Além disso, como já dito, a maioria dos pacientes suicidas apresenta pelo menos um transtorno psiquiátrico, e por isso, muitas vezes fazem uso de psicotrópicos. Sendo assim, é necessário que o clínico verifique na sessão se há dificuldade em tomar a medicação e se o paciente está comparecendo às consultas com o profissional que a prescreveu.

A cada sessão, busca-se desenvolver novas habilidades para o manejo das crises, e por conta disso, o plano de segurança deve ser sempre revisto visando acrescentar tais aprendizagens. Durante a fase intermediária do tratamento, numerosas estratégias são utilizadas. No âmbito das estratégias comportamentais, foca-se em estimular o paciente a aumentar suas atividades prazerosas, melhorar o apoio social (pedindo para o paciente listar pessoas com o potencial de fazerem parte do seu sistema social de apoio, e são encorajados a agendar atividades prazerosas com essas pessoas), e aumentar a conformidade com os outros tratamentos (abordando em sessão as dificuldades encontradas de adesão ao tratamento, buscando solucioná-las).

Nas estratégias emocionais, foca-se em desenvolver habilidades de coping afetivo, e em estratégias cognitivas como a modificação de crenças disfuncionais (através de estratégias já apresentadas, como o questionamento so-



crático e o teste de evidencia), identificação de razões para viver (como pensar em sessão nessas razões e escrevê-las para fácil acesso a elas em momentos de crise), estratégias de resolução de problemas (realizando brainstorming para possíveis resoluções) e redução da impulsividade (como por exemplo realizando lista de vantagens e desvantagens do comportamento impulsivo e acrescentando estratégias de coping de curto prazo para impedir esses comportamentos, como: dormir, conversar com alguém de confiança, engajar-se em outras tarefas).

As estratégias de coping afetivo permitem que o paciente consiga regular melhor suas emoções, sem que tenha que recorrer a autoagressões e comportamentos suicidas. Dentre as técnicas que podem gerar um autoalívio dessas emoções em termos físicos, estão o relaxamento muscular progressivo e exercícios de respiração. Já no âmbito cognitivo, técnicas de distração de pensamento (evocando pensamentos ou imagens positivas e prazerosas). E em termos sensoriais, o paciente pode buscar diminuir o estresse por meio dos sentidos, como o cheiro, som e toque, ao tomar um banho quente, escutar uma música calmante ou utilizar velas aromáticas. Essas estratégias também permitem que os pacientes confrontem suas crenças de intolerabilidade, ao promoverem alívio e superação de momentos perturbadores, além de reduzirem a fixação atencional.

Na fase avançada do tratamento, o objetivo maior é verificar se os pacientes conseguem aplicar as habilidades aprendidas que podem ajudá-los a reduzir uma crise suicida. Nesse sentido, inicia-se o processo de prevenção de recaída focando na consolidação das habilidades. Essa fase só se inicia se os pacientes não relatam mais qualquer desejo de cometer suicídio, se a maioria das questões desencadeadoras da crise suicida foram abordadas, se a severidade dos sintomas diminuiu (podendo ser verificado através da redução dos escores obtidos pelo Inventário de Depressão de Beck- II e pela escala de desesperança), bem como se os pacientes demonstram possuir habilidades para lidar com possíveis crises suicidas futuras.

É importante ter em mente que ainda que haja demandas clínicas, como por exemplo a presença de transtornos psiquiátricos ou uso de substâncias, o foco na prevenção de suicídio pode ser encerrado se as áreas problemáticas associadas às crises suicidas foram devidamente abordadas, e então, pode-se prosseguir o tratamento com enfoque nos outros problemas e funcionamentos mais duradouros. Para iniciar o protocolo de prevenção de recaída, o clínico irá trabalhar com a preparação do paciente, em que o informa sobre todos os passos envolvidos no processo, descreve as potenciais reações negativas que podem advir durante os procedimentos, relembrando as estratégias para lidar com isso. Também acolhe as preocupações dos pacientes com relação a esta etapa, e por fim, obtém seu consentimento para dar início.

Após esse primeiro passo, o clínico inicia uma revisão da crise suicida mais recente, pedindo para que o paciente reproduza em imagens vividas a cena da última crise, descrevendo a sequência de eventos que o levou a tal situação. Nesse momento, o clínico foca nos pensamentos, emoções, comportamentos e circunstâncias centrais que foram mais essenciais para o estabelecimento da crise. O terceiro passo consiste em revisar essa crise utilizando as habilidades aprendidas. Nesse sentido, solicita-se que o paciente novamente descreva a sequência de eventos, porém agora o clínico estimula o paciente a acrescentar e descrever as estratégias de coping e as respostas adaptativas para os eventos centrais da crise.

Em seguida, solicita-se que o paciente descreva uma sequência de eventos que poderia gerar uma nova crise futura, focando-se nos pensamentos, emoções, comportamentos e circunstâncias centrais que poderiam provocar uma ideia suicida, e ao final, pede-se que o paciente descreva estratégias de coping e respostas alternativas para responder aos possíveis eventos ativadores. Por fim, solicita-se que o paciente resuma o que aprendeu com os exercícios realizados, e reflita sobre quaisquer questões que tenham surgido com esses exercícios e que pareçam problemáticas. Em caso de haver tais questões e/ou ideias suicidas, colaborativamente desenvolve-se um plano para abordá-las. Ao final do protocolo, revisa-se o plano de segurança e disponibiliza-se para o paciente sessões adicionais de tratamento, ou chamadas telefônicas futuras para um acompanhamento clínico.

Wenzel, Brown & Beck (2010), trazem algumas questões importantes sobre os desafios encontrados no tratamento de pacientes suicidas, os quais podem ser divididos em desafios ligados a vida do paciente, desafios na implementação do protocolo, e por fim, desafios ligados as reações do clínico no trabalho com pacientes suicidas. No que se refere aos desafios gerados pelo estilo de vida do paciente, pode-se citar problemas como moradia, transporte e emprego, o que muitas vezes dificulta o comparecimento do paciente as sessões. Nesse sentido,

os autores recomendam que o clínico aproveite cada sessão que ocorrer para intervir, mantendo a estrutura da sessão e a agenda estabelecida, mesmo que haja um espaçamento maior que o desejado entre uma sessão e outra.

Além disso, quando os pacientes experimentam muitas crises fora da sessão, devem desenvolver um plano padronizado para gerenciamento de riscos, o que inclui, em momentos de grande gravidade de intenção suicida, a recomendação de admissão em um hospital psiquiátrico. Outro desafio encontrado, é a utilização de substâncias por parte de muitos pacientes, e nesse caso, o clínico pode encaminhá-los para serviços especializados nessa demanda.

Já no que se refere aos desafios encontrados na implementação do protocolo, é importante ter em mente que a TCC não é uma abordagem mecanicista, e o clínico tem a liberdade de usar seu julgamento para determinar as melhores respostas para as crises trazidas. Um dos desafios na manutenção do protocolo, é o fato de que alguns pacientes chegam a sessão muito perturbados e não conseguem



focar. Nesse momento, é importante que o clínico estabeleça a agenda da sessão de forma calma e estável, visando tranquilizar o paciente. Encontra-se também um desafio à aceitação da tarefa de casa, sendo necessário que o clínico seja criativo, criando tarefas significativas para aumentar a colaboração do paciente. Por último, alguns pacientes são resistentes a falarem sobre as crises suicidas, alegando não estarem mais suicidas e desejando focar em outros assuntos. É recomendado que o clínico permaneça focado na promoção de habilidades para a prevenção de futuras crises, visando em primeiro lugar garantir a segurança do paciente, e posteriormente, dar um enfoque nas questões trazidas pelo paciente como mais relevantes.

