



**UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS - UNIPAC**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS EXATAS E SOCIAIS DE BARBACENA – FACEC**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**RAENA UELEM DA SILVA**

**A IMPORTÂNCIA DO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO AOS PACIENTES COM  
TENTATIVA DE AUTOEXTERMINIO E DEPRESSÃO**

**BARBACENA**  
**2015**

**RAENA UELEM DA SILVA**

**A IMPORTÂNCIA DO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO AOS PACIENTES COM  
TENTATIVA DE AUTOEXTERMINIO E DEPRESSÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Me. Carla Cristina Soares de Oliveira do Vale

**BARBACENA  
2015**

**RAENA UELEM DA SILVA**

**A IMPORTÂNCIA DO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO AOS PACIENTES COM  
TENTATIVA DE AUTOEXTERMINIO E DEPRESSÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Presidente Antônio Carlos–UNIPAC, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em psicologia.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Me. Carla Cristina Soares de Oliveira do Vale

Aprovado em: 01/12/2015

**BANCA EXAMINADORA**

Esp. Maria da Conceição Fajardo Monteiro  
Universidade Presidente Antônio Carlos-UNIPAC

Prof. Me. Felipe Carbonário  
Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC

Prof.<sup>a</sup> Me. Carla Cristina Soares de Oliveira do Vale  
Universidade Presidente Antônio Carlos-UNIPAC

Dedico aos meus pais, familiares e amigos.  
Por estarem sempre presentes, amparando-me  
nessa longa jornada e nunca terem me deixado  
desistir.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a meu mestre Jesus, que me sustentou nessa longa caminhada, nos momentos mais difíceis me dando suporte e força para seguir em frente.

Agradeço especialmente à professora orientadora Carla, pela paciência orientação em todos os momentos necessários.

E ao Felipe Carbonário e Maria da Conceição componentes da banca examinadora pelas importantes observações apresentadas.

A todos os mestres dessa formação, por todos os ensinamentos passados.

Aos meus pais por sempre estarem ao meu lado segurando na minha mão, me ajudando a prosseguir e acreditando em mim.

Aos meus amados irmãos Raiane e Samuel, meus eternos companheiros.

À minha princesa Michely Carolina por trazer tanta alegria à minha vida.

A meu querido primo e irmão na fé Cadimiel Gomes, pelos sábios conselhos e paciência.

Aos amigos conquistados na faculdade Bárbara Gomes, Simone Novak, Tatiane Nascimento, Gleine Roberta, Giovana, Irmã Maria, Rosana Camargo, Glauciane.

Aos meus companheiros (as) de trabalho em especial Crislaine Jenifer dos Santos Marques, Vanusa Davi e Marcos Iran Dias pela paciência e confiança.

E a todos aqueles que contribuíram com essa conquista, muito obrigada!

“Preocupamo-nos com a destruição provocada pelos outros, mas evitamos falar sobre autodestruição”.

Edwin Schneidman

## **RESUMO**

O suicídio é um ato intencional de exterminar a própria vida. É um ato de desespero cometido por uma pessoa diante de um quadro de sofrimento, depressão profunda, ou outros problemas que para ela parece não ter solução. É a perda do sentido da vida. Ao contrário do que todos pensam, o suicida quer muito viver, porém não encontra sentido em sua existência, nem uma solução para seus problemas, e por este motivo a saída por ele encontrada é eliminar a própria vida. A morte para o suicida é uma resposta, uma fuga dos problemas. A depressão não tratada é um dos fatores desencadeantes do suicídio. Sabe-se que gera um sofrimento psíquico que ocasiona um declínio na qualidade de vida, na produtividade e nos vínculos socioafetivos, podendo afetar todos os espaços sociais, incluindo o gênero, a idade, a raça, a classe socioeconômica e cultural. Nesse contexto, o trabalho do profissional psicólogo é acolher, escutar e identificar as ideias suicidas que o paciente apresenta e direcionar suas intervenções a fim de que o paciente alcance sua estabilidade emocional.

**Palavras-chave:** Suicídio. Tentativas de Autoextermínio. Depressão. Ideações Suicidas.

## **ABSTRACT**

Suicide is an intentional act of killing one's life. It is an act of desperation committed by a person before a suffering frame, deep depression, or other problems that it seems to have no solution. It is the loss of the meaning of life. Contrary to popular belief, the suicide really wants to live, but do not find meaning in their existence, not a solution to their problems, and for this reason the output is found for him eliminate his life. Death to the suicide is a solution, an escape from the trials. Untreated depression is the triggering factors of suicide. It is known that generates psychological suffering which causes a decline in quality of life, productivity and social ties, affecting all social spaces, including gender, age, race, socioeconomic and cultural class. In this context, the psychologist professional work is to welcome, listen and identify suicidal ideations that the patient has and direct their interventions to the patient reach their emotional stability.

**Keywords:** Suicide. Attempts at self-extirmination. Depression. Suicidal ideations.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**OMS-** Organização Mundial da Saúde

**TAE-** Tentativa de autoextermínio

## SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO .....	11
2- PERCURSO HISTÓRICO DO SUICÍDIO .....	13
2.1- Suicídio: Breves considerações históricas .....	13
2.2- Breves considerações históricas sobre depressão.....	17
2.3- Visão jurídica do suicídio.....	23
3- CARACTERIZAÇÃO DA DEPRESSÃO E DO SUICÍDIO.....	25
4- CONTRIBUIÇÃO DA PSICOLOGIA NA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO E DO SUICÍDIO.....	34
5- CONCLUSÃO .....	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	46

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo Feliciano & Moretti (2015), a depressão e o suicídio são fenômenos encontrados em todos os espaços sociais e afetam indivíduos, independente do sexo, raça, faixa etária, classe socioeconômica, cultura ou espaço geográfico.

O suicídio é toda morte que resulta mediata ou imediatamente de um ato positivo ou negativo realizado pela própria vítima. É considerado um ato de desespero em que a vida já não tem mais sentido (DURKHEIM, [1983]).

A depressão, por sua vez, é caracterizada pela tristeza patológica e pelo seu caráter subjetivo. A pessoa deprimida expressa pensamentos embotados, pessimistas e desagradáveis, redução de atenção, problema de concentração, déficit de memória, ideias de culpa e reincidentes para suicídio. O suicídio torna-se então um grande risco na depressão não tratada e um sério problema na saúde pública (FELICIANO & MORETTI, 2015). Sua definição implica necessariamente em um desejo consciente de morrer e a noção clara de que o ato executado pode resultar na morte.

Para Chachamovich *et al* (2009), a ideia de que traços psicopatológicos têm um papel destacado em casos de suicídio ficam fortalecidas, mesmo em casos aparentemente livres de doenças psiquiátricas maiores. Há necessidade de ampliação do conhecimento da relação entre patologia psiquiátrica e suicídio, para além da simples associação diagnóstica/suicídio.

Segundo Aragão *et al* (2009), a depressão possui, em sua etiologia, uma série de fatores que podem estar relacionados a aspectos psicológicos, socioculturais e fisiológicos.

No Brasil, calcula-se que cerca de vinte pessoas morrem diariamente por suicídio, entretanto, os dados não são divulgados. Assim, o suicídio é encoberto pelos dados de homicídio e pelos acidentes de trânsito que extrapolam em seis a quatro vezes, simultaneamente o número de suicídios. A prevalência de morte por suicídio é mais elevada nos países da Europa ocidental tais como: Albânia, Armênia, Bielorrússia, Bósnia, Bulgária, Croácia, Eslovênia e Estônia (FELICIANO & MORETTI, 2015).

Segundo Beck (1997), citando um relatório especial do *National Institute of Mental Health*<sup>1</sup> sobre depressão, no ano de 1973, a depressão correspondia a 75% de todas as hospitalizações psiquiátricas e 15% de todos os adultos entre 18 e 74 anos podem sofrer sintomas depressivos significativos.

---

<sup>1</sup>Instituto Nacional de Saúde Mental.

Dell`Agliov & Braga (2013), afirmam que o suicídio está entre as três principais causas de morte de pessoas de 15 a 44 anos de idade e é a segunda causa de morte entre sujeitos de 15 a 24 anos. A cada ano morrem mais de um milhão de pessoas, o que calcula-se que a cada 40 segundos morre alguém devido ao suicídio. No Brasil chegou a ser registrado cerca de 8550 mortes, sendo que a cada hora morre mais alguém. O Brasil é considerado um país de risco para o suicídio, a taxa de mortalidade devido a esse problema é estimada por 4,1 a 100 mil habitantes para a população como um todo, sendo 6,6 para homens e 1,8 para mulheres.

De acordo com Camon (2004), o suicídio é um fenômeno que atinge não somente a pessoa, mas às pessoas que convivem com elas, tais como: amigos, familiares e colegas de trabalho. Ou seja, sua ocorrência atinge uma esfera ampla que, direta ou indiretamente, alcança quem convive com a vítima. A culpa é infindável e seus contornos são imprevisíveis. Porém, o suicídio assim como outras atitudes sociais: a loucura, os assassinatos, crimes sociais, doenças contagiosas, entre outros, questiona diretamente a própria estrutura social.

Nesse prisma, o objetivo desse estudo é compreender a motivação para as tentativas de autoexterminio (TAE), o que torna importante delimitar um estudo para que se justifique a pesquisa nessa área e trabalho de prevenção. Para isso, optou-se pela realização deste estudo descritivo com avaliação qualitativa. Realizou-se uma revisão sistemática de artigos acadêmicos e obras literárias nacionais especializadas, com as informações indexadas nas bases dos dados *Scielo* e *Google acadêmico*, com os descritores: suicídio, tentativa de autoexterminio, ideações suicidas e depressão.

Sendo assim, a pesquisa foi subdividida em capítulos. O primeiro capítulo do presente trabalho aborda o percurso histórico da depressão e do suicídio, abordando, por exemplo, os casos mais falados de cada época. Já o segundo capítulo explana os principais sintomas da atualidade. O terceiro capítulo aborda a relevância da psicologia e os métodos de prevenção do suicídio e da depressão.

## 2. PERCURSO HISTÓRICO DO SUÍCIDIO E DA DEPRESSÃO

### 2.1 Suicídio: Breves considerações históricas

A palavra suicídio origina-se do latim, *sui* que quer dizer "próprio", e *caedere*, "matar". É o ato intencional de matar a si mesmo. Tentar compreender o suicídio é se entregar a uma busca incansável dos porquês, refletir sobre quais sentimentos, faltas, lacunas ou mistérios sondam aquela existência. São muitos os questionamentos sobre o suicídio, como por exemplo, por que as pessoas se matam, o que aconteceu com aquela pessoa para desistir de viver e ir ao encontro da morte, etc. Isto nos remete a uma busca por respostas no sentido de aliviar o sofrimento por alguém querer se autodestruir (BARBOSA<sup>2</sup> et al, 2011).

O suicídio é um fenômeno da condição humana. Segundo Ribeiro<sup>3</sup> (2003), há uma diferença na interpretação sócio histórica do suicídio:

É possível denotar que a alteração no modo de vida dos antigos gregos, com o surgimento das cidades – "polis" – emprestou um caráter diverso na sua concepção de vida e de morte. Chegando a concepção de um Estado – "cidade-estado" – de cunho racional, o indivíduo não tinha mais decisão pessoal sobre a vida dele, não podendo se suicidar sem a prévia autorização da comunidade. O suicídio não autorizado era, então, considerado uma transgressão (RIBEIRO, 2003, p.2).

Na Roma antiga, na época da república, o suicídio era vedado, e o indivíduo que o cometesse não podia ser enterrado em locais sagrados. Entendido como uma forma de enfraquecimento do grupo social, o indivíduo que quisesse tirar a própria vida teria que apresentar suas razões para as autoridades da época, que fariam uma análise do caso. A doutrina grega do estoicismo<sup>4</sup> começou a considerar o suicídio apenas em condições nobres, como por exemplo, à defesa da pátria. Os escravos e os soldados eram proibidos de cometer suicídio; os escravos porque dariam prejuízos aos seus senhores, eram considerados posse, tratados como mercadoria, e os soldados porque enfraqueceriam o exército, prejudicando a defesa da comunidade (RIBEIRO, 2003).

Naquela época em rechaça ao suicídio, não eram realizados rituais de velório e enterro. Era expressamente proibido enterrar os suicidas em locais sagrados, bem como também rituais de escárnio sobre o cadáver. Ao compreender o comportamento suicida, observa-se a concepção de combinação de fatores tais como: agressão contra o ambiente,

<sup>2</sup><http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n1/v14n1a13.pdf>

<sup>3</sup><http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/12595-12596-1-PB.pdf>

<sup>4</sup> Movimento filosófico que surgiu na Grécia que surgiu na Grécia no século IV a.C. (por volta do ano 300), durante o período denominado helenístico (III e II a.C.). Acessado em: <http://www.significados.com.br/estoicismo/>

necessidade de vingança e castigo (RIBEIRO<sup>5</sup>, 2003).

