

CRIME SCENE

Suicídio
um grave problema
de saúde pública mundial.



FACILITADOR: Abel Petter

**Graduado em Psicologia - Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC);
Membro da Associação Brasileira de Estudos e Pesquisas em Suicídio (ABEPS),
Especialista em Formação em Automutilação, Prevenção e Posvenção em Suicídio
pelo Instituto Vita Alere de São Paulo-SP, Formação Inicial em Perícia Criminal:
Vestígios Biológicos, Deontologia Pericial, Fotografia Forense, Identificação Civil e
Criminal, Legislação Aplicada a Perícia, Necropapiloscopia, Genética Forense, Perícia
Balística Forense, Primeiros Socorros, Procedimentos em Medicina Legal, Química
Forense, Toxicologia Forense, Vestígios Biológicos e Criminalística de Local, pela
Academia de Polícia Civil (ACADEPOL) da Segurança Pública do Estado de Santa
Catarina. Cursos de formação na área de Medicina Forense, Psicologia Forense,
Tanatologia Forense e Suicídio. Pesquisador das áreas Criminais e Psicológicas
UNOESC E SSP/SC. Auxiliar Médico Legal no Instituto Médico Legal (IML) do
Instituto Geral de Perícias (IGP) do Estado de Santa Catarina/SC e Palestrante.**



APRESENTAÇÃO

- ▣ NOME
- ▣ PROFISSÃO
- ▣ COMPOSIÇÃO FAMILIAR

1) A VIDA É UM DOM DE DEUS, E SÓ ELE PODE TIRAR?

2) **VOCÊ CONCORDA QUE QUEM TEM DEUS NO CORAÇÃO NÃO SE MATA?**

3) SENTE-SE CAPAZ DE AJUDAR UMA PESSOA QUE PENSA/IDEALIZA/TENTOU SUICÍDIO?

4) **SE SENTIU/SENTE/SENTIRIA IMPOTENTE DIANTE DE ALGUÉM QUE TE REVELA QUE NÃO QUER MAIS VIVER?**

5) CONCORDA QUE QUEM QUER SE MATAR MESMO NÃO TENTA, VAI E SE MATA?

6) **VOCÊ PERGUNTARIA PARA ALGUÉM SE ELA PENSA EM SUICÍDIO? ACHA QUE ISSO PODE OU NÃO PODE INDUZIR?**

7) PAI MATOU A MÃE POR ARMA BRANCA APÓS DESCOBRIR UMA TRAIÇÃO, O ÚNICO FILHO FOI ADOTADO POR UMA FAMÍLIA, APÓS 2 ANOS COMEÇOU A SOFRER ABUSOS SEXUAIS PELO PAI, COM 12 ANOS FUGIU DE CASA, PASSOU A ROUBAR E USAR DROGAS, COM 17 ANOS MATOU SEU PAI BIOLÓGICO, MORAVA NAS RUAS, ATACAVA QUEM PASSAVA PERTO, COM 26 ANOS DESCOBRE UMA LEUCEMIA, ESTÁGIO CRÔNICO, ENTRA EM UM BANHEIRO PÚBLICO E SE ENFORÇA. VENDO TODO ESSE SOFRIMENTO, VOCÊ CONCORDA COM A ESCOLHA DELE?

8) **COMO É PARA VOCÊ, EMOCIONALMENTE, LIDAR COM SUICÍDIO?**

9) VOCÊ CONCORDA COM O LIVRE ARBÍTRIO? ENTÃO CONCORDA QUE A PESSOA TEM O DIREITO DE ESCOLHER MORRER NO MOMENTO QUE ELA DESEJAR?

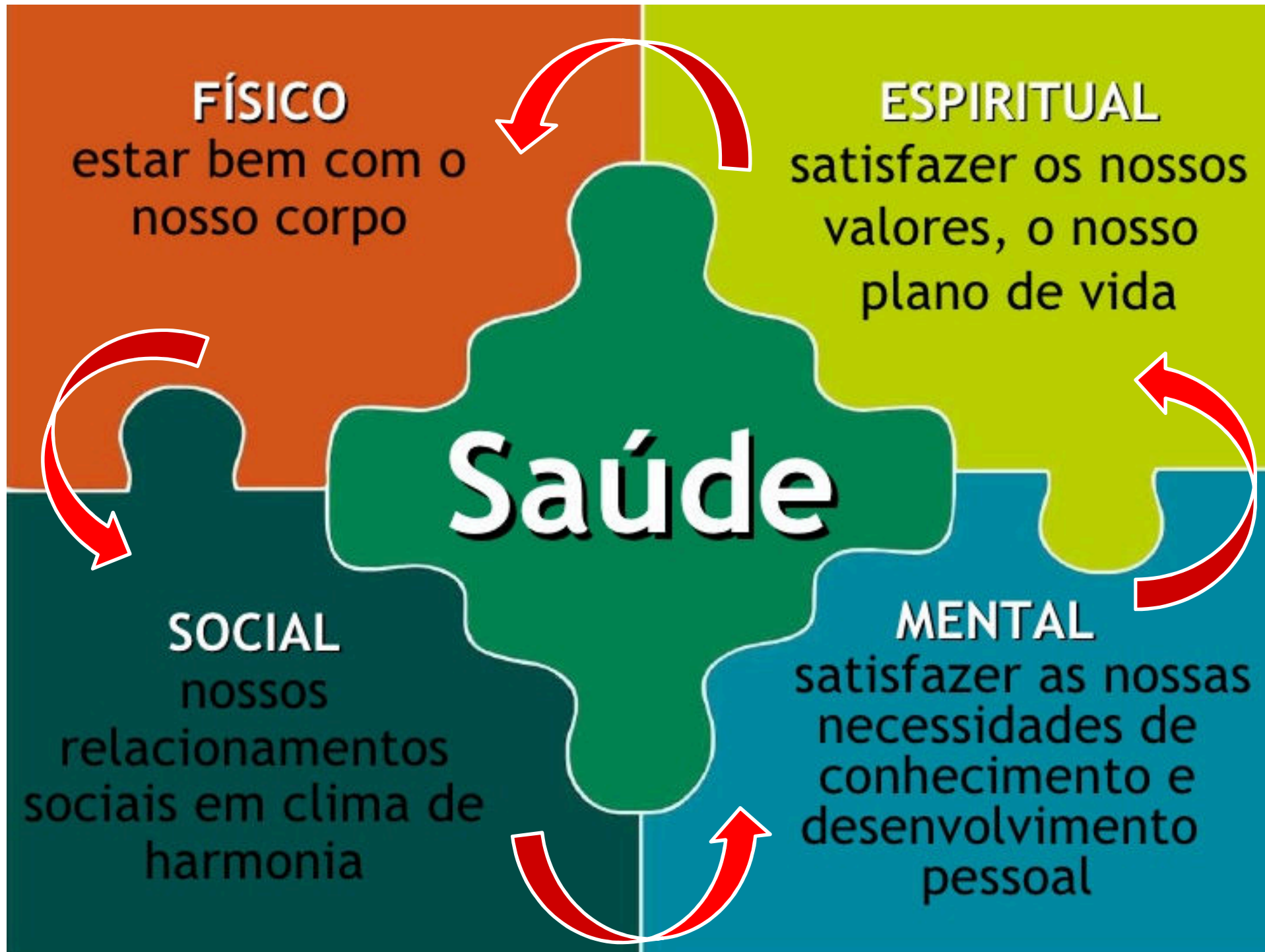
10) **SE A PESSOA QUE VOCÊ MAIS AMA ESCOLHE MORRER, VOCÊ RESPEITARIA O PEDIDO DESSA PESSOA?**

SUA HISTÓRIA...



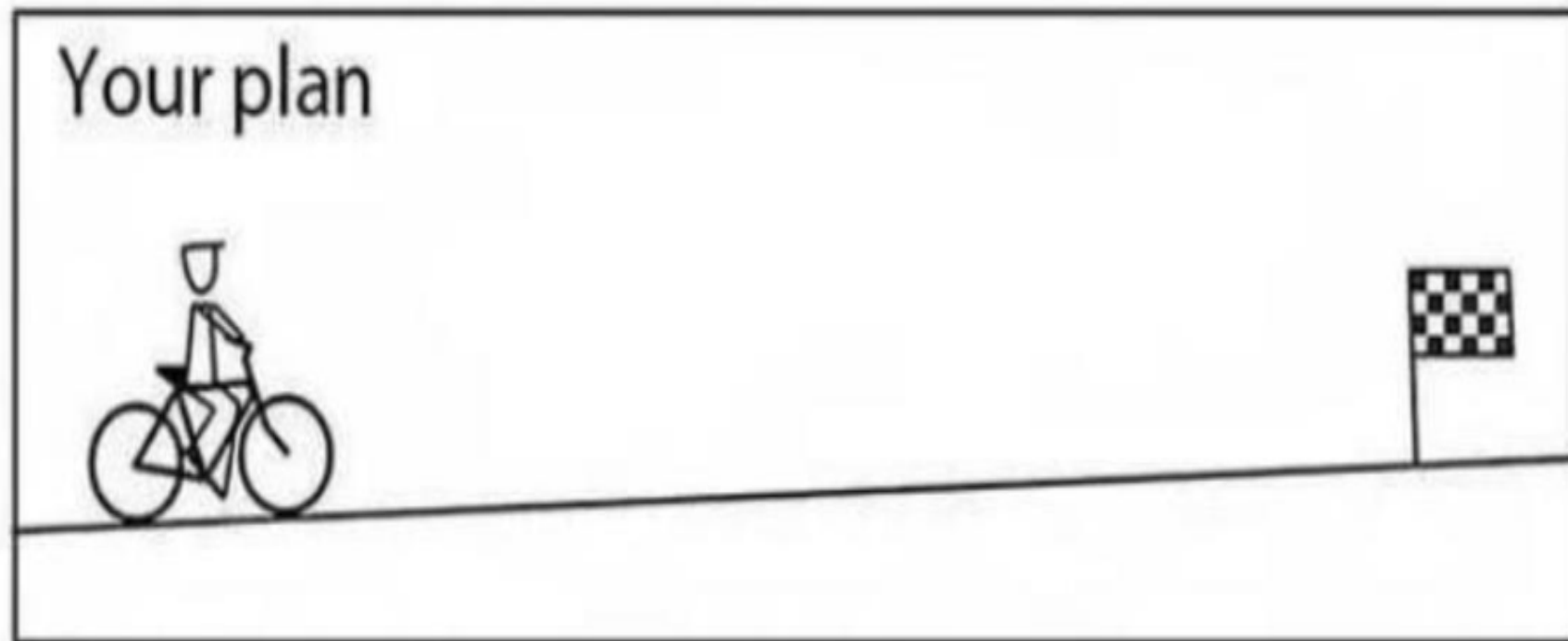
Saúde?



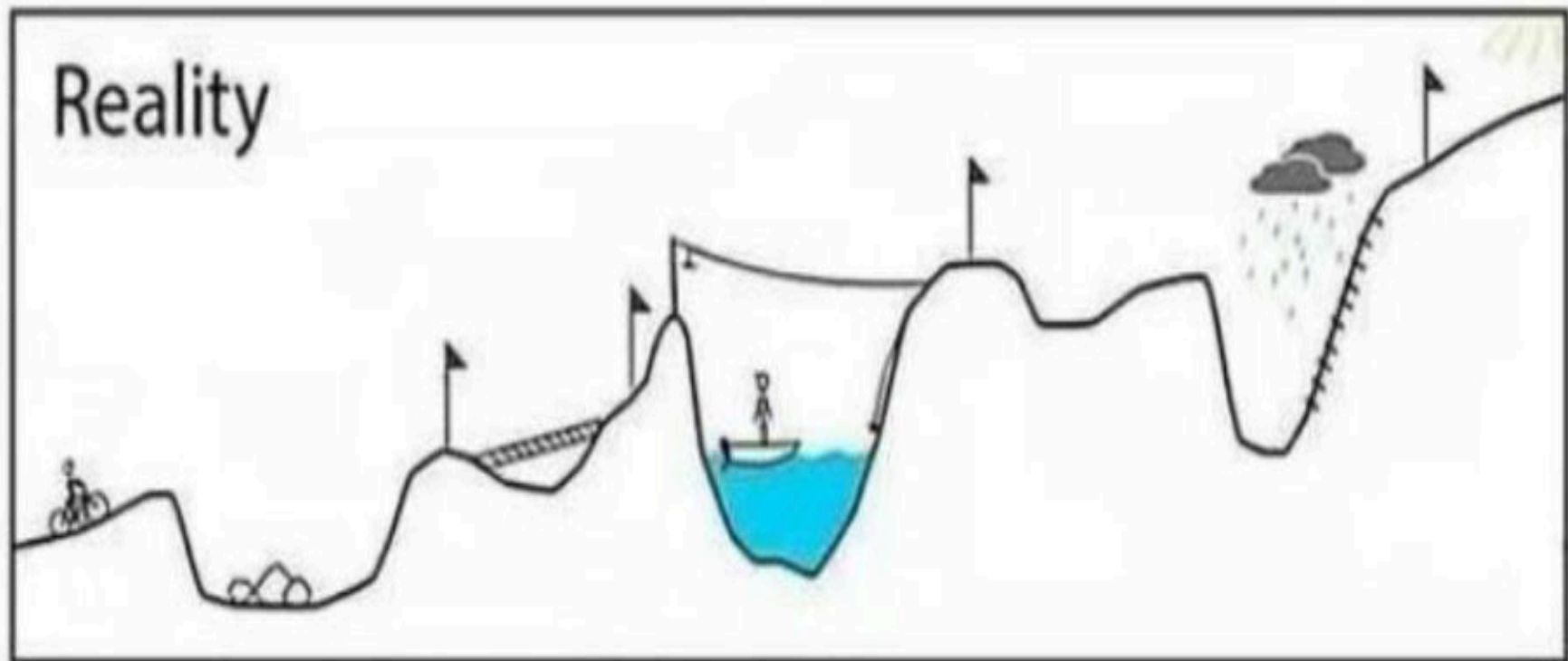


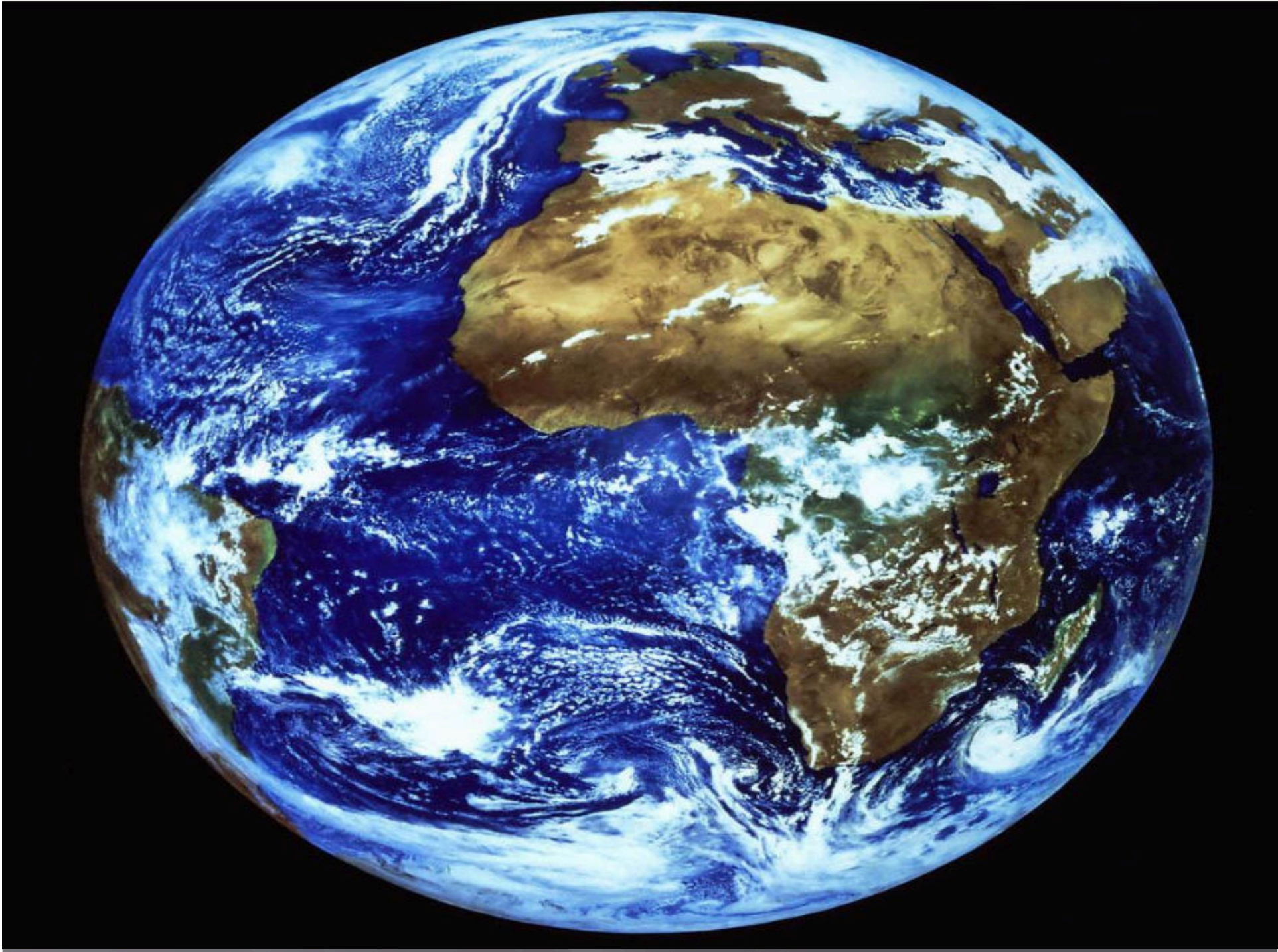
**"O QUE VOCÊ NÃO
RESOLVE EM SUA MENTE
O CORPO TRANSFORMA
EM DOENÇA"**

ESPECTATIVA PARA NOSSA CAPACITAÇÃO



REALIDADE PARA NOSSA CAPACITAÇÃO



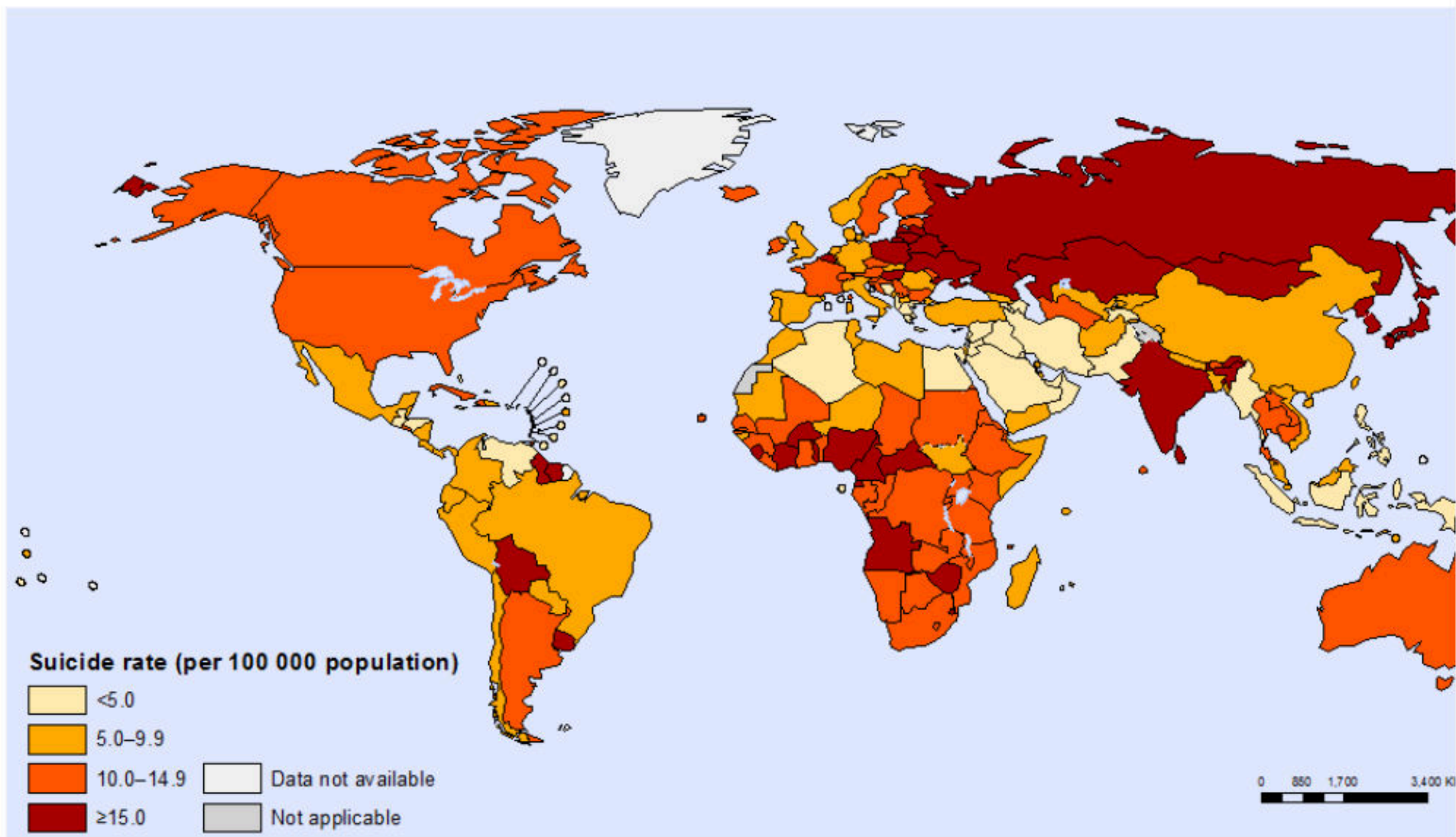


Imagine um mundo sem suicídio



Taxas de suicídio padronizadas por idade (por 100.000 habitantes), ambos os sexos, 20