Por fim, há uma grande carga de estresse emocional envolvida no tratamento de pacientes suicidas. Muitas vezes, os clínicos experimentam pensamentos e emoções perturbadoras que afetam seu desempenho profissional. Outra situação de difícil manejo que pode ocorrer é quando um paciente tenta ou comete suicídio. Nesses casos, o psicólogo pode ficar muito afetado emocionalmente. Para um melhor manejo dessa dificuldade, recomenda-se que o clínico realize supervisões de caso, para que seus medos, raiva e desesperança possam ser acolhidos e trabalhados. Em situações de tentativa ou suicídio de um paciente, alguns estudiosos recomendam que o clínico revise o caso com colega de confiança ou um amigo mentor, e de modo mais geral, recomenda-se que as instituições que trabalhem com pacientes suicidas criem um mecanismo antecipado de apoio para esses profissionais.

Referências Bibliográficas

American Association for Suicidology. Know the warning signs of suicide. Recuperado em 25 de agosto de 2018. Disponível em: <https://www.suicidology.org/resources/warning-signs>

Bryan, C. J., Peterson, A. L., & Rudd, M. D. (2018). Differential Effects of Brief CBT Versus Treatment as Usual on Posttreatment Suicide Attempts Among Groups of Suicidal Patients, *Psychiatric Services*, 69 (6), 703-709.

Bryan, C. J., Wood, D. S., May, A., Peterson, A. L., Wertemberger, E., & Rudd, M. D. (2017). Mechanisms of Action Contributing to Reductions in Suicide Attempts Following Brief Cognitive Behavioral Therapy for Military Personnel: A Test of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicide, *Archives of Suicide Research*. DOI: 10.1080/13811118.2017.1319313

Burr, E. M., Rahm-Knigge, R. L., & Conner, B. T. (2017). The Differentiating Role of State and Trait Hopelessness in Suicidal Ideation and Suicide Attempt, *Archives of Suicide Research*. DOI: 10.1080/13811118.2017.1366960

Center for Disease Control and Prevention. (2016). Ten Leading Causes of Death In The United States charts for 2005 through 2016. Recuperado em 25 de agosto de 2018, de National Vital Statistics System, National Center for Health Statistics, CDC. Disponível em: <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/leadingcauses.html>

Claumann, G. S., Pinto, A. A., Silva, D. A. S., & Pelegrini, A. (2018). Prevalência de pensamentos e comportamentos suicidas e associação com a insatisfação corporal em adolescentes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 67(1), 3-9. <https://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000177>

Franklin J. C., Ribeiro J. D., Fox K. R., Bentley K. H., Kleiman E. M., Huang X., et al. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull*, 143(2), 187-232.

Gøtzsche, P. C., & Gøtzsche, P. K. (2017). Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 110 (10), 404-410. DOI: 10.1177/0141076817731904.

Kelly, B. D. (2018). Are we finally making progress with suicide and self-harm? An overview of the history, epidemiology and evidence for prevention, *Irish Journal of Psychological Medicine*, 35, 95-101. doi:10.1017/ipm.2017.51

Mewton, L., & Andrews, G. (2016). Cognitive behavioral therapy for suicidal behaviors: improving patient outcomes, *Psychology Research and Behavior Management*, 9, 21-29. <http://dx.doi.org/10.2147/PRBM.S84589>

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (2017). Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. *Boletim Epidemiológico*, 30 (48). Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-aten-ao-a-sa-de.pdf>

Pinto, L. L. T., Meira, S. S., Ribeiro, Í. J. S., Nery, A. A., & Casotti, C. A. (2017). Tendência de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil no período de 2004 a 2014. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 66(4), 203-210. <https://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000172>

Probst, T., Decker, V., Kießling, E., Meyer, S., Bofinger, C., Niklewski, G., Mühlberger, A., & Pieh, C. (2018). Suicidal Ideation and Skill Use During In-patient Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. A Diary Card Study. *Frontiers in Psychiatry*, 9. DOI: 10.3389/fpsyt.2018.00152.

Rogers, M. L. & Joiner, T. E. (2018). Lifetime acute suicidal effective disturbance symptoms account for the link between suicide-specific rumination and lifetime past suicide attempts. *Journal of Affective Disorders*, 235, 428-433.

Rudd, M. D., Bryan, C. J., Wertemberger, E. G., Peterson, A. L., Young-McCaughan, S., Mintz, J., Williams, S. R., Arne, K. A., Breitbach, J., Delano, K., Wilkinson, E., & Bruce, T. O. (2015). Brief Cognitive-Behavioral Therapy Effects on Post-Treatment Suicide Attempts in a Military Sample: Results of a Randomized Clinical Trial With 2-Year Follow-Up, *American Journal of Psychiatry*. DOI: 10.1176/appi.ajp.2014.14070843

Shahnaz, A., Saffer, B. Y., & Klonsky, D. (2018). The relationship of perfectionism to suicide ideation and attempts in a large online sample. *Personality and Individual Differences*, 130, 117-121. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.04.002>

Souza, G. S., Santos, M. S. P., Silva, A. T. P., Perrelli, J. G. A., Sougey, E. B. (2017). Revisão de literatura sobre suicídio na infância. *Ciência e saúde coletiva*, 22 (9), <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.14582017>

Tarrier, N., Taylor, K. and Gooding, P. (2008). Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: a systematic review and meta-analysis. *Behavior Modification*, 32, 77-108

Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2010). Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas. Porto Alegre: Artmed.

World Health Organization (2014). Global Health Observatory (GHO) data. Recuperado em 25 de agosto de 2018. Disponível em: http://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates/en/



**Novas
perspectivas**

Suicídio e ideação suicida: abordando o estigma social

Thaísa Márcia de Almeida ¹; Renata Saldanha Silva ²

1. Psicóloga (Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais). Email: thaísa.tma@gmail.com. Endereço para correspondência: Rua Verdum, 123, apto 405 - Bairro Grajaú, Belo Horizonte/MG - CEP 30431-183

2. Mestre em psicologia (Universidade Federal de Minas Gerais), Especialista em Terapia Cognitiva comportamental (Instituto WP), professora do departamento de psicologia da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais. Email: renata.silva@cienciasmedicasmg.edu.br

Introdução

O suicídio representa um grave problema de saúde pública a nível mundial. Trata-se de um fenômeno complexo, resultante da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, que em conjunto podem explicar diferenças nas taxas de suicídio em diferentes países e contextos culturais. Alguns estudos, por exemplo, têm indicado que contextos cujas convicções religiosas e culturais acerca do tema são mais negativas e carregadas de estigmas tendem a apresentar maiores taxas de consumação do suicídio e menor frequência de busca por ajuda, provavelmente devido à vergonha e culpa associados à representação que o suicídio tem naquela cultura (Reynders, Kerkhof, Molenberghs, & Van Audenhove, 2015; Schomerus et al., 2015).

Apesar de o suicídio estar presente na comunidade há bastante tempo, a visão sobre o tema variou ao longo dos anos. Na antiguidade greco-romana prevalecia uma atitude de tolerância, sendo considerado um ato de liberdade e mesmo honroso; na Idade Média era condenado e passível de penalidades, inclusive por motivos religiosos; por fim, na Idade Moderna o suicídio passa a ser tido como uma questão de saúde pública, muitas vezes associado a novo estigma: o de transtorno psiquiátrico (Botega, 2014, 2015). Atualmente, resquícios de um olhar negativo são mantidos pela sociedade acerca do suicídio e do indivíduo que apresenta intenção ou ideação suicida, perdurando, inclusive, na lexicidade 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 autoassassinato.

A visão atual, pois, nas culturas ocidentais, se mantem rodeada de estigmas, que podem se configurar como fatores de risco para aumento do número de casos consumados. 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). O estigma social associa-se ao estigma individual reforçando ideias de fracasso e sentimentos de vergonha, culpa, rejeição, desesperança, baixa-estima e retraimento social. O modelo diátese-estresse considera que o suicídio ou ideação suicida ocorrem devido ao somatório de tendências genéticas com os estressores psicossociais, e sendo o estigma um estressor social, este pode levar a reações emocionais negativas que excedam os recursos de enfrentamento do indivíduo (Segal, 2009).

