



DEPRESSÃO E SUICÍDIO: UMA CORRELAÇÃO

Gláucia Lopes Silva Assumpção¹
Luciele Aparecida de Oliveira²
Mayra Fernanda Silva de Souza³

RESUMO: A influência da depressão no suicídio abrange diversos fatores, como os transtornos mentais. O suicídio classifica-se por dois momentos distintos, o primeiro quando o suicídio era considerado ilegal. O segundo momento a condenação do suicídio passa ser absoluta e sem exceção. A depressão é caracterizada pelos sintomas, como tristeza, desesperança, falta de motivação e desinteresse pela vida, esses fatores são influenciadores no comportamento suicida. A relação da depressão com o suicídio está ligada a diversos fatores que se enquadram no social, pessoal e psíquico. Nesse sentido, a pesquisa bibliográfica tem como objetivo geral, explicar sobre as influências da depressão no suicídio, como também descrever sobre a depressão e suas principais características, relatar brevemente sobre o suicídio no decorrer da história e por fim apontar as influências da depressão no suicídio. O presente trabalho foi desenvolvido através de pesquisas bibliográficas e empregou em sua composição, análise diversificada de bibliografias por meio de livros, artigos, revistas entre outros. Os resultados obtidos constataram a importância, do desenvolvimento de instrumentos de prevenção e qualificação dos profissionais de saúde, juntamente com a família. Também será destacado os métodos utilizados na psicoterapia, na relação com os profissionais de saúde para o tratamento da ideação suicida.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão; Suicídio; Tratamento e Prevenção; Psicologia.

ABSTRACT: The influence of depression on suicide encompasses several factors, such as mental disorders. Suicide is classified by two distinct moments, the first when suicide was considered illegal. The second moment the condemnation of suicide happens to be absolute and without exception. Depression is characterized by symptoms, such as sadness, hopelessness, lack of motivation and disinterest in life, these factors are influential in suicidal behavior. The relation between depression and suicide is linked to several factors that fit the social, personal and psychic. In this sense, the bibliographical research has as general objective, to explain about the influences of depression in suicide, as well as to describe about depression and its main characteristics, to report briefly on suicide throughout history and finally to point out the influences of depression on suicide. The present work was developed through bibliographical researches and used in its composition, diverse analysis of bibliographies through books, articles, magazines among others. The results showed the importance of the development of tools for prevention and qualification of health professionals, together with the family. Also will be highlighted the methods used in psychotherapy, in the relationship with health professionals for the treatment of suicidal ideation.

KEYWORDS: Depression. Suicide. Treatment and Prevention. Psychology.

1 INTRODUÇÃO

Há séculos a depressão e o suicídio são temas de discussões. No entanto, não se tem uma única resposta para os questionamentos que surgem a respeito do suicídio, em especial aqueles que apontam uma relação entre a depressão e o ato suicida.

A palavra suicídio tem origem no latim “*sui caedere*”; *sui* = si mesmo e *caedes* = ação de matar. Por vezes, o termo suicídio pode ser nomeado como morte voluntária, intencional ou autoinfligida (FERREIRA, 2008). Na Língua portuguesa, “suicidar-se é dar a morte a si

¹ Psicóloga pela PUC Minas – Arcos. glauciaassumpcao@hotmail.com

² Psicóloga pela PUC Minas – Arcos. luciele13@hotmail.com

³ Psicóloga Graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Mestre em Educação pela Universidade Federal de São João Del Rei. mayrafs.net@gmail.com

mesmo, matar-se”. Por vezes, “quando o indivíduo não consegue êxito em tal ação, é considerado como tentativa de suicídio”. Tanto a tentativa como o ato suicida em si são motivados por ideação suicida, ou seja, “pensamentos que levam o indivíduo a planejar a própria morte” (CARDOSO, 2012, p. 43).