Age-standardized suicide rates (per 100 000 population), both sexes, 2015



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization
Map Production: Information Evidence and Research (IER)
World Health Organization

Quatro coisas





SUICÍDIO

ALGO QUE ESTÁ ENTRE NÓS...

**QUE É PERCEBIDO...
QUE É SENTIDO...
QUE É PENSADO...
QUE NOS IMPACTA...**

**MAS QUE
NÃO É FALADO,
NÃO É OLHADO,
NÃO É CUIDADO!**

É PRECISO ROMPER ESSE SILÊNCIO!

**DESPERTAR A SOCIEDADE PARA A
URGÊNCIA DE UM MOVIMENTO EM
DEFESA DA VIDA!**



"O suicídio
precisa ser
debatido.
No silêncio,
ele cresce".





“O SUICÍDIO é um ato **definitivo** para um problema que **poderia** ter sido temporário”

"A melhor forma de entender o suicídio não é estudando o cérebro, e sim, as emoções. As perguntas a fazer são: 'onde dói?' e 'como posso ajudá-lo?'"
Dr. Edwin Schneidman

Um suicida não quer acabar com a própria vida



Ele tenta por todos os meios acabar com a dor que o atormenta



O fardo do suicídio

Dr. BRIAN MISCHARA, AULA: MÓDULO 1 15/05/2019

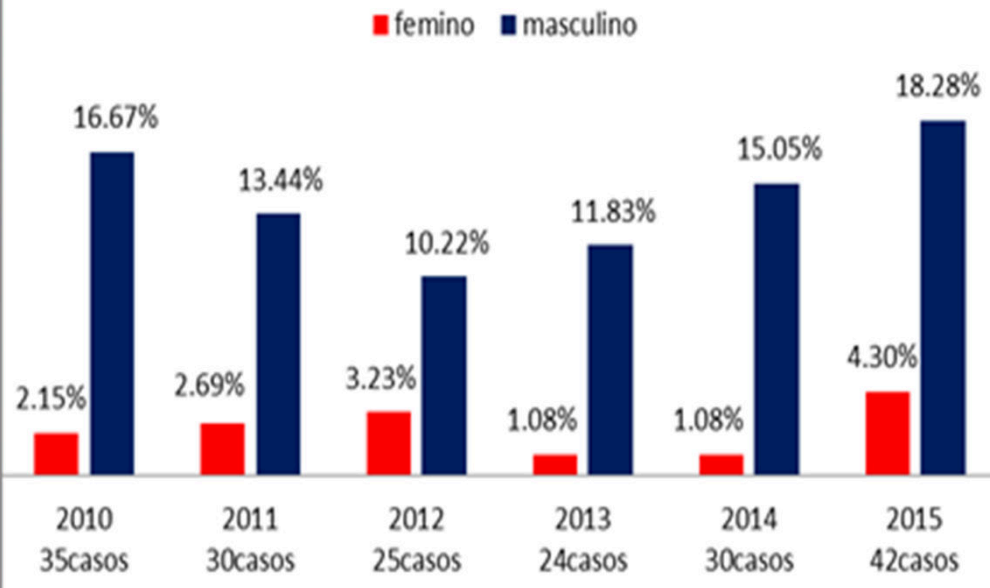
- Mais de 800.000 mortes por suicídio / ano
- Mais do que o dobro das mortes em todas as guerras e atividades terroristas combinadas a cada ano
- Mais de 4-5 milhões de pessoas enlutadas pelo suicídio
- Mais de 40 milhões de tentativas de suicídio
- Globalmente, maior de 70 anos ou mais, mas não em todos os lugares
- Nos países de alta renda, 3 homens morrem por suicídio para cada mulher; em países de baixa e média renda, jovens adultos e mulheres mais velhas têm as taxas mais altas
- Segunda causa mais comum de morte entre 15 e 29 anos no mundo
- Às vezes, taxas baixas podem indicar práticas de denúncias insuficientes ou "ocultação" de suicídios em países onde os suicídios são altamente estigmatizados.



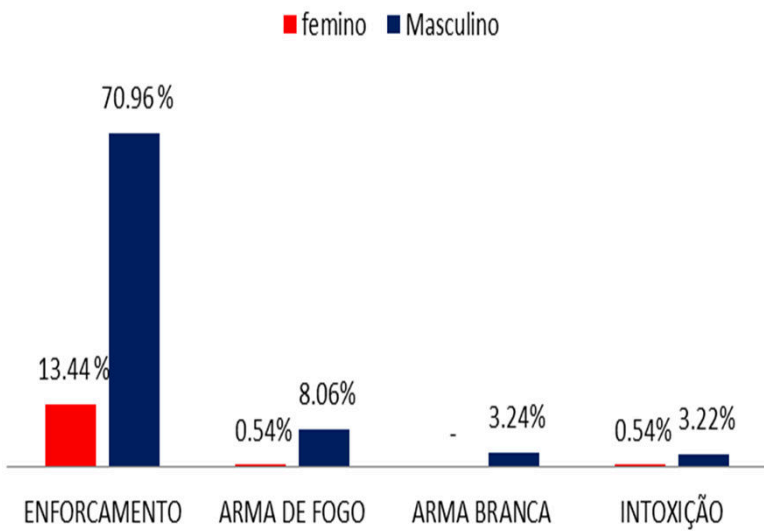
Os métodos de suicídio variam

- Por exemplo, o mais comum significa:
 - EUA: 61% de armas de fogo
 - Chine: 58% de pesticidas
 - Canadá: 48% de Enforcamento
- O controle de armas salva vidas, a proibição e o armazenamento seguro de pesticidas salvam muitas vidas. O acesso ao enforcamento não pode ser controlado.

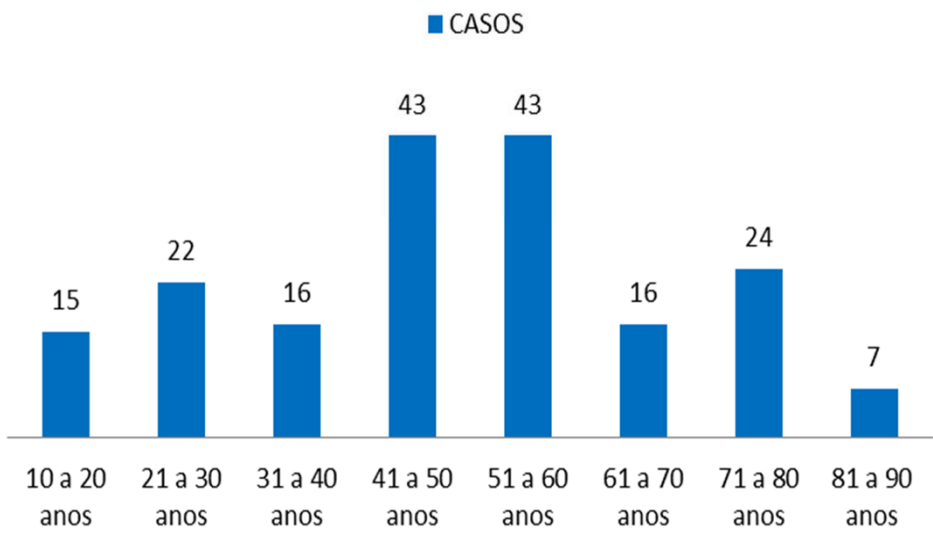
SUÍCIDIOS 2010 A 2015



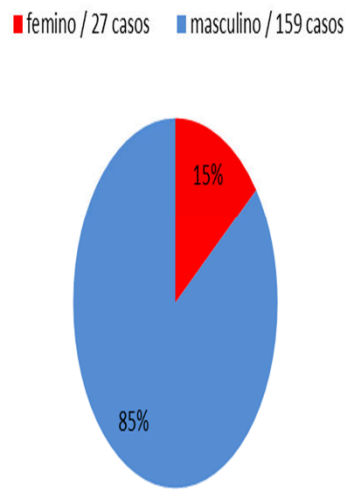
Meio empregado / 186 casos periodo 2010/2015



Faixa etária / 186 casos

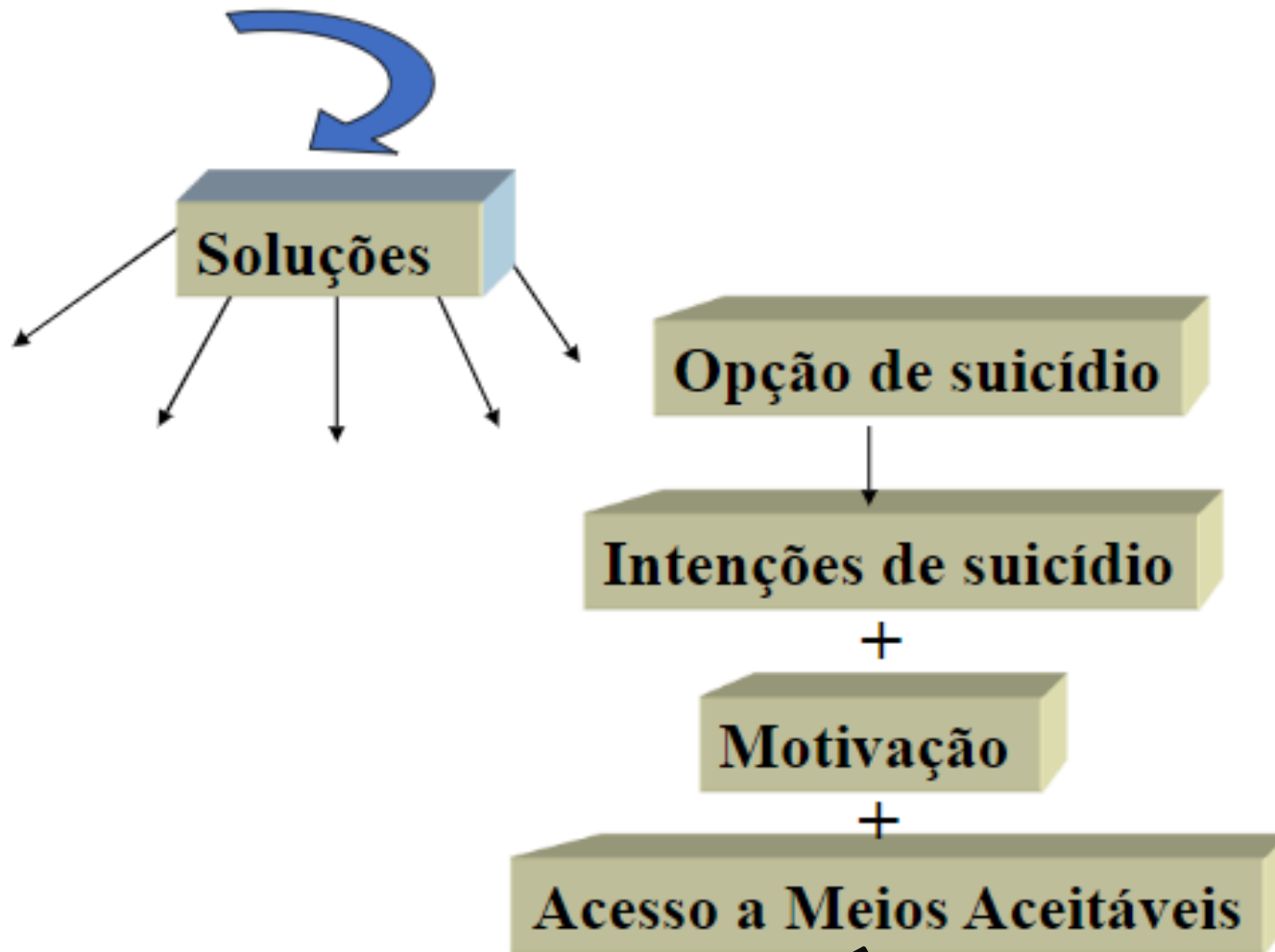


Gênero

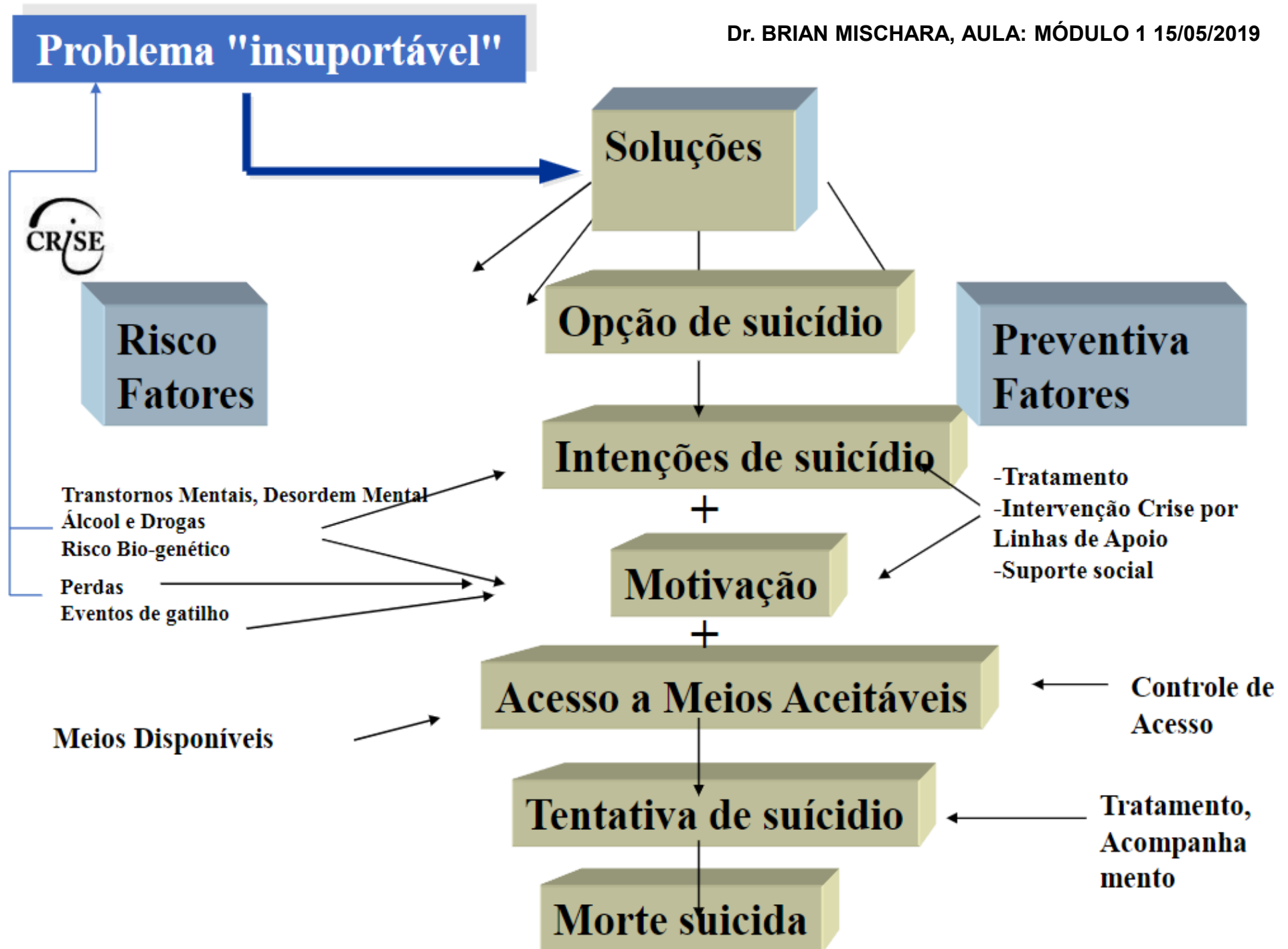


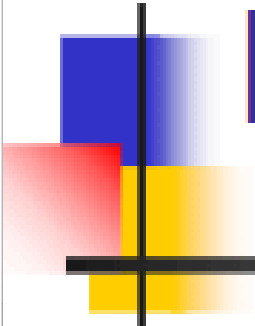
2016: 48
2017: 45
2018: 52

Problema "insuportável"



suicídio





Principais Fatores de Risco e Proteção Segundo a OMS (2014)

Abordagem de Saúde Pública: não «causas»
Fatores de risco aumentam o risco Fatores de
proteção contra fatores de risco



Suicídios são evitáveis

Dr. BRIAN MISCHARA, AULA: MÓDULO 1 15/05/2019

- Redução do acesso a meios de cometer suicídio (pesticidas, armas de fogo, medicações)
- Relatórios da mídia de maneira responsável
- Introduzir políticas para reduzir o uso nocivo do álcool
- Identificação precoce, tratamento e atendimento de pessoas com transtornos mentais e de uso de substâncias, dor crônica e sofrimento emocional agudo
- Formação de profissionais de saúde não especializados na avaliação e gestão de comportamentos suicidas
- Atendimento de acompanhamento para pessoas que tentaram suicídio e provisões de apoio da comunidade
- Socorro imediato em situação de crise (linhas de ajuda, internet)

RÚSSIA

Entre 1985 e 1987, durante a etapa conhecida como a "lei seca de Gorbachov", as poucas lojas autorizadas só podiam vender bebidas alcoólicas entre 14h e 19h.