Assim, segundo o monoteísmo, cristianismo, judaísmo e islamismo, a vida era vista como sagrada, tendo sua importância profundamente teológica. O suicídio passa a ser compreendido como um ato injusto, não digno, sujeito à punição de não merecer os rituais de velório e enterro. A vida é uma dádiva divina, ninguém tem o direito de suprimi-la, por não ser patrimônio da comunidade, entretanto, matar-se era cometer um pecado grave contra a igreja, contra coisas sagradas. Na Idade Média, surgem com mais vigor as "punições" ao cadáver suicida, como a negativa de sepultamento em solo consagrado, as mutilações e mesmo rituais especiais, derivados de várias crenças, como vampirismo. Já no Islamismo as punições eram dadas não somente ao cadáver, mas também para a família, que passava a ser desonrada e marginalizada. O suicídio na religião fundada pelo profeta Maomé foi fortemente condenado, mais do que em qualquer outra religião (RIBEIRO, 2003).

Para Venco & Barreto<sup>6</sup> (2014), a maneira de agir refletia, em certa medida, as considerações que já existiam sobre o comportamento suicida desde a Antiguidade, culminando com o posicionamento do cristianismo sobre o suicídio ao final da Idade Média.

Segundo dados históricos, vários são os exemplos de personagens conhecidos da antiguidade que cometeram suicídio: Cleópatra, Lucrecia, Catón, Bruto, Casio, Sêneca, entre outros. Estas mortes foram incessantemente debatidas pelo movimento iluminista (VENCO & BARRETO, 2014).

Daólio<sup>7</sup> corrobora (2012), entre os suicidas mais conhecidos são os da Mitologia Grega. O grande Ajax, retratado na Ilíada de Homero (850 a.C.), cravando a espada no próprio peito; Hércules, o mais considerável e herói da Mitologia grega, atirou-se ao fogo; Narciso, que se apaixona pela própria imagem refletida na água e ali se joga, suicidando-se; o filósofo Pitágoras (571-496 a.C.) não se alimenta e morre após quatro dias, por inanição; Demóstenes (384-322 a.C.) bebeu cicuta; Cleópatra (69-30 a.C.) permitiu que uma víbora a picasse; Judas Iscariotes (33 d.C.), arrependido pela traição a Jesus, se enforcou nos galhos de uma figueira; Pôncio Pilatos (33 d.C.) se atirou a um lago, após desentendimentos políticos; Vincent Van Gogh (1853-1890) deu um tiro no próprio peito; Santos Dumont (1873-1932) deprimido pela utilização de seu invento na Revolução Constitucionalista de 1932 enforcou-se com a própria gravata; Getúlio Vargas (1883-1954) deu um tiro no peito e Adolf Hitler (1889-1945) deu um tiro na cabeça.

---

<sup>5</sup><http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/12595-12596-1-PB.pdf>

<sup>6</sup><http://eduem.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/10032/5583>

<sup>7</sup><http://www.faex.edu.br/periodicos/index.php/e-locucao/article/view/9/10>

O suicídio mais polêmico da história foi o de Sócrates, um filósofo ateniense do período clássico da Grécia antiga, mundialmente conhecido por ser considerado o pai da filosofia ocidental. Diante das acusações de conspiração contra ideais religiosos, de corromper jovens, o mesmo foi condenado à pena capital ou ao exílio. O mesmo optou pelo autoextermínio, ao invés de matar seus ideais. O ato foi consumado pelo filósofo ao ingerir cicuta, um chá que mata por asfixia (RIBEIRO<sup>8</sup>, 2003).

Junior (2012), afirma que um dos marcos da história foi o suicídio coletivo dos judeus, ocorrido na Fortaleza, em consequência de perseguição político-religiosa iniciada pelos conquistadores romanos. É estranho o fato de terem levado aquela comunidade ao suicídio coletivo, em lugares onde não havia perigo algum para eles. Tal atitude se interpreta como uma espécie de vingança perante Deus, que os havia abandonado. Alguns grandes autores como Nietzsche, Sêneca, Enrico Ferrir vão dizer que:

Foi Nietzsche o exterminador do tabu da morte voluntária na obra *Gotzen Dämmerung*: “Morrer orgulhosamente, com dignidade, é mil vezes preferível a viver em condições opostas. A morte que ocorre em circunstâncias desprezíveis, a morte que não é livre, que surge em ocasião imprópria, é a morte de um covarde. Não nos é dado evitar o nosso nascimento; mas este erro — isto algumas vezes é um erro — pode ser retificado se assim o desejarmos. O homem que deserta da vida pratica o mais elogiável dos atos: agindo assim, tal homem quase que merece viver”.

*Sêneca, referindo-se aos estoicos*, que atentavam livremente contra a própria vida, perorou: “O sábio vive enquanto deve, não enquanto possa, seja onde e como deva viver, assim como o que há de fazer, isto é, o que será sua vida, e não se esta será mais ou menos alongada. Se sobrevêm acontecimentos desagradáveis, miseráveis, ou desgraçados, que o despoje de sua paz espiritual, o sábio fugirá à vida.” Tal qual defende Enrico Ferri (*Sociologia criminal*) a assaz estranhável e especiosa tese de que o homem tem o direito de pôr cobro à própria vida, por motivos morais, humanitários (JUNIOR, 2012, p.1087).

Segundo Duarte (2013), as religiões entendem a questão do suicídio como a das adições a partir da fé, desde uma visão moral religiosa e não esclarecimento da ciência e da conscientização, mobilizando sentimentos de culpa, medo e o conservadorismo.

Outrossim, a terminologia suicídio foi utilizada pela primeira vez em 1737, pelo abade Desfontaines e mais tarde pela comunidade científica no século XIX, procurando explicações psiquiátricas e sociológicas para o tema. Era um assunto preocupante: sendo considerado como uma morte voluntária, o suicida não tinha direito a uma sepultura regular, e suas mãos eram enterradas separadamente. Na Europa, no século XVII, o ato era considerado um crime se caso sobrevivesse à tentativa de autoextermínio, o sobrevivente poderia ser preso (TORO<sup>9</sup>, 2013).

<sup>8</sup><http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/12595-12596-1-PB.pdf>

<sup>9</sup><http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v19n3/v19n3a06.pdf>

Ribeiro<sup>10</sup> (2003), permanecendo nessa contextualização histórica e corroborando o entendimento do autor supra, afirma que durante a Revolução Francesa foi promovida pela primeira vez a descriminalização do suicídio na Europa Moderna. De tal maneira que não havia qualquer referência dessa conduta no Código Penal Francês de 1791 ou no Código Napoleônico de 1810. Com o aparecer da Revolução Industrial, já no século XIX, o tempo passou a ser ditado pelo ritmo produtivo da máquina, pela disciplina do corpo e pela exigência de desempenho.

Ao lado do positivismo de Comte, o qual considerava que a história da comunidade era condicionada ao avanço do conhecimento, imperava a "moral vitoriana", com fortes regras e proibições sociais. O suicídio foi, nesse momento histórico, considerado um ato de vergonha, recusado e mantido em segredo, pois era tido como indício de patologia mental, cuja possível hereditariedade não deveria ser veiculada à comunidade. A partir daí, no início do século XX, o suicídio passa a ser objeto da psiquiatria, salientando-se a "escola de Esquirol" (1938), entendendo o suicídio como indício de doença mental, com o reforço da pesquisa estatística sobre o tema, já iniciada com Durkheim (RIBEIRO, 2003, p.5).

Na Inglaterra, até meados dos anos 1870, as leis do confisco às propriedades do suicida permaneciam válidas. E até 1961, a tentativa de autoextermínio poderia desencadear em cárcere para o sujeito caso sobrevivesse. Já na França, por exemplo, o suicida era amarrado pelos pés e arrastado pelas ruas. Seu corpo era queimado e atirado em um coletor de lixo localizado em via pública (VENCO & BARRETO<sup>11</sup>, 2014).

O suicídio é um ato de desespero de um indivíduo a quem a vida já não tem mais sentido. O que é "normal" a todas as maneiras possíveis desta renúncia suprema, é que o ato que a consagra é realizado com conhecimento de causa, que a vítima, no momento de agir, sabendo o que vai resultar da sua conduta, seja qual for o motivo que lhe levou a agir assim (DURKHEIM, [1983]). Para Toro *apud* Cassorla (2013):

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. A história do suicídio ganha vozes múltiplas e diversas explicações de ordem psicológica, sociológica, filosófica e, ou, biológica, multiplicidade que confere ao fenômeno a devida complexidade (TORO, 2013, p.409).

Toro (2013), citando o clássico sociólogo Durkheim, classifica o suicídio em três tipos: egoísta, altruísta e anômico. O primeiro tipo, o suicídio egoísta, tem como causas a depressão, a tristeza, a sensação de desamparo moral, provocados por falta de interação social. O segundo tipo de suicídio é chamado de altruísta, e ocorre com mais frequência nas sociedades primitivas, em que é percebido como um dever que, se não for cumprido, o

---

<sup>10</sup><http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/12595-12596-1-PB.pdf>

<sup>11</sup><http://eduem.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/10032/5583>

indivíduo é punido pela desonra e por castigos religiosos. O terceiro tipo de suicídio é chamado de anômico, ocorre devido a um desregramento social, no qual as normas não existem ou perderam o respeito (DURKEIM apud TORO <sup>12</sup>, 2013).

A sociedade exerce grande influência nos comportamentos dos indivíduos, mesmo quando a questão tratada se refere a uma questão individual, que é a escolha ou não da vida, a decisão e opção pelo término, pelo fim da vida, a morte (TORO, 2013).

## **2.2 Breves considerações históricas sobre depressão**

De acordo com Teles (1992), os dias atuais apresentam-se confusos, com uma exuberância de sofrimento, ansiedade e medo. A sociedade tecnológica enfatiza a conformidade, a institucionalização, projeta a organização do homem e prejudica a individualidade. A dificuldade do homem contemporâneo é uma crise de identidade em face do seu próprio universo.

Moraes<sup>12</sup>*et al* (2006), afirmam que Hipócrates foi o primeiro a atribuir doenças psíquicas aos distúrbios no cérebro e o primeiro a descrever os fenômenos da mania e da depressão. Em sua teoria sobre os quatro humores (sangre, fleugma, bilis amarela, bílis negra), a alteração quantitativa e qualitativa da bílis negra, principalmente pelo excesso, produzia um quadro melancólico caracterizado pelo medo e pela tristeza.

O tratamento se firmaria em expulsar do organismo esse excesso por meio de purgativos. Com o passar dos anos, muitas outras teorias vieram, sinais e sintomas foram agrupados e a depressão deixou de ser um simples sintoma, tornando-se uma entidade nosológica. Os antidepressivos surgem na década de 50, ainda que muito inibido e sem noção da proporção que a afecção ligada à tristeza ocuparia. Compara-se a depressão às pestes de outras décadas, como a tuberculose ou a peste bubônica (PARANHOS & WERLANG<sup>13</sup>, 2009).

Confere-se a Hipócrates (Cós, 460 a.C.-370 a.C.) e seus seguidores a diferenciação entre medicina e filosofia, bem como a transferência da explicação da doença centrada em termos sobrenaturais para termos científicos e, ainda, a superação da teoria cardiocêntrica de Aristóteles (Estagira, 384 a.C.-Atenas, 322 a.C.), a qual considerava o coração como o centro das emoções humanas, descrevendo o cérebro como o “centro” das funções mentais e,

---

<sup>12</sup><http://www.scielo.br/pdf/rprs/v28n1/v28n1a11.pdf>

<sup>13</sup><http://onlineunisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1089/907>

portanto, de suas patologias. Com base no conceito dos quatro fluídos: bile, fleugma, sangue e bile negra, Hipócrates desenvolveu seu entendimento das doenças como indício de um desequilíbrio entre esses fluidos e também seu modelo dos quatro humores: colérico, fleugmático, sanguíneo e melancólico, que explicariam a regulação das emoções e a constituição do caráter dos indivíduos. Baseado nesse modelo, Hipócrates formulou a primeira classificação nosológica dos transtornos mentais registrada na história: descreveu e nomeou a melancolia, a mania e a paranoia. O significado do termo melancolia – *melan* significa negro, e *cholís*, bile, revela a visão de Hipócrates: o quadro clínico da melancolia – em que se observava aversão à comida, desânimo, agitação, nervosismo, medo ou tristeza que durava por longo período, seria o resultado de uma intoxicação do cérebro pela bile negra (SOUZA & LACERDA<sup>14</sup>,s.d).

