

CURSO DE PSICOLOGIA

**AS REPRESENTAÇÕES DE UMA POPULAÇÃO ACERCA DO SUICÍDIO**

Karla Kniphoff dos Santos

Santa Cruz do Sul, julho de 2017

Karla Kniphoff dos Santos

**AS REPRESENTAÇÕES DE UMA POPULAÇÃO ACERCA DO SUICÍDIO**

Projeto apresentado na disciplina de Trabalho de Curso I, sob orientação da professora Roselaine Berenice Ferreira da Silva.

Santa Cruz do Sul, julho de 2017

## **RESUMO**

O propósito desta pesquisa consistiu em verificar as representações de uma população acerca do suicídio, como também consistiu em identificar se existiu diferenças entre homens e mulheres na compreensão de seu conceito. Além disso, incidiu em identificar se as variáveis, idade, escolaridade e classe socioeconômica interferem na compreensão do conceito do suicídio, na população pesquisada, assim como se averiguou de que modo às pessoas identificam os sinais comportamentais de uma pessoa com intenção suicida. O presente estudo se constituiu de uma pesquisa quantitativa, descritiva e correlacional. Os sujeitos da amostra constituíram-se de adultos, com idades superiores a 18 anos, homens e mulheres, escolhidos aleatoriamente. O instrumento utilizado se deu em um questionário, com perguntas estruturadas acerca da percepção do suicídio, e constatou-se algumas variáveis, como idade, escolaridade, sexo, naturalidade, estado civil e profissão atual. As respostas dadas aos questionários se compuseram um banco de dados, sendo que os sujeitos tiveram seus nomes substituídos por números, com o intuito de preservar sua identidade. Todos esses dados foram analisados por estatística descritiva, através do programa estatístico SPSS for Windows versão 22.0, abrangendo médias, frequências e porcentagens. Os dados encontrados também foram analisados pelo método do qui-quadrado, estabelecendo estudo de correlação, com o intuito de verificar as variáveis que mais se associaram com o objeto principal do estudo, qual seja, a percepção do suicídio nesta população estudada.

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO .....                         | 5  |
| 2 METODOLOGIA .....                        | 8  |
| 2.1 Delineamento .....                     | 8  |
| 2.2 Sujeitos.....                          | 8  |
| 2.3 Instrumentos.....                      | 8  |
| 2.4 Procedimentos de Coleta de Dados ..... | 8  |
| 2.5 Procedimento de Análise de Dados ..... | 8  |
| 2.6 Procedimentos Éticos.....              | 9  |
| 3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....              | 10 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....              | 13 |
| 5 CONCLUSÃO .....                          | 31 |
| REFERÊNCIAS .....                          | 33 |
| ANEXO I.....                               | 37 |
| ANEXO II .....                             | 39 |

## 1 INTRODUÇÃO

Quando o assunto é suicídio, existe uma grande dificuldade das pessoas em falar sobre isto, pois no senso comum, quem comete tal ato é denominado covarde por não valorizar a vida. Quanto a isto, fica evidente o quão importante e fundamental é falar e compreender, de forma aprofundada, questões sobre o suicídio.

A palavra suicídio deriva do latim, *sui* (si mesmo) e *caederes* (ação de matar), [...] essa palavra foi incorporada posteriormente pela comunidade científica no século XIX, buscando-se explicações psiquiátricas e sociológicas para o tema (MORON, 1987 apud TORO ET AL, 2013).

O suicídio é um problema imemorial, complexo e desafiador. Tanto em função do sofrimento individual quanto familiar e coletivo, aliando-se às perdas pessoais, materiais e econômicas que pode causar, sendo assim que no entendimento de Bertolote (2012) citado por Botega (2015) tornou-se um grave problema da saúde pública. O mesmo autor também afirma que “o suicídio é a pior de todas as tragédias humanas. Não apenas representa a culminância de um sofrimento insuportável para o indivíduo, mas também significa uma dor perpétua e um questionamento torturante, infindável, para os que ficam” (2012, p. 7 apud BOTEGA, 2015).

Para compreender o suicídio, é preciso lançar um olhar atento às singularidades de cada situação, uma vez que a complexidade do fenômeno aponta fatores internos e externos ao suicida. O ato extremo representa uma ruptura radical para se livrar de uma dor psíquica insuportável, decorrente da vivência de situações traumáticas (MACEDO e WERLANG, 2007 APUD MORAIS e SOUZA, 2011).

A dor psíquica, por sua vez, corresponde a um sentimento de desagregação de si mesmo, que aproxima o indivíduo da vivência de morte. Nesse sentido, o suicídio é uma resposta autodestrutiva à intensa dor psíquica, isto é, uma saída para pôr fim aos conflitos e à angústia que ameaçam a integridade do eu. Em nome da não dor, a pessoa renuncia à própria vida por meio de um ato-dor (MACEDO e WERLANG, 2007 APUD MORAIS e SOUZA, 2011).

O suicídio figura entre as três principais causas de morte de pessoas que têm de 15 a 44 anos de idade. Segundo os registros da Organização Mundial de Saúde (OMS), ele é responsável anualmente por um milhão de óbitos (o que corresponde a 1,4% do

total de mortes). Essas cifras não incluem as tentativas de suicídio, de 10 a 20 vezes mais frequentes que o suicídio em si (WHO, 2014 apud BOTEGA, 2014).

Os meios mais frequentemente usados para o suicídio variam segundo a cultura e segundo o acesso que se tem a eles. Gênero e faixa etária também exercem influência, entre vários outros fatores. No Brasil, a própria casa é o cenário mais frequente de suicídios (51%), seguida pelos hospitais (26%). Os principais meios utilizados são enforcamento (47%), armas de fogo (19%) e envenenamento (14%). Entre os homens predominam enforcamento (58%), arma de fogo (17%) e envenenamento por pesticidas (5%). Entre as mulheres, enforcamento (49%), seguido de fumaça/fogo (9%), precipitação de altura (6%), arma de fogo (6%) e envenenamento por pesticidas (5%) (LOVISI ET AL, 2009 apud BOTEGA, 2014).

Em uma sociedade que não quer saber da morte, que busca escondê-la ou afastá-la a todo custo para impedir que ela aconteça alguém que tente ou que consiga tirar voluntariamente a própria vida, só poderia ser considerado, no jargão mais senso comum possível, um louco. E é por aí que costumam vir às justificativas do por que as pessoas costumam tirar suas vidas.

Outra questão que é importante de se pensar é que a palavra suicídio tem uma significação de morte bárbara [...] costuma-se desqualificar o ato daqueles que tentam tirar a própria vida e daqueles que conseguem fazê-lo. Ao desqualifica-lo, também se estigmatiza esses sujeitos como alguém que não pode estar são ou no controle da sua própria conduta e, com isso, acaba-se por amordaçar o indivíduo e impedir que tudo aquilo que sua morte poderia trazer a tona se manifeste. Há que se pensar que toda e qualquer morte traz a tona algo sobre a sociedade em que ela acontece (BRASIL, 2013).

A escolha de pesquisar sobre quais as percepções, compreensões e representações do suicídio para com a população em geral se deu a partir de um interesse pessoal, a fim de compreender quais representações as pessoas possuem acerca do suicídio e, também, em relação a quem comete o ato. Além disso, chamar a atenção para a prevenção e atenção das pessoas para com o outro, quando este possa estar dando sinais de sofrimento, os quais, provavelmente, nem sempre são percebidos pelas pessoas ao seu redor.

A proposta é poder esclarecer alguns mitos advindos, muitas vezes, do senso comum, tais como: “quem vive ameaçando nunca o faz”; “a tentativa de suicídio é uma forma de chamar a atenção”; “quem quer se matar não fala sobre o assunto, simplesmente se mata”; “quem comete o suicídio é louco”; “não se deve perguntar se a

pessoa está pensando em se matar porque isso pode induzi-la ao suicídio”; “se alguém quiser se suicidar, nada vai impedi-lo”; “quando uma pessoa tenta suicidar-se, tentará novamente pelo resto da vida”; “após uma tentativa de suicídio, uma melhora rápida significa que o perigo já passou”; “quem planeja o suicídio quer morrer”; “quem se mata é fraco e suicídio é coisa de rico”. (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

Verificar se existem diferenças entre homens e mulheres na compreensão do conceito do suicídio, identificar se as variáveis, idade, escolaridade e classe socioeconômica interferem na compreensão do conceito do suicídio e analisar se existe compreensão acerca dos sinais comportamentais ou emocionais quanto à intenção suicida entre a população pesquisada fazem parte, também, dos objetivos desse estudo.

Desta forma, acredita-se que seja um assunto importante e relevante, pois após aprofundamento deste tema, será obtida uma compreensão à forma das pessoas conceberem o suicídio, seus sinais e possibilidades de intervenção.

## **2 METODOLOGIA**

### **2.1 Delineamento**

O presente estudo foi constituído de uma pesquisa quantitativa, descritiva e correlacional.