Já o termo depressão tem origem no latim *depressus*, ato de deprimir-se. Segundo Teodoro (2010), a depressão é classificada como transtorno mental, que envolve uma complexa interação entre fatores orgânicos, psicológicos e ambientais. São comuns na depressão sintomas de angústia, rebaixamento de humor, perda de interesse, apatia, choro persistente, sentimento de impotência, perda de prazer e energia frente à vida. De acordo com Barbosa, Macedo e Silveira (2011), a ideação suicida também é um sintoma da depressão. Neste sentido, ao perceber essa relação entre depressão e suicídio levantou-se a questão: Como a depressão influencia no ato suicida? Sendo assim, o principal intuito foi investigar as influências da depressão no suicídio.

O presente trabalho justifica-se pelo número significativo de pessoas depressivas no mundo, e também pelos altos índices de suicídio. A esse respeito, anualmente um milhão de pessoas se suicidam no mundo, e a cada 45 segundos uma pessoa se suicida em algum lugar do planeta. Os índices mais altos de suicídio são observados nos países da Europa Oriental, América Central e América do Sul. Quanto à tentativa de suicídio, segundo a Organização Mundial de saúde - OMS (2011), a tentativa supera o número de suicídio em pelo menos dez vezes, cerca de 15 a 25% das pessoas que tentam suicídio, tentarão se matar novamente. (BARBOSA; MACEDO; SILVEIRA, 2011).

A Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP (2009) aponta um elo entre o comportamento suicida e os transtornos mentais. Os dados comprovam que de 15.629 pessoas que suicidaram, 90% dos casos enquadrariam em algum transtorno mental. A depressão maior se destaca com o índice de 35,8% dos casos de suicídio. Frente essas constatações, e por ser a depressão e o suicídio, problemas de saúde pública, tal estudo pode contribuir com novas pesquisas a cerca dessa temática e para os profissionais de saúde que constantemente lidam com essas situações.

O presente trabalho foi desenvolvido por meio de pesquisa bibliográfica utilizando-se de livros, artigos, revista entre outros.

2 ALGUNS RELATOS SOBRE A DEPRESSÃO

Ao abordar sobre a depressão, é necessário inicialmente compreender que a depressão não é uma doença do século XXI. Apesar de que foi somente no século XIX que formou-se a depressão comum. Anteriormente a depressão era denominada de melancolia, ou seja, “Perturbações há muito chamadas de melancolia são agora definidas como depressão” (GONÇALES; MACHADO, 2007, p. 298).

A melancolia durante a história de mais de dois milênios foi abordada por diversas áreas de estudo. Dentre elas, as biológicas, filosóficas, sociológicas e até mesmo poéticas. Os estudos a cerca da melancolia ocuparam, com certa frequência, os laços transcendentais e os de natureza física do próprio corpo humano. A sociedade no decorrer deste período histórico se encarregou de caracterizar a melancolia, em algumas oportunidades, como sublime e, por vezes, a expôs ao ridículo. Nesse momento, a melancolia referenciava as alterações de humor, com bases sobrenaturais (SOLOMON, 2002).

A análise grega pré-socrática, semelhante às visões hebraicas, egípcias, babilônicas e persas, considerava que as ações religiosas e as incidências metafísicas, eram responsáveis pelos sofrimentos dos homens, ou seja, “compreendia o adoecimento físico e mental a partir de uma narrativa mítica e religiosa, atribuindo a uma entidade divina a etiologia de todos os males” (LACERDA; SOUZA, 2013, p. 17). Esta concepção foi substituída por uma compreensão racional, influenciada pelas novas tendências filosóficas, consolidadas por Sócrates (Atenas 469 a.C. – 399 a.C.), ou seja, ocorre a migração das explicações justificadas pela vertente religiosa para as causas naturais, marcando o início do pensamento científico.

Na antiguidade, os gregos, nos anos de 500 a.C. – 100 d.C., compartilharam a ideia: “[...] que toda doença da mente está conectada de algum modo à disfunção corporal”. Ou seja, “mente sã em corpo sã” (SOLOMON, 2002, p. 265). Os gregos acreditavam que a melancolia se baseava na teoria dos humores, que os sintomas eram consequências dos quatro fluidos: fleuma, bile amarela, sangue e bile negra. Empédocles descreveu a “melancolia com a consequência de um excesso de bile negra, e Hipócrates, impressionantemente moderno, imaginaria uma cura física no final do século V a. C.” (SOLOMON, 2002, p. 265).