Segundo Ribeiro<sup>15</sup> (2003), três correntes doutrinárias baseiam seus estudos sobre o tema suicídio: doutrina psiquiátrica: desde Hipócrates relaciona o suicídio e a depressão. Os primeiros estudos nessa área procuraram a conexão entre o suicídio e patologias ou doenças psiquiátricas. Por exemplo, a referida doutrina de Esquirol demonstra que nenhuma pessoa se elimina-se-ia ela própria. Entretanto, todo sujeito que comete o suicídio sofre de enfermidade mental, ao menos no momento em que comete o ato; doutrina sociológica: segundo esse entendimento, o suicídio é determinado socialmente. Forças que vêm externas do indivíduo são as responsáveis por uma taxa de suicídio estável, em alguma sociedade. A flutuação dessa taxa ocorre em tempos de conturbação social, como guerras, crises econômicas e transformações sociais. O representante dessa doutrina é Durkheim, que se opõe ao entendimento puramente psiquiátrico. Portanto, a taxa de suicídio reflete padrões de contato social dentro da comunidade; doutrina psicológica: a fundamentação defendida por essa teoria é de que a presença de enfermidades mentais ou forças sociais não é o bastante para explicar por que alguém atentaria contra a própria vida. Essa conclusão se baseia na lógica quanto a outros indivíduos, que submetidos ao mesmo problema, não praticam o suicídio. Logo, as questões pessoais e as motivações particulares, que podem ser percebidas ou não, são as condições que arremetem o suicídio.

Fazendo uma contextualização histórica acerca da depressão, é possível encontrar registros da depressão desde a antiguidade, por exemplo: no século IX a.C., o I Livro de Samuel no Antigo Testamento da Bíblia Sagrada, faz referências ao Rei Saul; os escritos de Homero (século VIII) referem-se à história do Suicídio de Ajax na obra *Ilíada* (ESTEVES &

---

<sup>14</sup>[https://ssl1571.websiteseuro.com/livraria1/config/imagens\\_conteudo/pdf/Cap\\_01\(10\).pdf](https://ssl1571.websiteseuro.com/livraria1/config/imagens_conteudo/pdf/Cap_01(10).pdf)

<sup>15</sup><http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/12595-12596-1-PB.pdf>

GALVAN<sup>16</sup>, 2006).

Já no livro de Mateus no Novo Testamento da Bíblia relata que Judas, o qual teria vendido Jesus, como resultante do ato que Judas cometeu, ele começou a sentir um profundo pesar, sofreu uma das mais graves consequências da depressão, resultando em suicídio (MORAES<sup>17</sup> *et al*, 2006).

No século VI a.C surge a primeira classificação dos distúrbios mentais. Fala-se pela primeira vez em melancolia e mania. Já no final do século XVIII a melancolia é traduzida como uma resposta do corpo às aflições psíquicas. Porém, somente passou a ser considerada uma doença mental a partir do século XIX. Adentrando no século XX, a depressão é classificada como transtorno afetivo, levando em conta aspectos neuroquímicos, psicossociais e genéticos. Já no final do século XX, depressão passa a ser considerada como forma atenuada da melancolia a qual domina a subjetividade contemporânea (ESTEVES & GALVAN, 2006).

Para Souza & Lacerda<sup>18</sup> (s.d), a depressão é um termo novo na história, sendo usado pela primeira vez em 1680, para indicar um estado de desânimo ou perda de interesse. Em 1750, Samuel Johnson introduziu o termo ao dicionário. As primeiras definições de estados de alteração do humor podem ser localizadas nas escrituras bíblicas e na mitologia. A visão pré-socrática do homem, dividida de modo geral por gregos, hebreus, egípcios, babilônios e persas, entendia o adoecimento físico e mental a partir de uma narrativa mítica e religiosa, conferindo a uma entidade divina a etiologia de todos os males. A passagem da narrativa mítica ao discurso oracional consolida-se com as contribuições de Sócrates (Atenas, 469 a.C.-399 a.C.), o que proporcionou a transferência do entendimento da doença do âmbito divino para a natureza, inaugurando, assim, o modo científico de pensar.

No século V (476 d.C.), ocorreu a queda do Império Romano do Ocidente, marcando o fim da Antiguidade e o início da Idade Média. O pensamento greco-romano, incluindo as suas ajudas para a ciência e para a medicina, é deixado e trocado por uma visão religiosa edificada sobre a onipotência de uma entidade divina e um modelo maniqueísta. Os transtornos mentais passam a ser inseridos na demonologia da época. “O monge Ionnes Cassianus introduz o termo *acídia*, palavra de origem grega que significa “estado de descuido”, para indicar estados variados de apatia, preguiça, indolência, negligência e enfraquecimento, de modo que essa palavra pode ser considerada um termo medieval para a

---

<sup>16</sup><http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n24/n24a12.pdf>

<sup>17</sup><http://www.scielo.br/pdf/rprs/v28n1/v28n1a11.pdf>

<sup>18</sup>[https://ssl1571.websiteseuro.com/livraria1/config/imagens\\_conteudo/pdf/Cap\\_01\(10\).pdf](https://ssl1571.websiteseuro.com/livraria1/config/imagens_conteudo/pdf/Cap_01(10).pdf)

melancolia” (SOUZA & LACERDA<sup>19</sup>, s.d, p.3).

São Gregório Magno (Roma, 540-604) inclui o suicídio entre os sete pecados capitais, logo, sujeito à penitência. São Tomás de Aquino (Roccasecca, 1225-Fossanova, 1274), apesar de seu intenso moralismo, demonstrou-se mais benevolente com os melancólicos. O final da Idade Média inaugurou a Idade Moderna, consagrando o início de um intenso e significativo movimento social, cultural e intelectual: o Renascimento. Não há um acordo sobre a cronologia desse momento histórico; estima-se que abranja os séculos XIV, XV e XVI. A visão religiosa e maniqueísta que marcou o pensamento medieval é convertida em uma visão humanista, e a doença mental passa a ser entendida primariamente a partir de uma orientação biológica, filosófica e psicológica (SOUZA & LACERDA, s.d).

O termo *lipemania*<sup>20</sup> perdurou na França por um tempo, mas não se estendeu à Inglaterra ou à Alemanha e, embora não tenha sobrevivido, configurou-se como um indicativo da mudança do termo melancolia para depressão. Logo, a contextualização histórica no século II a.C. marca a ascensão do Império Romano. A respeito da submissão total das cidades gregas, as ideias hipocráticas continuavam orientando a formação e a atuação dos médicos na Antiguidade. Nesse período histórico, ressaltam-se as contribuições de Galeno (Pérgamo, 128-Roma, 201), que reafirma a teoria dos quatro humores postulada por Hipócrates, fazendo uma associação com os quatro elementos ar, fogo, terra e água, com fluidos bile amarela, bile negra, fleugma e sangue, qualidades quente, úmido, frio e seco e humores colérico, fleumático, sanguíneo e melancólico (SOUZA & LACERDA, s.d).

Desde os primórdios, o indivíduo depara-se com sentimentos de desesperança, apatia, indiferença, ausência de perspectiva e prazer, falta de sentido de vida, aspectos esses que podem constituir uma depressão. A tentativa de compreensão da depressão vem a partir da antiguidade, nas mais antigas civilizações, podendo ser entendida como um elemento da própria natureza humana e que, muitas vezes, impulsiona o indivíduo, inclusive em seu processo criativo, atribuindo, assim, um ar mais poético ao sofrimento (BARBOSA<sup>21</sup> *et al*, 2011).

Doenças que antigamente ocupavam um lugar dos problemas tradicionais tais como: doenças infecciosas e de má nutrição, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), são

---

<sup>19</sup>[https://ssl1571.websiteseguro.com/livraria1/config/imagens\\_conteudo/pdf/Cap\\_01\(10\).pdf](https://ssl1571.websiteseguro.com/livraria1/config/imagens_conteudo/pdf/Cap_01(10).pdf)

<sup>20</sup> Assim Esquirol (1820) foi forçado a cunhar a palavra “*lipemania*” para se referir a “uma doença do cérebro caracterizada por delírios, que são crônicos e fixados sobre temas específicos, ausência de febre e uma tristeza que muitas vezes é debilitante e esmagadora (BARRIOS, 2012, p.595).

<sup>21</sup><http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n1/v14n1a13.pdf>

substituídas pela depressão (PARANHOS & WERLANG<sup>22</sup>, 2009). Para Paranhos & Werlang, citando Hornestein (2006) usar como uma justificativa o conceito de peste é colocar simbolicamente a depressão no patamar de uma grave doença que aflige e acaba produzindo muitas vítimas.

A depressão vem causando preocupações desde os tempos mais antigos e nos convida, mais uma vez, a interrogar sua origem, a fim de buscar a entender melhor os diagnósticos, as etiologias e os tratamentos nos dias atuais (PARANHOS & WERLANG, 2009).

Para Venco & Barreto<sup>23</sup> (2014), novas falas foram acrescentadas à história do suicídio/depressão, decorrente de um mundo em constante mutação, desatento à dor do outro, que estimula o consumismo desenfreado na mesma proporção que aumenta o desemprego, o que certamente cria um sentimento de incerteza e vazio, ocasionando novos casos de suicídios.

Corroborando Feliciano & Moretti<sup>24</sup> (2015), que a presença de um ou mais transtornos psiquiátricos é o fator principal na etiologia de atos suicidas, visto que 90%, ou mais, que morrem por suicídio, são diagnosticadas com um ou mais desses transtornos.

De todos os transtornos psiquiátricos, a relação entre depressão e suicídio tem sido bem estudada. Para Ribeiro<sup>25</sup> (2003), normalmente as pessoas que tentam o suicídio apresentam um quadro de anormalidade psiquiátrica, com ênfase para a depressão reativa, seguindo-se os episódios de tentativa a discórdias familiares ou estresse interpessoal semelhante a esses.

A depressão reativa refere-se ao estudo sobre sofrimento psíquico e/ou dor moral originada por momentos ou acontecimentos desagradáveis que interferem significativamente na redução da qualidade de vida, na produtividade e capacitação social do indivíduo (FONSECA<sup>26</sup>, 2008).

Ao mesmo tempo em que pode se referir a um conjunto de sinais e sintomas, formando um emaranhado patológico, também pode estar relacionado a um simples sentimento normal e comum ou tratar-se de uma manifestação, assim como a dor e a angústia, que podem estar presentes em vários outros quadros clínicos, sem necessariamente configurar uma classe de psicopatologia. A ambiguidade do termo depressão atravessa os séculos, e os

---

<sup>22</sup><http://onlineunisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1089/907>

<sup>23</sup><http://eduem.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/10032/5583>

<sup>24</sup><http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0857.pdf>

<sup>25</sup><http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/12595-12596-1-PB.pdf>

<sup>26</sup><http://www.scielo.br/pdf/prc/v21n3/v21n3a18.pdf>

dados epidemiológicos evidenciam seu crescimento (PARANHOS & WERLANG<sup>27</sup>, 2009).

O comportamento de gerar agressões em si mesmo ocasiona assombro, porque é um comportamento contrário ao chamado instinto da busca pela sobrevivência, evitação da dor e preservação da vida. Percebe-se que nenhum fator sozinho é suficiente para desencadear um ato suicida. Tais fatores interagem entre si e atuam para sobrepor uma conduta suicida (FELICIANO & MORETTI<sup>28</sup>, 2015).

Segundo Durkheim ([1983]), entre os diferentes tipos de mortes, há as que apresentam o seguinte fator particular: o fato de serem atos da própria vítima, de resultarem de um comportamento de que o paciente é o autor; e, por outro lado acontece que este mesmo traço encontra-se na base da ideia que normalmente se tem do suicídio. Ele acrescenta ainda que: “Suicídio é toda morte que resulta mediata ou imediatamente de um ato positivo ou negativo realizado pela própria vítima” (DURKHEIM, [1983], p.183).

Nos dias atuais, a depressão e o suicídio encontram-se cada vez mais presentes em todos os espaços sociais, rompendo barreiras de idade, sexo, classe socioeconômica ou cultural, sendo ambos considerados sérios problemas de saúde pública. O transtorno depressivo gera um sofrimento psíquico que afeta na diminuição da qualidade de vida, da produtividade e da capacitação social do indivíduo (VIEIRA & COUTINHO<sup>29</sup>, 2008).