### **2.2 Sujeitos**

A amostra foi constituída por sujeitos adultos, com idades superiores a 18 anos, entre homens e mulheres, escolhidos aleatoriamente.

### **2.3 Instrumentos**

A pesquisa conteve um questionário, formulado por esta pesquisadora, com perguntas estruturadas acerca da percepção do suicídio, bem como a identificação de algumas variáveis, como idade, escolaridade e sexo e dados sócio demográficos, como naturalidade, estado civil e profissão atual. (Anexo).

### **2.4 Procedimentos de Coleta de Dados**

Anterior à aplicação do questionário, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo). Houve o aceite para participar do estudo, e foi aplicado, por esta pesquisadora, o questionário de forma aleatória, em espaços públicos.

### **2.5 Procedimento de Análise de Dados**

O questionário compôs um banco de dados, contendo informações sobre o tema proposto. Neste banco, os sujeitos tiveram seus nomes substituídos por números, com o intuito de preservar sua identidade.

Todos esses dados foram analisados a partir da estatística descritiva através do programa estatístico SPSS for Windows versão 11.0 abrangendo médias, frequências e porcentagens.

## **2.6 Procedimentos Éticos**

A presente pesquisa consistiu em analisar o questionário aplicado em seres humanos, respeitando os anonimatos, possibilitando sigilo e confidencialidade de todos. Os resultados obtidos poderão ser publicados em artigos científicos, mas a identidade dos participantes da pesquisa será preservada e será mantido o mais rigoroso sigilo de qualquer informação que possa vir a identificá-los.

### 3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Em seus estudos sobre suicídio, Durkheim<sup>1</sup> acredita que o suicídio é qualquer ato direto ou indireto que uma pessoa é capaz de fazer contra si, tendo como finalidade a própria morte. As causas para tal comportamento são diversas, e quando uma pessoa se mata, não é fácil descobrir o que exatamente a levou a isso. O mesmo autor vem mostrar, então, que as causas para tal atitude não tem a ver somente com o indivíduo, mas sim com uma série de fatores sociais. Estes repercutem no indivíduo, levando-o a tirar sua própria vida. Porém, o modo como esses fatores refletem depende muito do modelo de sociedade que se considera (PONTES, 2013).

Organização social, natureza dos indivíduos que a compõem e acontecimentos que perturbam a harmonia do funcionamento coletivo são fatores que influenciam gritantemente nas taxas de suicídio de uma sociedade. Como cada uma possui suas peculiaridades, os fatores sociais vão agir de modo distinto. Assim, diferentes sociedades vão ter diferentes taxas de suicídio. Elas se manterão constantes e uma alteração só ocorreria caso houvesse uma mudança muito brusca na organização do corpo social (PONTES, 2013).

Um clássico nessa literatura, *O Suicídio*, publicado em 1897/2000, escrito pelo sociólogo já citado, Émile Durkheim, relata o suicídio como um fenômeno social e definiu quatro tipos de acordo com a perspectiva sociológica: egoísta, altruísta, anômico e fatalista. O primeiro resulta da baixa integração entre o indivíduo e a sociedade, tendo o seu término de vida pouco impacto para a sociedade. O segundo, o *altruísta*, corresponde ao indivíduo fortemente dependente da comunidade, sem vida própria. O anômico está ligado ao desregramento entre o indivíduo e as normas da sociedade, que o impede de achar uma solução específica para os seus problemas, havendo um acúmulo de fracassos e decepções favoráveis ao suicídio. Finalmente, o autor cita o tipo fatalista, que decorre do exagero de normas e controle, ficando o indivíduo oprimido, incapaz de reagir aos obstáculos (MORAIS e SOUSA, 2011).

Desse modo, uma tentativa de suicídio pode ser compreendida e pensada com base nessa mescla de palavras: sofrimento, paixão, passividade, sendo extremamente fundamental considerar a singularidade do ato e seus efeitos no psiquismo (TORO ET AL, 2013).

---

<sup>1</sup> Émile Durkheim (1858-1917) é considerado o pai da Sociologia, empenhando-se ao longo de sua vida para consolidá-la como ciência autônoma e específica.

Ao analisar o suicídio sob a ótica da psicopatologia, esse pode ser considerado como uma saída para uma crise, para um intenso sofrimento, em que sentimentos ambivalentes, de desamparo estão presentes na vida do sujeito (TORO ET AL, 2013).

Como também, há comportamentos suicidários mais abrangentes, os quais se incluem conceitos como; o para-suicídio, a tentativa de suicídio e a ideação suicida. O para suicídio caracteriza-se por um “ato não fato, através do qual o indivíduo protagoniza um comportamento invulgar, sem intervenção de outrem, causando lesões a si próprio ou ingerindo uma substância em excesso, além da dose prescrita, reconhecida geralmente como terapêutica, com vista a conseguir modificações imediatas com o seu comportamento ou a partir de eventuais lesões físicas consequentes” (PEREIRA, CARDOSO, 2015).

Por sua vez, a tentativa de suicídio define-se “como o ato levado a cabo por um indivíduo e que visa a sua morte, mas que por razões diversas não é alcançada. O fator primordial de diferenciação entre estes dois conceitos é o grau de intencionalidade em por termo à vida. Enquanto na tentativa de suicídio o indivíduo tem intenção de morrer, mas é frustrado, no comportamento para-suicida e sua intenção é, essencialmente, manipulativa (PEREIRA, CARDOSO, 2015).

Para além disso, a definição clássica de para-suicídio comporta: as autolesões, definidas como comportamentos auto agressivos moderados aos quais o indivíduo recorre para aliviar a tensão sentida, por não possuir estratégias mentais que lhe permitam lidar com estados emocionais indesejados e intensos, e automutilações, que se caracterizam por comportamentos auto agressivos mais graves, tais como a amputação de membros (PEREIRA, CARDOSO 2015).

A ideação suicida, enquanto comportamento pertencente ao espectro de comportamentos suicidários, diz respeito ao pensamento ou ideia que engloba desejos, atitudes ou planos do indivíduo para acabar com a sua própria vida (BORGES & WERLANG, 2006, APUD PEREIRA ET AL, 2015) e constitui um dos primeiros indicadores de que alguém poderá vir a cometer suicídio (PEREIRA, CARDOSO, 2015).

A organização Mundial de Saúde alerta o aumento de até 60% no número de suicídios nos últimos 45 anos em todo o mundo, representando a terceira maior causa de morte na faixa etária entre 15 e 35 anos em ambos os sexos (WHO, 2001, p. 5, APUD RIO GRANDE DO SUL, 2011).

A sociedade parece já ter incorporado a violência como um grave problema a ser enfrentado, com a elaboração de diversas ações e políticas com este objetivo. Porém, o mesmo ainda não aconteceu com o suicídio, que permanece envolto por dificuldades na sua abordagem. Para que essa situação seja modificada, é necessária uma mudança de atitude frente ao problema (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta pesquisa se estruturou a partir de uma aplicação de questionários, com perguntas abertas e fechadas, a fim de proporcionar aos entrevistados maior possibilidade de se expressar sobre questões de suicídio. O questionário foi aplicado em 55 pessoas, maiores de 18 anos, homens e mulheres.

A seguir, serão demonstrados, em forma de tabelas, a caracterização da amostra para este estudo. Na tabela 1, percebe-se que 54,5% dos participantes da pesquisa eram jovens adultos, de 18 a 28 anos de idade. E segundo Hohendorff e Melo (2009), a idade adulta é a etapa na qual a morte vai além dos conceitos de universalidade e irreversibilidade. Nessa etapa, há um significado social, pois a morte de uma pessoa acarreta a mudança de papéis e relações na família. [...] a morte faz com que o adulto se depare com sua finitude em um momento no qual os indivíduos lidam com questões do início da idade adulta, tais como os profissionais e familiares (PAPALIA; OLDS, 2000 *apud* HOHENDORFF, 2009).

**Tabela 1 - Distribuição da Frequência por Idades na amostra**

|              | <b>Frequência</b> | <b>%</b>     |
|--------------|-------------------|--------------|
| 18-28 anos   | 30                | 54,5         |
| 29-38 anos   | 9                 | 16,4         |
| 39-48 anos   | 2                 | 3,6          |
| 49-58 anos   | 8                 | 14,5         |
| 59-68 anos   | 5                 | 9,1          |
| 69-acima     | 1                 | 1,8          |
| <b>Total</b> | <b>55</b>         | <b>100,0</b> |

Já na Tabela 2, observa-se que 81,8% dos participantes da pesquisa eram do sexo feminino, totalizando 45 mulheres entrevistadas.

**Tabela 2 - Distribuição da Frequência em sexo distribuída na amostra**

|              | <b>Frequência</b> | <b>%</b>     |
|--------------|-------------------|--------------|
| Feminino     | 45                | 81,8         |
| Masculino    | 10                | 18,2         |
| <b>Total</b> | <b>55</b>         | <b>100,0</b> |

Por sua vez, na tabela 3, 56,4% dos participantes da pesquisa possuíam ensino médio completo.

