

Prevenção do comportamento suicida

Neury José Botega

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Blanca Susana Guevara Werlang

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Carlos Filinto da Silva Cais

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Mônica Medeiros Kother Macedo

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

RESUMO

A mortalidade por suicídio tem aumentado significativamente nos últimos anos, situando-se entre as dez principais causas de morte, considerando todas as faixas etárias, e entre as duas ou três mais frequentes em adolescentes e adultos jovens. Este fenômeno não só é uma tragédia pessoal, mas também representa um sério problema de saúde pública. Assim sendo, programas de prevenção devem ser prioridade no planejamento e na política pública dos países. Este artigo aponta quais são os fatores de proteção e de risco à ocorrência do suicídio e destaca os pontos mais comuns presentes nos planos nacionais de prevenção ao suicídio de vários países apresentando também, os objetivos a serem alcançados com as Diretrizes Nacionais de Prevenção do suicídio lançadas no Brasil pelo Ministério da Saúde em agosto de 2006.

Palavras-chave: Comportamento suicida; prevenção, diretrizes nacionais.

ABSTRACT

Suicide prevention

Mortality resulting from suicide has grown considerably over the last years. It is ranked amongst the ten most frequent causes of death comprising all age groups. When it comes to adolescents and young adults, it is ranked amongst the two or three most frequent causes. This phenomenon not only reflects a personal tragedy, but also represents a severe public health problem. Therefore, all countries should include preventive programs and campaigns amongst their priorities. This article presents factors of high risk as well as factors that can prevent suicide. It also highlights the most common issues presented by national prevention plans of suicide of several countries. Moreover, it presents the objectives to be achieved, proposed by the National Guidelines for suicide prevention launched by the Brazilian Health Ministry in August 2006.

Key words: Suicide behavior; prevention; National Guidelines.

INTRODUÇÃO

Abordar a temática da morte envolve, por si só, muita complexidade. Quando a atenção se volta para fenômenos humanos ainda mais desafiadores e instigantes do que a morte que ocorre como consequência natural da vida, adentram, no campo de estudo, fatores de maior complexidade, inevitavelmente. Exercer uma atividade profissional na área da saúde mental e/ou desenvolver estudos com comportamento suicida faz com que o profissional/pesquisador se depare com uma situação em que o ser humano busca uma ruptura radical para se livrar de uma situação de dor psíquica insuportável.

Um ponto importante a ser considerado segundo, Botega e Werlang (2004), é que nossos conhecimentos na área da suicidologia derivam, em sua maioria, de estudos realizados com pessoas que tentaram o suicídio, ou com pessoas que estavam em tratamento psicológico ou psiquiátrico e que se suicidaram. Mas esses dois grupos, sem dúvida, não são representativos da totalidade dos casos de suicídio. Neste sentido, Clark e Fawcett (1992), num estudo retrospectivo de casos de suicídio identificaram cinco achados importantes:

- aproximadamente 60% das pessoas mortas por suicídio nunca o haviam tentado antes;

- dos que morrem por suicídio, 50-60%, nunca consultaram com um profissional de saúde mental ao longo da vida;
- dois terços dos que cometem suicídio comunicaram claramente essa intenção a parentes próximos ou amigos, na semana anterior.
- metade dos que morrem por suicídio foram a uma consulta médica em algum momento do período de seis meses que antecederam a morte, e 80% foram a um médico no mês anterior ao suicídio. Mas ainda permanece correto que 50% dos que se suicidam nunca foram a um profissional de saúde mental;
- com base nas evidências proporcionadas por entrevistas com familiares e amigos, bem como por documentos médicos e pessoais, um diagnóstico psicopatológico pode ser feito em 93-95% dos casos de suicídio, notadamente transtornos do humor (40-50% dos casos de suicídio tinham depressão grave), dependência de álcool (em torno de 20% dos casos) e esquizofrenia (10% dos casos).

Essas premissas destacam a importância de que o trabalho com o comportamento suicídio possa extrapolar os limites da psiquiatria e psicologia, de tal forma que os técnicos em saúde assim como outros profissionais e também pessoas da comunidade habilitem-se a esforços de prevenção, nos diversos âmbitos que esses efetivamente possam ser executados. Torna-se claro, então, a necessidade de ações no campo da prevenção, objetivando a redução dos índices de tentativas e de suicídios consumados. Os esforços de prevenção do comportamento suicida devem estar pautados no conhecimento dos fatores de risco, sendo fundamental que as ações se voltem ao que pode ser transformado, evitando aquilo que possa ser evitado e amenizando o que foge de qualquer possibilidade de intervenção.