Ambas as atitudes estigmatizantes, sociais e individuais, estão associadas à disposição de procurar ajuda profissional, já que indivíduos em risco de suicídio tendem a temer julgamentos e percepções negativas por parte daqueles que poderiam fornecer algum suporte (Calear, Batterham, & Christensen, 2014). 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 analisar 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). Embora falar sobre o suicídio seja necessário, a fim de permitir melhor entendimento do tema e a criação de estratégias de prevenção e tratamento, os profissionais devem se atentar para que a divulgação do tema seja tal que, por um lado, não sensacionalize ou romantize o autoextermínio, e que por outro permita abordagem clara e aberta, com foco na empatia e respeito ao sofrimento daqueles que escolhem esta maneira de lidar com possível sofrimento, ou de encerrar uma vida percebida como ausente de sentido (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2000). A título de exemplo, temos os impactos causados pela série *13 Reasons Why*, que no mês de seu lançamento gerou opiniões



diversas, fomentou debates nas redes sociais e contextos acadêmicos, além de ter tido como consequência o aumento de 445% na procura por ajuda no Centro de Valorização da Vida (CVV) (Diógenes & Toledo, 2017), uma associação civil sem fins lucrativos, que promove iniciativas de apoio emocional e prevenção ao suicídio no Brasil. Além disso, em estudo realizado por pesquisadores da universidade de San Diego (Ayers, Althouse, Leas, Drezde, & Allem, 2017), indicou que a busca pelo assunto na internet aumentou 23% positivamente, quando considerada a expressão de busca *“suicide prevention”* e 26% negativamente, quando consideradas as pesquisas para *“how to commit suicide”*.

Nesse caso, os efeitos positivos não compensam os negativos. A série pode não ter abordado o tema da maneira mais apropriada, especialmente para um público composto por adolescentes, entretanto foi importante ao motivar discussões acerca das melhores estratégias de abordagem do tema.

Para entendermos como o estigma sobre o suicídio opera, podemos identificar alguns grupos e, dentro deles, esclarecer como os indivíduos perpetuam as percepções negativas acerca do suicídio e como são afetados por elas. Nesse sentido, os grupos são:

- Os sobreviventes à tentativa de suicídio – aqueles que já tentaram autoextermínio pelo menos uma vez;
- Os sobreviventes ao suicídio – que envolve quem perde algum ente querido por suicídio e,
- Os profissionais de saúde, incluindo a parcela que perde algum paciente para o suicídio.

Sobreviventes à tentativa de suicídio

Os sobreviventes à tentativa de suicídio muitas vezes enfrentam extrema estigmatização e não são levados a sério, pois se acredita que "querem chamar a atenção". Além disso, o fato de terem sobrevivido à tentativa sugere que o desejo de morrer não foi genuíno, quando, na realidade, o que se deseja é o alívio imediato da sobrecarga emocional e da experiência de sofrimento subjetivo insuportável. Enfatiza-se que, uma vez que a aflição não foi solucionada após a tentativa, a chance da repetição cíclica é alta, o que leva ao pensamento errôneo de que estão apenas buscando ser notados (Witte, Smith, & Joiner, 2010).

A imagem negativa associada aos sobreviventes é evidenciada em um estudo desenvolvido com pacientes ambulatoriais referenciados pelo serviço de urgência de Barbacena, Minas Gerais (Vidal & Gontijo, 2013). Apesar de se tratar de uma análise de conteúdo e, portanto, com pouca projeção e possibilidade de generalização, as considerações apontam uma tendência. Foram entrevistadas 28 pacientes do sexo feminino atendidas por tentativa de suicídio no referido serviço, durante o segundo semestre de 2011, e analisados os seguintes aspectos quanto aos atendimentos: discriminação, negação do ato e encaminhamento. Com relação à discriminação, os recortes dos relatos permitem perceber atitudes de mau atendimento tanto nos funcionários da recepção quanto na enfermagem e nos médicos, preconceito ao reduzir os efeitos da depressão e desconfiança da intenção da paciente. Quando à negação do ato, as sobreviventes perceberam que seus comportamentos não eram tratados como uma crise que necessitasse de cuidados. Já os encaminhamentos, quando ocorriam, foram realizados apenas como burocracia e sem garantia de acolhimento ou de continuidade de tratamento.

No que se refere às experiências pessoais que os sobreviventes à tentativa de suicídio enfrentam, embora se encontre poucos estudos, pode-se destacar o realizado por Rimkeviciene, Hawgood, O'Gorman e De Leo (2015), na Austrália, em que foram identificados quatro grandes temas associados ao estigma pessoal de tentativas de suicídio: "maldade", evitação,