**Tabela 3 - Distribuição da Frequência em escolaridade distribuída na amostra**

|                     | <b>Frequência</b> | <b>%</b>     |
|---------------------|-------------------|--------------|
| Fund.incompleto     | 2                 | 3,6          |
| Fund.completo       | 8                 | 14,5         |
| Ens.médio completo  | 31                | 56,4         |
| Superior incompleto | 4                 | 7,3          |
| Superior completo   | 8                 | 14,5         |
| Pós-graduação       | 2                 | 3,6          |
| <b>Total</b>        | <b>55</b>         | <b>100,0</b> |

Na Tabela 4, 49,1% dos participantes da pesquisa possuíam outro tipo de emprego, como trabalho voltado ao comércio, ou estagiários CIEE.

**Tabela 4 - Distribuição da Frequência em escolaridade distribuída na amostra**

|                     | <b>Frequência</b> | <b>%</b>     |
|---------------------|-------------------|--------------|
| Autônomo            | 5                 | 9,1          |
| Funcionário público | 1                 | 1,8          |
| Empresa privada     | 22                | 40,0         |
| Outro               | 27                | 49,1         |
| <b>Total</b>        | <b>55</b>         | <b>100,0</b> |

Em relação ao estado civil, conforme a tabela 5, 47,3% dos participantes da pesquisa eram solteiros.

**Tabela 5 -Distribuição da Frequência em estado civil distribuída na amostra**

|               | <b>Frequência</b> | <b>%</b>     |
|---------------|-------------------|--------------|
| Solteiro      | 26                | 47,3         |
| Casado        | 16                | 29,1         |
| União estável | 8                 | 14,5         |
| Divorciado    | 2                 | 3,6          |
| Viúvo         | 3                 | 5,5          |
| <b>Total</b>  | <b>55</b>         | <b>100,0</b> |

Praticamente, todos os participantes, com exceção de um, são naturais do estado do Rio Grande do Sul.

**Tabela 6 - Distribuição da Frequência em naturalidade distribuída na amostra**

|                   | <b>Frequência</b> | <b>%</b>     |
|-------------------|-------------------|--------------|
| Rio Grande do Sul | 54                | 98,2         |
| Outro estado      | 1                 | 1,8          |
| <b>Total</b>      | <b>55</b>         | <b>100,0</b> |

As próximas tabelas focarão as respostas dadas, pelas pessoas desta amostra, ao questionário aplicado com perguntas abertas. Todo o questionário foi composto por perguntas abertas e fechadas, com o intuito de questionar e averiguar o conhecimento que as pessoas tinham acerca do suicídio, bem como se já conheceu alguém que cometeu o suicídio, qual o vínculo existente com aquela pessoa, se as pessoas dão sinais de que irão cometer o suicídio e quais esses sinais, se já conversaram com alguém sobre este assunto e o que motivou a conversa, assim como se quem comete o suicídio tem algum problema e qual o problema desta pessoa e por fim, que tipo de ajuda esta pessoa precisa.

Na tabela 7, mostra que todos os participantes possuíam conhecimento do que é o suicídio. Segundo Harimoto *et al* (2005) a conceituação de suicídio é extremamente controversa pois, muitas vezes, a intenção de se matar jamais será revelada até que a morte ocorra (LEENAARS *et al apud* HARIMOTO *et al* 2005).

Na sua obra clássica, O Suicídio, de 1827, Émile Durkheim definiu-o como [...] todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo realizado pela própria vítima, a qual sabia dever ele produzir este resultado (HARIMOTO *et al* 2005).

Para Stuart e Laraia (2006) *apud* Silvia e Paz (2016), o suicídio é então considerado um comportamento autodestrutivo, cuja intenção desse é a morte, ou ainda possui uma ação suicida indireta, ou seja, a tentativa ao suicídio acontece quando o indivíduo pratica qualquer atividade prejudicial ao bem-estar físico, que possa resultar futuramente em sua morte.

Já para Botega (2015), o suicídio é um problema imemorial, complexo e desafiador. Tanto em função do sofrimento individual quanto familiar e coletivo; aliando-se às perdas pessoais, materiais e econômicas que pode causar; sendo assim no entendimento de Bertolote (2012) *apud* Botega (2015) tornou-se um grave problema da

saúde pública. O mesmo autor também afirma que o suicídio é a pior de todas as tragédias humanas. Não apenas representa a culminância de um sofrimento insuportável para o indivíduo, mas também significa uma dor perpétua e um questionamento torturante, infundável, para os que ficam.

**Tabela 7 - Frequência quanto a noção do conceito de suicídio**

|              | <b>Frequência</b> | <b>%</b>     |
|--------------|-------------------|--------------|
| Sim          | 55                | 100,0        |
| <b>Total</b> | <b>55</b>         | <b>100,0</b> |

Uma das outras perguntas presentes no questionário, averiguava se a pessoa conhecia alguém que já cometeu suicídio. Na tabela abaixo, constata-se que 70,9% dos participantes da pesquisa conheciam alguém que cometeu o suicídio.

Uma análise inicial a ser feita diz respeito a pensar que este número seja reflexo de tantos suicídios que tem ocorrido nos últimos tempos. Conforme buscas feitas na internet, no site G1, em 2014 aponta uma alta de 15,3% de suicídios entre jovens e adolescentes no Brasil, com predominância entre pessoas do sexo masculino. Neste mesmo portal, refere-se que o índice maior na população masculina é devido a maior agressividade neste sexo, porque a forma que os homens se matam é mais violenta, com uso de armas de fogo, por exemplo.

Já no site BBC Brasil<sup>2</sup>, existem evidências de que em 12 anos, a taxa de suicídios na população de 15 a 29 anos subiu de 5,1 por 100 mil habitantes em 2002 para 5,6 em 2014, ou seja, um aumento de quase 10%.

O site NEXO<sup>3</sup> consta que o suicídio tem crescido entre as causas de mortes de jovens no Brasil. Em 2013, 1% de todas as mortes de crianças e adolescentes do país foram por suicídio. Entre jovens de 16 e 17 anos, a taxa é ainda maior, de 3% frente ao número total. O aumento também ocorre em relação às mortes para cada 100 mil jovens dessa mesma faixa etária: a taxa foi de 2,8 por 100 mil em 1980 para 4,1 em 2013.

Segundo Botega (2014), a cada 45 segundos ocorre um suicídio em algum lugar do planeta. Há um contingente de 1.920 pessoas que põe fim à vida diariamente. Porém, os dados sobre mortalidade por suicídio no Brasil derivam de informações constantes de

<sup>2</sup> Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/brasil-39672513>

<sup>3</sup> Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2016/06/30/Por-que-precisamos-falar-sobre-o-suic%C3%ADdio-de-jovens-no-Brasil>

atestados de óbitos compiladas pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. Esses dados costumam estar subestimados.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ao comparar suas projeções demográficas com o total de óbitos registrados nos cartórios brasileiros, estima que 15,6% dos óbitos não foram registrados em cartório (sub-registro).

**Tabela 8 - Frequência quanto ao conhecimento de alguém que cometeu suicídio**

|              | <b>Frequência</b> | <b>%</b>     |
|--------------|-------------------|--------------|
| Sim          | 39                | 70,9         |
| Não          | 16                | 29,1         |
| <b>Total</b> | <b>55</b>         | <b>100,0</b> |

Já na Tabela 9, mostra que 32,7% dos participantes da pesquisa, assinalaram que tinham um amigo que cometeu o suicídio. Isso remete que os sinais, muitas vezes, acabam passando despercebidos entre as pessoas, pois a falta de informação e esclarecimento sobre os riscos dos comportamentos autodestrutivos, por parte dos familiares e dos próprios profissionais de saúde, acarreta grande descompasso entre as necessidades daquele que apresenta a ideação suicida e a tomada de atitudes das pessoas de seu convívio, fator que ampliaria as possibilidades de se evitar o ato suicida.

Alterações de comportamento, isolamento social, ideias de autopunição, verbalizações de conteúdo pessimista ou de desistência da vida, e comportamentos de risco podem sinalizar um pedido de ajuda. O comportamento suicida está frequentemente associado com a impossibilidade do indivíduo de identificar alternativas viáveis para a solução de seus conflitos, optando pela morte como resposta de fuga da situação estressante (Barbosa *et al*, 2011).

Sabe-se que falar sobre morte ainda é um tabu, pois remete medo, insegurança e até ansiedade em algumas pessoas, então, falar sobre suicídio é ainda mais difícil. Um dado curioso foi que, à medida que alguns participantes iam respondendo ao questionário, revelavam sentimentos de receio e desconforto, demonstrados em gestos faciais, assim como em falas de que era um assunto complicado e que não entendiam muito bem.

Segundo Botega (2016):

"Para uma pessoa falar que quer se matar, ela até pode estar querendo chamar atenção, mas esse não é o único aspecto que a gente tem de considerar. Porque, se uma pessoa fala isso 'só' para chamar atenção, também indica que ela não está muito bem" [...] "O que acontece é que, quando uma pessoa faz um comentário desse tipo, ela provoca rejeição. A gente está mais propenso a admirar quem luta pela vida" (BRITO, GABRIELA 2016).