Para Durkheim ([1983]), o desenvolvimento do suicídio é assim composto por oscilações de movimento distintas e sucessivas, que se verifica por arranques, se desenvolvem durante um tempo, para depois estacionar e em seguida recomeçar. Uma dessas ondas começou por toda a Europa após os acontecimentos de 1848, isto é, por volta de 1850-1853; outra teve início na Alemanha após a guerra 1866; na França começou um pouco mais cedo por volta de 1860, na época que marca o apogeu do governo imperial; na Inglaterra 1868, isto é, após a revolução comercial que os tratados do comércio então determinaram. É provável que a nova recrudescência que se consta entre nós por volta de 1865 seja devido à mesma causa, cada sociedade está coletivamente afetada. Na França, do ano de 1856-1878, houve um aumento de cerca de quarenta por cento e na Saxônia mais de cem por cento durante o intervalo de 1854-1880.

As ocorrências privadas, que são geralmente consideradas como as causas próximas do suicídio têm como único fator a que lhe é atribuída pelas distorções morais da vítima, que

---

<sup>27</sup><http://onlineunisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1089/907>

<sup>28</sup><http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0857.pdf>

<sup>29</sup><http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/4691/5311>

é o eco do estado moral da sociedade. Para explicar o desinteresse pela vida, o sujeito recorre às circunstâncias que o rodeiam de forma rápida, acha a vida triste porque está triste, sem dúvida que num certo sentido, a tristeza vem de fora, mas não provém deste ou daquele incidente que se constituiu na sua carreira, provém do grupo do qual faz parte. Tudo depende da proporção com que agiram sobre o indivíduo as causas suicidogêneas (DURKHEIM, [1983]).

O suicídio na mesma proporção de objeto de reflexão teórica encontra-se como um universo avesso às classificações excessivamente constrictivas. Compreende-se que a identificação e o acompanhamento do evento podem trazer subsídios importantes para a diminuição desse agravo na população (MENEGHEL<sup>30</sup>, 2004).

### 2.3 VISÃO JURÍDICA DO SUÍCIDIO

Embora o suicídio não seja considerado crime segundo a lei brasileira, dispõe o artigo 122 do Código Penal Brasileiro, que a participação em suicídio é crime punido com pena de prisão. Vejamos a transcrição do referido artigo (JUNIOR, 2012, p.1090):

**Induzimento, instigação ou auxílio a suicídio**

**Art. 122** - Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça:

**Pena** - reclusão, de dois a seis anos, se o suicídio se consuma; ou reclusão, de um a três anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave.

Parágrafo único - A pena é duplicada:

**Aumento de pena**

**I** - se o crime é praticado por motivo egoístico;

**II** - se a vítima é menor ou tem diminuída, por qualquer causa, a capacidade de resistência (BRASIL, 1940, p.10).

Existem três tipos de participação em suicídio: induzir, instigar e auxiliar. “Induzir é introduzir a ideia, instigar é fortalecer uma ideia já formada, e auxiliar é fornecer os meios para que alguém se pratique o suicídio” (JUNIOR, 2012, p.1090).

O menor de 14 anos e o alienado mental, induzidos ao suicídio consumado, nunca serão, obviamente, considerados vítimas de suicídio, e, sim, vítimas de homicídio, porque são absolutamente incapazes de resistência. São facilmente induzidos a cometer atos ou comportamentos (JUNIOR, 2012, p.1090).

Requer exame de corpo de delito (art. 158 do CPP). Sendo um crime doloso e contra a vida, o julgamento é obrigatoriamente, da competência do Tribunal do Júri, conforme reza o

<sup>30</sup><http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n6/08>

art. 5.º, XXXVIII, *d*, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (JUNIOR, 2012, p.1090).

### 3. CARACTERIZAÇÃO DA DEPRESSÃO E DO SUÍCIDIO

Para Meneghel<sup>31</sup> *et al*, (2004), o suicídio enquanto objeto de reflexão teórica apresenta-se como um universo avesso a classificações excessivamente constritivas. Compreende-se que a identificação e o acompanhamento do evento podem trazer embasamento importante para a diminuição desse agravo na população. Por isso, corrobora Camon (2003) que a discussão concernente à tentativa de suicídio deve dar enfoque ao aspecto do pedido de auxílio diante de uma situação desesperadora. Os motivos que podem levar uma pessoa a situações de intenso sofrimento podem nada significar para outra.

O suicídio é um ato que gera grandes preocupações em todos os contextos, desde o familiar até o amplo contexto social, incluindo os profissionais de saúde de média nacional (LIMA<sup>32</sup> *et al*, 2008).

O comportamento suicida é comumente classificado em três diferentes categorias: ideação suicida, tentativas de autoextermínio e o suicídio propriamente dito. A ideação suicida é caracterizada por pensamentos, ideias e desejos de estar morto. Por outro lado, o suicídio completo ou propriamente dito é a confirmação do ato. Já as tentativas de autoextermínio (TAE), se referem às tentativas recorrentes de uma história com vários históricos e têm sido vistas como tendo um importante valor preditivo na avaliação do risco para o suicídio (GUSTAVO<sup>33</sup>, 1999).

O autoextermínio está presente nos extremos socioeconômicos, ou seja, entre os menos favorecidos socialmente e entre os mais favorecidos (MENEGHEL *et al*, 2004). Sobre isso, Dell’Aglia & Braga<sup>34</sup> (2013) afirmam também que um dos fatores que têm sido considerados como riscos ao comportamento suicida é a fragilidade gerada pelas situações de pobreza, que é uma condição social que pode predeterminar ao suicídio, uma vez que o desemprego, o estresse econômico e a instabilidade familiar aumentam os estágios de ansiedade dos indivíduos. Além disso, conforme descreve Meneguel *et al* (2004), existem outros fatores que podem despertar ideias suicidas, tais como divórcio, desemprego, variáveis econômicas, a inserção da mulher no mercado de trabalho, entre outros.

Junior (2012), afirma que a profissão pode influenciar no meio de tentativas de suicídio: o açougueiro suicida-se com faca, o barbeiro com navalha, o farmacêutico com

---

<sup>31</sup><http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n6/08>

<sup>32</sup><http://www.pucrs.br/orgaos/edipucrs/online/IIIImostra/Psicologia/61582%20-%20GABRIELA%20QUADROS%20DE%20LIMA.pdf>

<sup>33</sup><http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21s2/v21s2a06.pdf>

<sup>34</sup><http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v6n1/v6n1a02.pdf>

veneno, químicas farmacêuticas, o trabalhador rural com formicidas e agrotóxicos ou utilizando-se de uma corda amarrada em uma árvore, a lavadeira com água sanitária ou potassa, o caçador com espingarda, o militar com armas de fogo portáteis, o operário em andaimes. Os locais de suicídio são muito variáveis, depende do meio social que o indivíduo convive tais como: residências, hospitais, quartéis, lugares ermos, vias públicas, prisões, cemitérios.

Nesse contexto, as tentativas prévias, a doença afetiva, o isolamento social, a história familiar, a declaração de intenções e uma série de variáveis demográficas e socioeconômicas também são alguns indicativos, preceptores para o suicídio (MENEGHEL<sup>35</sup> *et al*, 2004). Existem, ainda, alguns indicativos que podem prever que alguns indivíduos têm certa fragilidade para cometê-lo (FELICIANO & MORETTI<sup>36</sup>, 2015).

Corroborando com o supracitado, Meneghel *et al* (2004) descrevem alguns dos fatores considerados como os mais importantes no comportamento suicida: 1) o aumento na prevalência de transtornos depressivos; 2) o uso abusivo de substâncias psicoativas; 3) mudanças psicobiológicas, como a diminuição na data de início da puberdade; 4) aumento no número de estressores sociais; 5) transformação nos padrões de aceitação de comportamentos suicidas e crescimento na disponibilidade de modelos suicidas (MENEGHEL *et al*, 2004).

No que se refere aos aspectos depressivos, Chachamovich<sup>37</sup> *et al* (2009) relatam que os sintomas da depressão parecem ser decisivos como fator etiológico de ideação suicida e tentativas de autoextermínio, afirmam ainda que os sintomas depressivos tais como a falta de energia e o humor depressivo estão consistentemente associados à ideação suicida, ao passo que as características demográficas não se mostraram preceptores no estudo feito. Deste modo, a noção de que traços psicopatológicos têm um papel destacado em casos de suicídio fica fortalecida, mesmo em casos aparentemente livres de doenças psiquiátricas maiores. Logo, alguns autores enfatizam a necessidade de ampliação do entendimento da relação entre patologia psiquiátrica e suicídio, para além da simples associação diagnóstico/suicídio.

Dos transtornos mentais relativos ao suicídio, a depressão maior se sobressai. Os outros transtornos mentais que aparecem na literatura associados ao suicídio são os transtornos bipolares do humor, abuso de álcool, esquizofrenia e transtornos de personalidade (BARBOSA<sup>38</sup> *et al*, 2011).

Sendo assim, o suicídio é um risco expressivo na depressão não tratada, por ser

---

<sup>35</sup><http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n6/08>

<sup>36</sup><http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0857.pdf>

<sup>37</sup><http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s1/a04v31s1>

<sup>38</sup><http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n1/v14n1a13.pdf>

pouco reconhecida como uma enfermidade. Em alguns casos a depressão acaba sendo escondida e os pacientes apresentam apenas queixas somáticas (FELICIANO & MORETTI<sup>39</sup>, 2015).

Dessa forma, a depressão e o suicídio estão afetando o sujeito independente de: gênero, idade, raça, classe socioeconômica, cultura e espaço geográfico (FELICIANO & MORETTI, 2015).

Com o passar dos anos e conseqüentemente com o envelhecimento humano e as mudanças globalizadas nos estilos de vida interagem entre si para tornar as doenças crônicas e não transmissíveis, incluindo a depressão, causas cada vez mais importantes de morbidade e de mortalidade (LOPEZ<sup>40</sup>, 2011).

Para Fabela (2009) *apud* Feliciano & Moretti (2015), a depressão causa além dos sintomas psíquicos e físicos, a inquietação, esgotamento, perturbações do sono e do apetite, afetam a memória, produzindo alterações quanto à natureza e intensidade do pensamento, implicando assim em prejuízos cognitivos.

Os sintomas depressivos mais relacionados ao suicídio são o severo prejuízo da autoestima, os sentimentos de desesperança e a incapacidade de enfrentar e resolver problemas. Esses sintomas podem não estar presentes no início do quadro, mas à medida que a depressão vai se tornando mais grave, a baixa da autoestima vai piorando, vão surgindo sentimentos de ineficácia e, conseqüentemente, o indivíduo vai ficando mais desiludido (VIEIRA & COUTINHO<sup>41</sup>, 2008).

Vários pacientes tratados mantêm sintomas residuais e subsindrômicos que conduzem a desfechos que não são favoráveis, como risco mais elevado de recaídas e suicídio, empobrecimento das funções psicossociais e mortalidade elevada decorrente de outras doenças clínicas. Uma das maiores preocupações no acompanhamento desses pacientes é o suicídio, associado significativamente à depressão maior (POWELL<sup>42</sup>, 2008).

A depressão maior é um transtorno contínuo crônico, mais comum em mulheres e com elevado prejuízo funcional e risco de suicídio. A depressão masculina é um tema menos discutido do que a feminina, tendo visto que os homens são mais relutantes em conversar com seus médicos sobre seus problemas emocionais. A depressão como um adoecimento não

---

<sup>39</sup><http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0857.pdf>

<sup>40</sup><http://www.scielo.br/pdf/rprs/v33n2/1338.pdf>

<sup>41</sup><http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/4691/5311>

acontece da mesma forma entre homens e mulheres, sejam elas pelas diferenças hormonais, sociais ou mesmo culturais. As evidências sugerem que homens podem manifestar a depressão de maneira diferente das mulheres: comportamentos violentos ou abusivos, raiva inapropriada ou injustificável, comportamento de fuga ou de risco como beber abusivamente ou dirigir de maneira negligente e ideação suicida (NETTO, SIMÕES & SERFATY<sup>43</sup>, 2011).

Percebe-se que os indivíduos com depressão e risco de suicídio apresentam menor qualidade de vida do que os indivíduos somente com depressão. As mulheres apresentam maior risco após a puberdade (LOPEZ<sup>44</sup>, 2011).

Nesse contexto, as mulheres que apresentam tentativas de autoexterminio comumente são jovens e solteiras e as tentativas geralmente ocorrem por meio da ingestão excessiva de medicamentos ou venenos. Em contrapartida, os papéis atribuídos à masculinidade envolvem aspectos que podem predispor os homens a comportamentos suicidas. Tais aspectos podem incluir a competitividade, a impulsividade e o maior acesso a métodos letais e armas de fogo. Ademais, os homens são mais suscetíveis a aspectos relacionados ao trabalho, ao desemprego e ao empobrecimento (DELL'AGLIO & BRAGA<sup>45</sup>, 2013). Portanto, a literatura sobre suicídio informa que as mulheres estão de maneira ampla, mais propensas à ideação suicida e os homens ao suicídio consumado.