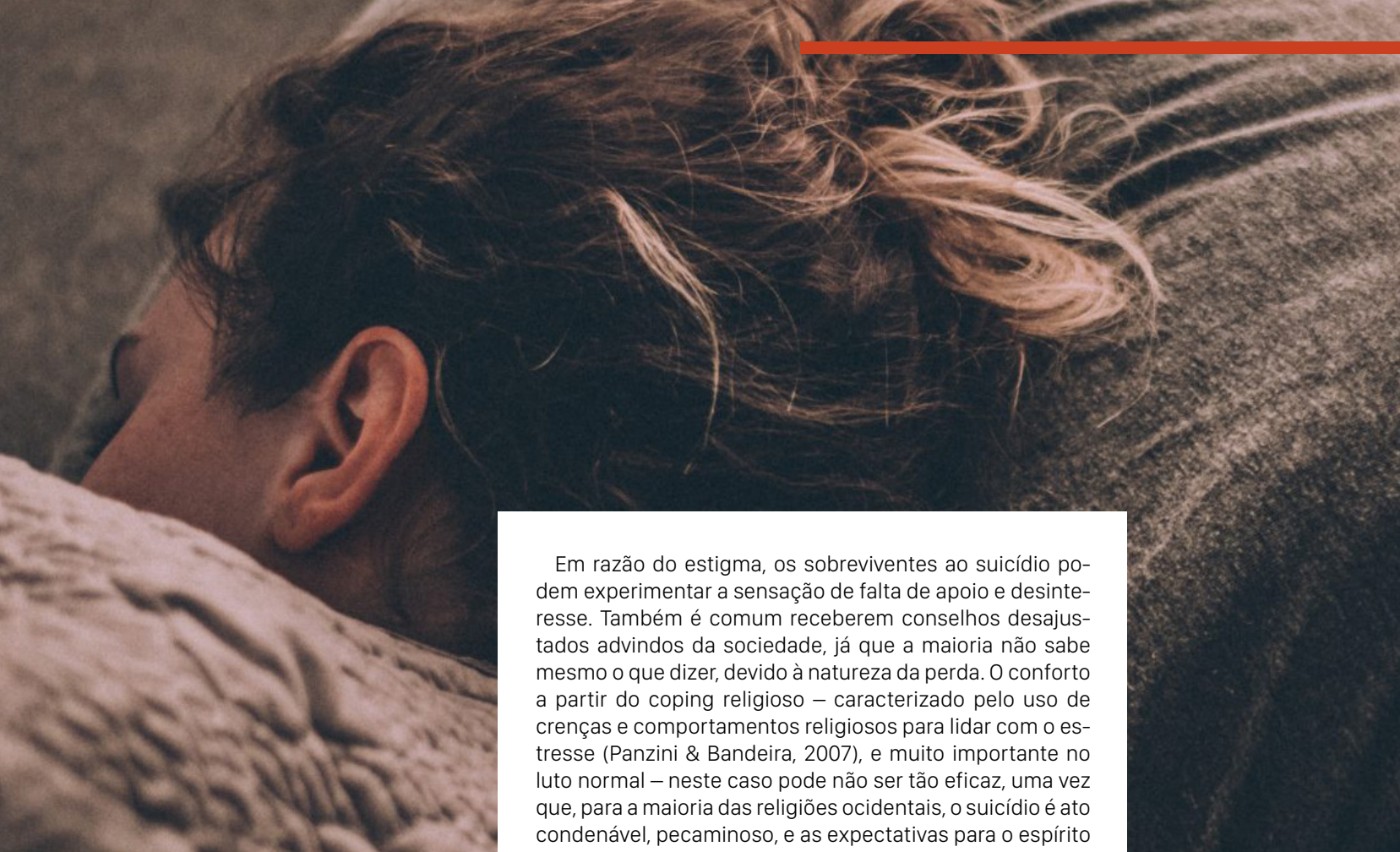


cuidado e seriedade, que eram reconhecíveis em todos os contextos, mas que foram especialmente dolorosos nas relações interpessoais. A "maldade" englobou percepções de que as pessoas que tentam suicídio são uma ameaça para os outros, não são confiáveis, representam um fardo e são menos admiráveis por causa da tentativa de suicídio, e, também, a percepção de culpa e comportamento violento em relação a eles. Evitação indica comportamentos discriminatórios relacionados ao distanciamento e sigilo, ignorando e minimizando as experiências. Cuidado e seriedade continham subtemas opostos, mas tanto a falta de cuidados quanto cuidados muito rígidos foram considerados estigmatizantes. Da mesma forma, indivíduos que tentaram suicídio foram descritos como "não muito doentes" e "não doentes de verdade", sendo ambas as visões experimentadas como prejudiciais. Os temas mostraram uma estreita relação entre a percepção de estigma (atitudes percebidas dos outros) e experiência do estigma (encontros com comportamento discriminatório), implicando que a avaliação de uma das dimensões não pode ser isolada da outra.

Os preconceitos e os estigmas direcionados aos sobreviventes à tentativa de suicídio parecem contribuir para a marginalização e o conseqüente rompimento das redes de apoio social, reforçando sua solidão. Se esses indivíduos não têm com quem falar, contar, dividir o fardo, como poderão identificar alternativas que não sejam tirar a própria vida? Fica evidente, então, a necessidade de se conscientizar a população acerca de seus preconceitos, a fim de encarar com seriedade todas as tentativas de suicídio, humanizar o tratamento dado aos sobreviventes à tentativa e de, sobretudo, prevenir que novas tentativas sejam incorridas.

Sobreviventes ao suicídio

Conforme apontado anteriormente, em nossa cultura, as percepções mais frequentes acerca do suicídio tendem a envolver o estigma de que tais indivíduos seriam fracos, loucos, imprevisíveis, perigosos, pecadores, sem fé, provenientes de famílias de má índole e carentes de atenção (Silva, Sougey, & Silva, 2015). Aqueles impactados diretamente pelo suicídio de um ente querido não estão isentos dos alcances desse estigma. Os chamados sobreviventes ao suicídio estão propensos a sofrer o luto complicado, antigamente caracterizado como luto patológico, descrito atualmente, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico



co dos Transtornos mentais, 5ª edição (DSM-5/ APA, 2014), como Transtorno de Adaptação. Tal transtorno se caracteriza pelo desenvolvimento de sintomas emocionais ou comportamentais em resposta a um estressor ou estressores identificáveis, associados a um sofrimento intenso que interfere nas atividades cotidianas dos indivíduos. Com isso, tornam-se mais suscetíveis a desenvolver depressão, transtorno de estresse pós-traumático e até mesmo ideação suicida (Young et al., 2012).

Em razão do estigma, os sobreviventes ao suicídio podem experimentar a sensação de falta de apoio e desintresse. Também é comum receberem conselhos desajustados advindos da sociedade, já que a maioria não sabe mesmo o que dizer, devido à natureza da perda. O conforto a partir do coping religioso – caracterizado pelo uso de crenças e comportamentos religiosos para lidar com o estresse (Panzini & Bandeira, 2007), e muito importante no luto normal – neste caso pode não ser tão eficaz, uma vez que, para a maioria das religiões ocidentais, o suicídio é ato condenável, pecaminoso, e as expectativas para o espírito tendem a ser negativas. A solução encontrada por alguns sobreviventes ao suicídio é a escolha do silêncio ou da negação, vivenciando, assim, solidão e distanciamento social (Young et al., 2012). Poucos estudos foram encontrados com a finalidade de identificar as atitudes negativas no público geral em relação ao suicídio. Por isso, surge a necessidade de escalas como *Stigma of Suicide Scale* e *Literacy of Suicide Scale*, criadas pelos pesquisadores australianos Philip J. Batterham, Alison L. Calear e Helen Christensen em 2012, já adaptadas para Turquia e China (Han et al., no prelo; Öztürk, Akin, & Durna, 2017; Öztürk & Akin, 2016), bem como utilizadas em estudos na Índia e Canadá (Olliffe et al., 2016; Ram, Chandran, Gowdappa, 2017). No Brasil, os questionários se encontram em processo de adaptação pelas autoras deste capítulo.

A *Stigma of Suicide Scale – Short Form (SOSS-SF)* foi criada a partir de uma exaustiva lista de descritores positivos e negativos utilizados para descrever uma pessoa que suicidou. Os conceitos dos descritores foram embasados na *Semantic Differential Attitudes Towards Suicidal Behavior Scale (SEDAS)*, e o *Suicide Opinion Questionnaire (SOQ)* foi utilizado como instrumento de medida comparativo (Batterham, Calear, & Christensen, 2014). Há na literatura diversas escalas que mensuram as atitudes acerca do suicídio – Questionário sobre a Atitude Frente ao Comportamento Suicida (QACS) (Botega, 2005); *Suicide Attitude Questionnaire (SUIATT)*, *Attitudes Toward Suicide (ATTS)* (Kodaka, Postuvan, Inagaki, & Yamada, 2011), dentre outros –, contudo, nenhuma possui foco específico no estigma a respeito das pessoas que tiraram sua própria vida e não têm como público alvo a população geral. Sendo assim, a SOSS-SF é a primeira escala mundial que visa identificar quais características a população em geral atribui a uma pessoa que completou o suicídio, com foco no estigma. Ela é estruturada em três fatores, sendo o primeiro o estigma – refere-se à visão negativa que as pessoas têm acerca do suicídio; o segundo a normalização ou glorificação – tendência a entender e/ou glorificar o suicida; e o terceiro o isolamento ou depressão – atribui a experiência de isolamento e solidão, bem como a pouca saúde mental como características das pessoas que suicidam.

Já a *Literacy of Suicide Scale – Short Form (LOSS-SF)* avalia os quatro domínios de conhecimento sobre o suicídio conforme reconhecido pela literatura (Jorm, 2000), a saber: (i) sinais e sintomas, (ii) causas ou natureza, (iii) fatores de risco e, (iv) tratamentos e prevenção. A escala compreende alguns itens do *Revised Facts on Suicide Quiz (RFOS)* (Hubbard & McIntosh, 1992) e a validação foi realizada a partir da Teo-



ria de Resposta ao Item. O resultado fornecido pela LOSS-SF apresenta um índice de conhecimento sobre o suicídio. Não há instrumentos semelhantes validados e a brevidade e a simplicidade para autoaplicação da LOSS-SF são os pontos que a tornam vantajosa quando se pretende avaliar o nível de instrução sobre suicídio (Han et al., no prelo).

A SOSS-SF e a LOSS-SF têm sido utilizadas em diversos estudos populacionais (Calear, Batterham, & Christensen, 2013, 2014; Chan, Batterham, Calear, & Galletly, 2014; Han et al., no prelo; Han et al., 2017), em especial, a respeito da influência que estigma e conhecimento têm na procura por ajuda. Nesses estudos, ambas as escalas apresentaram elevados índices de consistência interna e demonstraram correlações significativas entre as medidas.