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 1998) após a organização de um simpósio internacional em 1998, e com base na contribuição de pesquisadores, profissionais da saúde geral e mental, sobreviventes de suicídio e líderes comunitários, elaborou um modelo de referência para se pensar a saúde pública com recomendações que orientaram países e comunidades a estruturar ações preventivas para o suicídio. As recomendações apresentadas estavam agrupadas em três aspectos fundamentais: 1) ampliação da conscientização da comunidade acerca do suicídio e seus fatores de risco; 2) intensificação de programas e serviços de conscientização e de assistência e 3) incremento e aprimoramento da ciência sobre o tema, de forma a aumentar os recursos de prevenção e de ação sobre o suicídio.

Considerando o exposto, parece pertinente contextualizar a gravidade do comportamento suicida, focando principalmente, dados referentes à ocorrência do suicídio consumado. Nesse sentido, o objetivo do presente artigo foi abordar os fatores de risco, e de proteção à ocorrência deste grave problema de saúde pública. Busca-se ainda, destacar a relevância de programas de intervenção preventiva que permitam a identificação precoce e a intervenção nas situações de risco, levando em consideração a complexidade de tal fenômeno humano, sempre.

DIMENSÃO DO COMPORTAMENTO SUICIDA

O suicídio não é tão somente uma tragédia no âmbito pessoal; ele também representa um sério problema de saúde pública. Em termos globais, a mortalidade por suicídio aumentou 60% nos últimos 45 anos. Nesse período, os maiores coeficientes de suicídio mudaram da faixa mais idosa da população para faixas mais jovens (35-45 anos, e mesmo 15-25 anos, em alguns locais). Na maioria dos países, o suicídio situa-se entre as dez causas mais frequentes de morte na população geral, e entre as duas ou três mais frequentes em adolescentes e adultos jovens. De acordo com registros da Organização Mundial da Saúde, 900.000 pessoas cometeram suicídio em 2003. Isso representa uma morte a cada 35 segundos (WHO, 2003).

Dessa forma, torna-se evidente a importância e relevância de estudos sobre este tema, pois, como bem destacam Werlang, Macedo e Kruger (2004), o comportamento suicida contempla, independente do ponto de vista pelo qual é analisado, uma dimensão central relacionada ao sofrimento. Pode-se pensar no sofrimento que leva o indivíduo ao ato suicida, no sofrimento resultante do enfrentamento familiar frente ao suicídio de um de seus membros, assim como nas consequências sociais que tal ato provoca. Nessa mesma direção, o Informe Mundial sobre a Violência e a Saúde publicado pela Organização Panamericana da Saúde (OPS) alerta para o fato de que cada pessoa que tenta efetivamente se suicidar “deixa atrás de si muitas outras – familiares e amigos – cujas vidas resultam profundamente afetadas desde o ponto de vista emocional, social e econômico” (De Leo, Bertolote e Lester, 2003, p. 201).

Estima-se, ainda, que o número de tentativas de suicídio supere o número de suicídios em pelo menos 10 vezes. Com base em dados da Organização Mundial da Saúde, Botega, Mauro e Cais (2004) relatam um dado importante: 15 a 25% das pessoas que tentam o suicídio, tentarão novamente se matar no ano seguinte, e 10% das pessoas que tentam o suicídio, conseguem efetivamente matar-se nos próximos dez anos.

Assim, o comportamento suicida exerce forte impacto nos serviços de saúde e calcula-se que 1,4% da carga (*burden*) global ocasionado por doenças no ano 2002 deveu-se a tentativas de suicídio. Estima-se que essa porcentagem chegará a 2,4 em 2020 (WHO, 2003).

Os coeficientes de mortalidade por suicídio (calculados em termos de número de mortes por cada cem mil habitantes) são consideravelmente mais baixos na América do Sul do que na América do Norte e Europa (ver Tabela 1). Da mesma forma que em outros continentes, tem-se observado um incremento nesses coeficientes entre jovens e adultos jovens de sexo masculino (Sánchez, Orejarena, Guzmán e Forero, 2002; Serfaty, Foglia, Masautis e Negri, 2003) e entre populações indígenas (Oliveira e Lotufo Neto, 2003).