Coréia do Sul

Programas aos desempregados

Suécia

Cuidados paliativos

Áustria / Austrália: Desarmamento

Brasil

Bolsa Família
Seguro Desemprego
Programas*

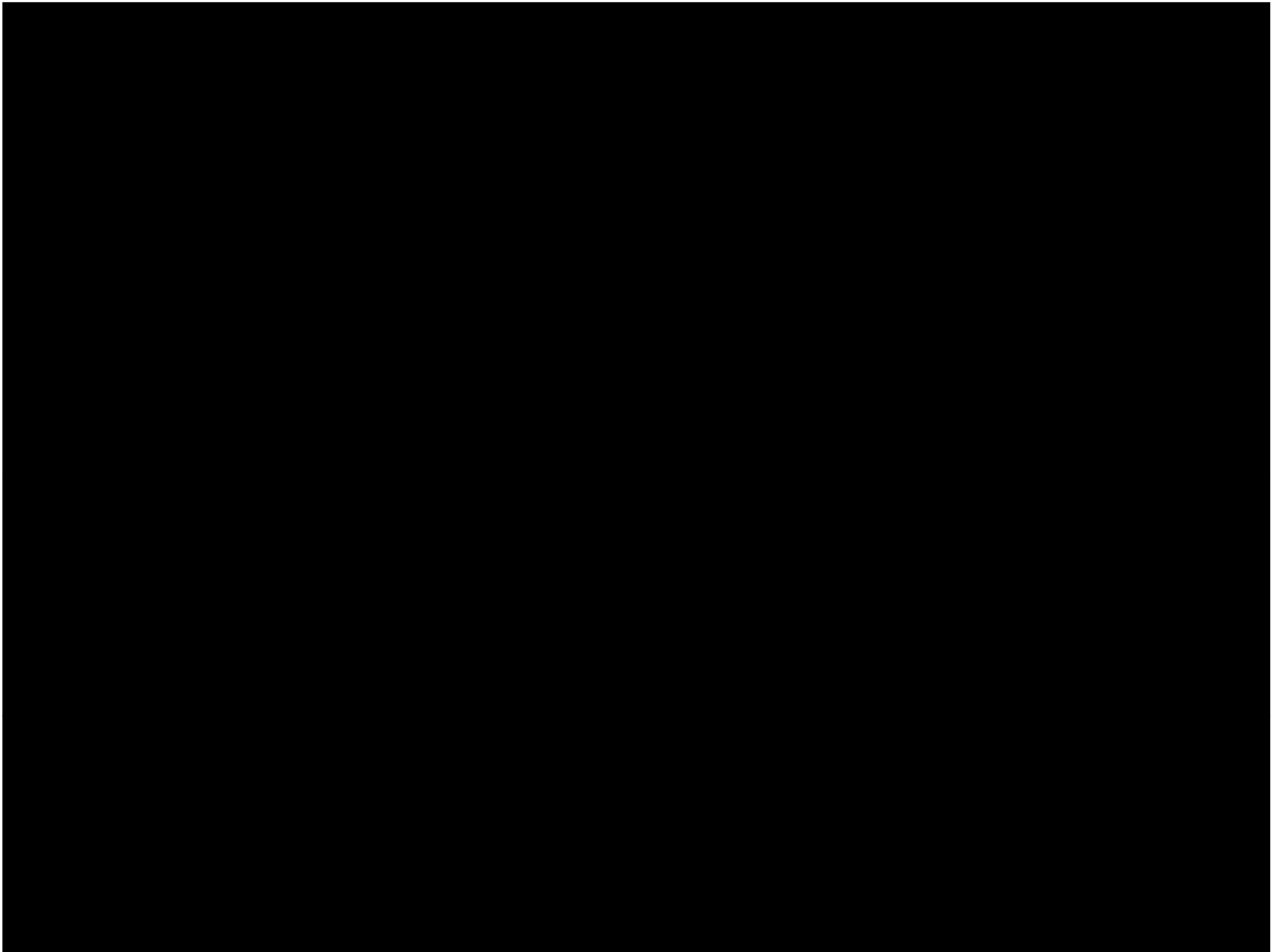
Paquistão

Duas
fechaduras/chaves
para controle de
agrotóxicos

BAIXA TRISTEZA
AUTO-ESTIMA PENSAMENTOS
RUINS ANGÚSTIA
FRQUEZA CHORO PENSAMENTOS
INSÔNIA SUICIDAS



gnino





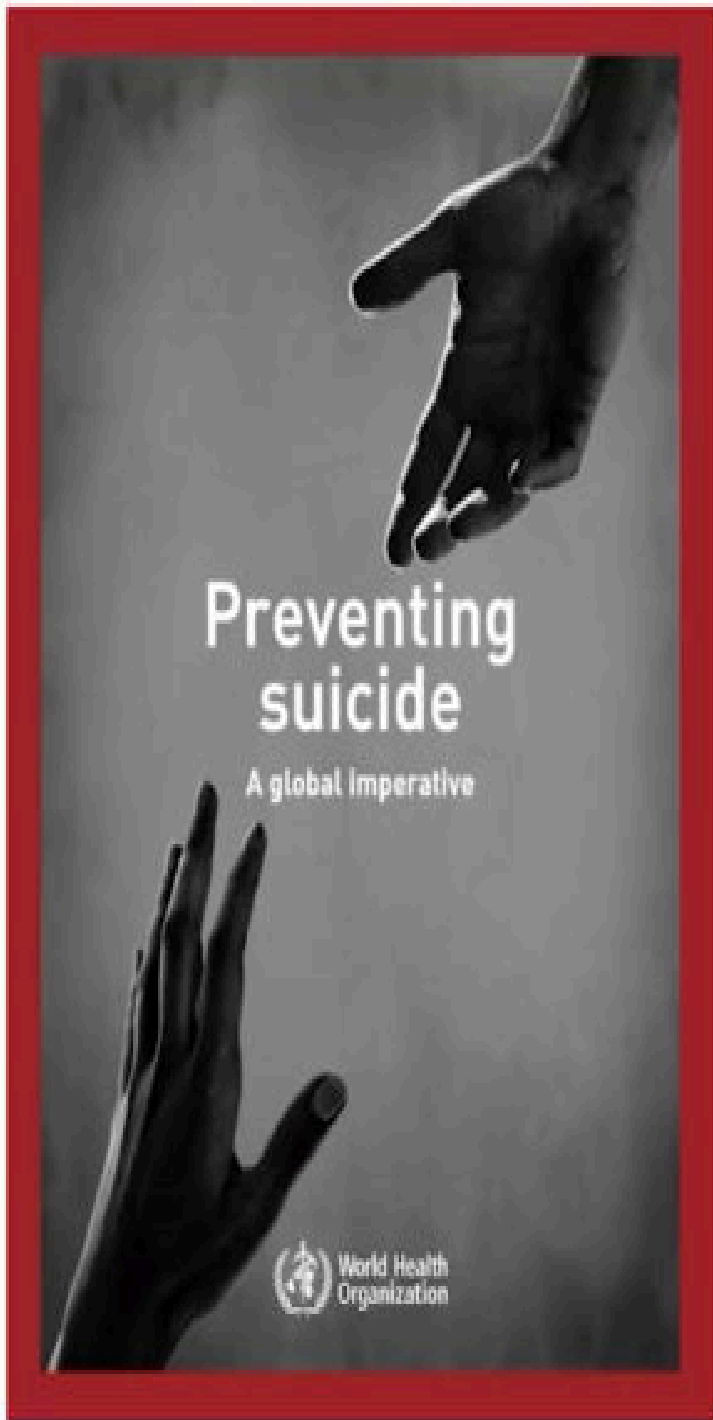
SETEMBRO AMARELO

Ministério da Saúde lança Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio

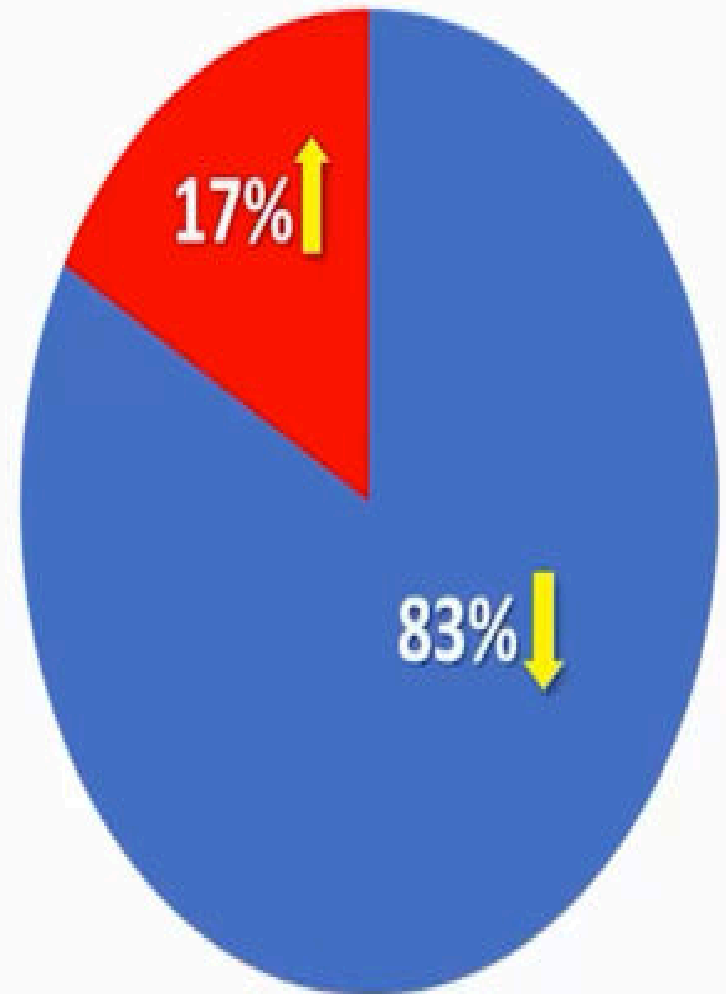


A meta é reduzir em 10% a mortalidade por suicídio até 2020

- Brasil é signatário do Plano de Ação em Saúde Mental, lançado em 2013 pela Organização Mundial de Saúde (OMS)
- A redução da taxa de mortalidade faz parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) até 2030
- Brasil está entre os países que assinou o Plano de Ação em Saúde Mental 2015-2020 lançado pela OPAS com objetivo de acompanhar o número anual de mortes e o desenvolvimento de programas de prevenção