Segundo Meneghel<sup>46</sup> *et al* (2004), nos Estados Unidos, na medida em que as oportunidades econômicas, individuais e sociais aumentaram para as mulheres, a taxa de suicídios femininos diminuiu. Já a Índia e a China são países onde o risco para a população feminina é elevado. A menor ocorrência de suicídio entre as mulheres tem sido atribuída à baixa prevalência de alcoolismo; à religiosidade; às atitudes flexíveis em relação às aptidões sociais e ao desempenho de papéis durante a vida. Além disso, as mulheres detectam bem cedo os sinais de risco para depressão, suicídio e doença mental, buscam ajuda em momentos de crise e são assíduas nas redes de apoio social.

Alguns pesquisadores afirmam que pacientes deprimidos são mais lentos em processos de resolução e, quando solicitado a confiar em suas decisões, para refletir o quanto estão seguros das mesmas, usam estratégias alteradas, mais tradicionais, com menos confiança. Os pacientes apresentam percepção contrária ao feedback ambiental, respondendo anormalmente quando este é negativo e sugerindo uma desregulação dos sistemas de reforço

---

<sup>43</sup><http://www.epublicacoes.uerj.br/ojs/index.php/revistahupe/article/view/8853/6733>

<sup>44</sup><http://www.scielo.br/pdf/rprs/v33n2/1338.pdf>

<sup>45</sup><http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v6n1/v6n1a02.pdf>

<sup>46</sup><http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n6/08>

(FELICIANO & MORETTI<sup>47</sup>, 2015).

A depressão surge como resultante de uma inibição geral da pessoa, e afeta a função da mente, altera a maneira como a pessoa vê o mundo, sente a realidade, compreende as coisas e denota suas emoções (VIEIRA & COUTINHO<sup>48</sup>, 2008).

Uma das razões para que um sujeito desenvolva ideação suicida e TAE, diz respeito à inflexibilidade cognitiva e a dificuldade de resolução de problemas que apelam ao funcionamento adaptado ao lobo pré-frontal. A ideação suicida pode ocorrer num processo de procura de resolução de um determinado problema. Portanto, a dificuldade na resolução de problemas é entendida como a falta de capacidade na interpretação de problemas e na busca de um método diverso para solucioná-los de formas variadas (FELICIANO & MORETTI, 2015).

Nesse sentido, Dell'Aglio & Braga<sup>49</sup> (2013) enfatizam que existe uma grande probabilidade de, após uma primeira tentativa de suicídio, outras virem a aparecer, até que uma possa ocasionar a morte do indivíduo. Determinados pesquisadores esclarecem que os casos de suicídio estampados em jornais, televisão ou internet podem afetar outras pessoas que estão procurando uma solução para seus problemas, principalmente adolescentes ou jovens com problemas psiquiátricos ou mentais.

Os autores supracitados seguem dizendo que alguns casos em que um amigo, alguém conhecido ou alguém próximo cometeu suicídio, pode haver um comportamento de imitação ou contágio. Essa imitação pode ser tanto por um conhecido, amigo que cometeu suicídio como por alguém famoso do qual o adolescente se espelhava. Da mesma forma, indivíduos que moram em zona rural também são mais propensos a cometer o suicídio do que aqueles que moram em zona urbana, justamente porque o acesso em zona urbana à saúde mental e a suporte social são maiores e o isolamento social na zona rural é maior (DELL'AGLIO & BRAGA, 2013).

Segundo Cassorla (1998) *apud* Vieira & Coutinho (2008), detectar as representações sociais acerca da depressão e do suicídio é entender as formas que as pessoas utilizam para criar, modificar e interpretar essas problemáticas vinculadas à sua realidade como também conhecer seus pensamentos, sentimentos, percepções e experiências de vida compartilhadas, destacadas nas formas diferenciadas de comunicação, de acordo com o contexto cultural, a classe social a que pertencem e as instituições às quais se está vinculado, que se prolongam

---

<sup>47</sup><http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0857.pdf>

<sup>48</sup><http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/4691/5311>

<sup>49</sup><http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v6n1/v6n1a02.pdf>

para além das dimensões intrapsíquicas e se efetiva em acontecimentos sociais plausíveis de serem identificados e mapeados.

Segundo Barbosa *et al* (2011), a falta de conhecimento e esclarecimento sobre os riscos dos comportamentos autodestrutivos, por parte dos familiares e dos próprios profissionais de saúde, acarreta grande divergência entre as necessidades daquele que possui a ideia suicida e a tomada de atitudes das pessoas de seu convívio, fator que aprimoraria as possibilidades de se evitar o ato suicida.

Alterações de comportamento, isolamento social, ideias de autopunição, falas com conteúdo pessimista ou de desistência da vida e comportamentos de risco podem indicar um pedido de ajuda. O comportamento suicida está repetidamente associado com a dificuldade do indivíduo de identificar meios viáveis para a solução de seus conflitos, preferindo a morte como resposta de fuga da situação estressante. Detectar e tratar adequadamente a depressão reduz as taxas de suicídio (BARBOSA<sup>50</sup> *et al*, 2011).

A acessibilidade às informações sobre saúde mental, o elevado custo dos medicamentos e das terapias, a dificuldade que as pessoas têm de se falar em morte e suicídio, a falta de conhecimento na formação dos médicos quanto aos aspectos relacionados à saúde mental, e falta de especialistas em saúde mental no serviço público representam os principais obstáculos para aqueles que apresentam transtornos mentais receberem tratamento adequado (BARBOSA *et al*, 2011).

De acordo com Vieira<sup>51</sup> *et al* (2010), o maior risco de suicídio encontra-se no início do episódio depressivo, em que a proporção dos sintomas ainda é considerada fraca ou durante a etapa do tratamento, posto que o paciente já se sente melhor, devido ao fato de que muitos pacientes severamente deprimidos não dispõem de energia para cometer o suicídio.

Segundo Botega<sup>52</sup> (2006), dependendo do tipo de sociedade, seus princípios também podem agir como fatores de proteção ou de risco. Por exemplo, sociedades que prezam a interdependência, nas quais existe orientação 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 não são valorizadas e pedir ajuda torna-se como um indicio de fraqueza, ocorre o contrário.

---

<sup>50</sup><http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n1/v14n1a13.pdf>

<sup>51</sup><http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/4691/5311>

<sup>52</sup>[https://scholar.google.com.br/scholar?q=BOTEGA%2CNery+Josetal%3A+Preven%C3%A7%C3%A3o+do+comportamento+suicida.PSICO%2C+Porto+Alegre%2C+PUCRS%2C+v.+37%2C+n.+3%2C+set.%2Fdez%2C2006%2C+p.+213-220.&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](https://scholar.google.com.br/scholar?q=BOTEGA%2CNery+Josetal%3A+Preven%C3%A7%C3%A3o+do+comportamento+suicida.PSICO%2C+Porto+Alegre%2C+PUCRS%2C+v.+37%2C+n.+3%2C+set.%2Fdez%2C2006%2C+p.+213-220.&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5)

Outrossim, a depressão segundo Aragão<sup>53</sup> *et al* (2009) é vista como uma doença que provoca dor, sofrimento, tristeza, desânimo, solidão, sentimentos de inferioridade e que pode ocasionar a morte. Nota-se que a etiologia da depressão é principalmente vista como sendo oriunda de fatores psicossociais, tais como a mágoa, o ódio e as preocupações que podem advir de fatores sociais. A depressão é considerada o mesmo que uma tristeza causada por dores subjetivas intensas. Entende-se que a tríade depressão, tristeza, solidão são sintomas frequentemente apresentados entre o conhecimento construído e elaborado por este grupo de conhecimento.

Sendo assim, Barbosa<sup>54</sup> *et al* (2011) abordam que a depressão é classificada segundo os critérios: leve, moderada e grave. Nos quadros moderados e graves sempre há necessidade de mapear se existe presença de ideias de morte ou ideação suicida.

Ainda segundo o mesmo autor, entrar em contato com a representação social da sintomatologia da depressão é buscar não só elucidar as maneiras que os sujeitos utilizam para criar, transformar e interpretar essa incerteza vinculada à sua realidade, mas também compreender seus pensamentos, sentimentos, percepções e conhecimentos de vida, compartilhadas por crenças, atitudes, valores e informações, destacadas nas diversas maneiras de comunicação que nos dias atuais a população possui e de acordo com a classe social a que pertencem (BARBOSA *et al.*, 2011).

Para Camon (2004 a), em meio ao sofrimento envolvido do ato suicida, e por assim dizer, de outras formas de violência, sempre há um nível implícito de inconformismo com os aspectos da própria condição humana.

Ademais, Dell'Aglio & Braga<sup>55</sup> (2013) abordam que o principal fator positivo contra as tentativas de suicídio é o contentamento com o relacionamento com os pais e altos níveis de autoestima. Logo, é possível verificar que, ainda que o conceito de família tenha se diversificado nas últimas décadas e que as configurações familiares atualmente sejam muitas tais como: famílias nucleares, mono parentais, reconstituídas, a importância dessa instituição para o desenvolvimento psicológico, físico e social adequado de seus membros tem persistido e o vínculo emocional entre os membros de uma família, seja esta nuclear ou não, continua tendo a função de proteção, abrigo inclusive para o comportamento suicida.

Para Betolote (2000), existem algumas características que são específicas das mentes suicidas. Ambivalência: a maioria das pessoas já teve sentimentos de cometer suicídio. O

---

<sup>53</sup><http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n2/a09v14n2.pdf>

<sup>54</sup><http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n1/v14n1a13.pdf>

<sup>55</sup><http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v6n1/v6n1a02.pdf>

desejo de viver e o desejo de morrer é uma ambivalência nos indivíduos suicidas; impulsividade: suicídio é também um ato impulsivo. Como qualquer outro impulso, o impulso para cometer suicídio é transitório e pode vir a durar alguns minutos ou horas. É frequentemente desencadeado por eventos negativos do dia-a-dia. Tendo controle da crise e ganhando tempo, o profissional da saúde pode ajudar a diminuir o desejo suicida. Quando pessoas são suicidas, seus pensamentos, sentimentos e ações estão constrangidos, quer dizer: elas continuamente pensam sobre suicídio e não conseguem ver ou perceber outras maneiras de sair do problema. Elas pensam rígida e drasticamente.

A maioria das pessoas que tem TAE informa de alguma maneira seus pensamentos e intenções suicidas. Elas frequentemente dão indícios e fazem comentários sobre “querer morrer”, “sentimento de não valer pra nada”, e assim por diante. Todos estes pedidos de ajuda não podem ser desprezados (BERTOLOTE, 2000). Pode-se agravar o risco de suicídio quando se tem uma associação com outros transtornos mentais, como, por exemplo, a coexistência da depressão, ansiedade, agitação, depressão com o alcoolismo.

O risco de suicídio deveria ser uma preocupação de todas as áreas e de todos os profissionais de saúde mental e da comunidade humana em sua totalidade. Nos pacientes em risco de suicídio é de suma importância intervenções em múltiplos níveis, incluindo psicoterapia, farmacoterapia, terapias biológicas, psiquiatria comunitária, hospitalização, além de medidas psicopedagógicas. Além de mobilizar de modo negativo a sociedade e familiares, o impacto psicológico do suicídio atinge as pessoas que não têm ligação direta com o suicida ou com o sujeito que fez uma tentativa de suicídio (ESTELLITA-LINS<sup>56</sup> *et al*, 2006).

A morte, sob qualquer ponto de vista, é um assunto pouco discutido nos lares e nas rodas sociais como pressuposto para fugir da dor, da tristeza e da má sorte. Portanto, é ela a única certeza vital do homem e de sua própria finitude. O suicídio é o tipo de morte que interrompe o desenvolvimento humano, foge à regra natural e desencadeia a falta de entendimento e impotência entre os que permanecem vivos. Para a religião é um pecado; para a sociedade, um grave problema público; para o psicólogo, um desafio a ser entendido (LOPES & MILANI<sup>57</sup>, s.d).

As marcas deixadas pelas experiências emocionais intensas, seja positiva ou negativa, acompanham o indivíduo em sua história, e a violência intensa, seja ela física ou psíquica, desempenha um papel trágico e infamante na constituição do indivíduo. Dessa maneira, situações de abusos e humilhações podem conduzir a criança e o adolescente a

---

<sup>56</sup><http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psyche/v10n18/v10n18a15.pdf>

<sup>57</sup><http://www.ppi.uem.br/eventos/artigos/32.pdf>

buscar sua própria morte. Viver em um contexto social que não é permitido falhar ou errar, muitas crianças e adolescentes se sentem incapazes de atender a demanda imposta pela sociedade, ao imperativo de sucesso e se refugiam em uma depressão, por vezes se precipitando a um ato suicida. O indivíduo para livrar-se da angústia provocada por sua incapacidade de atender as expectativas do outro, encontra no suicídio a resposta para o seu sofrimento (DUARTE, 2013).