Hipócrates, posteriormente, propôs a diferenciação entre medicina e filosofia superando as explicações sobrenaturais das alterações de humor. Através de sua teoria, propiciou uma nova explicação da teoria cardiocêntrica de Aristóteles, “a qual considerava o coração como o centro das emoções humanas, descrevendo o cérebro como o centro das funções mentais e, portanto, de suas patologias” (LACERDA; SOUZA, 2013, p. 1).

Hipócrates localizava a sede da emoção, pensamento e doença mental no cérebro: “É o cérebro que nos deixa louco ou delirante, nos inspira com horror e medo, seja noite ou dia, traz-nos a insônia, os equívocos inoportunos, as ansiedades se alvo, a desatenção e os atos contrários ao hábito. Essas coisas de que todos sofrem vêm do cérebro quando este não está saudável, mas se torna anormalmente quente, frio, úmido ou seco”. (SOLOMON, 2002, p. 265).

No decorrer dos estudos e fundamentados nessas concepções, Hipócrates formulou a primeira classificação nosológica dos transtornos mentais, descrevendo e nomeando a melancolia, mania e a paranoia (LACERDA; SOUZA, 2013). A etimologia do termo melancolia – *melan* (negro) e *cholis* (bile), revela a perspectiva de Hipócrates de considerar o quadro clínico da melancolia como resultado de uma intoxicação cerebral pela bile negra, causando aversões alimentares, falta de ânimo, inquietação, irritabilidade, tristeza, ansiedade e tendência ao suicídio, acompanhado pelo medo. Em vista disso, orientava mudanças na dieta indicando ingerir mandrágora e heléboro, ervas que eliminavam o excesso de bile negra e bile amarela. Ele dizia também que os indivíduos podiam se curar através de conselhos e diálogos, e que a pessoa melancólica não podia ficar sozinha (SOLOMON, 2002).

Com o advento da queda do Império Romano do Ocidente, e o início da Idade Média, o pensamento greco-romano e suas contribuições para as áreas da medicina e filosofia, foram substituídos pelo dogmatismo religioso. O pensamento que imperava e que era atribuindo aos transtornos mentais, conseqüentemente a melancolia, era a demonologia. (SOLOMON, 2002).

A melancolia, descrito pelo monge Ionnes Cassianus, foi substituída terminologicamente por acídia, também de origem grega que significa “estado de descuido”, e tinha sua causa atribuída a um afastamento de tudo o que era sagrado. As influências demoníacas eram a razão dos estados apáticos, preguiça, indolência, negligência e enfraquecimento. As interpretações da acídia às influências satânicas estavam enraizadas no campo teológico e científico do período medieval e incluída nos sete pecados capitais, logo o sujeito melancólico tinha que pagar penitências, por meio de multas, ou até mesmo condenado ao aprisionamento, já que era um mal sem cura (GONÇALES; MACHADO, 2007).

Enquanto se mantinha a hegemonia eclesiástica canônica na Europa, a teoria galênica dos humores continuou prevalecendo sobre o entendimento da doença mental, sendo a melancolia o transtorno mais identificado. O filósofo persa Avicenna, se destaca nessa época por defender a presença irregular da bile negra, causado pelo superaquecimento. Avicenna estabelece também uma lista de sintomas melancólicos que abrangem desde desconfortos físicos até desequilíbrios mentais: como medos irracionais, prejuízos no julgamento, falsas crenças e percepções distorcidas da realidade (LACERDA; SOUZA, 2013).

O Renascimento marca contundentemente o encerramento da cientificidade eclesiástica na Europa e o pensamento religioso é substituído pelo racionalismo científico. Neste período, a doença mental é compreendida sob uma perspectiva biológica, filosófica e psicológica. É possível perceber a transferência de entendimento do método galênico sobre a melancolia, que se baseava no estado humoral, para a ciência moderna. A alquimia, como forma de tratamento e equilíbrio da bile negra foi substituída por medicamentos criados a partir dos conceitos químicos elaborados por Lavoisier (SOLOMON, 2002).