2014



No mundo



**SEGUNDA
MAIOR CAUSA**

de mortes entre
jovens de 15 a 29 anos

**MAIS DE
800 MIL**

tiram a própria
vida por ano

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS), 2014

Brasil

32

**BRASILEIROS
MORREM POR
DIA VÍTIMAS DE
SUICÍDIO**

11 MIL

tiram a própria
vida, por ano,
em média

**QUARTA
MAIOR CAUSA**

de morte entre
15 a 29 anos*

***65,6% dos óbitos nessa faixa etária são por causas
externas (violências e acidentes)**



HOMENS

Terceira
maior causa

Entre 15 a 29 anos



MULHERES

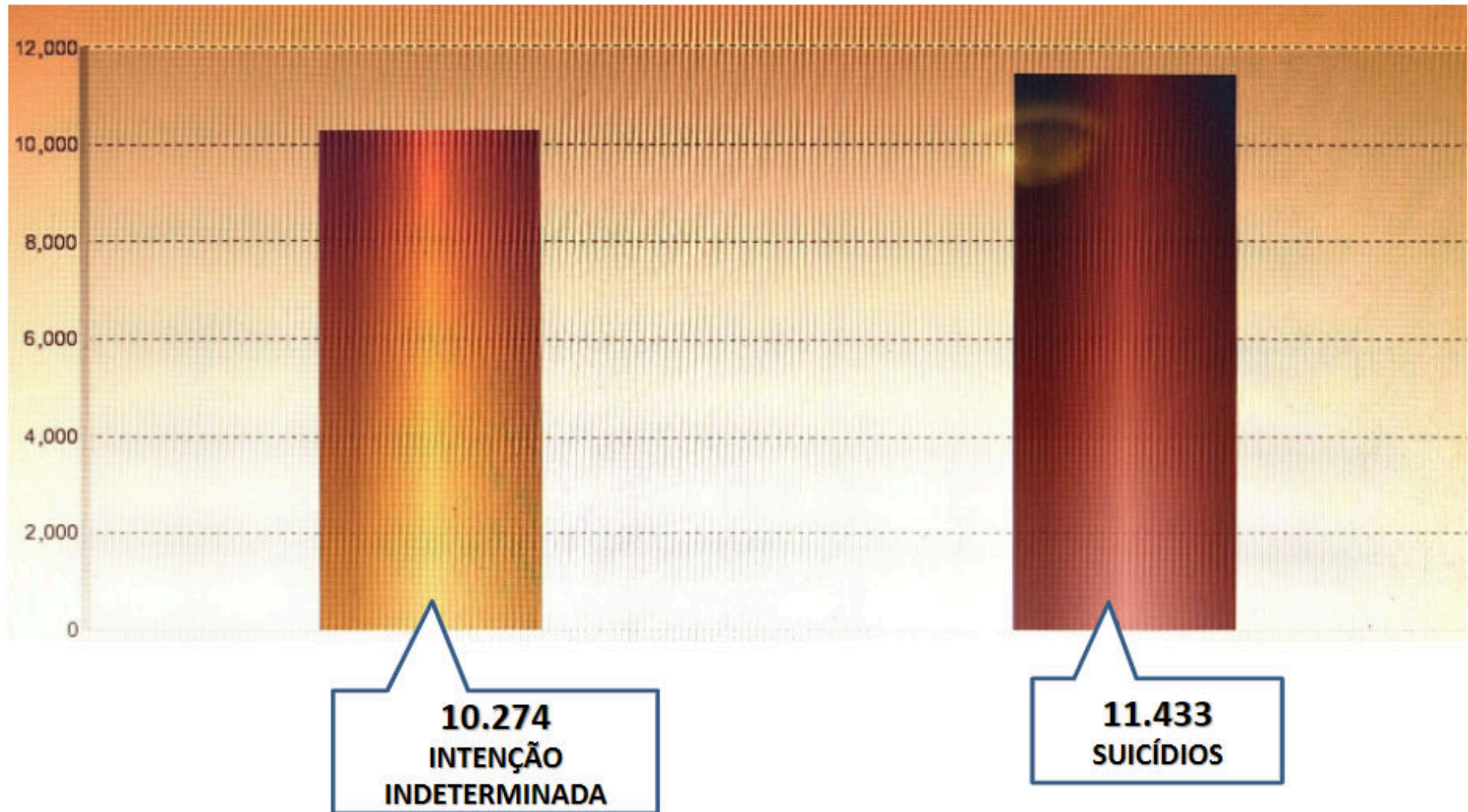
Oitava maior
causa

Entre 15 a 29 anos

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2017

MORTES COM INTENÇÃO INDETERMINADA E SUICÍDIOS

2016



SUICÍDIO DE ADOLESCENTES NO BRASIL

1980-2000

TAXA POR 100 MIL HABITANTES

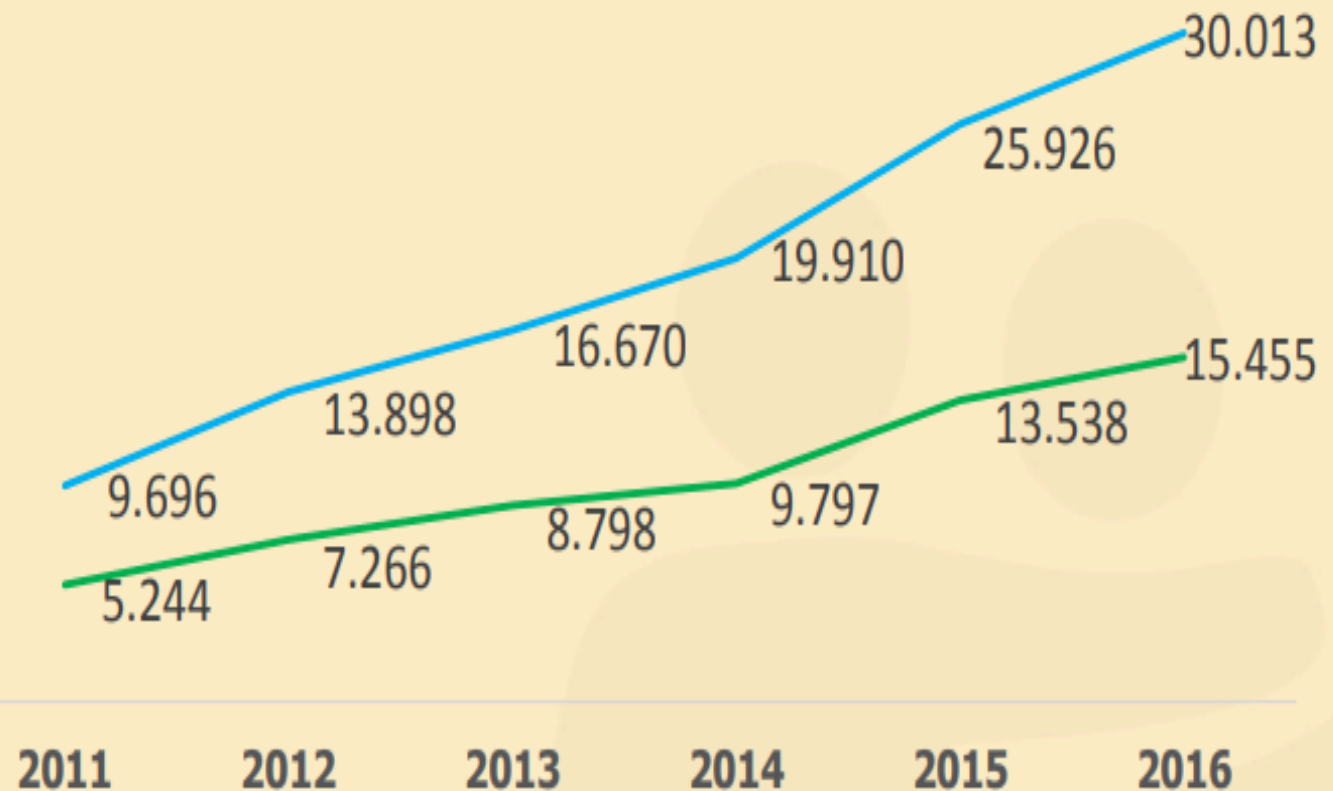


Entre 2011 e 2016 foram notificadas 176.226 lesões autoprovocadas



27,4% (48.204)
foram tentativas
de suicídio

Notificação
tornou-se
obrigatória a
partir de 2011



— Feminino — Masculino

SUICÍDIO DE ADOLESCENTES NO BRASIL

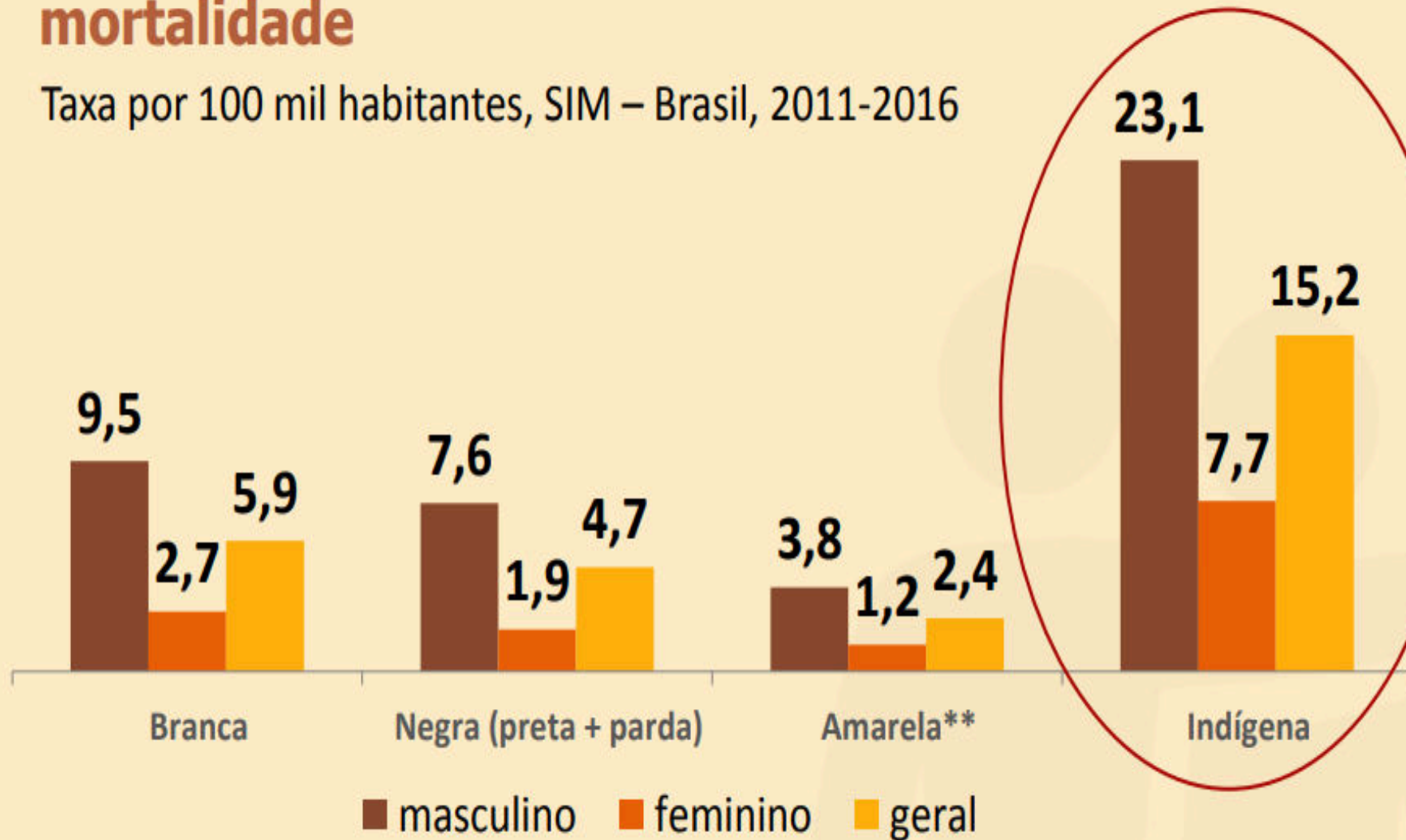
1980-2012

CRESCIMENTO DAS TAXAS

FAIXA ETÁRIA	TAXA	CRESCIMENTO DA TAXA
10-14 anos	0,7	40%
15-19 anos	3,9	33%
20-29 anos	6,4	18%
30-59 anos	7,6	22%
60 ou mais	8,0	16%
BRASIL	5,3	33%

Indígenas apresentam maiores índices de mortalidade

Taxa por 100 mil habitantes, SIM – Brasil, 2011-2016





SOCORRO

POR QUE UMA PESSOA SE MATA?

Há uma combinação de fatores:

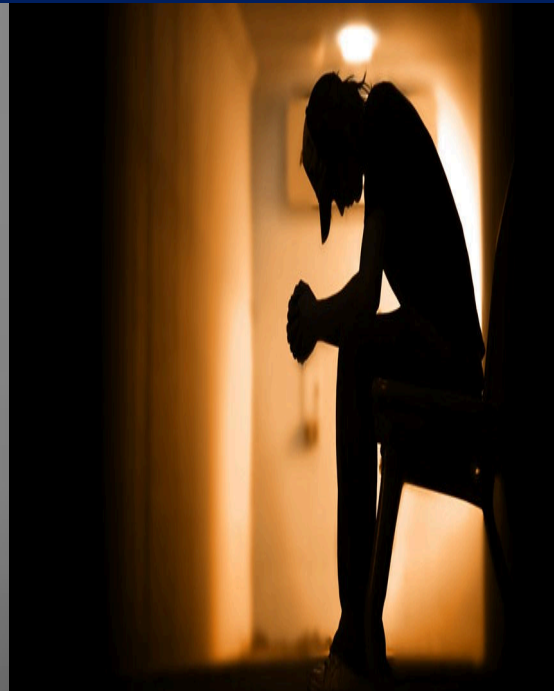
→ BIOLÓGICOS

→ PSICOLÓGICOS

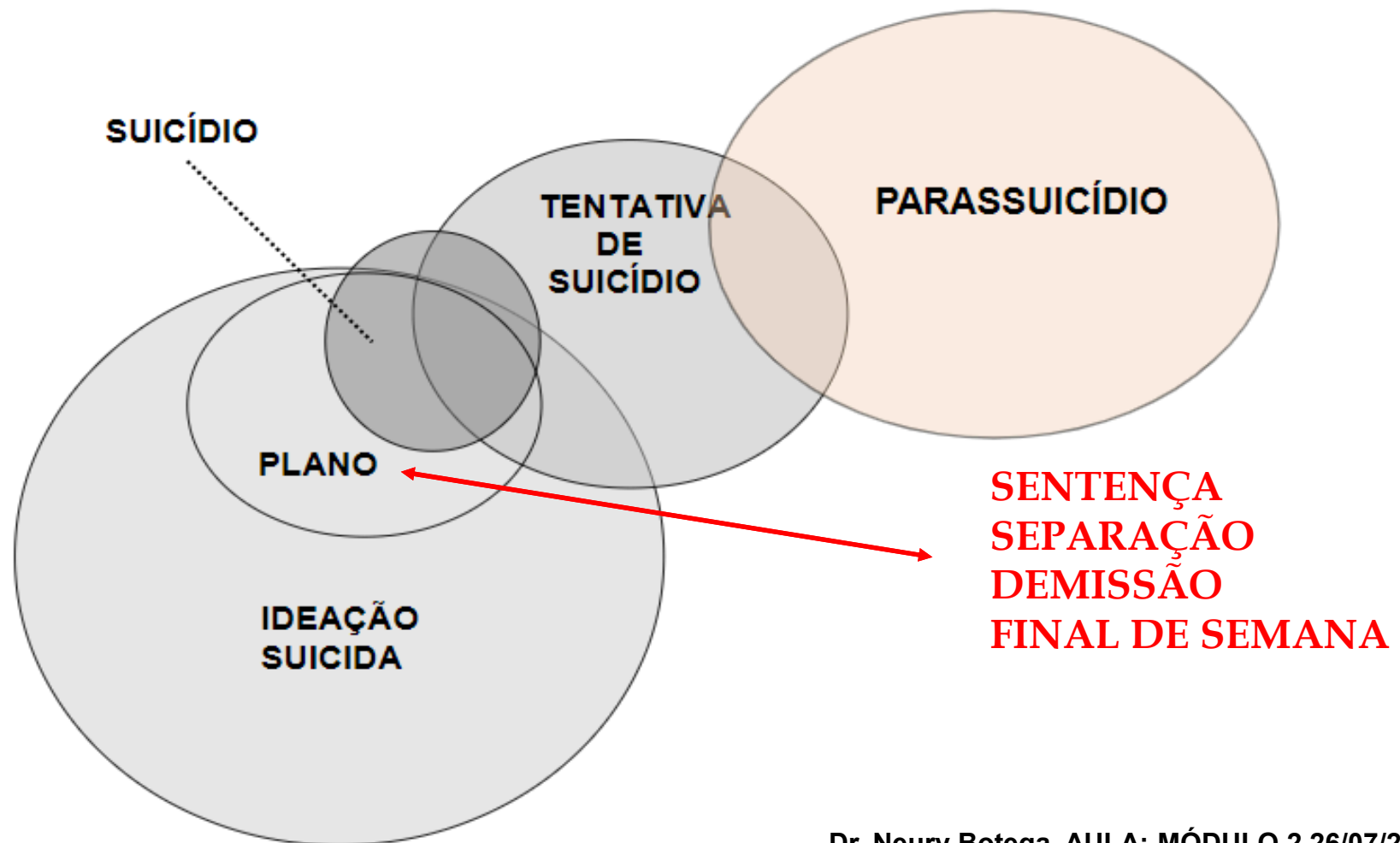
→ SOCIOCULTURAIS

que, embaralhados, culminam numa manifestação exacerbada contra si.

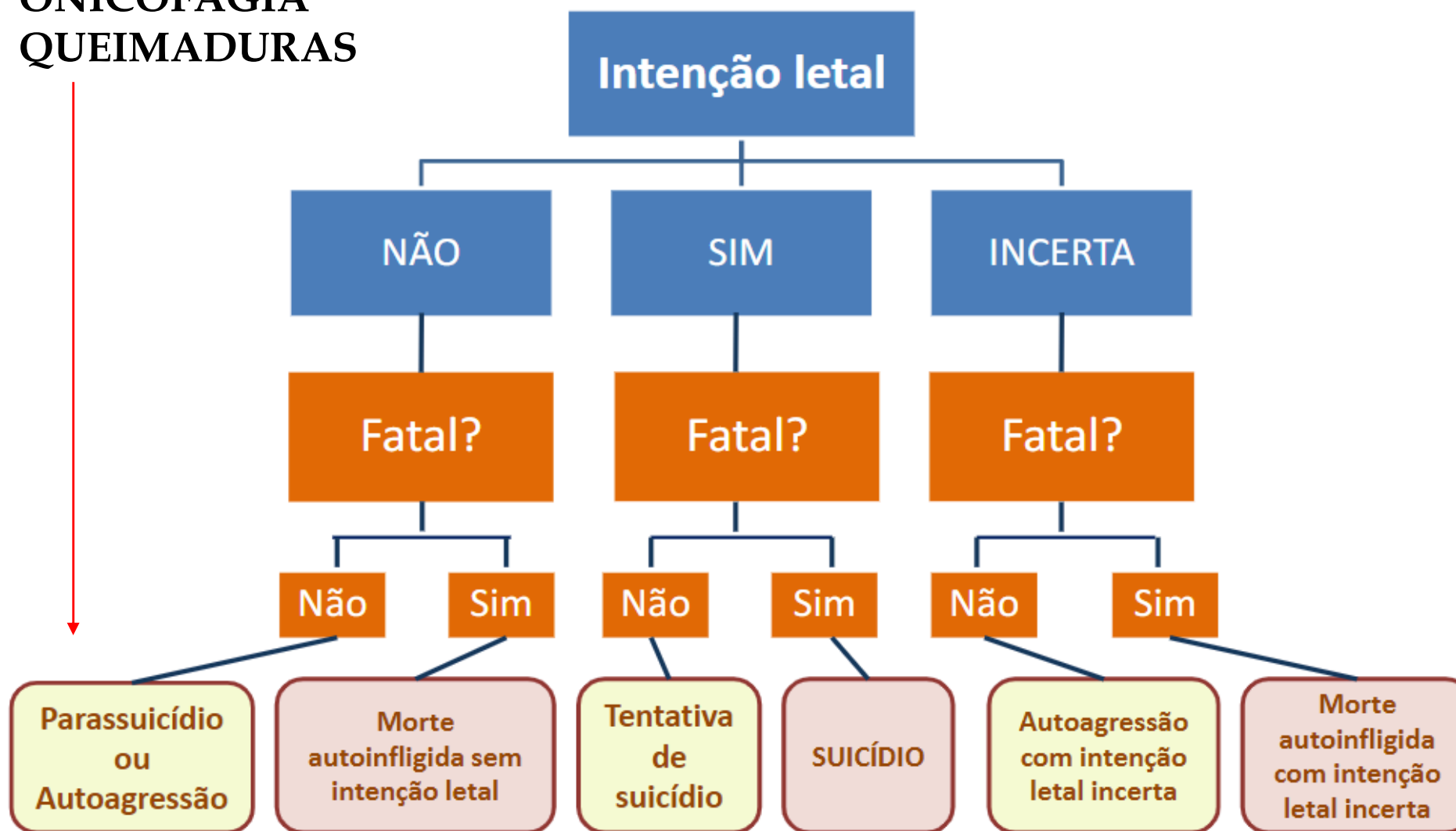
CRIME SCENE



COMPORTAMENTO SUICIDA



DERMATOLILEXIA
TRICOTILOMANIA
ONICOFAGIA
QUEIMADURAS



IMPULSIVO

PREMEDITADO

Suicídio indireto

Suicídio direto

- ↓ sexo desequilibrado
- ↓ tensão exagerada
- ↓ cólera
- ↓ vícios
- ↓ ódio
- ↓ ociosidade
- ↓ paixões exageradas
- ↓ pessimismo
- ↓ hipocondria



- ↓ Rompimento imediato dos laços vitais.



“ O suicídio não consiste somente no ato voluntário que produz a morte instantânea; está também em tudo o que se faz, em conhecimento de causa, que deve apressar, prematuramente, a extinção das forças vitais.”

(Allan Kardec – O CÉU E O INFERNO, 2ª P, Cap. 5, p. 263)

SUÍÇA
BÉLGICA
HOLANDA
LUXEMBURGO
COLÔMBIA
EUA (8 ESTADOS)

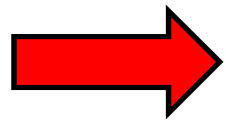
Dignitas,
Organização suíça
que cobra cerca de
R\$ 15 mil para fazer
suicídio assistido.

**Decisão
judicial 4
a 6 meses
+
Avaliação
mental**

SUICÍDIO ASSISTIDO

O indivíduo é legalmente autorizado a abreviar sua vida e recebe meios para tanto. Médico, paciente e juiz precisam estar de acordo sobre a natureza e a gravidade de um sofrimento insuportável e sem perspectiva de melhora.

TERMO	DEFINIÇÃO
EUTANÁSIA	Prática pela qual um indivíduo finda a vida de um doente incurável, deliberada e ativamente, por decisão desse indivíduo ou a pedido.
SUICÍDIO ASSISTIDO	O médico, ou outra pessoa, deliberadamente, orienta e fornece os meios para que o próprio paciente se mate.



- **Crise suicida**
- **Avaliação de risco**
- **Manejo da crise**

DIFERENTES SITUAÇÕES DE RISCO

Atual → Risco iminente → crise suicida

De curto prazo → Risco agudo → fatores de risco clássicos

De longo prazo → **Risco crônico** → **patologias, personalidade**

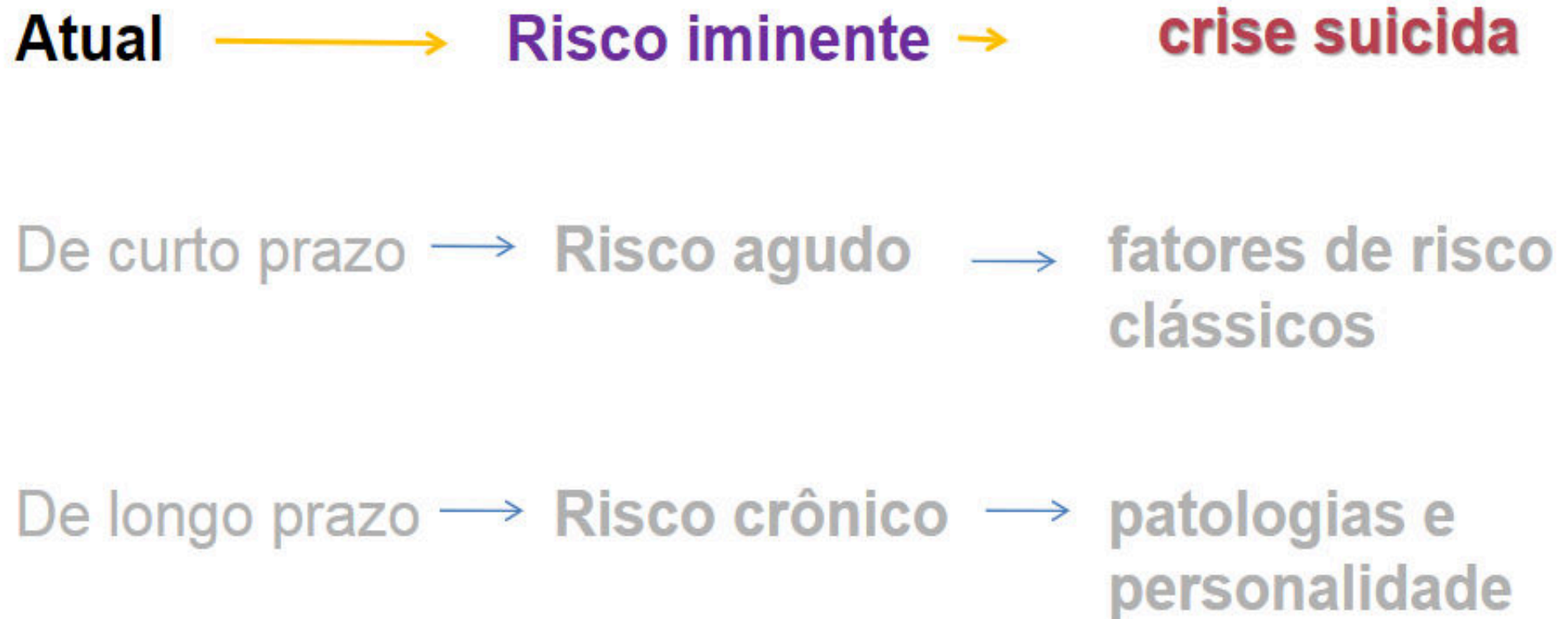
DIFERENTES SITUAÇÕES DE RISCO

Atual → Risco iminente → crise suicida

De curto prazo → Risco agudo → fatores de risco clássicos

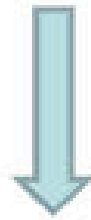
De longo prazo → Risco crônico → patologias e personalidade

DIFERENTES SITUAÇÕES DE RISCO



Edwin Shneidman

Psychache



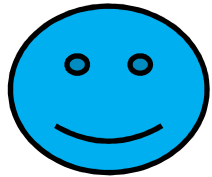
Dor psíquica insuportável

Estreitamento cognitivo

Suicídio = única saída

CRISE SUICIDA

ESTADOS EMOCIONAIS MAIS FREQUENTES



Psychache (dor na alma, desespero)



Ambivalência



Impulsividade



Rigidez/constrição

CRISE SUICIDA

ESTADOS EMOCIONAIS MAIS FREQUENTES

Ambivalência

Luta interna entre o desejo de viver e o de morrer.