Ainda de acordo com Botega (2016), o fato de o problema ser muitas vezes relacionado a alterações mentais, a maioria dos casos envolve pessoas com doenças como depressão, transtorno bipolar e esquizofrenia causa ainda mais temor entre as pessoas. Alerta o autor que é essencial ficar atento, pois ele ainda cita que fatores estressantes como a perda de um emprego, uma separação conjugal ou mesmo a morte de alguém próximo também podem levar pessoas deprimidas a pensar em tirar a própria vida. Abusos na infância, sejam eles sexuais, físicos ou psicológicos, são outros agravantes.

Botega (2016) ainda ressalta que:

“A gente ‘tem’ de ser feliz, estar bonito na fotografia, ser um vencedor, mas a vida não é assim. Então, pode ser que muitas pessoas na atualidade tenham uma profunda intolerância para suportar a dor, a angústia, aquelas coisas normais da vida” (BRITO, GABRIELA 2016).

Segundo Conselho Federal de Psicologia (2013), o suicídio é tratado de forma moralizante, ou seja, a sociedade como um todo tende a compreender o suicídio como um fenômeno necessariamente negativo, do qual se quer buscar constantemente um afastamento. Para a sociedade, a morte em geral é vista como um tabu, sendo que as pessoas não gostam e não querem ouvir falar. Em uma sociedade que não quer saber da morte, que busca escondê-la ou afastá-la a todo custo para impedir que ela aconteça com alguém que tente ou que consiga tirar voluntariamente a própria vida, só poderia ser considerado, no jargão mais “senso comum” possível, um louco.

O suicídio é cercado pelo desconhecimento, medo, preconceito, incômodo e atitudes condenatórias, o que leva ao silêncio a respeito do problema. O suicídio ainda é visto como um problema individual, o que dificulta muito o seu entendimento como um problema que afeta toda a sociedade (RIO GRANDE DO SUL, 2011). Pois, segundo Fukumitsu (2013), o suicídio é considerado um fenômeno individual, porém é um grande problema de saúde pública, assim como Botega *et al* (2014) *apud* Fukumitsu (2013), ressalta que o suicídio não é tão somente uma tragédia no âmbito pessoal; ele também representa um sério problema de saúde pública.

Ainda há um longo caminho a ser percorrido para que o suicídio deixe de ser um tabu, e passa a ser um assunto de extrema importância a se falar entre a família e os amigos, pois, acredita-se que o diálogo pode ajudar alguém a não cometer o ato.

**Tabela 9 – Frequência quanto ao vínculo de alguém que cometeu o suicídio**

|                 | <b>Frequência</b> | <b>%</b>     |
|-----------------|-------------------|--------------|
| Amigo           | 18                | 32,7         |
| Parente próximo | 8                 | 14,5         |
| Outro           | 13                | 23,6         |
| Inexistente     | 16                | 29,1         |
| <b>Total</b>    | <b>55</b>         | <b>100,0</b> |

Na Tabela 10, 78,2% dos participantes da pesquisa marcaram a opção de que quem comete o suicídio, dá sinais de que irá cometer o ato. Tal dado nos mostra que as pessoas acreditam que podem visualizar um possível sinal de suicídio. Em entrevista dada ao site GALILEU<sup>4</sup>, Mônica Kother Macedo, psicanalista especializada em suicídio e professora da PUCRS, refere alguns sinais de alerta para um possível suicídio, como as falas “não aguento mais”, “eu queria sumir” e “eu quero morrer”, sinais esses que nos remetem alerta para essa pessoa. As mudanças inesperadas também podem ser um sinal de alerta, como alguém tinha um *hobby* e abandona tudo, era super vaidoso e fica desinteressado, essa mudança de comportamento é o momento em que a gente se aproxima da pessoa para saber o que está acontecendo, porque quem sabe dividindo ela vai entender que é só uma fase.

Segundo Cândido (2011) *apud* Fukumitsu (2014) ressalta que “a morte por suicídio é quase sempre sentida como inesperada e imprevisível. Apesar da existência de toda uma gama de sinais potencialmente preditivos do risco”, e dessa maneira, o suicídio de qualquer pessoa pode ser cravado na pele e penetrar nas entranhas de cada existência e, como cita Jamison (2010) *apud* Fukumitsu (2014), “O sofrimento do suicida é íntimo e indizível, deixando que familiares, amigos e colegas lidem com uma espécie de perda quase insondável, assim como o sentimento de culpa”.

O suicídio nada mais é do que uma resposta a uma desadaptação das pessoas para com o mundo que o cerca (STUART; LARAIA, 2001 *apud* SETTI, 2010). Klerman (1987) e Pirkola *et al* (2000) *apud* Setti (2010), referem uma série de fatores precipitantes relacionados ao suicídio, como problemas domésticos, perda do emprego, dificuldades financeiras e legais, doenças crônicas e alcoolismo.

<sup>4</sup> Disponível em: <http://revistagalileu.globo.com/Sociedade/noticia/2014/10/6-sinais-de-comportamento-suicida.html>

Segundo o Psiquiatra Humberto Correa da Silva Filho, vice-presidente da Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio, em entrevista ao site GALILEU<sup>5</sup>, quase 100% das pessoas que se suicidaram enfrentava algum problema mental, a maioria depressão. Quem está sofrendo de depressão ou outro transtorno deve receber maior atenção. Caso a pessoa consome álcool ou outras drogas, a atenção deve ser redobrada. Conforme o psiquiatra entrevistado, o maior coeficiente de suicídio se dá por transtorno de humor associado ao uso de substâncias psicoativas, mais da metade dos casos de suicídio. Depressão e consumo de álcool e drogas é responsável pelo maior número de mortes no mundo inteiro.

Conforme Botega, em entrevista dada ao site NEXO<sup>6</sup> refere que "não temos esse poder de inocular a ideia na pessoa. E, se não tentarmos saber o que ela está pensando sobre o assunto, não conseguiremos ajudá-la".

Conforme este mesmo site, Botega (2016) relata que:

“as pessoas estão com dificuldade para lidar com a dose de angústia que acompanha a existência humana. Há vazio e solidão. Mas, não a solidão de simplesmente estar só. É uma solidão do desamparo, de um vazio desesperado e difícil de ser transformado em pensamentos apaziguadores, um vazio relacionado à ausência de vínculos e de pertencimento. Não se consegue dar um significado para a existência”.

Segundo o site dos EUA, AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION<sup>7</sup>, é possível observar sinais de pessoas que estão próximas para identificar uma possível ideação suicida, logo, encaminhá-la a um profissional da saúde, tais como:

- **Falando sobre morrer:** qualquer menção de morrer, desaparecer, saltar, disparar-se ou outros tipos de danos pessoais.
- **Perda recente:** através da morte, divórcio, separação, relacionamento quebrado, autoconfiança, autoestima, perda de interesse em amigos, passatempos ou atividades anteriormente apreciadas.
- **Mudança na Personalidade:** triste, retirada, irritável, ansiosa, cansativa, indecisa, apática.
- **Mudança no Comportamento:** não pode se concentrar nas tarefas escolares, de trabalho ou de rotina.

---

<sup>5</sup> Disponível em: <http://revistagalileu.globo.com/Sociedade/noticia/2014/10/6-sinais-de-comportamento-suicida.html>

<sup>6</sup> Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2016/06/30/Por-que-precisamos-falar-sobre-o-suic%C3%ADdio-de-jovens-no-Brasil>

<sup>7</sup> Disponível em: <http://www.apa.org/research/action/suicide.aspx>

- **Mudança nos padrões de sono:** insônia, muitas vezes com acordos precoce ou excesso de sono, ou pesadelos.
- **Mudança nos hábitos alimentares:** perda de apetite e peso, ou excesso de comida.
- **Medo de perder o controle:** atuando erráticamente, prejudicando a si próprio ou a outros.
- **Baixa autoestima :** sentir-se inútil, vergonha, culpa esmagadora, auto-ódio, "todos seriam melhores sem mim".
- **Nenhuma esperança para o futuro:** acreditar que as coisas nunca melhorarão, ou que nada nunca mudará.

Por esta razão, importante o diálogo entre as pessoas, pois por mais que não se tenha um conhecimento de como ajudar uma pessoa com ideação suicida, saber alguns sinais que podem ser um sinal de alerta para que o mesmo possa ser encaminhado para um profissional da saúde.

Segundo Alexandria Meleiro, em entrevista dada ao site NEXO, já citado, o suicídio “é uma morte evitável, é como tomar uma vacina ou diminuir o sal. É possível buscar tratamento antes de chegar a uma consequência tão desastrosa”.