Robert Burton (1621), estudou sobre as doenças mentais, ainda na modernidade publica a obra “A anatomia da melancolia” defendendo a diferenciação dos quadros de melancolia e de loucura, atualmente popularizada pela nomenclatura de mania. Burton é pioneiro ao descrever o quadro de síndrome que viria a ser explicado como transtorno bipolar, associando este transtorno à melancolia. Em sua obra, há referência à distinção de entre dois modos melancólicos, a positiva e o quadro de doença crônica (LACERDA; SOUZA, 2013).

A forma positiva da melancolia é considerado como fonte de sabedoria e tendências influentes sobre a filosofia, religião e sobre o caráter poético, como pode ser observado na peça de Shakespeare, Hamlet. “Sim e, talvez, quem sabe, valendo-se de minha fraqueza e de minha melancolia...” (MENDES, 2009, p.125). Sob essa ótica, a melancolia passou a ser desejada e cultuada pela Europa como anseio humano de grandeza e sobre o que é eterno essencial para sabedoria e básica para a loucura (GONÇALES; MACHADO, 2007).

Já o estado melancólico, é uma doença crônica, ao contrário da sublimidade devotada à forma positiva, era considerada por um estado de humor melancólico permanente. No qual, imperava o medo e o sofrimento, que produziam efeitos sobre a personalidade, de tal modo que tornava o indivíduo preguiçoso, inquieto e inapto ao trabalho. Burton, ainda faz as primeiras menções sobre a relação da melancolia crônica com o suicídio. Timothy Bright⁴, em O Tratado da melancolia, propôs a diferenciação entre os estados de melancolias corpóreas e os estados melancólicos advindos, por meio, de estados espirituais, que caracterizavam uma gama de sofrimento em consonância a pensamentos pecaminosos (GONÇALES; MACHADO, 2007).

A partir do século XVIII com ascensão do iluminismo, as abstrações dedutivas passaram a ser sobrepostas por análises de fundamentação empírico de Willian Cullen acreditava na visão mecânica do homem e que a melancolia era parte de um desequilíbrio entre regiões diversas do cérebro, que danificavam as faculdades cognitivas, conseqüentemente as articula-

⁴ Timothy Brght, médico renascentista de influência medieval, do ano de 1586, descreve sobre a melancolia. (GONÇALES; MACHADO, 2007).

ções de pensamentos e ideias. Esta teoria enfraquecia as aspirações da teoria galênica dos humores. O sistema nosológico classificado por Cullen, propunha à melancolia como uma insanidade parcial, causada por oscilações das atividades neurológicas que influenciavam e afetavam as sensações, e os desejos (SOLOMON, 2002).

Segundo Lacerda e Souza (2013), a terminologia depressão ganha espaço a partir do século XIX, substituindo a expressão melancolia, juntamente com suas predileções, por uma entidade nosológica independente. Com essa distinção entre melancolia e depressão, as investigações científicas e os relatos clínicos obtiveram grandes avanços, contando com inovações acadêmicas, voltadas para a psiquiatria, em especial pela nomeação de Johann Christian August Heinroth, para professor de medicina psíquica da Universidade de Leipzig, a primeira disciplina de psiquiatria em uma Universidade. Dentre as colaborações de Heinroth, destaca-se a visão holística da interação entre o corpo e a mente, originando, a partir desta constatação o termo psicossomático. No entanto, após sua morte, houve uma recusa dos acadêmicos em propagar uma visão de uma psiquiatria, somada às ideias alusivas, como uma forma específica da medicina.

Conforme Solomon (2002), a primeira metade do século XIX foi profícuo nos estudos da depressão, em especial no território francês. Philippe Pinel e Jean-Etienne Dominique Esquirol induziram no tratamento, o caráter humanizado. Pinel define a melancolia ou, na terminologia usada por ele, de “delírio sobre um assunto exclusivo”, como uma caracterização parcial de insanidade composta de delírios que levam a apatia e a solidão, que tinham causas nas experiências de vidas, em configurações nervosas, ou em predisposições físicas e psicológicas do indivíduo.