O predomínio do desejo de vida é o que possibilita a prevenção do suicídio.

Não deve ser usada “contra o paciente”, a fim de confrontá-lo!

CRISE SUICIDA

ESTADOS EMOCIONAIS MAIS FREQUENTES

Impulsividade

O impulso de se matar pode ser transitório e durar apenas alguns minutos.

Ao se ganhar tempo, o risco suicida diminui.

CRISE SUICIDA

ESTADOS EMOCIONAIS MAIS FREQUENTES

ESTREITAMENTO DA VISÃO

Rigidez ou constrição cognitiva

Pensamento dicotômico: ou tudo, ou nada.

Suicídio como única solução: não há mais o que fazer.

“Visão em túnel”: estreitamento das opções disponíveis.

Psicoterapia:

FLEXIBILIDADE, SOLUÇÕES ALTERNATIVAS,
ainda que parciais ou imperfeitas

SITUAÇÕES DE ALERTA

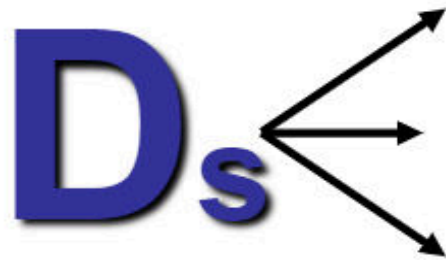
Risco Iminente de Suicídio

DESESPERO

DESAMPARO

DEPRESSÃO

D_s



DESEPERANÇA

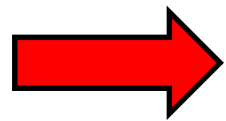
DELÍRIO (E/B/DROGAS)

DELIRIUM (INFEC/TUMOR/MED)

**DEPENDÊNCIA QUÍMICA
(DELÍRIUNS TREMENS)**



- **Crise suicida**



- **Avaliação de risco**

- **Manejo da crise**

AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

Paciente :..... Sexo:..... Idade: Data:..... Avaliador:

O que está acontecendo?

- Desencadeante
- Motivação
- Significado do morrer

Estado Mental Atual

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Delírio/alucinação | <input type="checkbox"/> Incontinência afetiva | <input type="checkbox"/> Constrição cognitiva |
| <input type="checkbox"/> Depressão | <input type="checkbox"/> Instabilidade do humor | <input type="checkbox"/> Vergonha/humilhação |
| <input type="checkbox"/> Desesperança | <input type="checkbox"/> Ansiedade/inquietude | <input type="checkbox"/> Insônia |
| <input type="checkbox"/> Desespero (<i>psychache</i>) | <input type="checkbox"/> Impulsividade/agressividade | <input type="checkbox"/> Colapso existencial |
| <input type="checkbox"/> Colapso existencial | <input type="checkbox"/> Raiva | <input type="checkbox"/> Dor/incapacitação |

Intencionalidade Suicida

IDEIAS DE MORTE	IDEIAS DE SUICÍDIO	TENTATIVA DE SUICÍDIO PRÉVIA	PLANO SUICIDA
<input type="checkbox"/> Passivas <input type="checkbox"/> Rejeita o suicídio	<input type="checkbox"/> Persistentes <input type="checkbox"/> Intensas <input type="checkbox"/> Incontroláveis <input type="checkbox"/> Vistas como alívio <input type="checkbox"/> Aceitáveis	<input type="checkbox"/> Quantas	<input type="checkbox"/> Última Motivação Intencionalidade Letalidade
			<input type="checkbox"/> Em preparação <input type="checkbox"/> Detalhado <input type="checkbox"/> Conhece poder letal <input type="checkbox"/> Tem os meios <input type="checkbox"/> Providências

Principais Fatores de Risco

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Transtorno mental | <input type="checkbox"/> Suicídio na família | <input type="checkbox"/> Acesso a meio letal |
| <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio | <input type="checkbox"/> Discórdia familiar | <input type="checkbox"/> Rigidez cognitiva |
| <input type="checkbox"/> Alcool ou outra droga | <input type="checkbox"/> Desilusão amorosa | <input type="checkbox"/> Perfeccionismo |
| <input type="checkbox"/> Abuso físico ou sexual | <input type="checkbox"/> Relações conflituosas | <input type="checkbox"/> Conflito de identidade |
| <input type="checkbox"/> Exposição a um suicídio | <input type="checkbox"/> Desemprego | <input type="checkbox"/> Dor/incapacidade |
| <input type="checkbox"/> Isolamento | <input type="checkbox"/> Derrocada financeira | <input type="checkbox"/> Alta hospitalar recente |
| <input type="checkbox"/> Falta de apoio social | <input type="checkbox"/> Desonra | <input type="checkbox"/> Não adere a tratamento |

Formulação do Risco e Manejo

- Risco baixo
- Risco moderado
- Risco alto

AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

Barreiras a serem superadas



CRENÇAS ERRÔNEAS



MEDO DE PERGUNTAR



NÃO SABER O QUE FAZER



SENTIR-SE RESPONSÁVEL

SUICÍDIO E ATITUDES DO PROFISSIONAL

- **Veja se da próxima vez você se mata mesmo!**
- **Se eu questionar sobre suicídio, poderei induzir o paciente a isso...**
- **Se ele responder que sim, não saberei o que fazer e me sentirei responsável**

SUICÍDIO E ATITUDES DO PROFISSIONAL

- Não seria melhor investir em quem quer viver?
- Quem quer se matar mesmo, não fica “tentando” se matar...
- No lugar dele, eu também me mataria...

AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

1



O que está acontecendo?

2

Estados mentais

3

Fatores de risco

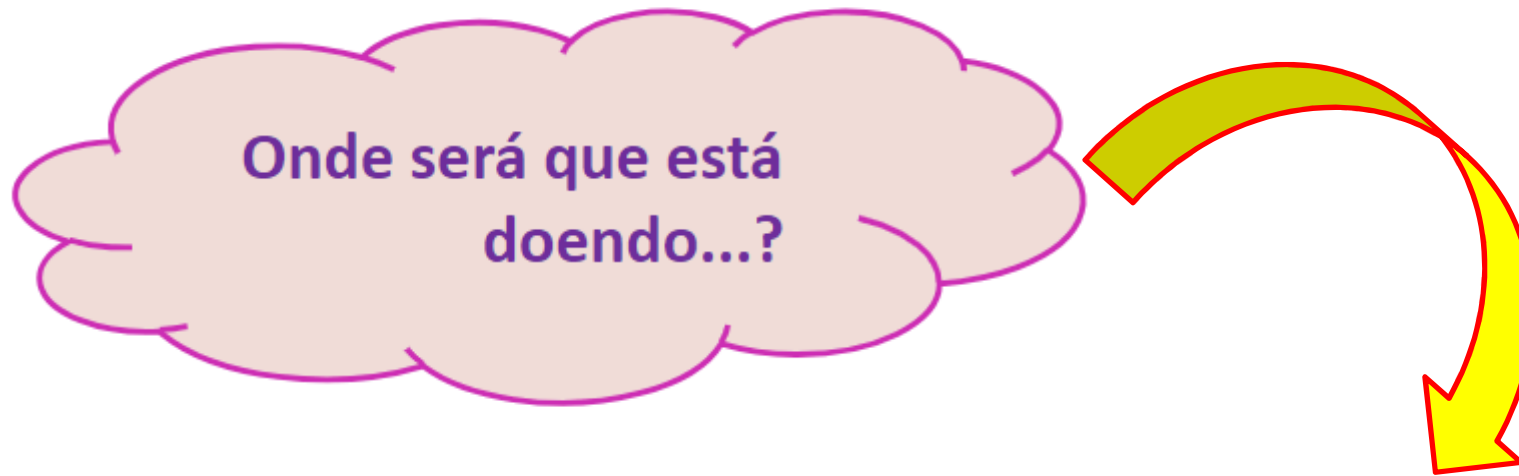
4

Intencionalidade suicida

5

Formulação do nível de risco

O QUE ESTÁ ACONTECENDO...?



- **DESENCADEANTE**
- **MOTIVAÇÃO**
- **SIGNIFICADOS DO MORRER**

MOTIVAÇÕES

~~MORTE~~

CONTROLE
ONIPOTENTE

FANTASIA DE
IMORTALIDADE

- Denúcia
- Validação do sofrimento
- Testemunha do próprio velório
- Vingança
- Renascimento
 - Uma vida mais feliz
 - Reencontro com entes falecidos

AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

1

O que está acontecendo?

2



Estados mentais

3

Fatores de risco

4

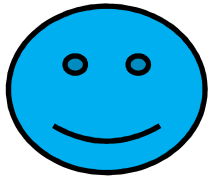
Intencionalidade suicida

5

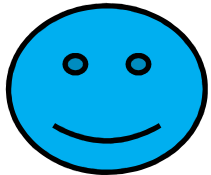
Formulação do nível de risco

CRISE SUICIDA

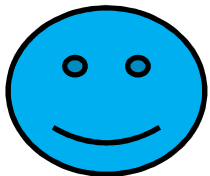
ESTADOS EMOCIONAIS MAIS FREQUENTES



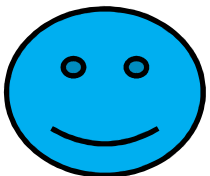
Psychache (dor na alma, desespero)



Ambivalência



Impulsividade



Rigidez/constrição

AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

1

O que está acontecendo?

2

Estados mentais

3



Fatores de risco

4

Intencionalidade suicida

5

Formulação do nível de risco

ISOLAMENTO

**ACESSO
MEIOS
LETAIS**

TENTATIVAS

ABUSOS

**SÓCIO-
ECONÔMICOS**

BIOLÓGICO

DOENÇAS

**AUSÊNCIA
DE
VÍNCULOS**

**TRANSTORNOS
MENTAIS**

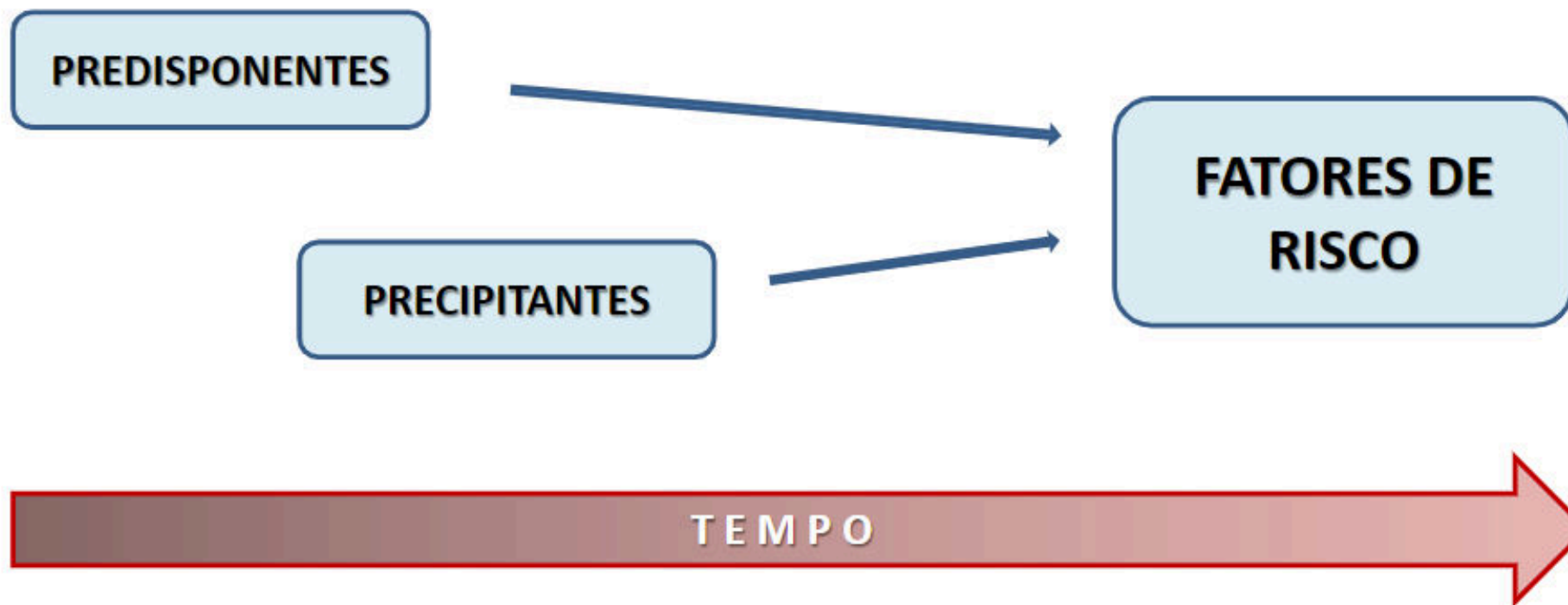
**É UM FENÔMENO
COMPLEXO E
MULTIFATORIAL**

SUICÍDIO

**PERGUNTA:
QUAL É O MAIOR FATOR DE
RISCO PARA O SUICÍDIO?**

FATORES DE RISCO

IMPLICAÇÕES NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO



■ **IMUTÁVEIS**

■ **MUTÁVEIS** (são modificáveis)

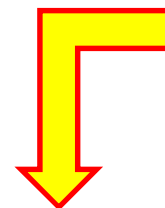
→ **PREVENÇÃO**

PREDISPONENTES

Transtornos psiquiátricos
Tentativa prévia de suicídio
Suicídio na família
Abuso sexual na infância
Impulsividade/agressividade
Isolamento social
Doenças incapacitantes/incuráveis
Alta recente de internação psiquiátrica

PRECIPITANTES

Desilusão amorosa
Separação conjugal
Conflitos relacionais
Derrocada financeira
Perda de emprego
Desonra, vergonha
Embriaguez
Acesso a um meio letal



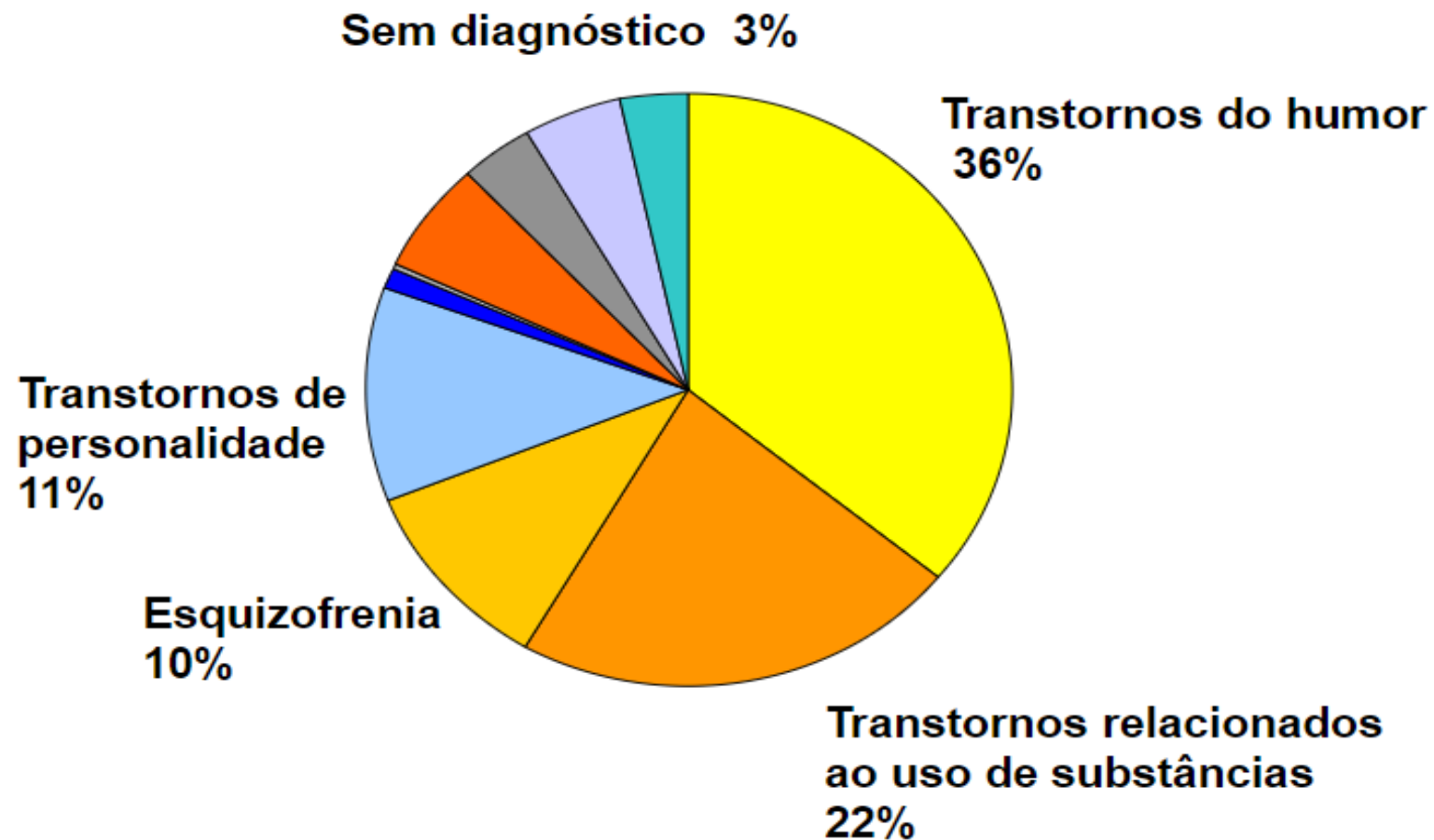
ÁLCOOL

- ✓ O álcool é depressor do SNC
- ✓ Provoca desorganização geral na transmissão dos impulsos
- ✓ A impulsividade e agressividade são aumentada pelo álcool.
- ✓ Há desinibição da expressão da emoção e cognição.
- ✓ Quando há desinibição com o álcool, a regra de ouro é:

“NÃO beba! Se você está bebendo, pare”