**Tabela 10 – Frequência quanto à percepção dos sinais dados pelo suicida**

|              | <b>Frequência</b> | <b>%</b>     |
|--------------|-------------------|--------------|
| Sim          | 43                | 78,2         |
| Não          | 12                | 21,8         |
| <b>Total</b> | <b>55</b>         | <b>100,0</b> |

Na Tabela 11, mostra que 41,8% dos participantes da pesquisa relacionaram os sinais de um suicídio com a depressão. No site G1, já citado, é mencionado que em Outubro de 2016, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou uma cartilha anual de recomendação para a prevenção do suicídio. Nela, são apontadas 15 causas frequentes que influenciam na retirada da própria vida, como o uso de álcool e drogas, perda ou luto e outros transtornos mentais, como a esquizofrenia. Mas, a maior parte dos casos são executados por pessoas com depressão, independente de sexo, faixa etária ou qualquer outra característica.

Segundo este mesmo site, a depressão é uma doença grave que, se tratada corretamente, tem cura. Cerca de 60% a 80% dos casos podem ser tratados com medicação e psicoterapia em um atendimento primário. Sendo assim, identificar os sintomas da depressão, entre eles a falta de ânimo para viver, sensibilidade e emoções a

flor da pele, distúrbios no sono, e entender a seriedade da situação é o primeiro passo para ajudar a pessoa depressiva a reverter essa situação. São várias as causas da doença, e em muitos casos seu aparecimento está associado a fortes impactos vividos, como perdas, lutos, doenças, conflitos nos relacionamentos, dificuldades ou perdas financeiras.

Por se tratar de um problema que se agrava aos poucos, é comum que a doença seja diagnosticada em um quadro já avançado, e às vezes, não sendo tratada com a devida importância. O maior problema é que em apenas 30% dos casos os pacientes recebem um tratamento adequado, e o agravamento da doença pode levar a pessoa portadora ao suicídio. De acordo com a OMS, de cada 100 pessoas com depressão, 15 delas decidem colocar fim a própria vida. Nesses casos mais extremos, em que ocorrem tentativas de suicídios ou, até mesmo o suicídio, a pessoa diagnosticada não necessariamente deseja pôr fim a própria vida, mas pedir desesperadamente por socorro.

Segundo Cassorla (1991) o conceito de suicídio advém de teorizações derivadas dos conceitos freudianos de pulsão de morte, pois segundo ele, a pulsão está presente em todos nós e pode manifestar-se não somente no ser humano individual como também em grupos e sociedades maiores. Ou seja, existe uma luta constante entre vida e morte, mas em termos de espécie, a vida continua. Então, somos obrigados a encontrar outros referenciais, como a fé, a religião, as ideologias, a própria ciência como religião, porque não suportamos o não saber, com isso, acaba-se “engolindo” qualquer teoria que lhes prometa uma resposta ou a salvação eterna (CASSORLA, ROOSEVELT 1991).

Ainda segundo Cassorla (1991), temos que compreender que o homem em geral precisa dessa fé, dessa religião e de soluções em outras áreas para suprir sua impotência e desespero. Ressalta ainda que os profissionais da Saúde Mental sabem que esses mecanismos são muito importantes na manutenção do equilíbrio mental, porém não se sabe se são verdadeiras ou falsas, mas é extremamente necessária e útil.

Ainda de acordo, ressalta que não existe uma causa para o suicídio. Trata-se de um evento que ocorre como culminância de uma série de fatores que vão se acumulando na biografia do indivíduo, em que entram em jogo desde fatores constitucionais até fatores ambientais, culturais, biológicos, psicológicos etc.

Para uma pessoa ser diagnosticada com depressão, ou com um episódio depressivo maior, de acordo com o DSM-V, deverá ter cinco ou mais dos seguintes sintomas que ocorrem no mesmo período de duas semanas e representam uma mudança do funcionamento anterior da pessoa, tais sintomas:

- Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, como indicado pelo relato subjetivo (por exemplo, sentimentos de tristeza ou de vazio) ou pela observação feita por outras pessoas (por exemplo, choro frequente).
- Interesse ou prazer marcadamente diminuído em todas ou em quase todas as atividades na maior parte do dia, praticamente todos os dias.
- Perda significativa de peso quando não se está em dieta ou ganho de peso (por exemplo, uma mudança de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias.
- Insônia ou hipersonia praticamente todos os dias.
- Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias.
- Fadiga ou perda de energia praticamente todos os dias.
- Sentimentos de menos-valia ou de culpa excessiva ou inapropriada (que pode ser delirante) quase todos os dias.
- Capacidade reduzida de pensar ou de se concentrar; ou indecisão quase todos os dias.
- Pensamentos recorrentes de morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, ou tentativa suicida ou um plano específico para cometer suicídio (BARLOW, DURAND, 2008).

Portanto, identificar os sintomas da depressão é o primeiro passo para que essa pessoa possa receber um tratamento adequado para evitar a ideação ou o ato propriamente dito. Por isso o diálogo é tão importante entre as pessoas, principalmente entre grupos de amigos, famílias ou meios em que a pessoa está inserida no seu dia a dia.

**Tabela 11 – Frequência quanto ao conhecimento dos sinais**

|                       | <b>Frequência</b> | <b>%</b>     |
|-----------------------|-------------------|--------------|
| Depressão             | 23                | 41,8         |
| Ansiedade             | 2                 | 3,6          |
| Inexistente           | 15                | 27,3         |
| Falar sobre o assunto | 5                 | 9,1          |
| Doença mental         | 2                 | 3,6          |
| Insegurança           | 1                 | 1,8          |
| Silêncio              | 1                 | 1,8          |
| Desânimo              | 1                 | 1,8          |
| Agitação              | 2                 | 3,6          |
| Isolamento            | 3                 | 5,5          |
| <b>Total</b>          | <b>55</b>         | <b>100,0</b> |

Na Tabela 12, mostra que 65,5% dos participantes da pesquisa já conversaram, em algum momento, sobre o suicídio. Número bem expressivo se formos pensar que falar sobre morte, especialmente sobre o suicídio, é difícil e requer um mínimo de conhecimento para saber como falar do assunto.

São reconhecidos os mitos relacionados ao suicídio, como: “quem vive ameaçando nunca o faz”; “a tentativa de suicídio é uma forma de chamar a atenção”; “quem quer se matar não fala sobre o assunto, simplesmente se mata”; “quem comete o suicídio é louco”; “não se deve perguntar se a pessoa está pensando em se matar porque isso pode induzi-la ao suicídio”; “se alguém quiser se suicidar, nada vai impedi-lo”; “quando uma pessoa tenta suicidar-se, tentará novamente pelo resto da vida”; “após uma tentativa de suicídio, uma melhora rápida significa que o perigo já passou”; “quem planeja o suicídio quer morrer”; “quem se mata é fraco e suicídio é coisa de rico”. (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

É de extrema importância o conhecimento das pessoas quanto ao suicídio para tentar-se evitar que este número aumente cada vez mais, como já está aumentando. Outro ponto que pode ser considerado é a falta de diálogo entre as pessoas devido à informatização em que estamos inseridos a cada dia. Conversar pessoalmente virou algo inédito, pois, as redes sociais e aplicativos de texto nos afastam do contato direto com as pessoas, impossibilitando, muitas vezes, de perceber o sofrimento do outro.

**Tabela 12 – Frequência quanto a falar sobre o suicídio**

|              | <b>Frequência</b> | <b>%</b>     |
|--------------|-------------------|--------------|
| Sim          | 36                | 65,5         |
| Não          | 19                | 34,5         |
| <b>Total</b> | <b>55</b>         | <b>100,0</b> |

Na Tabela 13, mostra que 29,1% dos participantes da pesquisa referem que falaram sobre o suicídio após a morte de alguma pessoa próxima, por suicídio. Dado importante a ser ressaltado, pois nos remete o quanto este fato mobiliza e sensibiliza as pessoas, motivando-as a falar sobre o assunto, mesmo apenas quando morre alguém por este problema.

Eis um ponto muito importante a se pensar em trabalhar em educação, pois precisamos urgentemente falar sobre o suicídio, mas para falar sobre o assunto, temos que ter conhecimento, e só podemos adquirir conhecimento indo atrás de informações, sejam elas via livros, palestras e conversas informais com pessoas que conhecem o assunto, como também procurando profissionais de saúde mental para maiores informações e esclarecimentos sobre o mesmo.

Sabe-se que a melhor maneira de ajudar alguém a não cometer o suicídio é observando suas atitudes e falas, assim como a auxiliando a buscar auxílio profissional. Porém, se as pessoas não conversam sobre este assunto, como alguém que possui ideiação suicida conseguirá ajuda?

Acredita-se que uma das melhores maneiras de se ajudar essas pessoas com ideiação suicida ou tentativas de suicídio, é através do reconhecimento dos sinais e logo, encaminhamento para um profissional da saúde mental.