Um estudo no Canadá (Oliffe et al., 2016), conduzido em 2014, buscou identificar a diferença de instrução entre os gêneros acerca da depressão e do suicídio cometido homens utilizando a escala LOSS. No geral, os entrevistados identificaram corretamente 67% das questões que medem os níveis de conhecimento sobre a depressão masculina. No entanto, o nível de conhecimento dos homens entrevistados foi significativamente menor, com 53,7% de acertos. Percepções equivocadas foram especialmente evidentes em termos de diferenciação dos sin-



tomas depressivos em relação a outras doenças mentais, estimação da prevalência e identificação dos fatores ligados ao suicídio. As diferenças significativas entre os gêneros realçaram que as mulheres tinham níveis de conhecimento mais elevados do que os homens em relação à depressão masculina. Tais resultados são importantes para que campanhas e programas de instrução sejam direcionadas de forma sensível e específica. Em um estudo intercultural de 2017 (Peel, Buckby, & McBain, 2017), da universidade de James Cook, Austrália, buscou-se investigar a percepção do suicídio e o impacto do estigma no reconhecimento do risco de suicídio, por meio da escala LOSS. A amostra foi composta por 478 participantes da Austrália (n=210) e do Brasil (n=208). Entre os australianos, os respondentes com alfabetização em saúde mental pontuaram menos no estigma do que os entrevistados sem conhecimento em saúde mental. Já na amostra brasileira não foi encontrada diferença significativa. Com relação ao estigma acerca do suicídio considerando o gênero, na amostra geral e australiana, os homens pontuaram mais no estigma

do que as mulheres, enquanto na amostra brasileira não houve diferença significativa. Uma análise subsequente na amostra brasileira, usando religiosidade e idade como variáveis covariantes, mostrou uma diferença significativa entre os entrevistados do gênero masculino e feminino, sendo que os homens pontuaram mais no estigma em comparação às mulheres.

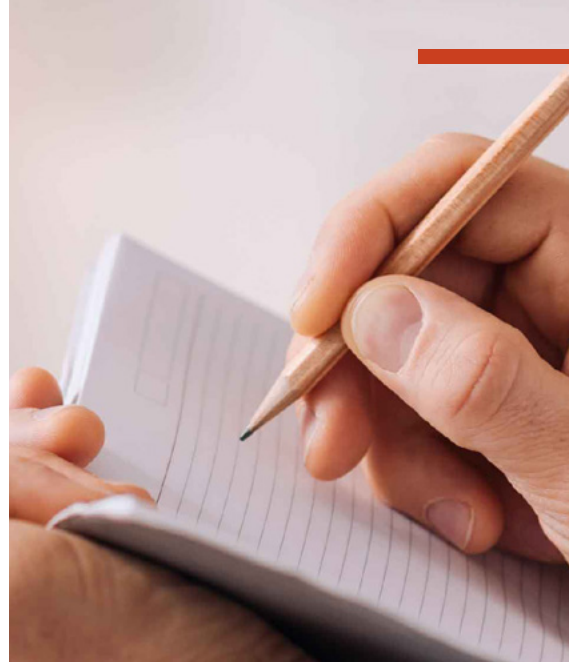
Os profissionais de saúde: cuidando e sendo cuidado

Estima-se que, para cada morte por suicídio, ocorram duas hospitalizações e vinte e duas internações em serviços de emergência por tentativa de suicídio. Os profissionais de saúde da atenção primária são, normalmente, os primeiros a ter contato com o paciente após tentativa de suicídio ou episódio de autolesão. Sendo a tentativa prévia de suicídio um dos mais importantes fatores preditores para futuros comportamentos suicidas, tal momento poderia ser uma oportunidade de primeira intervenção e prevenção. Entretanto, a falta de conhecimento e preparo, bem como as atitudes negativas frente a esses pacientes, prejudicam a assistência prestada e restringem os encaminhamentos às questões curativas imediatas (Botti, Araújo, Costa, & Machado, 2015). Atitude pode ser definida como uma disposição interior que afeta a escolha da ação ou conduta frente a determinado estímulo, envolvendo fatores cognitivos, afetivos e comportamentais. É, portanto, "propensão à ação,

modos ou formas de abordar, reagir ou enfrentar uma situação ou problema em uma variedade de circunstâncias” (MORAES et al., 2016, p. 644). Atitudes negativas dos profissionais de saúde em relação ao indivíduo que tenta suicídio incluem: percebê-los como covardes, apresentar comportamentos de agressividade, demonstrar desprezo, preconceito e incompreensão (Burio-la, Arnauts, Decesaro, Oliveira, & Marcon, 2011). Uma vez que o atentado voluntário contra a vida vai de encontro ao preceito da profissão de salvar vidas, tais pacientes podem ser vistos como egoístas e não merecedores de tantos cuidados.

Em contrapartida, ao perder um paciente para o suicídio, os profissionais tendem a experimentar emoções parecidas com as dos familiares sobreviventes, como raiva direcionada ao paciente, a si próprio, à família, à polícia ou à imprensa. Adicionam-se a isso as questões relativas à própria profissão, sentimentos de responsabilidade e culpa, perda de autoestima, dúvidas sobre as habilidades e competências clínicas, medo de ser culpado pelo suicídio e até mesmo da reação dos familiares. Eles podem, inclusive, fantasiar sobre críticas dos colegas e supervisores, ter pensamentos acusatórios de omissão e sentir receio por questões jurídicas relativas à negligência por erro médico (Pompili et al., 2013).

No Brasil, alguns estudos (Botti et al., 2015; Moraes, Magrini, Zanetti, Santos, & Vedana, 2016) concluem que os profissionais de enfermagem compartilham uma atitude desfavorável perante o comportamento suicida. Esse resultado vai ao encontro das percepções negativas de uma sociedade que rejeita a morte como um fenômeno natural, especialmente quando autoinfligida, considerando-a como um sinal de fracasso. Outros estudos (Carmona-Navarro & Pichardo-Martínez, 2012) demonstram maior compreensão entre os profissionais de saúde mental – ou entre aqueles com maior treinamento formal e especializado – em relação aos pacientes com comportamento suicida. Ressalta-se, portanto, que a capacitação do profissional é a melhor forma de promover competências e habilidades, reduzir o estigma e consequentemente realizar intervenções eficazes.



Do estigma à aceitação: o foco das campanhas

vide os fatores de risco de nível social em “sociedade”, “comunidade”, “relacionamentos” e “fatores individuais” e, a partir daí, as intervenções de prevenção são agrupadas em três categorias:

Universais (planejadas para alcançar toda a população a fim de maximizar a saúde e minimizar os riscos de suicídio, removendo barreiras para o cuidado e facilitando o acesso à ajuda);