SUICÍDIO E TRANSTORNOS MENTAIS

Análise de 15.629 suicídios na população geral



DEPRESSÃO

é tema da Campanha Anual da **OMS** em 2017

Doença afeta mais de
300 milhões de pessoas
no mundo

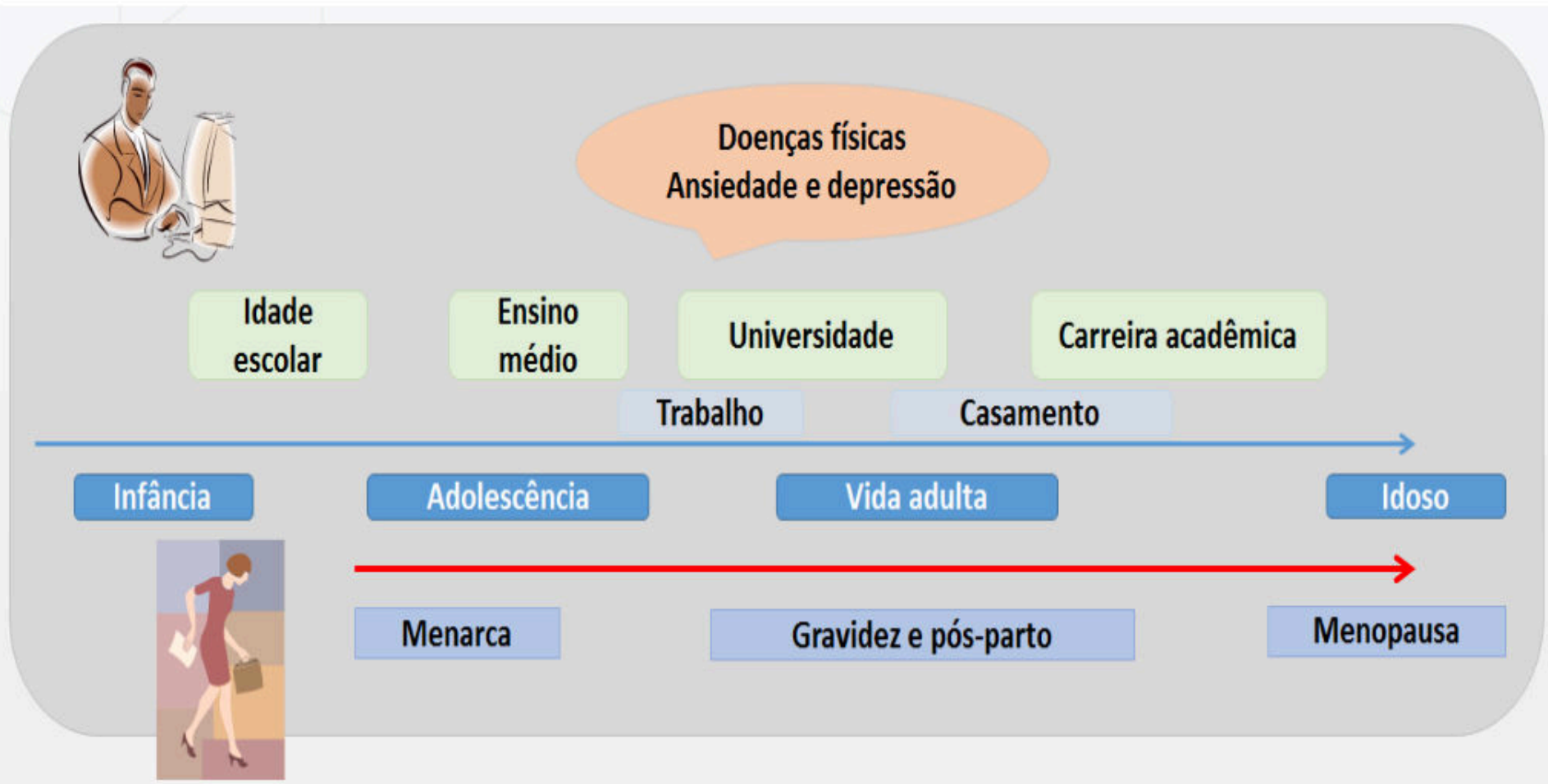
07 de abril
Dia Mundial da Saúde



**World Health
Organization**



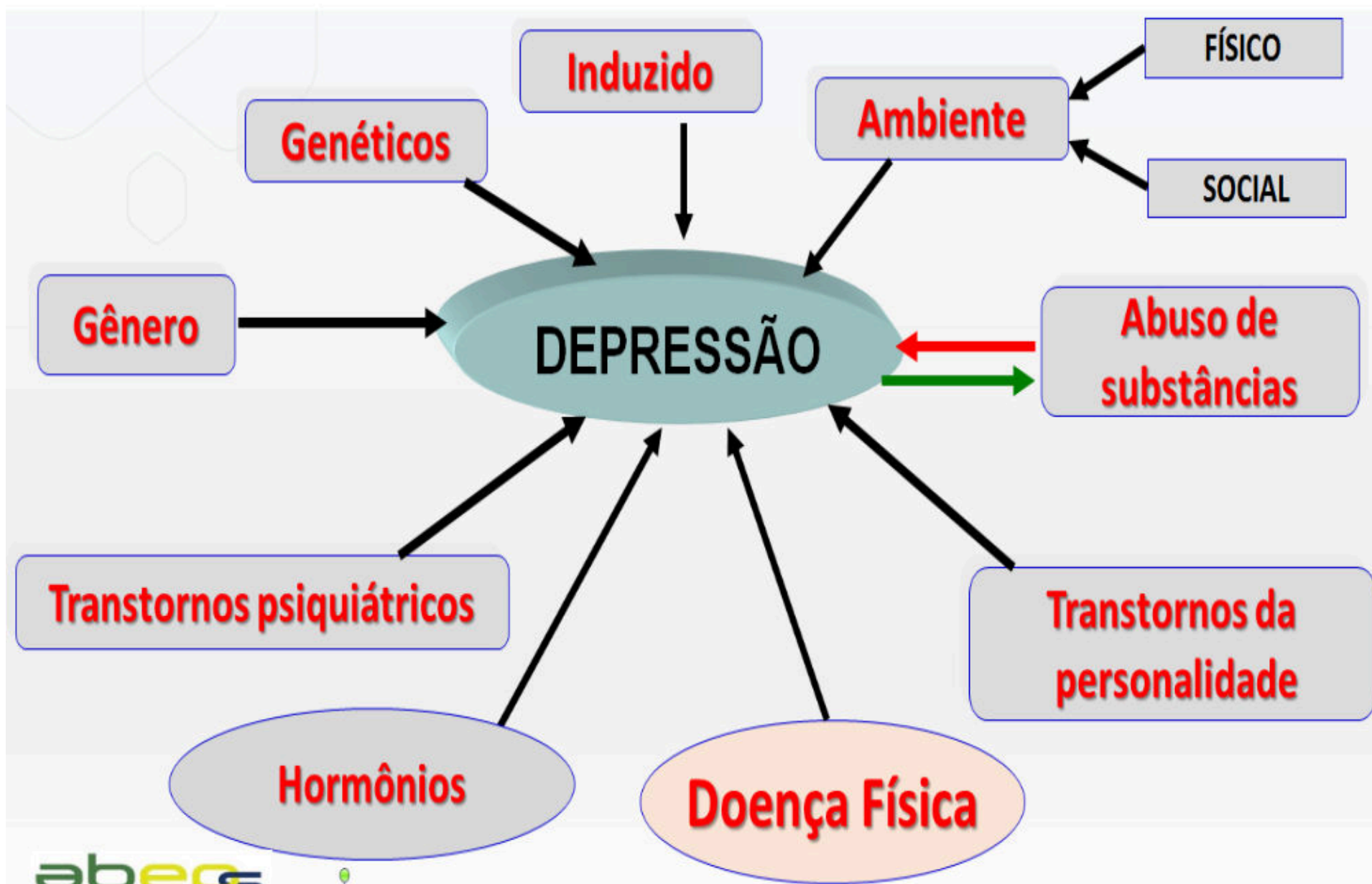
Depressão e transtorno de ansiedade no ciclo da vida: linha evolutiva



Sadock Bj, Sadock VA, Ruiz P. Compendio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11ª. Ed. Porto Alegre. Artmed, 2017.

Fatores associados a depressão

Sadock Bj, Sadock VA, Ruiz P. Compendio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11ª. Ed. Porto Alegre. Artmed, 2017.



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Relatório Nacional de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos



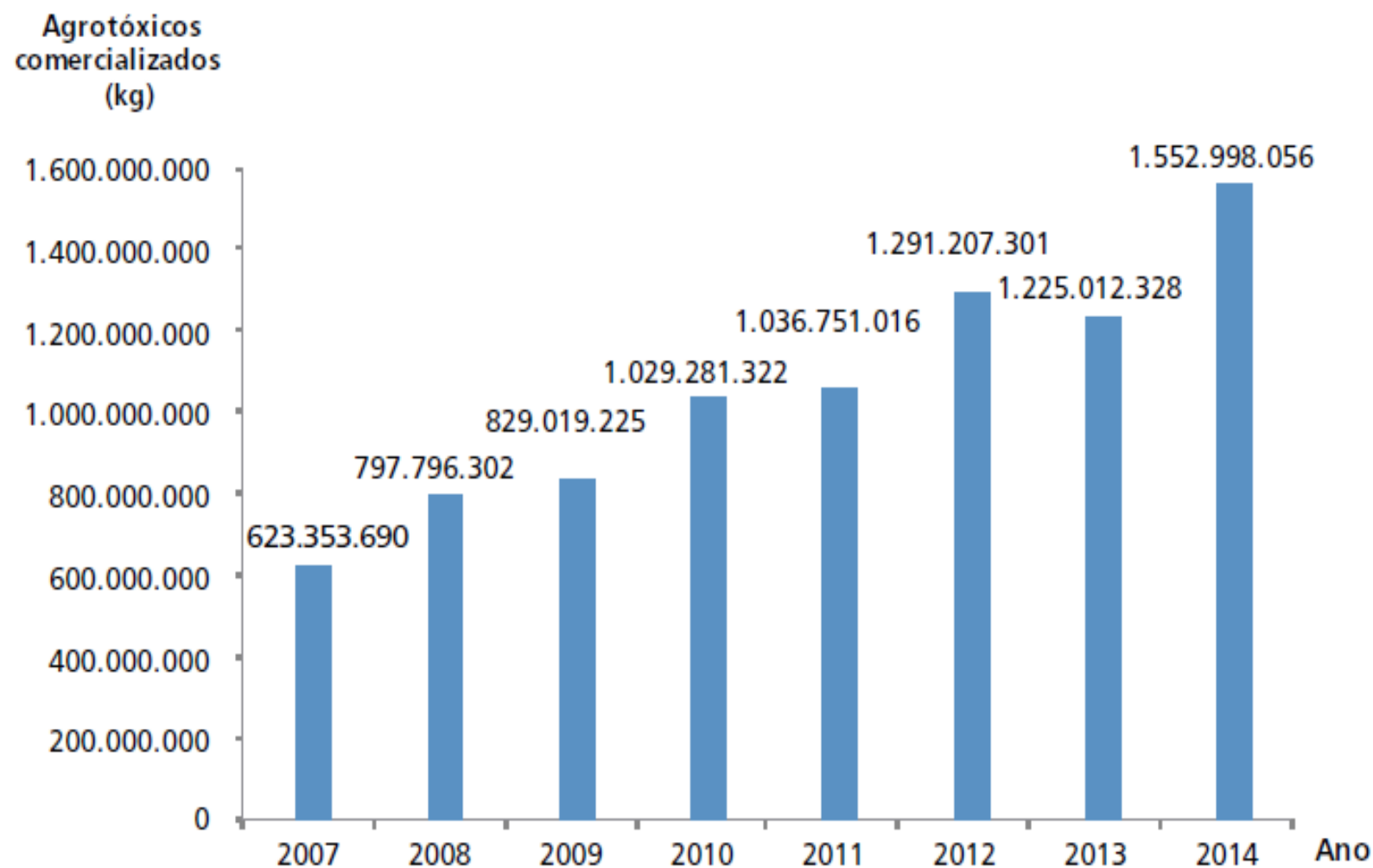
Brasília DF - 2018

volume 1 • tomo 2

Agrotóxicos na ótica do Sistema Único de Saúde

Figura 1

Quantitativo de agrotóxicos e afins comercializados – Brasil (2007-2014)



Fonte: Agrofit/MAPA, 2014.

*A comercialização de agrotóxicos foi estimada pela soma das variáveis cliente, venda direta, indústria e revenda.

Tabela 2**Notificação de intoxicações por agrotóxicos, por unidade da Federação – Brasil (2007-2015)^a**

UF	Número de notificações por intoxicações por agrotóxico									
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
SP	817	1.113	1.349	1.355	1.823	2.130	2.208	2.253	1.994	15.042
MG	422	629	1.039	1.186	1.720	1.908	2.216	2.021	1.872	13.013
PR	1.574	1.387	1.306	1.302	1.380	1.467	1.489	1.615	1.468	12.988
PE	588	645	510	584	816	857	1.008	919	961	6.888
GO	227	248	389	444	389	520	802	831	638	4.488
SC	244	402	414	438	440	486	514	587	695	4.220
BA	148	149	242	294	520	573	637	556	621	3.745
CE	156	120	235	444	461	505	428	429	439	3.217
ES	111	137	190	251	356	423	583	634	494	3.179

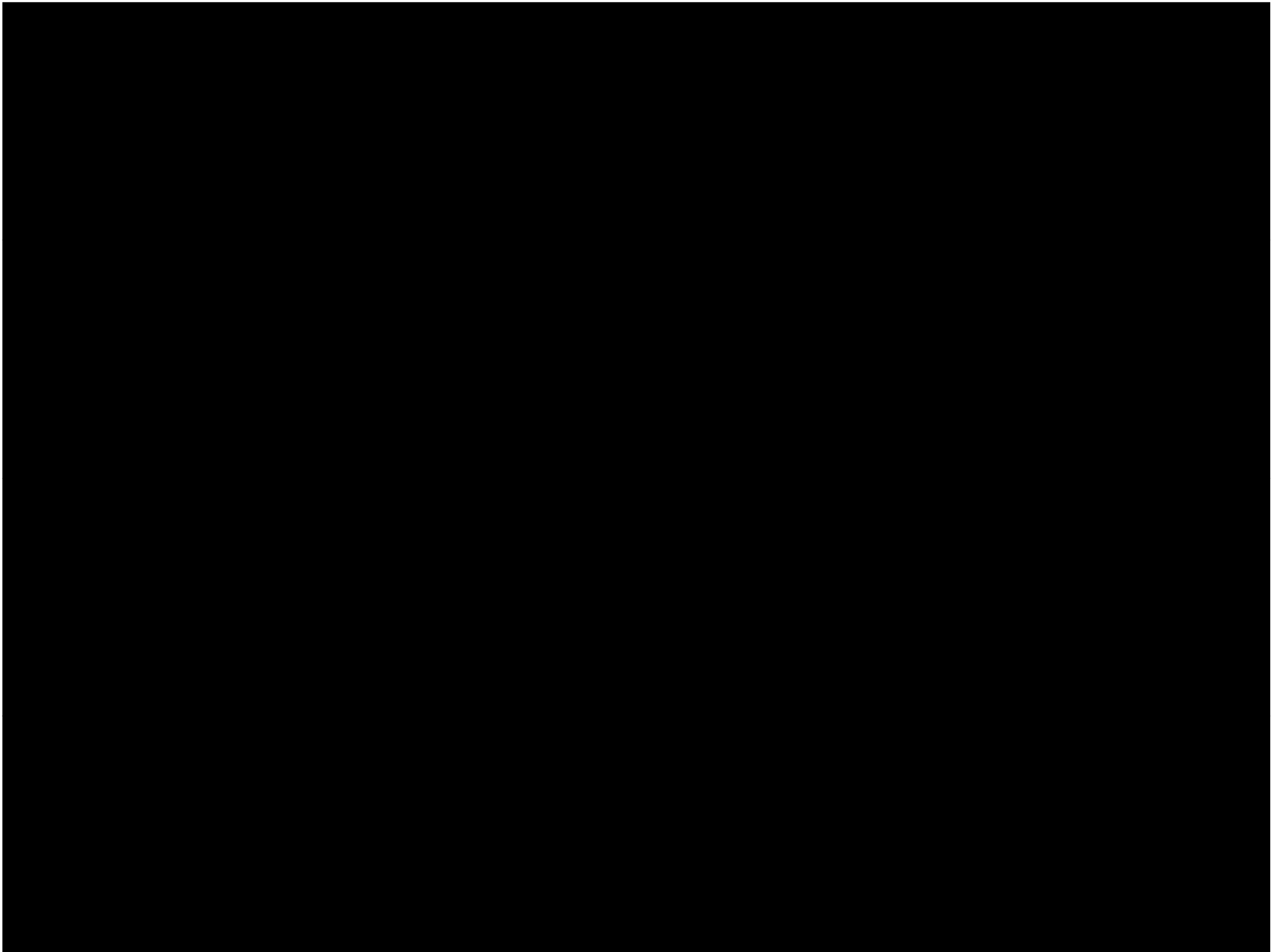
Pesquisadores da Unisc (Universidade de Santa Cruz do Sul), da Unicamp e da UFRJ encontraram agora novos indícios que reforçam a tese, mas o vilão da história pode ser outro componente. Em vez dos organofosforados, o estudo constatou que o manganês, presente em alguns fungicidas, pode provocar danos muito mais graves.

035

SUICÍDIO E DOENÇA MENTAL EM VENÂNCIO AIRES - RS: CONSEQÜÊNCIA DO USO DE AGROTÓXICOS ORGANOFOSFORADOS? *Paulo V. Worm (1), João A. Fraga Junior (1), Lenine A. De Carvalho (2), Leticia R. Da Silva (3), Sebastião R. S. Pinheiro (4), João Werner Falk (5)*

Pesquisa interdisciplinar e interinstitucional que comprovou os seguintes fatos: a) que o município de Venâncio Aires (V.A.) e região circunvizinha têm altíssimos índices de suicídio, comparando-se com o Rio Grande do Sul, com os 37 maiores municípios deste estado, com outros estados do Brasil e com os países que possuem os maiores índices de suicídio do mundo; b) que o uso de agrotóxicos é muito intenso em V.A. e sua região, especialmente nas lavouras de fumo; c) que a literatura mundial comprova inúmeros prejuízos à saúde física e mental em pessoas que lidam com agrotóxicos, incluindo depressão; d) que há uma série de indícios pesquisados, bem como uma plausibilidade bioquímica, para se sustentar a seguinte hipótese, inédita na literatura mundial: "o uso de agrotóxicos, especialmente os organofosforados, se constituem em um importante fator de risco para suicídios". Descreve-se também outros aspectos sobre os suicídios em V.A., denuncia-se violações de direitos humanos e falhas na legislação.

(1) Acadêmicos de medicina (UFRGS), (2) Bioquímico, técnico da Escola de Saúde Pública da SSMA /RS, (3) Advogada, membro do Movimento de Justiça e Direitos Humanos de V. Aires, (4) Engenheiro Agrônomo do IBAMA, (5) Médico e Professor do Departamento de Medicina Social da UFRGS.



Alterações patológicas da Depressão

Sadock Bj, Sadock VA, Ruiz P. Compendio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11ª. Ed. Porto Alegre. Artmed, 2017.