**Tabela 13 – Frequência quanto ao motivo da conversa**

|                          | <b>Frequência</b> | <b>%</b>     |
|--------------------------|-------------------|--------------|
| Interesse                | 6                 | 10,9         |
| Inexistente              | 19                | 34,5         |
| Brincadeira entre amigos | 1                 | 1,8          |
| Outra pessoa             | 7                 | 12,7         |
| Morte de alguém          | 16                | 29,1         |
| Maior conhecimento       | 4                 | 7,3          |
| Pessoas com problemas    | 2                 | 3,6          |
| <b>Total</b>             | <b>55</b>         | <b>100,0</b> |

Na Tabela 14, 98,2% dos participantes da pesquisa acreditam que uma pessoa que comete o suicídio tem algum problema. Se não conversamos sobre o suicídio, mas sabemos que quem comete o ato tem problema, existe aí a incógnita. Para saber e poder de alguma forma ajudar essa pessoa com ideiação suicida, temos que falar sobre o assunto, pois se não conversarmos, acabará acontecendo o que está acontecendo em

nossa sociedade. Jovens, adultos, mulheres e homens se suicidando, e sua família sem conhecimento algum das causas desse acontecimento.

A ideação suicida, enquanto comportamento pertencente ao espectro de comportamentos suicidários, diz respeito ao pensamento ou ideia que engloba desejos, atitudes ou planos do indivíduo para acabar com a sua própria vida (BORGES & WERLANG, 2006, *apud* PEREIRA *et al*, 2015) e constitui um dos primeiros indicadores de que alguém poderá vir a cometer suicídio (PEREIRA, CARDOSO, 2015).

O comportamento suicida pode ser compreendido como uma série de comportamentos, dentre os quais estão o pensamento (ou ideação) suicida, o planejamento para o suicídio, a tentativa de suicídio e o suicídio propriamente dito. Segundo Wenzel, Brown e Beck (2010) *apud* Marback, Pelisoli (2014), a ideação suicida é compreendida como pensamentos, crenças, imagens, vozes ou qualquer outra cognição mencionada pelo indivíduo que se refere a acabar com a própria vida.

Já o planejamento para o suicídio acontece no momento em que o indivíduo, mobilizado com a ideação, decide planejar detalhes para a realização do ato, como o método a ser usado, o local, o melhor horário e, em alguns casos, escrever um bilhete de despedida (Meleiro & Bahls, 2004 *apud* Marback, Pelisoli 2014). A tentativa de suicídio, por sua vez, é definida por comportamentos autoagressivos não fatais, que podem deixar sequelas, graves ou não. Por último, o suicídio se caracteriza pela intencionalidade, pelo planejamento e pelo comportamento altamente danoso, que resultam na morte.

A desesperança é uma cognição, uma crença de um futuro sem perspectivas, e está intimamente relacionada à intenção suicida. A desesperança pode ser compreendida como uma crença pertinente a um esquema de suicídio que, quando ativada, recorre a recursos cognitivos que o reforcem (Wenzel *et al*, 2010 *apud* Marback, Pelisoli 2014).

O indivíduo que apresenta crença de desesperança tende a prever o futuro sem expectativas, perde a motivação pela vida e seu desejo de viver é arruinado. Pensamentos comuns de uma pessoa desesperançosa são: "Eu não tenho nada a esperar, as coisas nunca vão melhorar"; "Eu não vejo nada melhorar, não há razão para viver"; "Eu não consigo suportar a vida, jamais poderei ser feliz"; "Eu sou um peso para os meus familiares, é melhor que fiquem sem mim"; "Eu me sinto infeliz e só tenho uma saída". Percebe-se que, com esses pensamentos, o indivíduo não consegue vislumbrar

outra saída, que não seja acabar com a própria vida, único meio que acredita ter para lidar com seus problemas sem solução (Beck *et al*, 1997 *apud* Marback, Pelisoli 2014).

Indivíduos com diagnóstico de depressão apresentam a tríade cognitiva negativa, sendo que, em um dos domínios dessa tríade, está a desesperança (Wright, Sudak, Turkington, & Thase, 2012 *apud* Marback, Pelisoli 2014). Entende-se como tríade cognitiva três padrões cognitivos que levam o paciente a compreender a si mesmo, suas experiências e seu futuro de forma peculiar. Um dos componentes da tríade cognitiva se refere à visão negativa que o paciente tem de si mesmo. Assim, o paciente com desesperança se percebe anormal, defeituoso, falho e, diante disso, acredita que não tem valor, subestimando suas potencialidades (Beck *et al*, 1997 *apud* Marback, Pelisoli 2014).

Com a terapia cognitiva os pacientes aprendem a examinar seus processos de pensamento enquanto estão deprimidos e a reconhecer os erros “depressivos” do pensamento. Essa tarefa nem sempre é fácil, porque muitos pensamentos são automáticos e estão além da consciência dos pacientes. O pensamento negativo lhes parece natural. Os pacientes aprendem que os erros nos pensamentos podem causar a depressão (BARLOW, DURAND, 2008).

**Tabela 14 – Frequência quanto a noção do suicida como portador de problemas**

|              | <b>Frequência</b> | <b>%</b>     |
|--------------|-------------------|--------------|
| Sim          | 54                | 98,2         |
| Não          | 1                 | 1,8          |
| <b>Total</b> | <b>55</b>         | <b>100,0</b> |

Na Tabela 15, 34,5% dos participantes da pesquisa relacionaram o problema do suicídio com o diagnóstico da depressão, mesmo apontamento feito na Tabela 11, quanto ao conhecimento dos sinais dados pela pessoa. Na atualidade, os fenômenos da depressão e do suicídio encontram-se cada vez mais presentes em todos os espaços sociais, afetando os indivíduos independentemente do sexo, faixa etária, raça, classe socioeconômica, cultura ou espaço geográfico. Embora nenhuma patologia ou acontecimento possa prever o suicídio, existem certas vulnerabilidades que tornam alguns indivíduos mais propensos a cometer esse ato do que outros. Dentre essas vulnerabilidades há um grande destaque para a depressão, entendida como um fator de risco para o comportamento suicida (Vieira, Saraiva e Coutinho, 2007 *apud* Vieira, Saraiva e Coutinho, 2010).

Acredita-se que as pessoas leigas tendem a associar a depressão com o suicídio devido às características que uma pessoa deprimida apresenta, como sinais de tristeza, sono excessivo, fadiga, falta de interesse nas atividades realizadas etc. Porque uma pessoa deprimida não verá sentido na vida e estará propícia então a cometer o suicídio. Porém, sabe-se que o suicídio também está relacionado a outros tipos de transtornos mentais, como o Transtorno Bipolar, e também pode ser associado ao uso de álcool e outras drogas, além de alguns transtornos de personalidade, como o Borderline<sup>8</sup>.

O Transtorno de Humor Bipolar apresenta-se como um transtorno de humor grave, crônico, recorrente e com aumento progressivo da gravidade dos episódios; afeta igualmente homens e mulheres. É caracterizado por episódios recorrentes de mania e depressão, sendo possível a subdivisão em duas entidades diagnósticas: Transtorno de Humor Bipolar tipo I, que são episódios depressivos maiores recorrentes e episódios maníacos. E Transtorno de Humor Bipolar tipo II, que apresentam sintomas que envolvem alterações de humor, cognição e comportamento. A intensidade dos sintomas é variável, acarretando prejuízos no desempenho das atividades diárias e em sofrimento pessoal (CARDOSO, 2008).

Chachamovich e Stefanello *et al* (2009) referem que ainda que os transtornos de humor sejam sistematicamente implicados na etiologia do comportamento suicida, somente uma minoria dos pacientes que desenvolvem depressão maior se engajará, em algum momento da vida, em atos suicidas. A heterogeneidade dos transtornos depressivos não parece explicar totalmente essa disparidade. O motivo pelo qual não mais do que 15% dos pacientes deprimidos morrem por suicídio, enquanto outros com níveis semelhantes de depressão não permanecem sendo uma questão de imensa relevância clínica. Consistentes achados têm indicado que aumento de impulsividade e comportamento agressivo possuem um destacado papel na mediação entre doença mental e suicídio. [...] Impulsividade e agressividade podem constituir, de fato, o elo causal entre depressão maior e suicídio.

Segundo o site Oficina de Psicologia<sup>9</sup>, o suicídio raramente é uma decisão repentina, apesar de amigos e familiares conceberem esse acontecimento como algo completamente inesperado, surpreendente ou até chocante. Na maioria dos casos, o suicídio é algo planejado, a pessoa constrói um plano, estabelece uma data, define um

---

<sup>8</sup> Os portadores desse transtorno de personalidade muitas vezes são extremados, vão da raiva à depressão grave em pouco tempo, também são caracterizados por impulsividade (Barlow e Durand, 2008). Estado limite entre neurose e psicose.

<sup>9</sup> Disponível em: <http://oficinadepsicologia.com/suicidio-2/>

método e pensa nessa possibilidade ao longo de algum tempo, antes de tomar uma decisão definitiva.

Porém, a impulsividade é uma característica da personalidade que interfere na tomada de decisão, ao modelar a rapidez com que se passa do pensamento ao ato, podendo constituir um fator de risco acrescido. Existem assim algumas situações em que o suicídio ocorre de forma impulsiva. Perante uma dada situação, que é dolorosa e intolerável, a pessoa toma uma decisão imediata, precipitada e sem pensar (no sentido de minorar a dor emocional sentida), emitindo uma resposta auto destrutiva que conduz à consequência irreversível da morte.