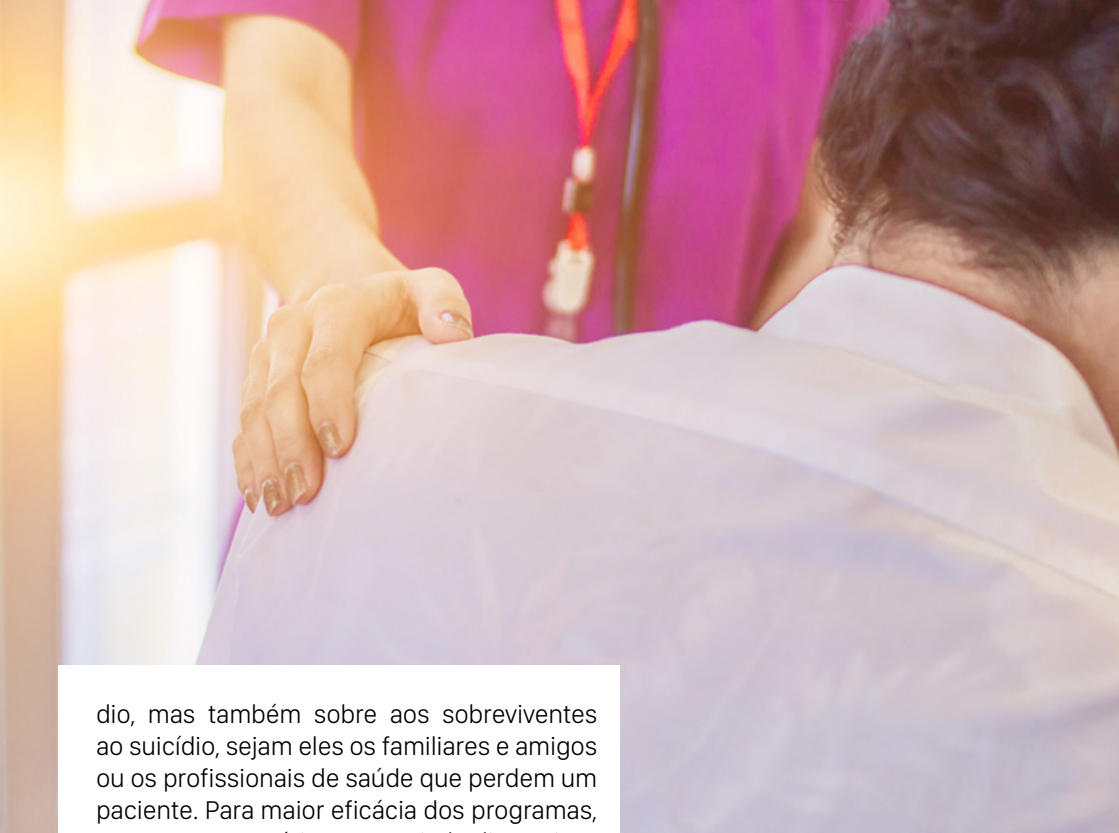
Intervenções seletivas (direcionadas a grupos vulneráveis dentro da população, com base em características como idade, gênero, status ocupacional ou histórico familiar); e,

Intervenções indicadas (direcionadas a indivíduos específicos da população, tais como aqueles que apresentam sinais precoces de engajamento em comportamento suicida ou que possuem um histórico de tentativas).

O estigma associado à procura por ajuda, de acordo com o relatório, está no nível de estratégias universais, o que demonstra a importância do engajamento de todos para o combate ao autoextermínio. Isso se justifica pela abrangência e pela dimensão dos impactos do estigma, não somente sobre os sobreviventes à tentativa de suicí-

Suicídios são evitáveis e as altas taxas no cenário mundial indicam a importância de estudos voltados para a prevenção. Em 2014, a OMS lançou o primeiro relatório global de prevenção ao suicídio (Preventing suicide: a global imperative) com o objetivo de priorizar a prevenção deste nas agendas globais de saúde pública e de políticas públicas, além de aumentar a conscientização sobre o suicídio como um problema de saúde pública. O documento faz parte de um esforço global e suas diretrizes baseiam-se na compreensão multissetorial. As estratégias desenvolvidas devem envolver não apenas governo e serviços de saúde, mas também sociedade, que desempenha papel fundamental ao promover apoio social aos indivíduos vulneráveis, combate ao estigma e suporte àqueles que sobrevivem ao suicídio.

A base para qualquer política de prevenção ao suicídio é a identificação dos fatores de risco, agrupados conforme o nível de influência sobre o comportamento suicida (biológico, psicológico e social). A OMS di-



dio, mas também sobre aos sobreviventes ao suicídio, sejam eles os familiares e amigos ou os profissionais de saúde que perdem um paciente. Para maior eficácia dos programas, torna-se necessária a apropriada disseminação das informações de forma a promover a conscientização (OMS, 2006). A identificação das atitudes estigmatizantes e das lacunas no conhecimento acerca da saúde mental e do suicídio devem ser a base de materiais psicoeducativos, uma vez que essa abordagem colabora com a diminuição do estigma e com o aumento do grau de instrução sobre a saúde mental (Batterham et al., 2013).

Falar sobre suicídio e doenças psiquiátricas de forma educativa é a melhor forma de aumentar o conhecimento e a consciência e contribuir para a aceitação e senso de pertencimento dos impactados. Como resultado, esperamos elevar a procura por ajuda, promover o reconhecimento antecipado dos sinais e intervir de modo eficaz, para que não tenhamos mais um para compor as taxas de suicídio.

Todavia, uma vez que a prevenção tenha sido falha, a pós-venção deve ser realizada. O suporte aos impactados, sejam eles os sobreviventes à tentativa de suicídio ou os sobreviventes ao suicídio, deve ter como objetivo impedir a vulnerabilidade e o isolamento social causados pelo estigma e tabu que rondam o assunto.

Para os sobreviventes à tentativa de suicídio é necessário um acompanhamento sistematizado, acolhimento pela rede de saúde e reestabelecimento de suporte social, a fim de se prevenir comportamentos suicidas futuros. O atendimento a esses indivíduos deve avaliar o remanescente risco de suicídio ou

autodestruição, bem como realizar encaminhamento adequado à rede de saúde mental.

O Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida (SUPRE-MISS), da OMS, demonstrou como o registro e o acompanhamento cuidadoso de casos de tentativas de suicídio podem diminuir o número de suicídios consumados. Oito países participaram do estudo, dentre eles o Brasil. O projeto consistia em dividir em dois grupos as pessoas que deram entrada no pronto-socorro por tentativa de suicídio e, então, analisar os efeitos de dois tratamentos diferentes. O primeiro grupo recebeu como tratamento uma intervenção psicossocial, entrevista motivacional e contato telefônico regular, sendo que, no momento da alta hospitalar, os pacientes foram encaminhados para um serviço da rede pública de saúde. Já o segundo grupo recebeu o tratamento padrão – apenas o encaminhamento para a rede. No Brasil, os resultados demonstram que, ao final de um período de 18 meses, o grupo que não recebeu os telefonemas periódicos teve uma taxa de suicídio 10 vezes maior do que o grupo que recebeu (Fleischmann et al., 2008, como citado em Botega, 2014). Quanto aos sobreviventes ao suicídio, os esforços devem focar em prover mecanismos para que os enlutados restaurem a estrutura social e de comunicação, de modo a desenvolver e encontrar significados diante de uma perda traumática e específica como o suicídio (Warden, 1991, como citado em Cvinar, 2005). O enfrentamento dos problemas psicológicos daqueles que sobrevivem ao suicídio de um familiar ou alguém próximo é facilitado por medidas cabíveis e práticas (Xu

et al., 2015, como citado em Nunes, Pinto, Lopes, Enes, & Botti, 2016). O grupo de apoio é a primeira intervenção clínica a ser sugerida, pois oferece à família enlutada a oportunidade de interação com outros sobreviventes ao suicídio (Rostila et al., 2013, como citado em Nunes et al, 2016). No Brasil, o CVV oferece grupos de apoio aos sobreviventes do suicídio (CVV GASS), que visam a troca de experiência e apoio emocional a quem passou por um episódio de suicídio. Por fim, outra medida que pode ser realizada é a capacitação da sociedade geral de forma a desenvolver grupos de atuação voltados para a prevenção, intervenção e pós-venção acerca do suicídio. Um exemplo é o Community Response to Eliminating Suicide



(CORES), um modelo de educação e formação de grupos capacitados implementado em algumas comunidades da Austrália.

O programa tem como objetivo capacitar a comunidade local para que esta desempenhe um papel ativo, desde a identificação e resposta ao suicídio em um estágio inicial até a intermediação entre as pessoas em risco e os serviços de apoio comunitário e profissional. Na Tasmânia, o CORES ganhou o prêmio Tasmanian Life Award, em 2007, que reconhece a importância de indivíduos e organizações promoverem a vida e prevenirem o suicídio. Desde 2010, mais de 900 intervenções foram reportadas, nas quais um indivíduo treinado se envolveu com outra pessoa em risco de suicídio, usando suas habilidades baseadas no programa (Jones, Walker, Miles, Silva, & Zimitat, 2015). As campanhas e as iniciativas, sejam elas públicas ou privadas, são um passo importante para desmistificar o suicídio e aumentar o conhecimento. No

entanto, é importante ressaltar que os esforços para lidar com o tema necessitam de coordenação e colaboração múltiplas, envolvendo os setores de saúde, educação, trabalho, agricultura, negócios, direito, segurança, política e mídia. Esses esforços devem ser abrangentes e integrados, pois um fenômeno tão complexo quanto o suicídio não pode ser resolvido por uma única abordagem. Espera-se, assim, construir uma sociedade que promova o processo de cura e de resignificação do sentimento de quem tentou e sobreviveu e de quem ficou para trás.