HUMOR

- Depressivo
- Anedonia
- Disforia
- Desesperança
- Culpa excessiva
- Suicidalidade

CIRCADIANO

- Baixa energia
- Iniciativa diminui
- Appetite
- Sono
- Libido

COGNITIVO

- Apatia
- Atenção diminuída
- Dificuldade de concentração
- Memória de curto prazo
- Função executiva
- Ruminação

MOTOR

- Lentificação
- Inquietação
- Agitação



Leve, moderada ou grave; com ou sem sintomas psicóticos

FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO

Sociodemográficos

Identidade sexual masculina

Entre 19 e 49 anos e acima dos 65 anos

Separados/divorciados > solteiros > viúvos > casados

Estratos econômicos mais rico e mais pobre

Desempregados, aposentados

Ateus, protestantes > católicos, judeus

Isolamento social

Grupos étnicos minoritários e migrantes

FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO

Psiquiátricos

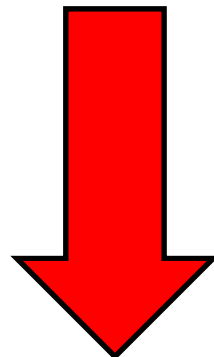
Depressão, esquizofrenia

Uso, abuso e dependência de álcool e outras substâncias psicoativas

Transtornos de personalidade

Tentativa de suicídio pregressa

Falta de tratamento ativo e mantido em saúde mental



**TRANSTORNO DO ESTRESSE
PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT)
RISCO À EXPOSIÇÃO DE
MÍDIAS / REDES SOCIAIS**

PERSONALIDADE

Indivíduo X Personalidade

- ✓ Personalidade é o que forma o adulto em consonância com a norma cultural, social e ética no ambiente em que vive.



Transtorno X Personalidade

- ✓ Transtorno de desenvolvimento da personalidade se fixa a um padrão anormal.

Meleiro, K. Psicopatas do Cotidiano. Rio de Janeiro: Casa da Palavra Produção Editorial, 2015. pp 23-38.

FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO

Dr. Neury Botega, AULA: MÓDULO 2 26/07/2019

Psiquiátricos

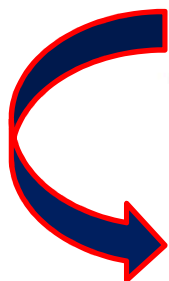
Depressão, esquizofrenia

Uso, abuso e dependência de álcool e outras substâncias psicoativas

Transtornos de personalidade

Tentativa de suicídio pregressa

Falta de tratamento ativo e mantido em saúde mental



Transtorno de personalidade

Paranóide

Esquizóide

Esquizotípica

Obsessivo-compulsiva

Histriônica

Dependente

Anti-social

Esquiva

Borderline



DISTÚRBO DE PERSONALIDADE ESQUIZOIDE: F60.1



- Frios e distantes emocionalmente;
- Afetividade embotada, poucas atividades de prazer, capacidade limitada para expressar sentimentos calorosos ou de raiva;
- Indiferentes a elogios ou a críticas, com interesse sexual diminuído;
- Há preferência por realizar atividades solitárias, não possuindo amigos íntimos ou relacionamentos confidentes;
- Apresenta preocupação excessiva com fantasias e introspecção e insensibilidade marcante para com normas.



DISTÚRBO DE PERSONALIDADE ESQUIZOTÍPICA (F.21)



- Seus portadores apresentam afeto inapropriado e constrangido;
- Retraimento social;
- Crenças estranhas e pensamentos mágicos;
- Aparência estranha ou excêntrica;
- Não têm amigos ou pessoas confidentes;
- Ideias paranoides; pensamento vago e estereotipados.



FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO

Psicológicos

PSICOFOBIA

Perda recente

Perda dos pais na infância

Problemas interpessoais, instabilidade familiar

Datas importantes (reações de aniversário)

Traços de personalidade: impulsividade, agressividade,
labilidade de humor

História familiar de doença afetiva, alcoolismo, suicídio

#PsicofobiaExiste



Depressão

Levanta dessa cama,
toma um banho, vai à luta!

FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO

Físicos

Doenças físicas incapacitantes, estigmatizantes, dolorosas

Estados confusionais orgânicos

Falha de tratamento, agravamento ou recorrência de doenças

TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

RISCO DE SUICÍDIO

5% —————> 10 vezes maior que na população

Tondo et al., 2003; Angst et al., 2002

- Maior grau de letalidade das tentativas (1:10 vs 1:20)

Goodwin et al., 2003

- Lítio reduz suicídios e tentativas em

80%

Baldessarini et al., 2006

Carbonato de lítio (não é produzido pelo corpo)
São encontrados em algumas rochas



PACIENTES INTERNADOS

1851 suicídios, UK, 1997-2006 (REINO UNIDO)

- 70% deram-se fora dos limites da enfermaria
- 25% em pacientes que se ausentaram sem autorização
- Principais características:
 - Pacientes mais jovens
 - Esquizofrênicos
 - Na primeira semana de internação
 - Violência prévia
 - Uso de substâncias psicoativas

Hunt et al., 2010

PACIENTES INTERNADOS

Prevenção de Suicídio

- cuidado na avaliação de licenças
- Plano de contingência para casos de fuga
- Análise das condições que influenciam fuga

- Ambiente mais receptivo e menos opressor
- Engajamento em atividades criativas e estruturadas

Hunt et al., 2010

PACIENTES DE HOSPITAL GERAL

Risco de Suicídio

- Delirium com agitação e impulsividade
- Sob o impacto de um diagnóstico ou agravamento
- Internados por tentativa de suicídio

Tishler 2009; Ballard et al., 2008; Botswick & Rackley, 2007

ADOLESCENTES: FATORES DE RISCO PARA TENTATIVA DE SUICÍDIO

Sexo feminino

Camadas mais pobres

Homo e bi e transsexualidade

Baixa escolaridade

Pais: morte, separação ou divórcio dos pais, transtorno mental

História de suicídio na família

Abuso físico ou sexual

Bullying

Dificuldades interpessoais

Transtorno mental (depressão, ansiedade, TDAH)

Abuso ou dependência de álcool ou de drogas

Impulsividade

Baixa auto-estima

Perfeccionismo

Desesperança

Hawton et al., 2012

ALGUNS FATORES DE PROTEÇÃO

PERSONALIDADE

Sentimento de valor pessoal
Confiança em si mesmo
Disposição para buscar ajuda
Abertura à experiência alheia
Flexibilidade
Habilidade para se comunicar

FAMÍLIA

Bons relacionamentos
Pais dedicados e consistentes

SOCIOCULTURAIS

Adesão a valores e normas
Bons relacionamentos
Apoio de pessoas relevantes
Amigos que não usam drogas
Integração social: trabalho,
igreja, esporte, etc

AMBIENTAIS

Boa qualidade de sono
Atividades físicas

COMO POSSO AJUDAR?

R

O

C

COMO POSSO AJUDAR?

RISCO, AVALIAR...

O

C

IDEIAS DE MORTE

IDEIAS DE SUICÍDIO
(ver slide abaixo)

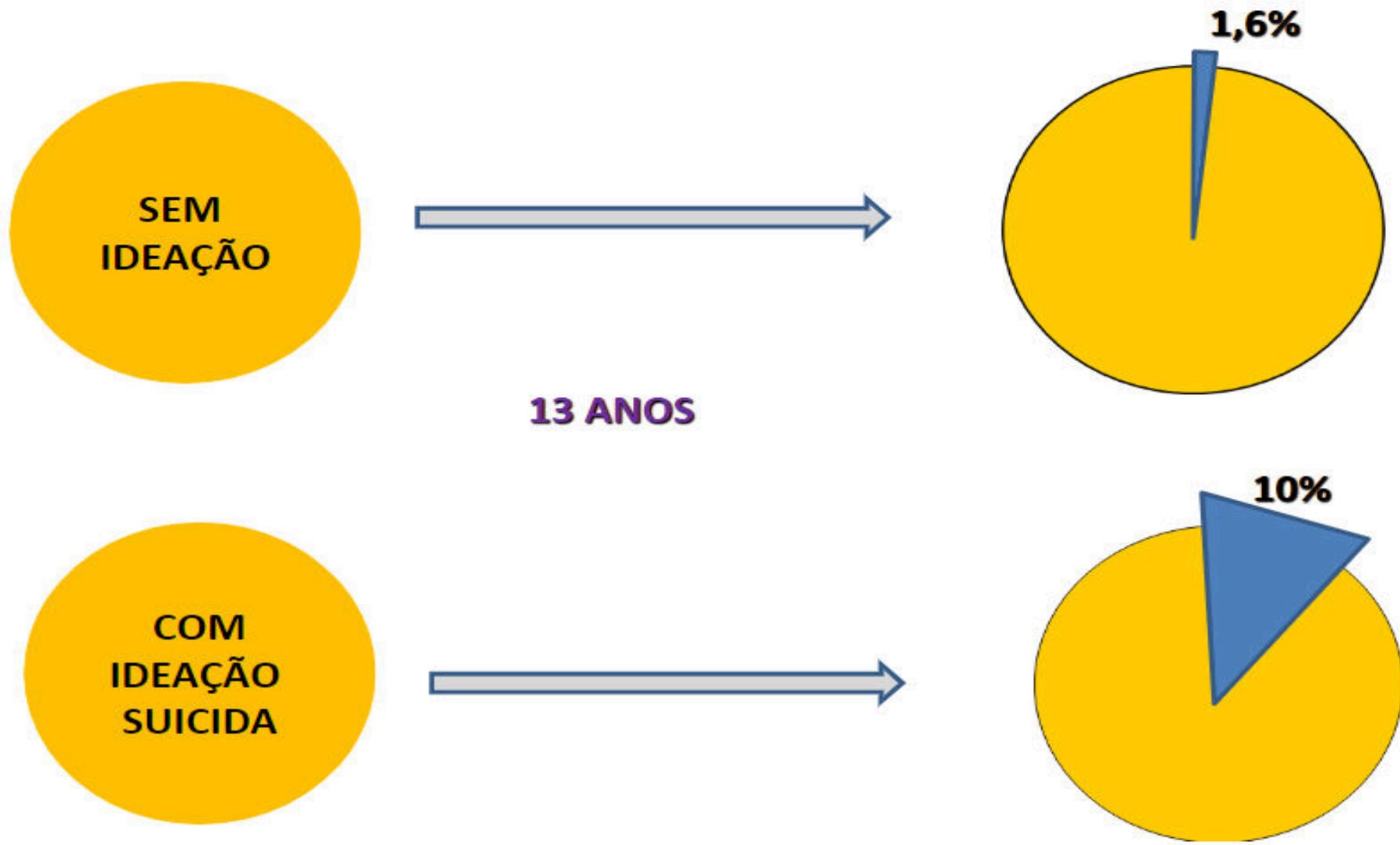
PLANOS DE COMO SE MATAR
(ver slide 2º abaixo)

PESQUISA DE COMO...

PROVIDÊNCIAS PÓS-MORTE

IDEAÇÃO E TENTATIVAS DE SUICÍDIO

Baltimore, amostra populacional, n = 3.481



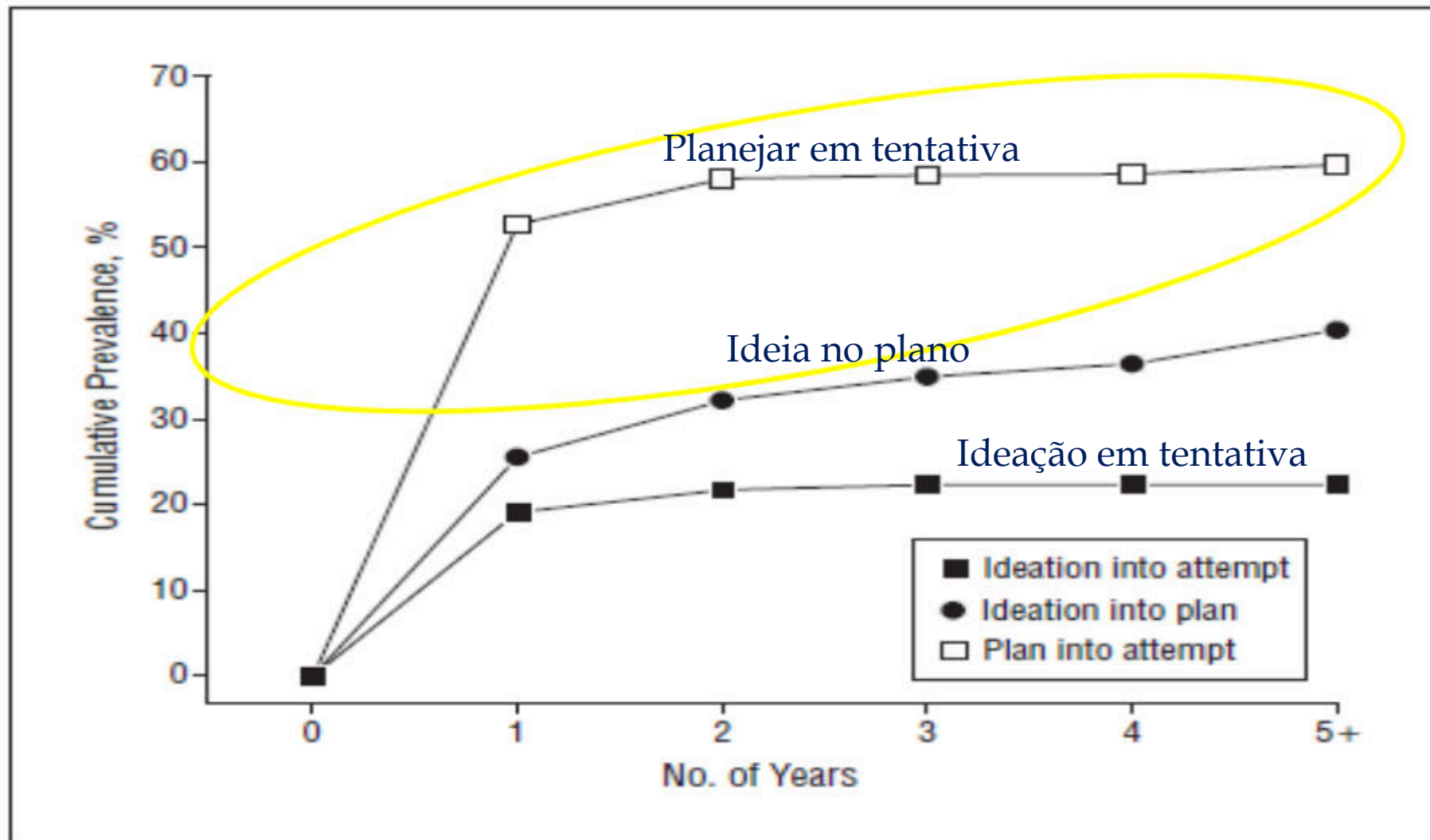
Kuo et al., 2001

Dr. Neury Botega, AULA: MÓDULO 2 26/07/2019

TRANSIÇÕES

Idéias → planos → tentativas de suicídio

Amostra nacional de 6.483 adolescentes (13-18a) da NCS



COMO POSSO AJUDAR?

RISCO, AVALIAR...

OUVIR...

C

ESCUTE COM ATENÇÃO & DEIXE A PESSOA FALAR



Muitas vezes, o melhor jeito de oferecer apoio emocional é simplesmente escutar sem interromper. Deixe que a pessoa fale o quanto quiser enquanto você escuta com afeto.

AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

Entrevista

1

Idéia de morte

Já pensou que seria melhor morrer?
Como são esses pensamentos?
Pensou em tirar a própria vida?

2

Controle

Pensamentos persistem?
Assustam?
Consegue afastá-los?
Encontra razões para viver?

3

Plano

Pensou em como se matar?
Informou-se a respeito?
Armas, medicamentos, venenos?
Providências prévias?

AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

Comportamento Suicida Progresso



Intencionalidade Suicida

Tentativa foi planejada
Informou-se sobre poder letal do método
Não foi ato impulsivo
Encontrava-se sozinho
Não avisou alguém após ter tentado
Bilhete de despedida
Providências para evitar resgate
Arrependimento por não ter morrido

COMO POSSO AJUDAR?

RISCO, AVALIAR...

OUVIR...

CONDUZIR...

AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

Paciente : Sexo:..... Idade: Data:..... Avaliador:

O que está acontecendo?

- Desencadeante
- Motivação
- Significado do morrer

Estado Mental Atual

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Delírio/alucinação | <input type="checkbox"/> Incontinência afetiva | <input type="checkbox"/> Constrição cognitiva |
| <input type="checkbox"/> Depressão | <input type="checkbox"/> Instabilidade do humor | <input type="checkbox"/> Vergonha/humilhação |
| <input type="checkbox"/> Desesperança | <input type="checkbox"/> Ansiedade/inquietude | <input type="checkbox"/> Insônia |
| <input type="checkbox"/> Desespero (<i>psychache</i>) | <input type="checkbox"/> Impulsividade/agressividade | <input type="checkbox"/> Colapso existencial |
| <input type="checkbox"/> Colapso existencial | <input type="checkbox"/> Raiva | <input type="checkbox"/> Dor/incapacitação |

Intencionalidade Suicida

IDEIAS DE MORTE	IDEIAS DE SUICÍDIO	TENTATIVA DE SUICÍDIO PRÉVIA	PLANO SUICIDA
<input type="checkbox"/> Passivas	<input type="checkbox"/> Persistentes	<input type="checkbox"/> Quantas	<input type="checkbox"/> Em preparação
<input type="checkbox"/> Rejeita o suicídio	<input type="checkbox"/> Intensas	<input type="checkbox"/> Última	<input type="checkbox"/> Detalhado
	<input type="checkbox"/> Incontroláveis	Motivação	<input type="checkbox"/> Conhece poder letal
	<input type="checkbox"/> Vistas como alívio	Intencionalidade	<input type="checkbox"/> Tem os meios
	<input type="checkbox"/> Aceitáveis	Letalidade	<input type="checkbox"/> Providências

Principais Fatores de Risco

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Transtorno mental | <input type="checkbox"/> Suicídio na família | <input type="checkbox"/> Acesso a meio letal |
| <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio | <input type="checkbox"/> Discórdia familiar | <input type="checkbox"/> Rigidez cognitiva |
| <input type="checkbox"/> Álcool ou outra droga | <input type="checkbox"/> Desilusão amorosa | <input type="checkbox"/> Perfeccionismo |
| <input type="checkbox"/> Abuso físico ou sexual | <input type="checkbox"/> Relações conflituosas | <input type="checkbox"/> Conflito de identidade |
| <input type="checkbox"/> Exposição a um suicídio | <input type="checkbox"/> Desemprego | <input type="checkbox"/> Dor/incapacidade |
| <input type="checkbox"/> Isolamento | <input type="checkbox"/> Derrocada financeira | <input type="checkbox"/> Alta hospitalar recente |
| <input type="checkbox"/> Falta de apoio social | <input type="checkbox"/> Desonra | <input type="checkbox"/> Não adere a tratamento |

Formulação do Risco e Manejo

- Risco baixo
- Risco moderado
- Risco alto

BUSQUE AJUDA PROFISSIONAL

(mesmo que a pessoa resista)



A sensação de desesperança e o sofrimento podem ser tão intensos que a pessoa desiste até da ideia de buscar ajuda. Faça sua parte e busque tratamento psicológico e psiquiátrico para ela. Se necessário, leve a pessoa até a consulta.