**Tabela 15 – Frequência quanto ao tipo de problema vivenciado pelo suicida**

|                       | <b>Frequência</b> | <b>%</b>     |
|-----------------------|-------------------|--------------|
| Transtorno            | 6                 | 10,9         |
| Depressão             | 19                | 34,5         |
| Problemas financeiros | 5                 | 9,1          |
| Existencial           | 5                 | 9,1          |
| Problemas emocionais  | 16                | 29,1         |
| Problemas familiares  | 2                 | 3,6          |
| Inexistente           | 2                 | 3,6          |
| <b>Total</b>          | <b>55</b>         | <b>100,0</b> |

Na Tabela 16, mostra que 32,7% dos participantes da pesquisa referem que a melhor maneira de ajudar alguém com ideação suicida é através do diálogo.

Eis novamente a questão, se não falamos sobre morte, quanto menos de suicídio, como vamos ajudar? Porém, sabe-se que o suicídio é cercado pelo desconhecimento, medo, preconceito, incômodo e atitudes condenatórias, o que acaba levando ao silêncio a respeito do problema, e consequentemente, a falta de diálogo (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

**Tabela 16 – Frequência em saber o tipo de auxílio ao suicida**

|                             | <b>Frequência</b> | <b>%</b>     |
|-----------------------------|-------------------|--------------|
| Tratamento psicológico      | 8                 | 14,5         |
| Tratamento psiquiátrico     | 1                 | 1,8          |
| Diálogo                     | 18                | 32,7         |
| Ajuda médica                | 5                 | 9,1          |
| Ajuda familiar              | 5                 | 9,1          |
| Tratamento s/ especificação | 7                 | 12,7         |
| Dando atenção               | 4                 | 7,3          |
| Não consta                  | 1                 | 1,8          |
| Tratamento combinado        | 6                 | 10,9         |
| <b>Total</b>                | <b>55</b>         | <b>100,0</b> |

Enquanto o suicídio segue sendo um assunto sobre o qual se fala pouco, o número de pessoas que tiram a própria vida avança silenciosamente. No Brasil, o índice perde apenas para homicídios e acidentes de trânsito entre as mortes por fatores externos (o que exclui doenças). Em todo o mundo, entre os jovens, a morte por suicídio já é mais frequente que por HIV. Entre idosos, assim como entre pessoas de meia-idade, os índices também avançam (DANTAS, 2016).

Porém, é válido lembrar que os motivos e a intensidade dos sentimentos envolvidos em um suicida, muitas vezes, não são compreendidos pelo outro pela falta de palavras que demonstrem sua magnitude ou, quando são expressos, não recebem a devida atenção e importância. Como também, pode haver uma falta de sensibilidade, de capacidade do suicida de falar sobre o assunto por estar em um momento muito difícil e confuso de sua vida, no qual várias questões problemáticas dificultam suas reações e tentativas de pedir auxílio, por vezes inibidas pela culpa e vergonha que sente diante das ideias suicidas que passaram a povoar seus pensamentos (CLOSS, 2015).

## 5 CONCLUSÃO

A presente pesquisa apresentou um percentual mais elevado de mulheres na amostra, totalizando 81,8%. A faixa etária com maior número de participantes foi a que compreendeu as idades entre 18 e 28 anos, sendo todos adultos jovens. A escolaridade predominante foi o Ensino Médio completo.

O objetivo geral do estudo consistiu em verificar a representação de uma população acerca do suicídio. Verificou-se que as pessoas entendem sobre o que seja suicídio, boa parte entende estar associado com problemas depressivos, assim como boa parte entende ser necessário o diálogo para prevenir o problema.

Em relação aos objetivos específicos, os mesmos, igualmente, foram respondidos, como seguem:

- 1) Verificar se existem diferenças entre homens e mulheres na compreensão do conceito do suicídio: tal objetivo foi atingido tendo em vista que constatou-se que não existem diferenças entre homens e mulheres na compreensão do suicídio. Todos responderam afirmativamente acerca da compreensão do suicídio.
- 2) Identificar se as variáveis, idade, escolaridade e classe socioeconômica interferem na compreensão do conceito do suicídio: da mesma forma, não se constatou associação entre essas variáveis, pois independentemente da idade do sujeito, da escolaridade e de sua classe socioeconômica, todos tem compreensão do que seja o suicídio.
- 3) Analisar se existe compreensão acerca dos sinais comportamentais ou emocionais quanto à intenção suicida entre a população pesquisada: este objetivo foi igualmente atingido, pois constatou-se que essa população tem compreensão acerca dos sinais apontados no suicídio, entendendo que a depressão é o sinal mais comum a ser mostrado pelo potencial suicida.

Um dado importante verificado no estudo e que não constava, inicialmente, como objetivo foi a associação entre faixa etária e tipo de ajuda para quem tenta o suicídio, sendo que a idade entre 18 e 28 anos foi a que apontou o diálogo como a melhor forma de prevenir o suicídio. Esse dado pareceu relevante, pois conforme as estatísticas apontam, essa faixa etária é a mais suscetível às tentativas de suicídio. Além disso, também é possível fazer uma reflexão acerca da influência das tecnologias nesta faixa etária, sendo a que mais utiliza os meios virtuais como forma de comunicação e diálogo.

Sendo assim, um questionamento que poderia ser feito: até que ponto essa geração está satisfeita com essa forma de comunicação e relação interpessoal? Porque se pensarmos que é uma geração que aponta para o diálogo como forma de prevenção ao suicídio, talvez esteja implícito, nesta resposta, um pedido de proximidade que não seja do modo virtual. Além disso, conforme dados apontados nesta pesquisa, é nessa faixa etária que predominam os casos de suicídio atualmente.

Importante registrar que a inserção de novos programas na prevenção do suicídio nas políticas públicas seja um caminho importante na conscientização da sociedade para a necessidade do diálogo e da compreensão ao sujeito que está com este sofrimento psíquico.

Finalizando, essencial trazer à tona a informação de que, enquanto as pessoas respondiam ao questionário desta pesquisa, foram observadas algumas condutas verbais e não verbais nos sujeitos da amostra. Quando se falava no tema desta pesquisa, surgiam olhares desconfiados, ansiedade, como também surgiram os mitos que foram citados nesta pesquisa, como “quem quer se matar não avisa”, “suicídio é uma atitude de uma pessoa fraca”, “só quer chamar atenção”.

Alguns relatos emocionantes de pessoas que comentaram já terem pensado em suicídio no decorrer de sua vida, como também pessoas que tiveram familiares que cometeram suicídio e que até hoje não entenderam o motivo pelo qual levou a este ponto. Histórias de vidas que envolvem sofrimento e dor em relação ao suicídio, e nestes momentos se viu o quanto é importante falar sobre o tema, a fim de alertar as pessoas sobre este assunto que é tão grave e que está tão presente em nossos dias.

Ainda há um longo caminho a ser percorrido para que o suicídio seja encarado como um problema de saúde pública, e não como um tabu ou algo que está distante de nossa realidade. Contudo, o propósito desta pesquisa foi identificar numa pequena amostra as percepções acerca do suicídio, as quais já apontam a necessidade de desmistificar este assunto, inserindo o mesmo em programas de políticas públicas.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Suicídio adolescente é evitável. Disponível em: < <http://www.apa.org/research/action/suicide.aspx>> . Acesso em: junho de 2017.

BARBOSA, F; MACEDO, P. C. M; SILVEIRA, R. M. C. Depressão e o suicídio. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582011000100013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000100013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: maio de 2017.

BARLOW, DAVID H.; DURAND, V. MARK. Psicopatologia: uma abordagem integrada. São Paulo: Cengage Learning, 2008. xxvi, 676 p.

BBC BRASIL: Crescimento constante: taxa de suicídio entre jovens sobe 10% desde 2002. Disponível em: <<http://www.bbc.com/portuguese/brasil-39672513>>. Acesso em: maio de 2017.

BOTEGA, NEURY JOSÉ. Comportamento suicida: epidemiologia. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/89784/92585>>. Acesso em: maio de 2017.

BOTEGA, N. J; SILVEIRA, I. U; MAURO, M. L. F. Telefonema na crise: percursos e desafios na prevenção do suicídio. Rio de Janeiro: 2010. 89 p.

BOTEGA, N. J. Crise Suicida: Avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015. Disponível em PDF. Acesso em: setembro de 2016.

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: Epidemiologia. Psicol. USP, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231-236, dezembro de 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642014000300231&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300231&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: agosto de 2016.

BRASIL, Ministério da saúde. Prevenção do Suicídio. Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Disponível em: <[http://www.cvv.org.br/downloads/manual\\_prevencao\\_suicidio\\_profissionais\\_saude.pdf](http://www.cvv.org.br/downloads/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf)>. Acesso em: setembro de 2016.

BRITO, GABRIELA. Segunda causa de morte entre jovens com 15 a 29 anos, suicídio faz mais de 800 mil vítimas anualmente, de acordo com a Organização Mundial de Saúde. Disponível em: <<http://saude.ig.com.br/2016-09-10/suicidio-prevencao.html>>. Acesso em: maio de 2017.