Referências Bibliográficas

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed.

Ayers, J. W., Althouse, B. M., Leas, E. C., Dredze, M., & Allem, J. (2017). Internet Searches for Suicide Following the Release of 13 Reasons Why. *JAMA Internal Medicine*, 177(10), 1527-1529. DOI: 10.1001/jamainternmed.2017.3333.

Batterham, P. J., Calear, A. L., & Christensen, H. (2013) The Stigma of Suicide Scale: Psychometric Properties and Correlates of the Stigma of Suicide. *Crisis*, 34(1), p.13-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000156>.

Batterham, P. J., Calear, A. L., & Christensen, H. (2013) Correlates of Suicide Stigma and Suicide Literacy in the Community. *Suicide And Life-threatening Behavior*, 43(4), 406-417. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/sltb.12026>.

Botega, N. J., Reginato, D. G., Silva, S. V., Cais, C. F. S., Rapeli, C. B., Mauro, M. L. F., Cecconi, J. P., & Stefanello, S. (2005). Atitudes do pessoal de enfermagem em relação ao suicídio: a criação de uma escala de avaliação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(4), 315-318. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462005000400011>.

Botega, N. J. (2014) Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*, 25(3), DOI: 231-236. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>.

Botega, N. J. (2015) Crise suicida: avaliação e manejo [recurso eletrônico] – Porto Alegre: Artmed. e-PUB. Editado como livro impresso em 2015. ISBN 978-85-8271-238-2.

Botti, N. C. L., Araújo, L. M. C., Costa, E. E., & Machado, J. S. A. (2015). Atitudes dos estudantes de enfermagem frente ao comportamento suicida. *Investigación y Educación en Enfermería*, 33(2), 334-342. DOI: <https://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v33n2a16>

Buriola, A. A., Arnauts, I., Decesaro, M. N., Oliveira, M. L. F., & Marcon, S. S. (2011). Assistência de enfermagem às famílias de indivíduos que tentaram suicídio. *Escola Anna Nery*, 15(4), 710-716. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400008>

Calear, A. L., Batterham, P. J., & Christensen, H. (in press). The Literacy of Suicide Scale: psychometric properties and correlates of suicide literacy. Unpublished manuscript. In submission.

Calear, A. L., Batterham, P. J., & Christensen, H. (2014) Predictors of help-seeking for suicidal ideation in the community: Risks and opportunities for public suicide prevention campaigns. *Elsevier. Psychiatry Research*, 219(3), 525-530. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.06.027>

Carmona-Navarro, M. C., & Pichardo-Martínez, M. C. (2012). Atitudes do profissional de enfermagem em relação ao comportamento suicida: influência da inteligência emocional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(6), 1161-1168. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000600019>

Chan, W. I., Batterham, P. J., Calear, A. L., & Galletly, C. (2014) Suicide literacy, suicide stigma and help-seeking intentions in Australian medical students. *Australasian Psychiatry*, 22(2), 132-139. DOI: 10.1177/1039856214522528.

Cvinar, J. G. (2005) Do Suicide Survivors Suffer Social Stigma: A Review of the Literature. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41(1), 14-21. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.0031-5990.2005.00004.x>

Centro de Valorização da Vida (2017). Um grupo para falar de suicídio. Recuperado de: <http://www.cvv.org.br/blog/um-grupo-para-falar-de-suicidio/>

Diógenes, J., & Toledo, L. F. (2017) Busca por centro de prevenção ao suicídio cresce 445% após série. O Estado de São Paulo. Recuperado de: <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,busca-por-centro-de-prevencao-ao-suicidio-cresce-445-apos-serie-da-netflix,70001734246>

Evans-Lacko, S., Brohan, E., Mojtabai, R., & Thornicroft, G. (2012). Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychological Medicine*, 42(8), 1741-1752. DOI:10.1017/S0033291711002558

Han, J., Batterham, P. J., Cleave, A. L., Wu, Y., Xue, J., & Van Spijker, B. A. J. (2017) Development and pilot evaluation of an online psychoeducational program for suicide prevention among university students: A randomised controlled trial. *Internet Interventions*, 12, 111-120. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.invent.2017.11.002>.

Han, J., Batterham, P. J., Cleave, A. L., Wu, Y., Shou, Y., & Van Spijker, B. A. (2017) Translation and Validation of the Chinese Versions of the Suicidal Ideation Attributes Scale, Stigma of Suicide Scale, and Literacy of Suicide Scale. *Death Stud*, 41(3), 173-179. DOI: 10.1080/07481187.2016.1214633.

Hubbard, R. W., & McIntosh, J. L. (1992) Integrating Suicidology Into Abnormal Psychology Classes: The Revised Facts on Suicide Quiz. *Teaching of Psychology*, 19(3), 163-166. DOI: https://doi.org/10.1207/s15328023top1903_9

Jones, S., Walker, C., Miles, A. C. J., Silva, E., & Zimitat, C. (2015) A rural, community-based suicide awareness and intervention program. *The International Electronic Journal of Rural and Remote Health Research, Education, Practice and Policy*, 15, 1-11. Retrieved from: www.rrh.org.au/journal/article/2972

Jorm, A. F. Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. (2000). *Br J Psychiatry*, 177, 396-401. DOI: 10.1192/bjp.177.5.396

Kodaka, M.; Postuvan, V., Inagaki, M., & Yamada, M. (2011) A systematic review of scales that measure attitudes toward suicide. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(4), 338-61. DOI: 10.1177/0020764009357399

Moraes, S. M., Magrini, D. F., Zanetti, A. C. G., Santos, M. A., & Vedana, K. G. G. (2016). Atitudes relacionadas ao suicídio entre graduandos de enfermagem e fatores associados. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(6), 643-649. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600090>

Nunes, F. D. D., Pinto, J. A. F., Lopes, M., Enes, C. L., & Botti, N. C. L. (2016). O fenômeno do suicídio entre os familiares sobreviventes: Revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 15, 17-22. DOI: <https://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0127>

Oliffe, J. L., Hannan-Leith, M. N., Ogradniczuk, J. S., Black, N., Mackenzie, C. S., Lohan, M., & Creighton, G. (2016). Men's depression and suicide literacy: A nationally representative Canadian survey. *Journal of Mental Health*, 25(6), 520-526. DOI: 10.1080/09638237.2016.1177770.

Organização Mundial de Saúde. (2000) Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia. Genebra. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67604/WHO_MNH_MBD_00.2_por.pdf;jsessionid=94435C934F69E58CDFC66F0A7B4A7A49?sequence=7

Organização Mundial de Saúde. (2006) Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros. Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias - Gestão de Perturbações Mentais e de Doenças do Sistema Nervoso. Genebra. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2014) Preventing suicide: a global imperative. Genebra. Retrieved from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1

Öztürk, A., & Akin, S. (2016) The turkish version of literacy of suicide scale (LOSS): validity and reliability on a sample of turkish university students. *International journal of psychiatry and psychological researches*, 7, 20-42. DOI: 10.17360/UHPPD.2016723150

Öztürk, A., Akin, S., & Durna, Z. (2017) Testing the Psychometric Properties of the Turkish Version of the Stigma of Suicide Scale (SOSS) with a Sample of University Students. *Journal of Psychiatric Nursing*, 8(2), 102-109. DOI: 10.14744/phd.2016.38981.

Peel, R., Buckby, B., & McBain, K. A. (2017). Comparing the Effect of Stigma on the Recognition of Suicide Risk in Others between Australia and Brazil. *GSTF Journal of Psychology*, 3(2), 1-10. DOI: 10.5176/2345-7872_3.2_43.