Nesse período, com as postulações de Pinel, defendia-se uma psiquiatria imune de ideologias religiosas, e com base em fundamentações teóricas e descrições precisas de manifestações clínicas. Esquirol, discípulo de Pinel idealiza a psiquiatria como medicina mental e que, seus pressupostos devem estar amparados por bases neurobiológicas. A psiquiatria do início do século XX, com base nas teorias psicanalíticas de Freud e as análises neurobiológicas de Kraepelin sofreu grande influência. A psicanálise de Freud incidiu diretamente na criação de psicoterapias, e as bases neurobiológicas nas amplas práticas da psiquiatria, e consequentemente na síndrome depressiva. (LOPES, 2005).

Kraepelin propõe uma subdivisão das doenças em duas entidades, transtornos afetivos e psicoses esquizofrênicas, postulando de forma basilar a compreensão da doença mental por mais de um século. Neste ínterim, a depressão foi considerada como parte da psicose maníaco-depressiva, com atribuições hereditárias, com ênfase nos fatores internos, em detrimento

dos externos. A definição de Kraepelin sofre críticas, no século XX de Adolf Meyer, que a depressão não podia se limitar a uma única categoria da psicose maníaco-depressiva, sugerindo, em 1905, a eliminação do termo melancolia, pela adoção definitiva do termo depressão. (SOLOMON, 2002).

Freud em 1917, com a publicação do artigo, “Luto e Melancolia”, destaca a extensa área clínica da melancolia, com as interferências somáticas e psicogênicas. Ele defende que na melancolia ocorre um empobrecimento e esvaziamento do próprio ego, propiciando um delírio de inferioridade, principalmente moral, agregando à insônia e a inibição de apetite. Freud também aponta, que na melancolia a tentativa ao suicídio, e que a melancolia se torne mania. (LOPES, 2005).

Posteriormente, na segunda metade do século XX, além da perspectiva da psicodinâmica, as abordagens cognitivas e comportamentais propostas por Aaron Beck, psicólogo norte americano, passam a contribuir nos estudos da depressão. Essa abordagem sustenta que as manutenções dos sintomas depressivos estão associadas às disfunções de pensamento e não de formas inconscientes (LOPES, 2005).

Com os constantes avanços científicos e com o aumento do interesse populacional houve um crescimento do mercado de saúde mental, a partir da segunda metade do século XX. Nesse período estabeleceu-se um amplo acesso à psicofarmacos, e o incentivo a análise de substratos neurobiológicos de diferentes transtornos mentais, incluindo a depressão (CANALE; FULAN, 2006).

Farmacologistas russos, na década de 1970, Izyaslav Lapin e Gregory Oxenkrug postularam a ideia, de que um nível consideravelmente insuficiente de serotonina, em determinadas regiões cerebrais poderiam dar ensejo às causas bioquímicas de depressão. Ainda, foi descoberto também a Depressão Isquêmica Subcortical - DIS que pode ser detectada, por meio de exames laboratoriais e apresentando, de forma específica, o diagnóstico científico da depressão baseado em mecanismos fisiopatológicos, um marco considerável no diagnóstico e no tratamento dessa patologia (CANALE; FULAN, 2006).

Portanto, os anos 90 foram denominados a década do cérebro, em virtude dos progressos científicos ocorridos em torno da compreensão e tratamento das enfermidades mentais. “[...] com o advento dos psicofarmacos e a criação da OMS, impulsionaram a tentativa de construir uma classificação internacional das doenças” (GONÇALES; MACHADO, 2007, p. 5).

Atualmente, conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V (2013, p. 255), o transtorno depressivo tem como características: “presença de humor

triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo”.

Ainda segundo o DSM-V a depressão classifica em:

transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente, transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido á outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado.