O suicídio é um fenômeno que ocorre com a existência de problemas econômicos ou sem eles, por amores não correspondidos, ato de heroísmo, pela influência do meio social, por distúrbios mentais e cercados por motivos diversos. Vale ressaltar que há registro de sua ocorrência em todas as culturas, em todos os tempos e em todas as idades (DAÓLIO<sup>58</sup>, 2012).

---

<sup>58</sup><http://www.faex.edu.br/periodicos/index.php/e-locucao/article/view/9/10>

#### 4. CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA NA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO E DO SUICÍDIO

De acordo com o CID-10, o número e a gravidade dos sintomas permitem classificar o episódio depressivo em três graus: leve, moderado ou grave. Os critérios mínimos para o diagnóstico de episódio depressivo envolvem dois dos três sintomas principais (humor deprimido, perda de interesse ou prazer e energia reduzida), podendo ser acompanhado de outros sintomas citados a seguir: concentração e atenção assim como autoestima e autoconfiança reduzidas, aliadas à interferência funcional ou social. O humor depressivo varia de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode vir associado aos sintomas ditos “somáticos”, a exemplo de perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce (várias horas antes da hora habitual de despertar), agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido (POWELL<sup>59</sup>, 2008).

Ao examinar as possíveis causas de uma TAE, Lima<sup>60</sup> *et al* (2008) dizem que TAE possui uma etiologia multidimensional, constituindo-se no evento final de uma complexa interação de diversos fatores tais como: genéticos, biológicos, sociais, psicológicos, históricos e culturais, que é singular a cada indivíduo. A necessidade de cuidados psicológicos e médicos para os sujeitos que pensam, planejam e/ou efetivam uma tentativa de autoextermínio aponta um aspecto que deve igualmente ser considerado: o impacto do comportamento suicida no contexto assistencial. Não há intenção de controlar a vida das pessoas, mas sim de que a prevenção do risco de suicídio possa ser tão natural quanto a outras práticas de saúde.

Segundo Bertolote (2000), o primeiro contato é de suma importância com pacientes suicidas. Frequentemente o contato ocorre numa clínica, casa ou espaço público, onde pode ser difícil ter uma conversa particular. O objetivo é preencher o vazio criado pela desconfiança, desespero e perda de esperança e dar ao paciente a esperança de que as coisas podem mudar para melhor.

Dessa forma, o primeiro passo é encontrar um lugar adequado onde possa ocorrer uma conversa tranquila e mantida com privacidade; o próximo passo a ser seguido é reservar o tempo necessário. Pessoas com ideação suicida frequentemente necessitam de mais tempo para deixarem de se considerar um fardo e precisam que o terapeuta esteja preparado

---

<sup>59</sup><http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s2/a04v30s2.pdf>

<sup>60</sup><http://www.pucrs.br/orgaos/edipucrs/online/IIIImostra/Psicologia/61582%20-%20GABRIELA%20QUADROS%20DE%20LIMA.pdf>

mentalmente para lhes dar atenção; a tarefa que é a mais importante é ouvir esse paciente com muita atenção (BERTOLOTE, 2000).

A prevenção do comportamento autodestrutivo necessita focar na maior regulação da influência das alterações emocionais e das estratégias de solução de problemas (FELICIANO & MORETTI<sup>61</sup>, 2015). Pacientes deprimidos queixam-se de baixa concentração e de dificuldade de memorizar e tem grandes dificuldades em tomar decisões. Por isso, corrobora Duarte (2013) que há uma necessidade de escutar e de buscar formas que aliviem a dor psíquica.

Várias pessoas deprimidas organizam seu mundo como um beco sem saída com as desvantagens em ambos os lados, superando quaisquer vantagens possíveis. Acreditam que o que determina seu valor reside fora delas, a felicidade e a infelicidade depende da aprovação de outras pessoas (BECK, 1997).

Nesse sentido, Camon (2004) ressalta ser de suma importância que os profissionais de saúde compreendam de uma forma mais ampla e humana as tentativas de autoextermínio. Esse comportamento trata-se de um grito de socorro, um ato de desespero que o sujeito sabe no que pode acarretar, a principio sem sinais de dor física, e com muita violência.

Para Botega<sup>62</sup> (2006), a prevenção do suicídio é feita por meio do apoio a fatores ditos protetores e da redução dos fatores de risco, tanto no nível individual como no nível coletivo. No nível individual podemos citar bons vínculos afetivos, sensação de estar integrado a um grupo ou comunidade, estar em um grupo religioso, estar casado ou com companheiro fixo, ter crianças. Pessoas com maior envolvimento religioso de um modo geral possuem menores taxas de suicídios.

A crença religiosa compõe uma parte considerável da cultura, dos princípios e dos valores exercidos pelos clientes para dar forma a julgamentos e a elaboração de informações. A comprovação de sua fé e inclinações perceptivas podem fornecer ordem e entendimento de eventos dolorosos, confusos e imprevisíveis (PERES<sup>63</sup> *et al*, 2007).

Peres *et al* (2007), afirmam que a espiritualidade é um tema adequadamente fornecedor do encontro de equilíbrio e harmonia dos clientes. A maioria dos estudos mostrou que o comprometimento religioso e espiritualidade estão relacionados com melhores índices de saúde, englobando maior longevidade, habilidades de manejo e qualidade de vida, assim

---

<sup>61</sup><http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0857.pdf>

<sup>62</sup>[https://scholar.google.com.br/scholar?q=BOTEGA%2CNery+Josetal%3A+Preven%C3%A7%C3%A3o+do+comportamento+suicida.PSICO%2C+Porto+Alegre%2C+PUCRS%2C+v.+37%2C+n.+3%2C+set.%2Fdez%2C2006%2C+p.+213-220.&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](https://scholar.google.com.br/scholar?q=BOTEGA%2CNery+Josetal%3A+Preven%C3%A7%C3%A3o+do+comportamento+suicida.PSICO%2C+Porto+Alegre%2C+PUCRS%2C+v.+37%2C+n.+3%2C+set.%2Fdez%2C2006%2C+p.+213-220.&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5)

<sup>63</sup><http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a17v34s1.pdf>

como menor índice de ansiedade, depressão e suicídio. Em tese, práticas religiosas/espirituais subjetivas, como orações, reflexões e meditações, podem alterar o estado de consciência, intervindo a mudança da percepção de um evento que provoque sofrimento.

A religião é um sistema organizado de fé religiosa, práticas, rituais e símbolos projetados para amparar a proximidade do indivíduo com o sagrado e/ou transcendente, e espiritualidade uma busca particular de respostas sobre o significado da vida e o relacionamento com o sagrado e/ou transcendente. Entretanto, a psicoterapia deve voltar-se para os pacientes e seus referentes sistemas de crenças, no sentido de desenvolver suas capacidades, uma vez que a terapia se organiza até onde estes aceitam participar e as condições de aprendizagem. “O bem-estar espiritual é uma dimensão do estado de saúde, junto às dimensões corporais, psíquicas e sociais” (KOENIG *apud*, PERES, 2007, p.142).

A fé, para quem a possui, destrói a mentira do caráter, que obriga o homem a apresentar-se como herói na esfera social. Sendo assim, sua vida passa ter um sentido definitivo, ao invés de, simplesmente um valor cultural, social e histórico. Não existe absolutamente nada que possa dar alegria e esperança ao homem a não ser a fé em alguma coisa, como seus próprios sonhos ou ideias. Sendo assim, ele tem dois aspectos a serem considerados para suportar o peso da existência: ou se anestesia de alguma forma, ou se volta para a fé em algum ideal (TELES, 1999).

Relativo à prevenção, para Santos<sup>64</sup> *et al* (2013), a escolha pelo método utilizado na TAE abrange aspectos psicossociais, de gênero, aceitabilidade sociocultural, além da disponibilidade no acesso. Existem indícios de que medidas restritivas de acesso ao meio têm conduzido a uma diminuição dos comportamentos suicidas.

Corroborando com o autor supracitado, para Toro<sup>65</sup> (2013), a escuta é um instrumento de grande valia para compreender TAE e para o auxílio ao indivíduo. O suicídio como já foi explicado é um ato que tem como finalidade encontrar uma solução para um sofrimento profundo e é marcado por uma atitude interna ambivalente, pois, ao mesmo tempo em que o indivíduo busca pela morte, ele faz um apelo, um pedido de socorro, ou seja, um pedido de ajuda realizado no momento em que o indivíduo não encontra mais sentido para sua vida (TORO, 2013).

É de suma importância na luta contra a depressão/tentativas de autoextermínio, que o paciente tenha consciência de si mesmo, de seu papel social, cultural, histórico e cósmico. Só uma vida com sentido e realizações pode evitar o assombro terrível da depressão, sendo o

---

<sup>64</sup><http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n1/a09.pdf>

<sup>65</sup><http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v19n3/v19n3a06.pdf>

autoconhecimento uma das melhores saídas para evitar uma depressão. Soltar suas emoções, afetividade, estar solícito para a vida, para novas experiências. Amar é estar puro e solícito para doação, a aceitação, o acolhimento, sem desespero de querer dominar ou possuir. O terapeuta vai ajudar o paciente a buscar seus próprios caminhos, com autenticidade, foco, persistência e ânimo (TELES, 1999).

Assim, a clínica do suicídio é uma clínica do limite, da dor, da urgência, da dor psíquica extrema. O que leva o psicólogo a uma reflexão não apenas de sua prática, mas sobre sua técnica e a ética que orienta seu exercício profissional. Diante de sujeitos empenhados a morrer por meio de um ato radical como o suicídio, o psicólogo deve estar atento de que neste ato a dimensão do sofrimento está sempre presente, mesmo em casos em que não esteja diagnosticado um transtorno mental (DUARTE, 2013).

Nesse contexto, para Camon (2004), analisar um caso de suicídio é analisar um contexto que envolve um dos mais interessantes e desconhecidos acontecimentos da condição humana. É procurar entender um acontecimento que talvez nem apresente condições para ser compreendido.

Como o paciente deprimido está inicialmente desorganizado, desassossegado, distraído, o terapeuta ajuda a elaborar seus pensamentos e comportamentos, com intuito de ajudá-lo nas exigências do dia a dia (BECK, 1997).

O psicólogo só pode fazer sua intervenção no momento em que tenha uma qualificação suficiente para compreender o fenômeno e identificar fatores que levam ao risco do suicídio. A melhor maneira de ajudar uma pessoa que está considerando o suicídio é escutar e desenvolver uma sensibilidade para o seu sofrimento. Uma pessoa que pensa em cometer o suicídio, provavelmente, já tentou todos os recursos que estava ao seu alcance. Se nesse momento ela necessita dar esse grito de socorro é provável que tudo que, ela tentou antes falhou. Nesse ponto é necessário que o psicólogo pare e pense o que está acontecendo na vida desse paciente que o leva a comunicar dessa maneira, para buscar apoio (DUARTE, 2013). Para Toro<sup>66</sup> (2013):

O psicólogo “deve propor e sustentar a terapia como um espaço para se reimaginar a morte e o corpo [...], de maneira que o paciente possa trazer livremente suas fantasias e ideias”. Torna-se imprescindível ressaltar que ao psicólogo cabe um importante trabalho a ser realizado em atendimentos de tentativas de suicídio (TORO, 2013, p.410).

Segundo Beck (1997), o terapeuta deve ser sábio para identificar o motivo que o paciente sente para matar-se e vivenciar, em algum instante, o desespero e o sofrimento do

---

<sup>66</sup><http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v19n3/v19n3a06.pdf>

paciente.

Ainda segundo o autor, os desejos suicidas são um problema prevalente e potencialmente letal nos pacientes deprimidos, portanto, é de suma importância que o terapeuta entenda qual a relevância que o paciente possui para considerar tal ato, tendo em vista que o desejo de um paciente deprimido de sucumbir com a vida pode ser tão intenso que o pensamento de dar fim a própria vida representa um alívio de sua situação presente (BECK, 1997).

Quando o assunto a ser discutido é o suicídio, o enfoque precisa ser predominantemente preventivo, tendo visto que é nesse ponto que haverá condições de intervir no sentido de se atenuarem as consequências dramáticas do desespero e da dor da alma humana (CAMON, 2004).