CARDOSO, BETINA MARIANTE. Associação entre consumo de álcool e tentativas de suicídio no transtorno de humor bipolar. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/13425>>. Acesso em: maio de 2017.

CASSORLA, Roosevelt M. S. O que é suicídio. São Paulo: Brasiliense, 1985. 101 p.

CASSORLA, Roosevelt M. S. (Coord.). Do suicídio: estudos brasileiros. Campinas: Papyrus, 1991. 234 p.

CHACHAMOVICH, EDUARDO *et al* . Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio?. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462009000500004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000500004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: maio de 2017.

CLOSS, CRISTIANE. Suicídio como sintoma social: questões sócio-culturais e psicológicas envolvidas e a intervenção da psicologia. Trabalho de Conclusão de Curso. Disponível em: <<http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/3301>>. Acesso em: junho de 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (BRASIL). CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS. O suicídio e os desafios para a psicologia. 1 ed. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013. 149 p.

DANTAS, CAROLINA. SUICÍDIO: é preciso falar sobre esse problema. Ciência e Saúde, site G1. Disponível em: <<http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/suicidio-e-preciso-falar-sobre-esse-problema.ghtml>> . Acesso em: maio de 2017.

DEBATES: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Disponível em: <[http://www.abp.org.br/download/PSQDebates\\_7\\_Janeiro\\_Fevereiro\\_light.pdf](http://www.abp.org.br/download/PSQDebates_7_Janeiro_Fevereiro_light.pdf)>. Acesso em: setembro de 2016.

DURKHEIM, ÉMILE. O suicídio: estudo de sociologia. São Paulo: Martins Fontes, 2000. 513 p.

FUKUMITSU, KARINA OKAJIMA. Suicídio e luto: histórias de filhos sobreviventes. 1. ed. São Paulo: Digital Publish & Print, 2013. 314 p.

FUKUMITSU, KARINA OKAJIMA. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. *Psicol. USP* , São Paulo, v. 25, n. 3, p. 270-275, dezembro de 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642014000300270&lng=pt\\_BR&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300270&lng=pt_BR&nrm=iso)>. Acesso em: maio de 2017.

GALILEU. 6 sinais de comportamentos suicida. Disponível em: <<http://revistagalileu.globo.com/Sociedade/noticia/2014/10/6-sinais-de-comportamento-suicida.html>>. Acesso em: maio de 2017.

HORIMOTO, FABIANO COELHO; AYACHE, DANUSA CÉSPEDES GUIZZO; SOUZA, JUBERTY. *Depressão: diagnóstico e tratamento pelo clínico*. 1. ed. São Paulo: Roca, 2005. 216 p.

HOHENDORFF, JEAN; MELO, WILSON VIEIRA. *Compreensão da morte e desenvolvimento Humano: contribuições à Psicologia Hospitalar*. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812009000200014&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812009000200014&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: maio de 2017.

HUTZ, CLAUDIO SIMON (Org.). *Psicodiagnóstico*. Porto Alegre: Artmed, 2016. 428 p.

KOVÁCS, M. J. Revisão crítica sobre os conflitos éticos envolvidos na situação de suicídio. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*. São Paulo, SP, set.-dez. 2013. Universidade Presbiteriana Mackenzie. Disponível em: <<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/6199>>. Acesso em: agosto de 2016.

MARBACK, ROBERTA; PELISOLI, CÁTULA. *Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas*. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872014000200008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872014000200008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: junho de 2017.

MORAIS, S. R. SANTOS DE; SOUSA, G. M. CAVALCANTI DE. *Representações Sociais do Suicídio Pela Comunidade de Dormentes - PE* *Psicol. Cienc. prof.*, Brasília, v. 31, n. 1, p. 160-175, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932011000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000100014&lng=en&nrm=iso). Acesso em: setembro de 2016.

NEXO: *Por que precisamos falar sobre o suicídio de jovens no Brasil*. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2016/06/30/Por-que-precisamos-falar-sobre-o-suic%C3%ADdio-de-jovens-no-Brasil>>. Acesso em: maio de 2017.

PEREIRA, A. G; CARDOSO, F. S. *Ideação suicida na população Universitária*. *Revista E-Psi* 2015. Disponível em: <<http://revistaepsi.com/wp-content/uploads/artigos/2015/Ano5-Volume2-Artigo2.pdf>>. Acesso em: agosto de 2016.

PONTES, J. *et al.* *A ótica de Durkheim sobre o suicídio*. *Jornal Sociológico*, 2013. Disponível em: <<http://jornalsociologico.blogspot.com.br/2013/07/a-otica-de-durkheim-sobre-o-suicidio.html>>. Acesso em: setembro de 2016.

PEREIRA, A. G; CARDOSO, F. S. *Ideação suicida na população Universitária*. *Revista E-Psi* 2015. Disponível em: <<http://revistaepsi.com/wp-content/uploads/artigos/2015/Ano5-Volume2-Artigo2.pdf>>. Acesso em: agosto de 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Núcleo de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Prevenção do suicídio no nível do local: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram. Porto Alegre: [s.n.], 2011. 80 p.

SETTI, L. A. P. Suicídio: uma reflexão discursiva e as possibilidades de ações preventivas a partir dos fatores de riscos. Dissertação de Mestrado, 2010. Universidade do Vale do Itajaí. Disponível em: <<http://siaibib01.univali.br/pdf/Luiz%20Antonio%20Penteado%20Setti.pdf>>. Acesso em: junho de 2017.

SILVA, FABIO AUGUSTO FREIRE; PAZ, INGRID MELGAR. Prevenção do suicídio: Revisão de Artigos Publicados de 2005 até 2015. Disponível em: <<http://repositorio.saolucas.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/1923>>. Acesso em: maio de 2017.

SILVA, ANTÔNIO O. DA. Durkheim: análise sociológica do suicídio. Blog do Ozaí. Disponível em: <<https://antoniozai.wordpress.com/2012/03/03/durkheim-analise-sociologica-do-suicidio/>>. Acesso em: setembro de 2016.

TORO, G. V. R. *et al.* O desejo de partir: um estudo a respeito da tentativa de suicídio. Psicologia em revista, v. 19, n. 3, 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v19n3/v19n3a06.pdf>>. Acesso em: setembro de 2016.

VIEIRA, K. F. L; SARAIVA, E. R. A; *et al.* Entrelaçamentos entre depressão e suicídio segundo os futuros psicólogos. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/4691/0>>. Acesso em: junho de 2017.

**ANEXO I****QUESTIONÁRIO****Data de Nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Idade:** \_\_\_\_\_**Sexo:** Feminino Masculino**Escolaridade:** Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo Pós-graduação**Profissão:** Autônomo Funcionário Público Empresa privada Outro. Cite: \_\_\_\_\_**Estado civil:** Solteiro(a) Casado(a) União Estável Divorciado(a) Viúvo(a) ( )**Naturalidade:** RS Outro Estado Outro País

Você sabe o que é suicídio? SIM ( ) NÃO ( )

Você conheceu alguém que cometeu suicídio? SIM ( ) NÃO ( )

Caso sim, qual tipo de vínculo?

( ) Amigo

( ) Filho/a

( ) Cônjuge

( ) Parente próximo

( ) Outro. Cite: \_\_\_\_\_

Quem comete o suicídio dá sinais? SIM ( ) NÃO ( )

Quais sinais?

---

---

---

Você já conversou sobre suicídio com outras pessoas? SIM ( ) NÃO ( )

Caso sim, o que motivou o assunto?

---

---

---

Uma pessoa que comete suicídio tem algum problema? SIM ( ) NÃO ( )

Caso sim, que tipo de problema?

---

---

---

Como você acha que uma pessoa que realiza tentativas de suicídio possa ser ajudada?

---

---

---

## ANEXO II

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### “AS REPRESENTAÇÕES DE UMA POPULAÇÃO ACERCA DO SUICÍDIO”

Gostaria de convidá-lo (a) a participar da pesquisa acima intitulada, a fim de responder um questionário com questões descritivas, onde você poderá relatar suas percepções a respeito do suicídio. Sua participação é voluntária e caso você concorde em participar, serão divulgados apenas os dados que você se disponha a relatar, sendo que essa atividade não terá nenhum custo. Seu nome não será divulgado, as informações obtidas serão utilizadas somente para fins científicos. Caso desista em algum momento, isso não acarretará nenhum prejuízo à sua pessoa. A pesquisa objetiva trazer como benefício uma análise das representações de uma população acerca do suicídio, possibilitando reflexões acerca deste tema. Esta pesquisa não trará nenhum risco ou dano à sua pessoa.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa;
- de que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é Roselaine Berenice Ferreira da Silva, (telefone 51997077205) e o Pesquisador Assistente é Karla Kniphoff dos Santos (telefone 51996815771).

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680.

Data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do Paciente  
ou responsável

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do responsável  
legal, quando for o caso

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do  
responsável pela obtenção  
do presente consentimento