Dentre todas essas classificações da depressão o transtorno depressivo maior, se destaca pela alta mortalidade, na maioria das vezes, pelo ato suicida. Segundo o Manual de DSM-V (2013, p. 162), o transtorno depressivo maior é caracterizado, por:

Humor deprimido deve estar presente na maior parte do dia, além de estar presente quase todos os dias. Insônia ou fadiga frequentemente são a queixa principal apresentada, e a falha em detectar sintomas depressivos associados resultará em sub diagnóstico. A tristeza pode ser negada inicialmente, mas pode ser revelada por meio de entrevista ou inferida pela expressão facial e por atitudes. Fadiga e perturbação do sono estão presentes em alta proporção de casos; perturbações psicomotoras são muito menos comuns, mas são indicativas de maior gravidade geral, assim como a presença de culpa delirante ou quase delirante.

Já o transtorno disruptivo da desregulação do humor tem como característica principal a irritabilidade crônica grave, ou seja, o indivíduo manifesta raiva e demonstram comportamentos de explosão ocasionados por frustrações. No transtorno depressivo persistente, o sujeito apresenta um humor depressivo crônico, pelo período mínimo de dois anos. Em crianças e adolescentes o humor pode ser irritável, com duração mínima de um ano. O transtorno disfórico pré-menstrual é caracterizado pela alteração do humor, irritabilidade, disforia e ansiedade, durante a fase pré-menstrual. O transtorno depressivo induzido por substância/ medicamento, está associado à ingestão, injeção ou inalação de uma substância, advinda de drogas, medicamentos, manifesta-se por efeitos fisiológicos, da intoxicação ou abstinência. (DSM-V, 2013).

Na perspectiva psicanalítica a depressão deve-se a perda real ou imaginária, do objeto amado. Após a perda desse objeto, sensações mistas de amor e ódio são vivenciadas, mas não há a exteriorização dessas hostilidades, voltando-se contra ao próprio indivíduo. É por “receio da repetição de uma nova perda semelhante, a pessoa fecha-se em sim mesma” (SAMPAIO apud SOUSA, 2015, p. 13).

Já na visão da teoria cognitiva, a depressão é considerada como uma perturbação dos processos cognitivos que estão ligados ao comportamento. Nessa perspectiva, três fatores desencadeiam a depressão: sendo os esquemas cognitivos disfuncionais; tríade cognitiva e erros cognitivos. Os esquemas cognitivos disfuncionais são construídos na infância frente vivências de eventos traumatizantes, perda ou insucesso. A tríade cognitiva refere-se visão pessimista que o indivíduo tem de si próprio, do mundo e do futuro. E os erros cognitivos, consistem numa interpretação errônea da realidade, enquadrando na visão negativa. (SAMPAIO; BECK apud SOUSA, 2015).

Com relação aos dados estatísticos, a depressão atinge cerca de 121 milhões de pessoas em todo o mundo. Estima-se que, 5% a 10% da população sofrerá com a doença ao longo da vida. Hoje, a depressão representa a terceira causa de doença mundial e em países desenvolvidos está em primeiro lugar. Além disso, os transtornos mentais representam-se 12% das doenças em todo o mundo. Em países desenvolvidos os índices são elevados, 23%, na Europa destaca-se com um índice de 26,6%. Assim, calcula-se que a depressão estará em primeiro lugar como “doença mundial” até em 2030 (LOPES, 2005).

Em relação ao gênero, a incidência é de 10% para o sexo feminino e 5% para o sexo masculino de desenvolver a doença. As diferenças apresentadas entre homens e mulheres, justificam-se pelos aspectos fisiológicos, o papel social desempenhado gênero, e pela maior sensibilidade emocional das mulheres. Quando a classificação, a depressão maior apresenta um índice alarmante, pois afeta em todo o mundo, 50 milhões de pessoas (SOUSA, 2015).

Tendo em vista os aspectos abordados, há séculos, através de relatos históricos, do discurso da medicina e do discurso da psicologia, percebeu-se que, a depressão não é um tema contemporâneo. Os estigmas em relação à depressão foram diversos, associados ao momento histórico vivido. A depressão, ou melancolia como chamada a tempos, foi considerada um mal da alma pela ausência da Divindade, como fonte de sabedoria, como desequilíbrio de fluidos e funções cerebrais, etc. Enfim, novas tecnologias e recursos foram criados, no entanto ainda, muitas pessoas sofrem com esse transtorno mental, e outros fatores passam a estar associados a essa patologia, em especial o suicídio.