Conforme Botega<sup>67</sup> (2006) pontua, refletir acerca da prevenção do comportamento suicida implica não apenas no objetivo de evitar a morte das pessoas, mas também em pensar as sérias consequências na sociedade que são provocadas por esses comportamentos. Indubitavelmente o comportamento suicida, e em destaque o suicídio consumado, dão conta de um acontecimento complexo que desafia pesquisadores e estudiosos, não só em relação à compreensão dos fatores que levam ao sujeito a tomar essa decisão de pôr fim à própria vida, como também de explicitar os fatores éticos envolvidos no comportamento de tal fato.

De acordo com Beck (1997), o sujeito que tenta suicídio vê a si próprio como inadequado, sua tríade cognitiva se baseia em torno da visão negativa de si mesmo. O paciente acredita que devido a seus defeitos ele não tem valor. O segundo ponto da tríade cognitiva apoia-se na interpretação das experiências atuais como negativa. Já o terceiro ponto ancora-se na visão negativa do seu futuro.

Sendo assim, para Powell<sup>68</sup> (2008), quando tais pensamentos se relacionam à ideiação suicida, a desesperança torna-se mais acentuada, a morte passa a ser entendida pelos pacientes depressivos como alívio para a dor ou sofrimento psicológico ou como saída diante da percepção de uma situação que o sujeito considera como insuportável.

As estratégias terapêuticas da abordagem cognitivo-comportamental da depressão envolvem trabalhar três fases: 1) foco nos pensamentos automáticos e esquemas depressogênicos; 2) foco no estilo da pessoa relacionar-se com outros; 3) mudança de comportamentos a fim de obter melhor enfrentamento da situação problema (POWELL, 2008, p. 73).

---

<sup>67</sup>[https://scholar.google.com.br/scholar?q=BOTEGA%2CNery+Josetal%3A+Preven%C3%A7%C3%A3o+do+comportamento+suicida.PSICO%2C+Porto+Alegre%2C+PUCRS%2C+v.+37%2C+n.+3%2C+set.%2Fdez%2C2006%2C+p.+213-220.&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](https://scholar.google.com.br/scholar?q=BOTEGA%2CNery+Josetal%3A+Preven%C3%A7%C3%A3o+do+comportamento+suicida.PSICO%2C+Porto+Alegre%2C+PUCRS%2C+v.+37%2C+n.+3%2C+set.%2Fdez%2C2006%2C+p.+213-220.&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5)

<sup>68</sup><http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s2/a04v30s2.pdf>

Conforme salienta Netto<sup>69</sup> *et al* (2011), uma das intervenções que podem ser feitas é através de antidepressivos prescritos pelo psiquiatra que acompanha o paciente, esses antidepressivos são apropriados a serem utilizados em casos de risco de suicídio iminente, tomando cuidado com a quantidade de medicação disponibilizada e com a cautela de fornecer telefone de contato para o caso de alguma intercorrência. Para Duarte (2013), é importante que psicólogo disponibilize o número de telefone pessoal, para que o paciente entre em contato num caso de desespero e urgência psíquica.

Nos dias atuais há uma grande variedade de tratamentos disponíveis para a depressão, porém existem alguns fatores que impedem que esse transtorno seja diagnosticado. Os fatores são: as pessoas se sentem constrangidas em dizer que estão tristes, porque encaram seus sintomas como sinal de fraqueza; as pessoas estão acostumadas com sentimentos associados à depressão e, logo não conseguem reconhecê-lo como doença; a depressão é mais difícil de ser diagnosticadas quando a pessoa tem outra doença física; pacientes com depressão podem apresentar com uma vasta variedade de dores e queixas vagas (BERTOLOTE, 2000).

Ademais, a tentativa de suicídio deixa marcas profundas no indivíduo. Aos que sobreviveram a tal tentativa pode-se observar que são seres humanos fragilizados, em que os seus sofrimentos existenciais e as angústias surgiram, onde nota-se que eles se viam imersos em sentimentos ambivalentes como: revolta, arrependimento, alívio, culpa, entre outros (TORO<sup>70</sup>, 2013).

Segundo Mateus (2013), por volta dos anos 90, a emergência do suicídio como uma das principais causas de morte levou a OMS a considerar o suicídio como um problema de saúde pública e a incrementam novas estratégias para preveni-lo. Três recomendações principais foram feitas: identificar o suicídio como uma prioridade em saúde pública; expandir planos nacionais de prevenção de suicídio e determinar de modo preciso grupos nacionais para a coordenação das ações.

Para Bertolote (2000), desenvolver uma abordagem suave, aberta, de aceitação e de não julgamento é fundamental para facilitar a comunicação entre pessoas que tentam suicídio. Há algumas orientações para a abordagem de pacientes que tentam suicídio: a forma de se comunicar, destacando-se a importância de ouvir atentamente, ficar calmo; entender os sentimentos da pessoa, com capacidade de se colocar no lugar dela; dar mensagens não-

---

<sup>69</sup><http://www.epublicacoes.uerj.br/ojs/index.php/revistahupe/article/view/8853/6733>

<sup>70</sup><http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v19n3/v19n3a06.pdf>

verbais de aceitação e respeito; expressar respeito pelas opiniões e valores da pessoa; conversar honestamente e com autenticidade; mostrar sua preocupação, cuidado e afeição; focalizar nos sentimentos da pessoa.

Com pacientes com ideação suicida não se deve interromper constantemente, ficar muito emocionado na frente do paciente, dizer que você está ocupado, tratar o paciente de maneira que o coloca numa posição de inferioridade, fazer comentários invasivos e pouco claros, fazer perguntas indiscretas ou inconvenientes, não impor opiniões (BERTOLOTE, 2000).

Para Mateus (2013), além do modelo tradicional de se pensar em prevenção nos níveis primário, secundário e terciário, desenvolveu-se a ideia de quais ações devem ser direcionadas a determinados grupos da população, tomando-se por base suas condições de saúde e seu risco para o suicídio. Para avaliar um paciente com possibilidades de tentativas de autoextermínio pode-se observar a regra dos D's que seria: desespero, desesperança, desamparo, depressão, dependência química, delirium. Tais estados afetivos estão associados ao maior risco de suicídio.

Corroborando o supracitado acima, a psicoterapia em situações de crise suicida deve-se basear para as circunstâncias pessoais e sociais em desenvolvimento que colocam o paciente sob risco. Todas as teorias de psicoterapia concordam que a atenção ao paciente com ideações suicidas deveria ser flexível, diretiva, oferecendo apoio e encorajamento. Situações de perdas reais, potenciais ou imaginadas e sentimentos de desamparo estão repetidamente presentes. Paciente e terapeuta, juntos, procuram identificar os principais problemas correntes e selecionam aqueles que serão o foco do tratamento. O terapeuta dispõe, temporariamente, seu desejo e seu ego, assumindo papel mais ativo; quando necessário, pode convocar familiares.

Mateus (2013), destaca ainda que no ano de 2006 o Ministério da Saúde publicou uma portaria com as diretrizes que deverão orientar o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, com representantes do governo, de entidades da sociedade civil e das universidades plano e dois manuais.

Dentre os principais focos a serem alcançados pode se destacar: ampliar estratégias de promoção de qualidade de vida e de prevenção de danos; orientar e tornar a sociedade sensível de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido; instigar e colocar em prática projetos estratégicos enraizados em estudos de eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio; delimitar o acesso a meios letais como armas de fogo, agrotóxicos, medicamentos

letais, venenos em geral; desenvolver educação permanente dos profissionais de saúde da 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 da humanização; dar mais atenção às pessoas enlutadas pela perda, por suicídio, de um ente querido (MATEUS, 2013).

O suicídio deve ser considerado uma emergência médica. Emergência e urgência apresentam definições que se distinguem entre si, mas articulados, ambos encontrando sua etimologia no latim e seu uso na clínica moderna das UTIs. O primeiro, *emergere*, significa emergir, no sentido de mostrar-se, situação crítica ou acontecimento perigoso que aparece subitamente; já o segundo, *urgere*, significa estar iminente, tornar imediatamente necessário, não permitir demora. Situações de emergência abrangem risco de vida iminente, por definição, carece de intervenções imediatas de curtíssimo prazo, enquanto a urgência implica em risco pronunciado e pressa imperiosa, sem que, contudo, a vida esteja necessariamente ameaçada (ESTELLITA-LINS<sup>71</sup> *et al*, 2006).

Ainda segundo o autor, não se deve achar que uma tentativa de suicídio seja para chamar a atenção. Ao tentar dividir aqueles que tentam daqueles que completam tal ato, pode-se ocorrer em negligência, com graves consequências. O clínico atento e bem treinado considera qualquer tentativa ou intenção, por menor que se mostre como fato relevante, sem fazer um julgamento prévio do ato em si ou potencial letal que qualquer situação crítica comporta. Qualquer tentativa de autoextermínio, atual ou pregressa, deve servir de indicativo para o profissional que está cuidando do paciente. Isso requer uma avaliação cuidadosa que disponha de critérios quali-quantitativos. A importância de medidas preventivas, de diagnóstico precoce e de atuação coerente e articuladas ao tratamento decorre do caráter discreto e solidário da corte sintomática das depressões, ou seja, a depressão é um fator indicativo para o risco de suicídio (ESTELLITA-LINS *et al*, 2006).

Teles (1992), relata que já existe uma necessidade do sujeito de extravasar, de alguma maneira, todas as emoções e isto é saudável e normal. Segurar o choro, segurar o riso, fingir estar feliz, engolir a raiva, esconder o medo, tudo isso causa graves problemas para a saúde física e mental. Existem maneiras de expressar seus sentimentos e emoções, sem agredir a fundamentalidade ou o pudor do próximo. Emoções guardadas, cuidadosamente sufocadas, controladas, caladas acabam por adoecer seriamente a pessoa que age de tal maneira.

---

<sup>71</sup><http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psyche/v10n18/v10n18a15.pdf>

Para Estellita-Lins *et al* (2006), o risco de suicídio tem correlação complexa com a gravidade dos sintomas depressivos. São consideráveis as avaliações específicas, como a utilização de escalas ou instrumentos clínicos para avaliar o risco de suicídio, que solicitam evidenciar o grau da perturbação, verificar o risco e auxiliar na tomada de decisões.

Escalas de avaliação de depressão foram desenvolvidas ao longo dos últimos vinte anos, estando documentado em ambientes de pesquisa e na prática clínica, a fim de denotar a utilidade no acompanhamento de sintomas e problemas como o risco de suicídio. Escalas de maior difusão, que trazem questionários relativos ao risco de suicídio são: HAM-D 21/23 (Moreno, 2000), MADRS (Moreno, 2000), Beck (Andrade, 2000) e K-SADS (Mercadante, 1995).

Se não levar em consideração a pessoa em sua totalidade, dificilmente se chegará ao que naquele determinado momento a deprime, ou já vem deprimindo num espaço longo de tempo. A pessoa como produto de sua cultura, inclinará a manifestar a mesma distorção no mundo no qual convive (TELES, 1992).

Para Fukumitsu (2005) *apud* Kovács<sup>72</sup> (2013), quando há potencial de suicídio, é de suma importância não deixar o paciente sozinho. Orienta-se o trabalho de acompanhantes terapêuticos ou a internação em instituições especializadas devem ser pensadas. É importante ampliar o sistema de apoio, procurando ajudar a família no entendimento dos motivos do ato suicida numa abordagem multidisciplinar. Pode passar despercebido pelo terapeuta indícios no paciente com potencial suicida. Logo, o contrato terapêutico precisa ser pensado para prevenir o psicólogo, tomando como base a confiança e a relação entre terapeuta e o paciente. Os profissionais procuram fazer alianças com seus pacientes para que estes os procurem quando se sentirem ameaçados pela ideia suicida. Esses contratos não têm valor legal, mas são métodos de prevenção. O aceite dessa aliança não é garantia, pois o paciente pode concordar para não perder o apoio e cuidado do terapeuta.

O Código de Ética Profissional do Psicólogo (2005-2006) determina que psicólogos fundamentem sua conduta com base no respeito, na liberdade, dignidade, igualdade e integridade do ser humano. Devem contribuir para eliminação da negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, e atuar com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade, buscando contínuo aprimoramento profissional. Os artigos 6º, 9º e 10º se referem ao sigilo com a finalidade de proteger a pessoa atendida, resguardando as informações e os fatos conhecidos por meio da relação profissional

---

<sup>72</sup><http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v15n3/05.pdf>

(KOVACS, 2013).

Diante do supracitado, se for observado a necessidade de quebrar o sigilo, devem ser oferecidos apenas os esclarecimentos necessários para a tomada de decisão, que afete o usuário. Nessa situação, o psicólogo pode decidir pela quebra do sigilo, tendo como base de suas decisões os princípios fundamentais da ética na busca do menor prejuízo. Quando há ideação ou tentativa de suicídio com risco de morte, o psicólogo está autorizado, com o consentimento do paciente, a informar à família a situação. A quebra do sigilo é permitida, mas não obrigatória (KOVACS, 2013).