NÍVEIS DE RISCO DE SUICÍDIO

Dr. Neury Botega, AULA: MÓDULO 2 26/07/2019

BAIXO

Ausência de tentativa de suicídio prévia

Idéias de suicídio são passageiras e perturbadoras

Não faz plano de como se matar

Transtorno mental com sintomas relativamente bem controlados

Boa adesão ao tratamento

Tem vida e apoio sociais

MODERADO

Tentativa de suicídio prévia

Depressão ou Transtorno Bipolar

Idéias persistentes de suicídio, que parecem ser a solução

Não tem um plano de como se matar

Não é pessoa impulsiva

Não abusa/depende de álcool ou drogas

Tem rede de apoio social

ALTO

Tentativa de suicídio prévia

Depressão grave, influência de delírio ou alucinação

Abuso/dependência de álcool

Desespero, tormento psíquico intolerável, não vê saída

Plano definido de se matar

Tem meio de como fazê-lo

Já tomou providências (carta, de despedida, obrigações)

ORIENTANDO-SE SEGUNDO O RISCO

Dr. Neury Botega, AULA: MÓDULO 2 26/07/2019

BAIXO

Oferecer apoio emocional
Ouvir atento e sem julgar
Procurar alternativas
Focalizar em como lidou com problemas no passado
Até que uma consulta em saúde mental seja feita, faça contatos regulares ou telefonemas

MÉDIO

Ouçá atento e sem julgar
Focalize sobre ambivalência querer viver/morrer
Explore alternativas ao suicídio
Procure já agendar consulta com um psiquiatra
Autorizado pelo paciente, entre em contato com familiares ou amigos
Impedir acesso a meios de suicídio (armas, veneno, medicamentos)

ALTO

Nunca deixar a pessoa sozinha (cuidado com ida a banheiro ou passeio no pátio)
Impedir acesso a meios de suicídio
Uma avaliação psiquiátrica dever ser feita em caráter de urgência
Se paciente muito ansioso ou agitado, fazer contenção temporária química/mecânica
Comunique-se com familiares
Pode ser necessária uma internação psiquiátrica, ainda que involuntária

- ✓ **Crise suicida**
- ✓ **Avaliação do risco**
- **Manejo da crise**

MANEJO DO PACIENTE

Estratégia de curto prazo:

- Manter o paciente seguro

Estratégia de longo prazo:

- Manter o paciente estável

REAÇÕES CONTRATRANSFERENCIAIS

Dr. Neury Botega, AULA: MÓDULO 2 26/07/2019

Medicalização do histórico de tentativa de suicídio prévia

“ Mais uma manifestação da doença...”

Impotência e desesperança

“No lugar dele eu também ia querer morrer”

Desafio raivoso

“Veja se da próxima vez você se mata mesmo...!”

Dedicação Exagerada

“ Eu vou me dedicar a você custe o que custar...”

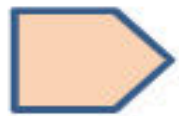
Schechter e Maltzberger, 2009

PSICOTERAPIA DE CRISE

Dr. Neury Botega, AULA: MÓDULO 2 26/07/2019



Ações



Postura

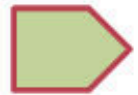


Intervenções verbais

PSICOTERAPIA DE CRISE

Dr. Neury Botega, AULA: MÓDULO 2 26/07/2019

Ações



Remover os meios pelos quais a pessoa possa se matar



Se o risco for grande, permanecer com a pessoa até conseguir ajuda






Identificar e obter o apoio de pessoas significativas

PSICOTERAPIA DE CRISE

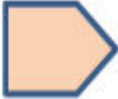
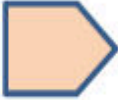
Dr. Neury Botega, AULA: MÓDULO 2 26/07/2019

Ações

-  Viabilizar uma reunião com paciente e pessoas significativas
-  Propor, organizar e implementar atividades estruturadas
-  Telefonemas periódicos (programá-los na agenda)

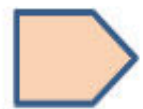
PSICOTERAPIA DE CRISE

Postura

-  Reservar tempo, ainda que as crises surjam inesperadamente
-  Levar em conta sua “disponibilidade interna”

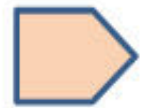
PSICOTERAPIA DE CRISE

Postura



Não deixe de considerar suas intuições, elas podem prenunciar crises

CONGRUÊNCIA



Prepare-se para transfusão de esperança e de recursos egóicos

PSICOTERAPIA DE CRISE

Intervenções verbais



Iniciar a abordagem pelos fatores desencadeantes (conscientes)



Tratamento em dois tempos:

- 1 Técnicas de apoio, fármacos
- 2 Técnicas que privilegiam “insight”

**PSICOTERAPIA
PSICÓLOGOS**

Consequências: círculo vicioso




PSICOTERAPIA DE CRISE

Intervenções verbais



Psicofármacos para:

- Diminuir inquietude e impulsividade
- Garantir noite de sono 



Distorções cognitivas devem ser identificadas e trabalhadas



Procure construir, conjuntamente, um significado para a ideação suicida

SONO: GRANDE MAESTRO DO HUMOR



- Durante o sono, são produzidas substâncias importantes que participam de diversos processos metabólicos.
- A falta de sono é um “gatilho” para episódios do humor.
- Falta de sono faz mal mesmo para pessoas não – portadoras.
- Mantenha uma ROTINA de sono
 - Deite-se sempre na mesma hora
 - Acorde sempre na mesma hora
- Técnicas de relaxamento ou de meditação antes de deitar.
- Evite cochilar durante o dia.
- Evite “compensar” a falta de sono nos finais de semana.
- ROTINA DE ATIVIDADES FÍSICAS: cria ritmo, saúde, bem estar



PSICOTERAPIA DE CRISE

Intervenções verbais



Reconhecer os sentimentos vivenciados pelo paciente e, junto com ele, nomeá-los



Lembrar o caráter transitório de uma angústia que parece insuportável e interminável



De tempo e tempo, resumir o que compreendeu até então, confirmar com o paciente ou pedir esclarecimento.




Estratégias para aumentar esperança

- **Constua confiança** encorajando a pessoa a corrigir sua compreensão.

“Se eu compreendi você corretamente”

PSICOTERAPIA DE CRISE

Intervenções verbais

-  Construir, conjuntamente, objetivos escalonados (curto, médio e longo prazos)
-  Criar estratégias para mudar o ambiente e para pedir socorro
-  Não confundir neutralidade com passividade terapêutica

PSICOTERAPIA DE CRISE

Dr. Neury Botega, AULA: MÓDULO 2 26/07/2019

Ações



Compartilhar sua angústia com colegas:
peça ajuda!



Quantos pacientes é possível suportar?

**CUIDADOR, QUEM CUIDA DE VOCÊ?
QUEM CUIDA PRECISA SER CUIDADO...**

Construindo Esperança

Ajuda vem de construir esperança ao focar nas forças da pessoa e acreditar na habilidade da pessoa de continuar a viver apesar dos problemas.

As intervenções mais efetivas cara a cara, telefonemas, chats e trocas de mensagens focam em construir esperança

NÃO apenas ouvindo e resolvendo problemas

Estratégias para aumentar esperança

Dr. BRIAN MISCHARA, AULA: MÓDULO 1 15/05/2019

- Não importa quanto desesperada a situação pareça, a pessoa está viva
- Algumas coisas mantiveram e estão mantendo a pessoa viva
- Essas coisas são:
 - 1) Forças, habilidades, traços positivos que a pessoa tem
 - 2) Razões para viver
 - 3) Maneiras que a pessoa usou para enfrentar a situação que o mantiveram até agora

O que fazer para aumentar a esperança

- 1) **ACREDITE** que a pessoa tem forças, habilidades e traços positivos. Você deve refletir sua confiança nessas forças da pessoa
- 2) **IDENTICAR** Razões para Viver
- 3) **RECONHEÇA** maneiras que a pessoa lida com a situação que a ajudaram a se sustentar até agora
- 4) **SEMPRE** use mais tempo fazendo essas coisas do que conversando sobre problemas e dificuldades

Como fazer isso:

- **ACREDITE** que a pessoa tenha **Forças, Habilidades e Traços Positivos**. Você deve refletir sua confiança nessas forças da pessoa.
- **Tenha uma atitude positiva**: faça perguntas supondo que a pessoa seja capaz
- **Identifique forças, um talento, motivação, alguma coisa importante** e reflita seu reconhecimento nessas forças, talentos, motivação, coisas importantes para a pessoa. Cumprimente e reconheça essas forças
Give complements that recognize strengths.
- **Explore razões para viver**. Gaste **MUITO** mais tempo nas razões para viver do que para morrer.
- **Reconheça que a pessoa fez muitas coisas que fez ajudaram a lidar com a situação**, e faça perguntas sobre esse suposição. Por exemplo : 'O que você fez esta semana que o ajudou a se sentir um pouco melhor?' (**NÃO PERGUNTE**: 'Você fez alguma coisa que o fez se sentir melhor?')

Como aumentar a esperança

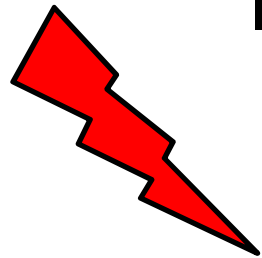
- **Mudar a percepção da pessoa sobre a situação:** Peça à pessoa que fale sobre quando as coisas pareceram um pouco melhores ou quando as coisas não eram sentidas de forma tão negativa. O que ajuda a continuar vivendo. (Não pergunte SE houve um momento... pergunte quando)

Mude a percepção da pessoa

- Refita com a pessoa sobre *exceções* – os momentos (mesmo que sutis) de esperança e de menos sofrimento
- « O que ajuda você a vencer o dia? »
- « Quando você pensou sobre suicídio, o que você fez que lhe ajudou? »

Técnica de Mishara CONTRUÍNDO ESPERANÇA

Brian L. Mishara, Ph.D.
Director, Centre for Research and Intervention on
Suicide,
Ethical Issues and End of Life Practices



NORMATIZAÇÃO

Leve a pessoa a pensar sobre
pensar a respeito de coisas
positivas. Algumas sugestões:

- Pedir à pessoa que descreva em detalhes momentos quando as coisas estavam um pouco melhores, o que ele/ela fez, pensou, sentiu
- Pergunte « Se você não estivesse querendo matar-se (ou deprimido ou etc.), como seria, o que você faria, como você se sentiria?





COMO POSSO AJUDAR?



Da equipe do Facebook

🔒 Isso é totalmente confidencial.



Nathalie, podemos ajudar?

Uma pessoa que viu [sua publicação](#) acha que você pode estar passando por momentos difíceis. Se quiser apoio, estamos aqui para ajudar.



Falar com um amigo

Envie uma mensagem ou ligue para alguém de sua confiança. >



Entrar em contato com uma linha de ajuda

Eles podem ouvir e ajudar você a enfrentar a situação. >



Receber dicas e apoio

Veja sugestões de maneiras para lidar com a situação. >



Pular isto

Vá até o seu Feed de Notícias do Facebook. >

188

Brasil inteiro agora tem um número para atender pessoas com ideações suicidas.

PERGUNTAS

COMENTÁRIOS

SUGESTÕES

CRÍTICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALONSO, L.; BELGA, A.; BEZERRA, A.; MILTON, J.; OLIVEIRA, M.; SILVA, V. Automutilação - Prática de automutilação entre adolescentes se dissemina na internet e preocupa pais e escolas. **Journal of Social Pedagogy**, [S.l.], v. 5, n. 1, June 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V**. 5th ed. Washington: American Psychiatric Pub; 2013.

ARAÚJO, J., CHATELARD, D., CARVALHO, I., & VIANA, T. O corpo na dor: automutilação, masoquismo e pulsão. *Estilos Da Clinica*, 21(2), 497-515, 2016.

BARRAULT, C. **L'adolescence à fleur de peau - se couper pour exister**. Tese de Doutorado – Université Henri Poincaré, Nancy 1, Faculté de Médecine, França, 2005.

BIRMAN, J. **Dor e sofrimento num mundo sem mediação**. Conferência proferida nos Estados Gerias da Psicanálise: II Encontro Mundial, Rio de Janeiro, 2003.

BRAGHIROLI, Elaine Maria et al. **Psicologia geral**. 9.ed. Porto Alegre: Vozes, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Suicídio: saber agir e prevenir**. Boletim epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde, 48 (30), 2017.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente no Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm>. Acessado em: 16 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº3.088, 23 de dezembro de/2011: **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para Pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do sistema único de saúde**, 2014.

CEDARO, J. J.; NASCIMENTO, J. P. G. Dor e gozo: **relatos de mulheres jovens sobre automutilações**. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 24, n. 2, 203-223, 2013.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CLAES L.; VANDEREYCKEN, W. Self-injurious behavior: **differential diagnosis and functional differentiation**. *Compr Psychiatry*. 2007 Apr;48(2): 137-144.

DOUVILLE, O. **L'automutilation et autoérotisme**. *Champ psychosomatique*, 4(36), 7-24, 2004.

FREITAS, E. Q. D. M.; SOUZA, R. Automutilação na adolescência: prevenção e intervenção em psicologia escolar **Revista Ciência (In) Cena**. On-line ISSN 2317-0816 Vol. 1 No. 5 Salvador. Bahia. 2017

FANTE, C. Fenômeno Bullying: **como prevenir a violência nas escolas e educar para paz**. Campinas: Verus, 2005.

FAVAZZA, A. R. **The coming of age of self-mutilation**. J Nerv Ment Dis. 1998 May;186(5):259-268.

FAVAZZA, A. R.; CONTERIO, K. **Female habitual self-mutilators**. Acta Psychiatr Scand. 1998 Mar;79(3):283-289.

FAVAZZA, A. R.; ROSENTHAL, R. J. **Diagnostic issues in self-mutilation**. Hosp Community Psychiatry. 1993 Feb;44(2).

FORTES, I.; KOTHER MACEDO, M. M. Automutilação na adolescência - rasuras na experiência de alteridade *. Psicogente [online].vol.20, n.38, pp.353-367.2017

FREUD, S. **O problema econômico do masoquismo**. In S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad., Vol. 19, pp. 150-188). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1924) Freud, S. (1996).

GAUTHIER, M. **Automutilation et autoérotisme**. Topique, 99(2), 51-59, 2007.

GIUSTI, J. S.; GARRETO, A. K. R.; SCIVOLETTO, S. **Automutilação**. In: ABREU, C. N.; TAVARES, H.; CORDÁS, T. A. (Orgs.). Manual clínico dos transtornos do controle dos impulsos. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GUERTIN, T.; LLOYD-RICHARDSON, E.; SPIRITO, A.; DONALDSON, D.; BOERGERS, J. Self-mutilative behavior in adolescents: who attempt suicide by overdose. **AmAcad Child Adolesc Psychiatry**. 2001;40(9):1062-1069.

JAFFRÉ, Y. **Une épidémie au singulier pluriel ré-flexions anthropologiques autour des pratiques d'automutilation des adolescents**. Corps: revue in-terdisciplinaire, 2(5), 75-82., 2008.

LE BRETON, D. **Scarifications adolescentes**. Enfan-ces & Psy, 3(32), 45-57, 2006.

LLOYD, E. E. Self-mutilation in a community sample of adolescents: Descriptive characteristics and provisional prevalence rates. **Poster presented at the Society for Behavioral Medicine, 1998, New Orleans, LA**. Menninger K. Man against himself. 1ª ed. New York: Harcourt, Brace; 1938.

MENNINGER, K. Man against himself. New York, NY: **Harcourt Brace Jovanovich Publishers**. (Trabalho original publicado em 1938),1966.

MONTEIRO, R. A., BAHIA, C. A., PAIVA, E. A., SÁ, N. N. B., MINAYO, M. C. S. Hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas intencionalmente – Brasil, 2002 a 2013. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 20(3): 689-70, 2015.

NETO, M. R. L.; CORDÁS, T. **Transtornos de Personalidade**. Artmed, 2011.

OLIVEIRA, A.; AMÂNCIO, L.; SAMPAIO, D. Arriscar morrer para sobreviver: **olhar sobre o suicídio adolescente**. Análise Psicológica, Lisboa, v. 4, n. 19, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Brasília: OMS/OPAS, 2002

PETTER, A.; HOCH, V.; A. **Autópsia psicológica familiar**: compreendendo o perfil epidemiológico e biopsicossocial do suicídio. Unoesc & Ciência – ACHS Joaçaba, v.7, n. 2, p. 161-168, 2016.

REIS, M.; FIGUEIRA I.; RAMIRO, L.; MATOS, M.; G. Jovens e comportamentos de violência autodirigida. In Matos, M. G.; Tomé, G. (eds.). Aventura Social: **promoção de competências e do capital social para um empreendedorismo com saúde na escola e na comunidade**. Lisboa: Placebo, 2012.

ALMEIDA, R. D. S.; CRISPIM, M. S. D. S.; SILVA, D. S. D.; PEIXOTO, S. P. L. A prática da automutilação na adolescência: **o olhar da psicologia escolar/ educacional Ciências Humanas e Sociais**. Alagoas, v.4 ,n.3 p.147-160, Maio periodicos.set.edu.br. 2018.

RODRIGUEZ, C.F. Falando de morte na escola: **o que os educadores têm a dizer?** 2010. 341f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<file:///C:/Users/User/Downloads/5322-15697-1-PB.pdf>> Acesso em: 25 mai 2019.

SCARAMOZZINO, S. Pour une approche psychiatri-que de l'automutilation: **implications nosographi-ques**. Champ psychosomatique, 4(36), 25-38, 2004.

SCOURFIELD, J.; MCDERMOTT, E. The non-display of authentic distress: **public-private dualism in young people's discursive construction of self-harm**. Sociol Health Illn. 2011 Jul., v. 33, n. 5, p. 777-91.

SCHNEIDER M. **La souffrance psychique**, In: Mi-chaud, Y. Qu'est-ce que la vie psychique? (pp.141-155). Paris: Odile Jacob, 2002.

SOUZA, C. Políticas Públicas: **uma revisão da literatura**. Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/soc/ n16/a03n16>> Acesso em: 25 mai 2019.

WILKINSON, P.; KELVIN, R.; ROBERTS, C.; DUBICKA, B.; GOODYER, I. **Clinical and Psychosocial Predictors of Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT)**. Am J Psychiatry. 2011 Feb;168:495-501.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Preventing Suicide: **A Global Imperative**. Geneva: World Health Organization., 2014.

- Mishara, B. L., & Weisstub, D.N. (2018). Editorial: Is Suicide Prevention an Absolute? Considerations when Medical Assistance in Dying is an Option. *Crisis*, 39(5), 313-317.
- Mishara, B.L.& Kerkhof, A.J.F.M. (2018). Canadian and Dutch doctors' roles in assistance in dying. *Canadian Journal of Public Health*, 09(5-6):726-728
- Mishara, B.L., & Weisstub, D.N. (2013). Premises and evidence in the rhetorics of assisted suicide and euthanasia. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36 (5-6), 427-435.
- Mishara, B.L., & Weisstub, D.N. (2010). Resolving ethical dilemmas in suicide prevention: the case of telephone helpline rescue policies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(2), 159-169.
- Mishara, B.L., & Weisstub. D.N. (2015). Legalization of euthanasia in Quebec, Canada as “medical aid in dying”: A case study in social marketing, changing mores and legal maneuvering. *Ethics, Medicine and Public Health*, 1(4), 450-455.
- Mishara, B.L., & Weisstub, D.N. (2005). Ethical issues in suicide research. *International Journal of Law and Psychiatry*. 28. 23-41.



abel.petter@hotmail.com



(51) 993169796



facebook.com/abel.petter



petterabel