TABELA 1

Coeficientes de mortalidade devidos a causas externas na América do Sul (2000-2005)

País	Coeficiente de Mortalidade (por 100.000 habitantes)		
	Suicídio	Homicídio	Acidentes com veículos
Argentina	8,2	7,0	8,9
Bolívia	*	*	*
Brasil	4,9	29,3	22,3
Chile	10,9	5,7	13,2
Colômbia	5,2	80,4	20,9
Equador	5,9	21,2	13,4
Guiana Francesa	*	*	*
Guiana	11,1	5,7	6,1
Paraguai	3,7	15,8	12,6
Peru	2,3	4,4	12,8
Suriname	11,5	3,0	13,7
Uruguai	13,9	5,0	13,8
Venezuela	4,8	14,7	18,0

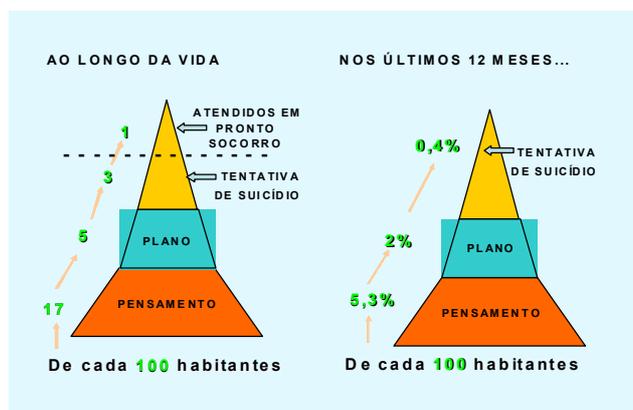
* Sem dados disponíveis. FONTE: WHO, 2005.

O Brasil encontra-se no grupo de países com baixa taxa de suicídio, em média 4,5/100.000 habitantes, mas, como é um país populoso, atinge o nono lugar em números absolutos de suicídio – 7987 em 2004. Dentre os que se suicidaram, 55% tinha menos de 40 anos de idade. Deixando-se à margem o problema da subnotificação, o suicídio respondeu por 0,8% de todos os óbitos da população brasileira em 2004 (Ministério da Saúde, 2006).

Além do suicídio, há outro problema a ele ligado: o elevado número de pessoas que tentam o suicídio. No entanto, não existe nenhum sistema de registro nacional que monitore a real dimensão disso. As informações disponíveis compreendem estudos descritivos baseados em amostras de pacientes atendidos em ser-

viços médicos (Rapeli e Botega, 2005; Freitas e Botega, 2002).

O primeiro estudo de base populacional que fez um levantamento sobre a dimensão de idéias, planos e tentativas de suicídio em países em desenvolvimento foi organizado e publicado pela Organização Mundial da Saúde, tendo o Brasil como um dos países participantes (WHO, 2002). Segundo esse estudo, na área urbana do município de Campinas, ao longo da vida, 17,1% das pessoas pensaram seriamente em por fim à vida, 4,8% chegaram a elaborar um plano para tanto, e 2,8% efetivamente tentaram o suicídio (Botega, Barros, Oliveira, Dalgalarondo e Marin-León, 2005). Apenas um terço dessas últimas foram atendidas em um serviço de pronto-socorro em decorrência da tentativa (Figura 1). As mesmas prevalências ao longo dos últimos 12 meses foram, respectivamente, 5,3%, 1,9% e 0,4% (Silva et al., 2006).



FONTE: Botega et al. (2005).

Figura 1 – Prevalências de ideação, planos e tentativas de suicídio em habitantes da área urbana de Campinas, SUPRE-MISS (OMS, 2003).

FATORES DE PROTEÇÃO E FATORES DE RISCO

A prevenção do suicídio, faz-se por meio do reforço dos fatores ditos protetores e diminuição dos fatores de risco, tanto no nível individual como coletivo. Entre os primeiros, podemos citar bons vínculos afetivos, sensação de estar integrado a um grupo ou comunidade, religiosidade, estar casado ou com companheiro fixo, ter filhos pequenos (Suominen et al., 2004).

Pessoas com maior envolvimento religioso de um modo geral possuem menores taxas de suicídios. A religiosidade também auxilia no enfrentamento de doenças graves. Entre os muçulmanos as taxas de suicídio são mais baixas quando comparadas às outras religiões, provavelmente por causa do pesado julga-

mento moral sobre o suicídio e conseqüente senso de punição, além de outras características culturais, como por exemplo, a proibição do consumo de álcool. Sabe-se que vários fatores culturais influenciam as taxas de suicídio. Dependendo do tipo de sociedade, seus valores podem atuar como fatores de proteção ou de risco. Por exemplo, sociedades que valorizam a interdependência, nas quais existe estímulo para conversas sobre os problemas com diferentes indivíduos e são mais abertas a mudanças de opinião, parecem favorecer aspectos mais protetivos em relação à ocorrência de suicídio. Por outro lado, em sociedades nas quais a independência e a capacidade de tomar decisões são valorizadas e pedir ajuda é visto como um sinal de fraqueza, ocorre o oposto.