É preciso refletir que, na intenção de evitar o suicídio a todo custo, a escuta pode ficar prejudicada e a relação terapêutica pode ser quebrada. Sendo assim, a investigação analítica não tem por objetivo perdoar ou condenar o suicídio, emitir julgamentos, e sim buscar entendimento (KOVACS, 2013).

Outro ponto de referência para o profissional diz respeito a convicções pessoais, valores e princípios individuais, uma ética autônoma. Entretanto, a autonomia do paciente é o elemento preferencial na relação terapêutica, não cabendo priorizar somente aquilo em que é da subjetividade do profissional e os aspectos que valoriza. Ao levar em consideração apenas crenças e valores pessoais, o psicólogo pode instigar a adaptação da pessoa com ideação ou tentativa de suicídio, levando a julgamentos e condenações (KOVACS, 2013).

## 5. CONCLUSÃO

O presente trabalho visou apresentar o suicídio, a depressão, os sintomas da atualidade e as contribuições da psicologia nesse cenário, no qual o psicólogo irá atuar dando suporte emocional para o paciente com ideações suicidas e juntos irão buscar encontrar um novo caminho para a elaboração do seu sofrimento.

É de suma importância que a pessoa que apresenta tentativas de autoextermínio se sinta ouvida e acolhida, pois, quando perceber que está sendo assistida, sua vida começa a transformar, não porque o psicólogo a transformou, mas porque se criou a possibilidade dela começar a se entender e dar sentido à suas emoções.

As ideações suicidas desafiam a compreensão de todos os profissionais, tendo visto que cada sujeito é único, cada indivíduo tem sua maneira para a compreensão de algum fato, são vivências distintas, maneiras distintas de se pensar e sentir, ou seja, são experiências que cada um atribui sentido a fatos do ambiente de maneira particular.

O indivíduo que tenta o suicídio está na verdade dando um grito de socorro, um pedido de ajuda para o seu sofrimento. Sendo assim, o profissional psicólogo irá escutar, acolher o sofrimento do indivíduo e fornecer suporte ao sujeito em adoecimento. É importante que haja um trabalho multidisciplinar envolvendo a família do paciente e parcerias com instituições tais como: rede de atenção primária e hospitais e mais estudos envolvendo o tema tratado.

E por tudo o que foi levantado e considerado nesse trabalho é que se faz tão importante essa pesquisa bibliográfica, bem como a discussão desse tema.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAGÃO, Thaís Araujo. **Uma perspectiva psicossocial da sintomatologia depressiva na adolescência**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.14, n.2, 2009, p.395-405. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n2/a09v14n2.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2015.

BARBOSA, F. Oliveira.; MACEDO. P.C Mosca.; SILVEIRA R.M. Carvalho: **Depressão e o Suicídio**. *Rev. SBPH* vol.14 no.1, Rio de Janeiro, Jan/Jun, 2011, p. 2933-243. Disponível:<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n1/v14n1a13.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2011.

BECK, Aaron; RUSH A. John, SHAW. Brian, Emery Gary: **Terapia Cognitiva da Depressão**; Trad. Sandra Costa. Porto Alegre, 1997, p. 1-310.

BERTOLETE, J.M: **Prevenção do Suicídio: Um Manual Para Profissionais da Saúde em Atenção Primária. Transtornos mentais e comportamentais departamento de saúde mental organização mundial da saúde**, genebra, 2000, p. 1-22.

BERRIOS German: **Melancolia e depressão durante o século XIX: uma história conceitual**. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 15, n. 3, set 2012, p. 590-608. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v15n3/11.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2015.

BOTEGA, Nery Jose *et al*: **Prevenção do comportamento suicida**. *PSICO*, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 3, set/dez, 2006, p. 213-220.

Disponível em:

<[https://scholar.google.com.br/scholar?q=BOTEGA%2CNery+Josetal%3A+Preven%C3%A7%C3%A3o+do+comportamento+suicida.PSICO%2C+Porto+Alegre%2C+PUCRS%2C+v.+37%2C+n.+3%2C+set.%2Fdez%2C2006%2C+p.+213-220.&btnG=&hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5](https://scholar.google.com.br/scholar?q=BOTEGA%2CNery+Josetal%3A+Preven%C3%A7%C3%A3o+do+comportamento+suicida.PSICO%2C+Porto+Alegre%2C+PUCRS%2C+v.+37%2C+n.+3%2C+set.%2Fdez%2C2006%2C+p.+213-220.&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5)>. Acesso: 30 out. 2015.

\_\_\_\_BRASIL, Lei 2.848/1940. **Código Penal**. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm)>. Acesso em: 30 out. 2015.

CAMON, Valdemar Augusto Angerami (org): **O atendimento infantil na ótica fenomenológico-existencial**. 2edição, São Paulo: Cengagelearning, 2004, p.1-163.

CAMON, Valdemar Augusto Angerami: **Tendências em Psicologia hospitalar**. São Paulo: Cengagelearning, 2004, p. 1-195.

CHACHAMOVICH Eduardo *et al*: **Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio?**. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009, p.18-25.

Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s1/a04v31s1>>. Acesso em: 30 out.2015.

DAÓLIO, Edilberto R.: **Condutas Autodestrutivas: O Suicídio Indireto**. E-locação-revista científica da faex, v.1, n.1, 2012, p.90-101.

Disponível em: <<http://www.faex.edu.br/periodicos/index.php/e-locucao/article/view/9/10>>.

Acesso em: 30 out. 2015.

DELL'AGLIO, D.Dalbosco.;BRAGA, L.Lima:**Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero**. Contextos Clínicos, vol. 6, n. 1, janeiro-junho 2013, s.p.

Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v6n1/v6n1a02.pdf>>. Acesso em: 30 out.

2015.

DUARTE, Yvone Magalhães (coord). **Suicídios e os desafios para a Psicologia**. Conselho Federal de Psicologia. – Brasília: CFP, 1ª edição, p 1-149, 2013.

DURKHEIM, Émile. **Da divisão do trabalho social; As regras do método sociológico; O suicídio; As formas elementares da vida religiosa** (Os Pensadores), 1983, p.1-245.

ESTEVES, Fernanda Calvacante .;GALVAN, Alda Luiza: **Depressão numa contextualização contemporânea**. Aletheia, n.24, jul./dez. 2006,p.127-135.

Disponível em. <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n24/n24a12.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2015.

ESTELLITA-LINS, C.; OLIVEIRA, V.M.; COUTINHO, M. F. C: **Acompanhamento terapêutico: intervenção sobre a depressão e o suicídio**. Psychê, ano X, nº 18, São Paulo, set/2006, p. 151-166. Disponível em:

<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psyche/v10n18/v10n18a15.pdf>>

Acesso em: 20 out. 2015.

FELICIANO, Marinalva Fernandes Costa.; MORETTI, Lucia Helena Tiosso: **Depressão, Suicídio e Neuropsicologia: Psicoterapia Cognitiva Comportamental como Modalidade de Reabilitação**. Psicologia o portal dos psicólogos, 2015, p.1-33.

Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0857.pdf>>. Acesso em: 20 out.

2015.

FONSECA, Aline Arruda *etal*:**Representações Sociais da Depressão em Jovens Universitários Com e Sem Sintomas para Desenvolver a Depressão** .Psicologia: Reflexão e Crítica, 21(3), 2008, p. 492-498.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v21n3/v21n3a18.pdf>>. Acesso em: 21 out.

2015.

GUSTAVO, Turecki: **O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo**. Genética, RevBrasPsiquitri, vol. 21, outubro, 1999, p.1-5. Disponível

em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21s2/v21s2a06.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2015.

JUNIOR, Delton Croce. **Manual de Medicina Legal**. Editora Saraiva, 8ª edição, p.1-1494, 2012.

KOVÁCS, Maria Julia: **Revisão crítica sobre conflitos éticos envolvidos na situação de suicídio**. Revista Psicologia: Teoria e Prática, 15(3), São Paulo, 2013 set.-dez, p. 69-82. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v15n3/05.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2015.

LIMA, G.Quadros.; LEVANDOWSKI,M.Luz.; WERLANGB.S.Guevara: **Conhecimento e Capacidade de Manejo de estudantes de Psicologia frente ao Comportamento Suicida.III Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação – PUCRS**, 2008, s.p.

Disponível em: <<http://www.pucrs.br/orgaos/edipucrs/online/IIImostra/Psicologia/61582%20-%20GABRIELA%20QUADROS%20DE%20LIMA.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2015.

LOPES, Francirene. Fabretti.; MILANI, Rute Grossi: **Suicídio: Um Desafio Para o Psicólogo Clínico**, sem ano, p.1-10. Disponível em:<<http://www.ppi.uem.br/eventos/artigos/32.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2015.

LOPEZ, M.R. Acosta: **Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24anos no sul doBrasil**. Revista psiquiatr, Rio Gd Sul, 2011, p.103-108.

Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v33n2/1338.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2015.

MATEUS, Mario Diniz (org): **Políticas em Saúde Mental: Baseado nas Políticas Publicas de saúde Mental do CAPS Professor Luiz Rocha Cerqueira**. São Paulo, 2013, p. 1- 402.

MENEGHEL S.Nazareth *et al*:**Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul**,Brazil, Rev de saúde publica, 2004;p.804-810.

Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n6/08>>. Acesso em: 21 out. 2015.

MORAES *et al*: **Depressão e suicídio no filme “As Horas”**. Rev Psiquiatria RS jan/abr 2006; p.83-92. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v28n1/v28n1a11.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2015.

NETTO, André Luiz.; SIMÕES, Thais.; SERFATY, Gabriela: **Depressão: um Caso Clínico**. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, ano 10, Janeiro/Março, 2011, p. 60-66.

Disponível em:<<http://www.epublicacoes.uerj.br/ojs/index.php/revistahupe/article/view/8853/6733>>. Acesso em: 21 out. 2015.

PARANHOS, Mariana Esteves.;WERLANG, Blanca Guevara: **diagnóstico e intensidade da depressão**.Barbarói. Santa Cruz do Sul, n. 31, ago./dez. 2009, p.111-125.

Disponível em:<<http://onlineunisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1089/907>>. Acesso em: 21 out. 2015.

PERES, J.F.P, *et al*: **Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia**.Rev. Psiqu, Clini.34,supl 1,p.136-145,2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a17v34s1.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2015.

POWELL *et al* :**Terapia cognitivo-comportamental da depressão**.RevBrasPsiquiatr; 30(Supl II), 2008, p.73-80. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s2/a04v30s2.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2015.

RIBEIRO, Daniel Mendelski: Suicídio: critérios científicos e legais de análise. Editora Verbo Jurídico, novembro, 2003, s.p. Disponível em:<<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/12595-12596-1-PB.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2015.

SANTOS *et al*: Substâncias **Tóxicas e Tentativas de Suicídios: considerações sobre acesso e medidas restritivas**.Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, 21 (1), p. 53-61, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n1/a09.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2015.

SOUZA, T.R.; LACERDA A.L.T:**Depressão ao longo da história**.S.d, p.17-28. Disponível:<[https://ssl1571.websiteseuro.com/livraria1/config/imagens\\_conteudo/pdf/Cap\\_01\(10\).pdf](https://ssl1571.websiteseuro.com/livraria1/config/imagens_conteudo/pdf/Cap_01(10).pdf)>. Acesso em: 30 out.2015.

TELES, Maria Luiza Silveira: **O que é depressão?**, coleção primeiros passos, v.258, 1992, p.1-77.

TORO, G.V.Roman: **O desejo de partir: um estudo a respeito da tentativa de suicídio. Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 19, n. 3, dez. 2013, p. 407-421. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v19n3/v19n3a06.pdf>>. Acesso em:30 out. 2015.

VENCO, Selma.; BARRETO, Margarida:**O Sentido Social do Suicídio No Trabalho**. Rev. TST, Brasília, vol. 80, no 1, jan/mar 2014,p1-8. Disponível em:<<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/10032/5583>>. Acesso em: 30 out. 2015.

VIEIRA K.F. Leal.; SARAIVAE.R.Albuquerque.; COUTINHO M.P.Lima: **Entrelaçamentos entre depressão e suicídio segundo os futuros psicólogos**.Psico, Porto Alegre, PUCRS, v.41, n. 2, abr./jun, 2010,p. 176-183. Disponível em:  
<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/4691/5311>>  
Acesso em: 21 out. 2015.

VIEIRA, K.F.Leal; COUTINHO, M.P Lima:**Representações Sociais da Depressão e do Suicídio Elaboradas por Estudantes de Psicologia**. Psicologia ciência e profissão, 2008, 28 (4), p. 714-727. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v28n4/v28n4a05>>. Acesso em: 21 out. 2015.