3 CONTEXTUALIZANDO O ATO SUICIDA

Ao falar sobre o suicídio é importante destacar o estudo realizado pelo sociólogo Émi-

le Durkheim⁵, um dos principais pesquisadores desta temática que, através de elementos psicológicos, biológicos, raciais, genéticos, climáticos e geográficos, analisou estatisticamente a população europeia e evidenciou neste estudo a relação social e externa do indivíduo com o suicídio. Deste modo, pode-se aferir: “a unidade de análise é a sociedade e não o indivíduo” (DURKHEIM, 2000, p. XXV). Ainda Durkheim, “vulgarmente, o suicídio é, antes de tudo, o ato de desespero de um homem que não faz mais questão de viver.” Além disso, “chama-se suicídio todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado” (DURKHEIM, 2000, p. 11-14).

Segundo Figueiredo (2001), o suicídio é um ato praticado pelos indivíduos na tentativa de solucionar ou eliminar problemas pessoais ou sociais. Por ter esta relação direta entre indivíduo e o meio social, o suicídio foi dotado de diferentes representações e sentidos, atribuídos de acordo com cada organização cultural.

Historicamente, as significações sobre o fenômeno suicida sofreram diversas alterações, como por exemplo, os guerreiros dinamarqueses possuíam a crença de que o falecimento por morte natural, ou por doença eram motivos de vergonha, recorrendo ao suicídio para a manutenção do nome e da honra. Os godos compreendiam que a morte natural proporcionaria um problema não para a honra, como a cultura dinamarquesa prezava, mas sim, um desdobramento pós-morte no mundo espiritual transcendente, definindo o destino daqueles que não realizassem o suicídio (FERREIRA, 2008).

Quando cansados da vida, em idade avançada, os Visigodos, os habitantes da Trácia e também os Hérulos, atiravam-se do alto de um monte em busca da morte. Os homens de Céos ao alcançar a idade avançada, reuniam-se usando na cabeça coroa de flores e, para o suicídio, bebiam cicuta, que provinha de uma planta venenosa de mesmo nome. Na Gália, a morte de um chefe ou príncipe acarretava aos servos a obrigação de também morrer, assim como ocorria com os povos Ashantis, para com os chefes militares que deviam suicidar caso ocorresse à morte do rei, ou em caso de derrota em uma batalha, considerada uma ação honrosa. Segundo Figueiredo (2001, p. 3-4), “entre estes povos – prossegue – muitas vezes as viúvas eram obrigadas a se matar quando os maridos faleciam”.

Na Grécia clássica, em Atenas, o suicídio era considerado legal quando se recebia a autorização do Senado, o que ocorria em comum acordo com o consentimento comunitário.

⁵ Nasceu no ano de 1858, em Epinal (França), e faleceu em Paris em 1917. Professor de filosofia, em 1882, ensinou nos liceus de Sens e de Saint Quentin. Foi nomeado, na Alemanha, em 1887, professor da cadeira, criada por ele, de sociologia na Faculdade de letras da Universidade de Bordeaux. Foi considerado o pai da sociologia moderna. (DURKHEIM, 2000).

Nesse período, o suicídio era considerado um ato injusto com a comunidade, merecedor de desprezo e perda das honras de sepultura regulares. As mãos do suicida, em caracterização material da desonra, eram cortadas e enterradas separadamente do restante do corpo. Tal ato, de cortar as mãos das pessoas que cometiam o suicídio, também acontecia em Esparta, Chipre, Tebas, Céos e Marselha. A condenação ocorria quando não se tinha a concessão das autoridades competentes ao caso. Para efeito, os magistrados detinham reserva de veneno de Cicuta, que era fornecido aos que tinham seus requerimentos aprovados, ou seja, com a autorização para o suicídio lícito (DURKHEIM, 2000).