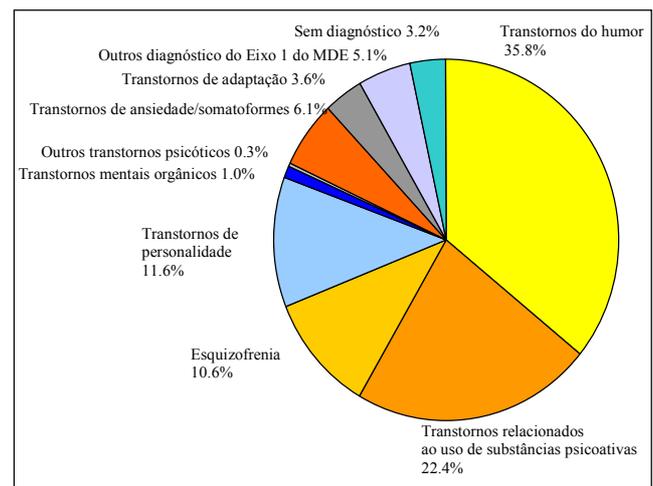
Uma percepção mais otimista da vida, com razões para se continuar vivendo, opondo-se ao sentimento de desesperança, protege contra o suicídio. Por exemplo, apego aos filhos pequenos e o sentimento de importância na vida de outras pessoas. No sexo feminino, a gravidez e a maternidade parecem auxiliar para que as mulheres tenham menores taxas de suicídio, em especial nos anos próximos da gestação. Outra forma de proteção encontrada particularmente no sexo masculino é ter uma ocupação, estar empregado, sentindo-se produtivo e socialmente mais integrado por meio de seu trabalho. De forma geral, o sentimento de “pertencer”, no sentido de possuir forte ligação, seja a uma comunidade, a um grupo religioso ou étnico, a uma família ou a algumas instituições protegem o indivíduo do suicídio. Percebe-se nesse sentido a estreita ligação do fenômeno suicídio com sentimentos de solidão e desesperança.

Os fatores de risco para o suicídio têm sido mais extensivamente estudados. Entre os principais poderíamos citar certos transtornos mentais (como, por exemplo, depressão, alcoolismo), perdas recentes, perdas de figuras parentais na infância, dinâmica familiar conturbada, personalidade com fortes traços de impulsividade e agressividade, certas situações clínicas (como doenças crônicas incapacitantes, dolorosas, desfigurantes), ter acesso fácil a meios letais (WHO, 2003; Suominen et al., 2004).

Alguns fatores sociodemográficos também indicam indivíduos sob maior risco de suicídio: sexo masculino, faixas etárias entre 15 e 35 anos ou acima de 75 anos, extratos econômicos extremos (muito ricos ou muito pobres), residentes em áreas urbanas, desempregados (principalmente perda recente do emprego), aposentados, ateus, solteiros ou separados e migrantes (WHO, 2003). Um dos grupos de maior risco para suicídio é o dos indivíduos que já tentaram o suicídio (Suominen et al., 2004). Tal risco foi estimado em

100 vezes maior do que o da população em geral (Owens, Horrocks e House, 2002). Os estudos têm demonstrado que a adesão destes indivíduos ao tratamento é baixa (Botega et al., 1995), mas que, por outro lado, existem estratégias eficazes no sentido de evitar novas tentativas (Hawton et al., 1998).

Apesar de o suicídio envolver questões socioculturais, genéticas, psicodinâmicas, filosófico-existenciais e ambientais, na quase totalidade dos casos o transtorno mental é um fator vulnerabilizador que necessita estar presente para que, culmine no suicídio do indivíduo, quando somado a outros fatores. Bertolote e Fleischmann (2002) realizaram uma revisão sistemática de 31 artigos publicados entre 1959 e 2001. No total, 15.629 casos de suicídio em indivíduos com idade acima de 10 anos foram avaliados quanto à presença de transtorno mental, seja por avaliação psiquiátrica ocorrida antes do suicídio, ou pelo método da autópsia psicológica após o mesmo. O estudo mostrou que em 97% dos casos de suicídio caberia um diagnóstico de transtorno mental na ocasião do ato fatal (ver Figura 2).



FONTE: Bertolote e Fleischmann, 2002.

Figura 2 – Suicídio e Transtornos Mentais: Distribuição dos diagnósticos em compilação de estudos com indivíduos sem antecedente de internação psiquiátrica.