Pompili, M., Shrivastava, A., Serafini, G., Innamorati, M., Milelli, M., Erbutto, D., Ricci, F., Lamis, D. A., Scocco, P., Amore, M., Lester, D., & Girardi, P. (2013). Bereavement after the suicide of a significant other. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(3), 256-263. DOI: <http://doi.org/10.4103/0019-5545.117145>

Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007) Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de psiquiatria clínica*, 34, 126-135. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700016>

Ram, D., Chandran, S., & Gowdappa, B. H. Suicide and Depression Literacy Among Healthcare Profession Students in Tertiary Care Center in South India. *Journal of Mood Disorders*, 7(3), 149-155. DOI: 10.5455/jmood.20170830064910.

Reynders, A., Kerkhof, A. J. F. M., Molenberghs, G., & Van Audenhove, C. (2015). Help-seeking, stigma and attitudes of people with and without a suicidal past. A comparison between a low and a high suicide rate country. *Journal of Affective Disorders*, 178, 5-11. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.02.013>

Rimkeviciene, J., Hawgood, J., O'Gorman, J., & De Leo, D. (2015) Personal Stigma in Suicide Attempters. *Death Studies*, 39(10), 592-599. DOI: 10.1080/07481187.2015.1037972

Schomerus, G., Evans-Lacko, S., Rüsch, N., Mojtabai, R., Angermeyer, M., & Thornicroft, G. (2015). Collective levels of stigma and national suicide rates in 25 European countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(2), 166-171. DOI:10.1017/S2045796014000109

Segal, J. (2009) Aspectos genéticos do comportamento suicida. Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, RS. Recuperado de: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/17380>

Silva, T. P. S., Sougey, E. B., & Silva, J. (2015) Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas. *Revista Bioética*, 23(2), 419-426. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015232080>

Vidal, C. E. L., & Gontijo, E. D. (2013) Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cad. Saúde Colet.*, 21(2), 108-14. Recuperado de: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/163/2/csc.S1414-462X2013000200002.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-462X2013000200002>

Witte, T. K., Smith, A. R., & Joiner, T. E. (2010). Reason for Cautious Optimism? Two Studies Suggesting Reduced Stigma Against Suicide. *Journal of Clinical Psychology*, 66(6), 611-626. DOI: <http://doi.org/10.1002/jclp.20691>

Young, T. I., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M., & Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 177-186. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3384446/>

Um olhar multidisciplinar a um fenômeno multifatorial: implicações de uma visão e prática ampliadas para o suicídio na infância e adolescência

Marcelo Leonel Peluso

O suicídio é um tema complexo, marcado por tabus e pouco explorado pela sociedade (MARQUETTI, 2014). Segundo boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, de 2017, cerca de 11 mil pessoas se suicidam por ano no Brasil (BRASIL, 2017). Este dado demonstra a urgência em se debater amplamente este fenômeno.

Por acometer uma parte significativa da população mundial, é importante buscar entender todo e qualquer meio que vise à prevenção ao suicídio, e este debate cabe tanto ao público em geral quanto à academia (WITTER, 1998).

O suicídio na infância e adolescência é considerado um tema muito difícil de se discutir. Isso decorre do medo de, ao se falar sobre isso, incitar o ato. Além disso, há o estigma social de que essa população não tem coragem de realizar tal atitude. No entanto, os dados estatísticos evidenciam o contrário. Entre 2002 a 2012, houve um aumento de 40% na taxa de suicídio entre crianças e adolescentes (10 e 14 anos) e de 33,5% na faixa etária de 15 a 19 anos, como é apontado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Atentar-se aos comportamentos e conhecer os sentimentos e pensamentos da população infanto-juvenil se torna uma forma imprescindível de combater o suicídio. Para tanto, é pertinente saber sobre os meios nos quais as crianças e adolescentes se relacionam, enquanto etapas específicas do desenvolvimento humano.



De acordo com Bronfenbrenner (1996), a forma mais eficaz de compreender o desenvolvimento é observar o indivíduo nos variados contextos/ambientes onde está inserido e se desenvolve. Seguindo esta linha de pensamento, o autor identifica cinco níveis ou sistemas de influência ambiental, os quais designa como microsistema, mesossistema, exossistema, macrosistema e cronossistema.

Consoante com esse modelo, microsistema é o ambiente em que a criança age diretamente e pelo qual é influenciada, recebendo cuidados básicos e necessários ao seu desenvolvimento. Esferas como escola, a família e instituições religiosas estão representadas nele e detêm importância no desenvolvimento da criança, uma vez que são essas as instâncias que estão presentes no cotidiano da mesma (PAPALIA, OLDS & FELDMAN, 2006).

A importância dessas instituições no combate ao suicídio está descrita na cartilha de prevenção ao suicídio da OMS (2006). A família, por exemplo, é citada tanto nos fatores de proteção (apoio da

família, de amigos e de outros relacionamentos significativos) quanto nos fatores de risco (problemas com o funcionamento da família, relações sociais e sistemas de apoio). É pontuado também, especificamente para as crianças e adolescentes, o papel da conformação familiar, no que tange ao sentimento de ausência de amparo subjetivo.

Sendo o suicídio multifatorial, é importante que este seja estudado e contemplado a partir de diversos prismas. Os diversos âmbitos anteriormente citados constroem a formação da criança a partir do que ela recebe de cada relacionamento existente, não se isolando somente a família ou a escola. Apresenta-se, portanto, como de vital importância a comunicação entre esses e possíveis outros microsistemas na vida das pessoas com essa faixa etária, a fim de um entendimento global do caso. Entretanto, há muitos profissionais que possuem um contato íntimo com a população infanto-juvenil, mas desconhecem



sobre comportamentos alertas relacionados a possíveis ideações de morte. Tal contexto dificulta a prevenção de atos suicidas, tendo em vista que 9 em cada 10 suicídios podem ser evitados a partir do diálogo e acompanhamento psicológico de acordo com a OMS.

É importante que se atente à rede de combate ao suicídio que deve existir não somente entre profissionais de saúde (CFM; ABP, 2014), mas entre profissionais em geral e a sociedade. Este tema deve ser disseminado de maneira ampliada a toda população, já que é um problema de ordem mundial.

Cabe a estes profissionais de saúde, a responsabilidade justamente de não tentar deter todo o conhecimento sobre o suicídio e seus possíveis sinais, mas de psicoeducar a família, escola e toda a comunidade que possua vínculo com o infante acerca dos perigos e da importância de se olhar para a criança como um ser que merece atenção e, principalmente, que não está isento de ideações e atos suicidas.

A escola e família também devem exercer sua função de educação com um olhar atento



e possuente de conhecimento acerca dos indícios e comportamentos que podem refletir sofrimento e possível ideação de morte. Busca-se expandir, para além do psicólogo e demais profissionais da saúde, a atenção que se deve ter aos possíveis sinais de ideação suicida emitidos, para que se possa buscar ajuda junto a profissionais preparados para atuar diante desses casos, quando necessário.

Se faz necessária, portanto, uma sensibilização geral para os números alarmantes de suicídios na infância e juventude. Sendo necessário também estimular um debate que vai para além da academia, para que possam ser divulgados cada vez mais meios de prevenir e discutir a triste realidade pela qual os jovens passam.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio. Saber agir e saber prevenir. Brasília, DF, 2017,

BRONFENBRENNER, U. A Ecologia do Desenvolvimento Humano: Experimentos Naturais e Planejados. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). Suicídio: informando para prevenir. Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. Brasília: 2014

MARQUETTI, F. C. O suicídio e sua essência transgressora. Psicologia USP, n. 25, v.3, p. 237-245, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros. Genebra: 2006

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. Desenvolvimento humano. Porto Alegre: Artmed, 2006

WITTER, G. P. A universidade na comunidade. Psicologia Escolar e Educacional, n. 2, v. 3, p. 282-284, 1998.



ISBN: 978-85-68167-07-6