Um histórico de tentativa de suicídio ou a presença de um transtorno mental são os maiores indicadores de risco. Mortensen, Agerbo, Erikson et al. (2000), após estudo cuidadoso na Dinamarca, controlando para vários fatores socioeconômico relacionados ao risco de suicídio, observaram que a hospitalização psiquiátrica recente era o fator mais fortemente associado a suicídio. Esse achado reforça a idéia de ser o transtorno mental grave um dos principais indicadores de risco de suicídio. Observe-se, como ilustração, a relação entre transtorno depressivo e suicídio. Trans-

trornos depressivos na população geral são frequentes, atingindo cerca de 2 a 4% dos homens e de 2 a 6% das mulheres (Blazer, Kessler, McGonagle e Swartz, 1994). Um levantamento realizado em amostras estratificadas de três capitais brasileiras mostrou que 3% dos entrevistados apresentavam um quadro de depressão grave (Almeida et al., 1992). Se nos referirmos ao acometimento ao longo de toda vida, temos que entre 10 e 25% das mulheres e 5 a 12% dos homens serão acometidos (Botega, Furlaneto e Fráguas Jr., 2006). Em algumas populações específicas a prevalência da depressão sobe consideravelmente, como em pacientes internados em enfermarias clínicas, nas quais entre 20 e 33% dos indivíduos apresentam importantes sintomas depressivos.

A associação entre depressão e suicídio é inequívoca. O risco de suicídio aumenta mais de 20 vezes em indivíduos com episódio depressivo maior, e é ainda maior em sujeitos com comorbidade com outros transtornos psiquiátricos ou doenças clínicas (Lönnqvist, 2000). Dados de autópsia psicológica mostram que aproximadamente metade dos indivíduos que faleceram por suicídio estava sofrendo de depressão; se considerarmos os indivíduos com outros transtornos mentais, para os quais a sintomatologia depressiva era central, como nos transtornos de ajustamento com sintomas depressivos, a porcentagem sobe para cerca de 80% (Rich, Young e Fowler, 1996).

Diagnóstico precoce e tratamento correto da depressão são, comprovadamente, uma das maneiras mais eficazes de se prevenir suicídio (Mann et al., 2005; WHO, 2004). Na década de 80, o Comitê para Prevenção e Tratamento da Depressão da Suécia ofereceu um programa de capacitação para todos os médicos generalistas da ilha de Gotland. Tal programa resultou em melhores índices de detecção e de tratamento dos casos de depressão, com redução de 60% nas taxas de suicídio nos dois anos seguintes, diminuição nas taxas de internação psiquiátrica e de faltas no trabalho devidas à depressão (Rutz, 2001). O custo total do programa, que não chegou a um milhão de dólares, poupou danos de cerca de 26 milhões de dólares. Os achados do estudo de Gotland foram replicados com sucesso em outros locais por outros autores (Henriksson e Isacson, 2006).

Nos três parágrafos anteriores tomamos a depressão como exemplo de repercussão do aperfeiçoamento de diagnóstico e de tratamento na redução do suicídio por ser a patologia mais frequentemente encontrada nos suicídios. Muito provavelmente, a mesma correlação deve estar presente em diversos outros transtornos mentais. Por exemplo, uma revisão sistemática envolvendo 27 estudos e 16.221 pacientes com transtorno afetivo bipolar mostrou que o risco de tentativa

de suicídio por ano caiu, com o uso de lítio, de 4,65% para 0,312% e o de suicídio de 0,942% para 0,174% (Baldessarini, Tondo e Hennen, 2003). Esses dados confirmam a noção de que o diagnóstico e o tratamento correto dos transtornos mentais são duas medidas fundamentais com vistas a se reduzir suicídio (Mann et al., 2005; WHO, 2004).

ESTRATÉGIAS NACIONAIS DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

É possível classificar estratégias de prevenção de suicídio considerando diferentes públicos-alvo, de acordo com modelo sugerido por Mrazek e Haggerty (1994), como mostra o Figura 3.

PREVENÇÃO DO SUICÍDIO		
TIPOS DE INTERVENÇÃO		
UNIVERSAL	SELETIVA	INDICADA
Público em geral	Risco + elevado	Alto risco
Redução do acesso a substâncias tóxicas letais	Tratamento de pessoas acometidas por transtornos mentais	Seguimento intensivo de pacientes bipolares

Figura 3 – Modalidades de intervenção na prevenção do suicídio.

Tem aumentado o número de países com estratégias de prevenção do suicídio bem desenvolvidas. Alguns, como Finlândia, Noruega, Suécia, Austrália e Nova Zelândia, desenvolveram estratégias nacionais amplas. Outros, estratégias mais localizadas e destinadas a grupos específicos, como a França. Ou, então, a partir de diretrizes nacionais, como na Escócia, deixar a cargo de cada região do país o desenvolvimento de estratégias de prevenção, a fim de atender peculiaridades locais. Após análise de planos nacionais de prevenção do suicídio de diferentes países, foi possível determinar itens comuns a todos:

- iniciam exibindo a situação atual do país. No caso da Finlândia, por exemplo, antes da construção do plano foi feita uma grande pesquisa sobre comportamento suicida no país;
- possuem estratégias educacionais para aumentar o conhecimento da população de um modo geral;
- buscam melhorar o atendimento prestado para aqueles que tentaram o suicídio e para os familiares que sofrem;

- incentivam pesquisas na área, e quase todos determinam um centro de referência que auxilia também na avaliação do que é implementado;
- fornecem materiais e treinamento para as escolas, mídia e organizações de apoio;
- intensificam a prevenção em alguns grupos com maior risco: jovens, dependentes de substâncias psicoativas, pessoas com transtornos mentais e outros grupos particulares que variam com as características locais;
- treinam equipes de saúde, para a detecção precoce e tratamento das doenças mentais;
- criam estratégias para que o plano de prevenção do suicídio desenvolvido fosse reavaliado regularmente.

Nos últimos anos, avaliações do impacto dessas estratégias de prevenção têm sido realizadas, formando um conjunto de evidências na literatura científica sobre quais delas têm se mostrado eficazes e exequíveis (Mann et al., 2005). Assim, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2004; 2005) lançou algumas recomendações para prevenção do suicídio (ver Tabela 2).

TABELA 2

Diretrizes da Organização Mundial de Saúde para a prevenção do suicídio

• Identificar e reduzir a disponibilidade e o acesso aos meios para se cometer suicídio (ex. armas de fogo, substâncias tóxicas);
• Melhorar os serviços de atenção à saúde, reforçar o apoio social e promover a reabilitação de pessoas com comportamento suicida;
• Melhorar os procedimentos diagnósticos e subsequente tratamento dos transtornos mentais;
• Aumentar a atenção dirigida a profissionais de saúde em relação a suas atitudes e tabus em relação à prevenção do suicídio e às doenças mentais;
• Aumentar o conhecimento, por meio da educação pública, sobre doença mental e o seu reconhecimento precoce;
• Auxiliar a mídia a noticiar apropriadamente suicídios e tentativas de suicídio;
• Incentivar a pesquisa na área da prevenção do suicídio, encorajar a coleta de dados das causas de suicídio e evitar a duplicação dos registros estatísticos;
• Prover treinamento para indivíduos e profissionais que se encontram na linha de frente (<i>gatekeepers</i>) e que entram primeiro em contato com indivíduos sob risco de suicídio.

FONTE: WHO, 2004, 2005.

No Brasil, até há pouco tempo, o suicídio não era visto como um problema de saúde pública. Entre as causas externas de mortalidade, encontrava-se na sombra dos elevados índices de homicídio e de acidentes

de trânsito. No entanto, a necessidade de se discutir a violência, de modo geral, trouxe à tona o problema do suicídio (Botega e Garcia, 2004). O Brasil deu os primeiros passos no sentido de lançar um plano nacional de prevenção do suicídio ao montar, em 2005, um grupo de trabalho para este fim, formado por representantes do governo, de entidades da sociedade civil e por universidades. Deste, surgiram as Diretrizes Brasileiras para um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, lançadas em agosto de 2006, em evento realizado na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre (Brasil, 2006). Nesse documento, destacam-se como objetivos a serem alcançados:

- I. desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos;
- II. desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;
- III. organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas;
- IV. identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade;
- V. fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;
- VI. contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos;
- VII. promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e
- VIII. promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de todas as dificuldades existentes relativas à temática do suicídio sempre é importante lembrar que ações no âmbito social, familiar, profissional devem se direcionar em favor da saúde mental dos indivíduos, procurando, através de atitudes acolhedoras, proporcionar atenção, interesse e preocupação, de modo a fomentar a manutenção de sentimentos de esperança e oferecer orientação criteriosa ao atuar como um canal de comunicação entre o indivíduo e seu entorno. Atitudes como essas, que venham a implementar ações em defesa de uma real qualidade de vida, são e continuarão sendo, certamente, de inestimável valor social.

Pensar na prevenção do comportamento suicida implica não apenas no objetivo de evitar a morte das pessoas, mas também em considerar as sérias implicações na sociedade que são provocadas pela ocorrência desses atos. Inegavelmente o comportamento suicida, e em especial o suicídio consumado, dão conta de um fenômeno complexo que desafia pesquisadores e estudiosos não só em relação à compreensão das motivações de decisão do sujeito de por fim à própria vida, como também de explicitar os fatores éticos envolvidos na abordagem de tal fato.

Assim, pensar em aspectos preventivos do suicídio significa acreditar que se possam oferecer aos indivíduos outras possibilidades de enfrentamento das dificuldades ou patologias que os levam a buscar nesse ato fatal uma espécie de solução para seu sofrimento. A prevenção do suicídio como meta do Programa Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil explicita em suas Diretrizes a amplitude com o qual deve ser considerado tal fenômeno.

Incluem-se nas diretrizes, aspectos como a promoção de qualidade de vida, a criação de estratégias de comunicação e sensibilização em relação a esse fenômeno, promoção de cuidados à população que contemplam acesso a modalidades terapêuticas, estímulo à pesquisa e a disseminação de informações sobre tentativas e suicídio propriamente dito, assim como a promoção de educação permanente de profissionais da saúde pública.

O Brasil, como primeiro país da América Latina a elaborar e apresentar Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio, está viabilizando não só a explicitação da preocupação com um fenômeno que tende a ficar à margem das discussões sociais e políticas como também acenando com a possibilidade de escrever um capítulo mais otimista em relação à intervenção do Estado nos problemas de saúde pública que são enfrentados por uma nação. As Diretrizes são, certamente, o

primeiro passo em uma jornada que busca intervir sobre um complexo fenômeno humano destacando as possibilidades inestimáveis de um olhar preventivo sobre o que afeta a saúde de nossa sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida Filho, N., Mari J., Coutinho, E., França, J., Fernandes, J., & Andreoli, S. (1992). Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Revista ABP-APAL*, 4, 93-104.
- Baldessarini, R. J., Tondo, I., & Hennen, J. (2003). Lithium treatment and suicide risk in major affective disorders: update and new findings. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 44-52.
- Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*, 1, 3, 181-185.
- Blazer, D. G., Kessler, R. C., McGonagle, K. D., & Swartz, M. S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 151, 979-986.
- Botega, N. J., Cano, F. O., Kohn, S. C., Knoll, A. I., Pereira, W. A. B., & Bonardi, C. M. (1995). Tentativa de suicídio e adesão ao tratamento: um estudo descritivo em hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44, 1, 19-25.
- Botega, N. J., & Garcia, L. S. L. (2004). Brazil: the need for violence (including suicide) prevention. *World Psychiatry*, 3, 157-158.
- Botega, N. J., Mauro, M. L. F., & Cais, C. F. S. (2004). Estudo multicêntrico de intervenção no comportamento suicida – Supre-Miss – Organização Mundial da Saúde. In B. G. Werlang, & N. J. Botega. (Org.). *Comportamento suicida* (pp. 123-140). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Botega, N. J., & Werlang, B. S. G. (2004). Avaliação e manejo do paciente. In B. G. Werlang, & N. J. Botega. (Org.). *Comportamento suicida* (pp. 123-140). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Botega, N. J., Barros, M. B. A., Oliveira, H. B., Dalgalarrodo, P., & Marin-León, L. (2005). Suicide behavior in the community: prevalence and factors associated to suicidal ideation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27, 1, 45-53.
- Botega, N. J., Furlaneto, L., & Frágoas Jr, R. (2006). Depressão. In N. J. Botega. (Org.). *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência* (pp. 225-246). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Ministério da Saúde (2006). *Diretrizes brasileiras para um plano nacional de prevenção do suicídio*. Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006.
- Brasil – Ministério da Saúde. Informações de Saúde – Estatísticas Vitais. (2006). *Sistema de Informações sobre Mortalidade/MS/SUS/DASIS*. [On line]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acessado em: jan. 2006.
- Clark, D. C., & Fawcett, J. (1992). An empirically based model of suicide risk assessment for patients with affective disorder. In D. Jacobs (Ed.). *Suicide and clinical practice* (pp. 55-73). Washington: Merican Psychiatric Press.
- De Leo, D. Bertolote, J., & Lester, D. (2003). La violencia autoinfligida. In E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zuví, & R. Lozano. *Informe mundial sobre la violence y la salud* (pp. 201-231). Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Freitas, G. V., & Botega, N. J. (2002). Prevalence of depression, anxiety and suicide ideation in pregnant adolescents. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 48, 245-249.

- Hawton, K., Arensman, E., Townsend, E., & Bremner, S. (1998). Deliberate self-harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *British Medical Journal*, *317*, 441-447.
- Henriksson, S., & Isacson, G. (2006). Increased antidepressant use and fewer suicides in Jamtland county, Sweden, after a primary care educational programme on the treatment of depression. *Acta Psychiatr Scand*, *114*, 3, 159-167.
- Lönnqvist, J. K. (2000). Psychiatric Aspects of Suicidal Behaviour. In K. Hawton, & K. Van Heeringen (Eds.). *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 107-121). Chichester: Wiley.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Hass, A., Hegerl, U., Lönnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P., & Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama*, *294*, 16, 2064-2074.
- Mortensen, P. B., Agerbo, E., Erikson, T., Qin, P., & Westergaard-Nielsen, N. (2000). Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. *Lancet*, *355*, 9197, 9-12.
- Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive interventions research*. Washington: National Academic Press.
- Oliveira, C. S., & Lotufo Neto, F. (2003). Suicide among indigenous people: a Brazilian statistical view. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *30*, 4-10.
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, *181*, 193-199.
- Rapeli, C. B., & Botega, N. J. (2005). Clinical profiles of serious suicide attempters consecutively admitted to a university-based hospital: a cluster analysis study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *27*, 285-289.
- Rich, C. L., Young, D., & Fowler, R. C. (1996). San Diego suicide study I: young X old subjects. *Archives of General Psychiatry*, *43*, 577-582.
- Rutz, W. (2001). Preventing suicide and premature death by education and treatment. *J Affect Disord*, *62*, 1-2, 123-129.
- Sánchez, R., Orejarena, S., Guzmán, Y., & Forero, J. (2002). Suicidio en Bogotá: un fenómeno que aumenta en poblaciones jóvenes. *Biomédica*, *22*, 417-424.
- Serfaty, E. M., Foglia, L., Masautis, A., & Negri, G. (2003). Violent causes of death in young people of 10 to 24 years old. Argentina 1991-2000. *Vertex*, *14*, 2, 40-48.
- Silva, V. F., Oliveira, H. B., Botega, N. J., Marin-Leon, L., Barros, M. B., Dalgalarrodo, P. (2006). Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. *Cadernos de Saúde Pública*, *22*, 9, 1835-1843.
- Suominen, K., Isometsa, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., & Lönnqvist, J. (2004). Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *Am J Psychiatry*, *161*, 3, 562-563.
- Werlang, B. G., Macedo, M. M., Krüger, L. L. (2004) Perspectiva Psicológica. In N. Botega, B. S. G. Werlang (Org.). *Comportamento Suicida* (pp. 45-58). Porto Alegre: Artmed.
- WHO – World Health Organization. (1998). *Health XXI: An introduction to the health for all policy framework for the WHO European region* (European health for all series n. 5).
- WHO – World Health Organization. (2002). *Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours SUPRE-MISS: Protocol of SUPRE-MISS*. Geneva.
- WHO – World Health Organization. (2003). *The World Health Report 2003: Shaping the future*. Geneva.
- WHO – World Health Organization. (2004). *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness*. Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), 1-19.
- WHO – World Health Organization. (2005). *Suicide prevention: facing the challenges, bulding solutions*. WHO European Ministerial Conference on Mental Health, 1-6.

Recebido em: 18/05/2006. Aceito em: 28/08/2006.

Autores:

Neury José Botega – Psiquiatra, Professor Titular do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Membro do Grupo de Trabalho para implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio (Ministério da Saúde). Blanca Susana Guevara Werlang – Psicóloga, Doutora em Ciências Médicas/Saúde Mental (UNICAMP), Professora Adjunta e Diretora da Faculdade Psicologia da PUCRS, Membro do Grupo de Trabalho para implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio (Ministério da Saúde). Carlos Filinto da Silva Cais – Psiquiatra, Mestre e Doutorando em Saúde Mental, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Mônica Medeiros Kother Macedo – Psicóloga, Psicanalista, Doutora em Psicologia (PUCRS), Professora Adjunta e Coordenadora do Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia (SAPP) da Faculdade de Psicologia da PUCRS e Membro Pleno da Sociedad Psicoanalítica del Sur de Buenos Aires.

Endereço para correspondência:

NEURY JOSÉ BOTEGA
Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria
Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP
Cx. Postal 6611 – Campinas, SP, Brasil