Segundo Oliveira (1994), em Roma, a legislação, influenciada pela cultura helenística grega, organizou-se um decenvirato (aos magistrados romanos eram designados redigir as leis) constituindo a elaboração das dez tábuas de leis e posteriormente outras duas, anexando às primeiras e formando assim a Lei das XII Tábuas. Sobre influência das premissas gregas, o cidadão romano que desejava se matar precisava apresentar suas razões ao Senado que iria decidir, como aceitáveis ou não os argumentos e determinaria até mesmo o gênero do evento morte, ou seja, era imposta pelo Senado a forma de execução do ato suicida. Os soldados, no entanto, quando justificadas e provadas suas motivações para a tentativa de suicídio eram expulsos do exército. Mas, se provado que o incentivo era erro militar, teriam seu testamento anulado e os seus bens confiscados.

No Egito, a morte de Faraós e dos donos de escravos ocasionava também a morte de seus servos, que eram considerados objetos pertencentes aos donos, sendo, muitas vezes, enterrados e deixados para morrer juntamente com o cadáver de seus senhores. Ainda, no Egito, Cleópatra, reunia diferentes tipos de venenos e os experimentava em condenados, aferindo seus efeitos colaterais e dor. Por esta aferição, é possível, imaginar a escolha da rainha por suicidar-se com a picada de uma serpente europeia, a Áspide, uma vez que ocasiona ao indivíduo desânimo e condução a uma morte suave (FIGUEREDO, 2001).

As sociedades Cristãs deram tratamentos diversos ao ato suicida, considerando tal prática, um produto de atuação maligna ou demoníaca. Em 563, no Concílio de Constância, incluiu-se legalmente o impedimento de qualquer forma de solenidade ou sacrifício de missa aos que cometiam suicídio. Além disso, os bens eram confiscados e retirados dos herdeiros naturais e empossados pelo barão das regiões onde viviam os falecidos. Não somente o confisco patrimonial era imposto aos casos de suicídio. Em alguns casos, como em Bordeaux, o cadáver era pendurado pelos pés e exposto a público. Em Abbeville, o cadáver era arrastado, sobre uma grade. Em Lille, o homem, era pendurado, e a mulher, queimada, e nem mesmo o

estado de insanidade mental atenuava a repulsa pelo ato ou o rigor sobre a penalidade (DURKHEIM, 2000).

Ainda, nesse contexto, conforme Figueiredo (2001) aponta, em 1670, Luís XIV modificou os costumes citados, sem reduzir suas gravidades, além de arrastar o corpo e ter os bens confiscados, os nobres perdiam seus títulos e eram considerados plebeus, o que gerava consequências aos familiares. Os bosques eram cortados, os castelos demolidos e os brasões da família quebrados. Efeitos, que foram invalidados pela Revolução Francesa quando o suicídio foi retirado da lista de crimes.

Na Inglaterra, e em outros países cristãos, o suicídio foi tratado ainda mais gravosamente do que na França. No século X, o rei Edgard, rei inglês, publicou um cânone, um conjunto de regras, onde se comparava o suicida a um ladrão e/ou assassino, e seus bens tomados pela coroa (DURKHEIM, 2000). Ainda segundo o autor, no século XIV, observaram-se as maiores superstições sobre o suicídio na Europa, em que as exposições difamantes e os rituais trágicos impostos aos corpos, impediram e amedrontaram novos suicídios. No entanto, a grande maioria dos países da era moderna aboliu a punição ao suicídio, como já citado na revolução francesa. Em 1873, pela Inglaterra, persistindo, no entanto, as punições na Rússia, tanto da prática como o da tentativa. Todavia, a descriminalização do suicídio ocorreu com a Lei do Suicídio de 1961, ou seja, aqueles que falharam na tentativa de matar não seriam mais processados (DURKHEIM, 2000).

Da mesma forma, nos Estados Unidos da América, na colônia da Pensilvânia, em 1701, foi abolida a pena de confiscação dos bens pertencentes ao suicida. Fato que, impulsionou as demais colônias a tomarem a mesma medida. O Código Penal de Nova Iorque, por sua vez, até 1919 previa punição de prisão de até dois anos e multa de mil dólares a tentativa de suicídio, embora tais sanções não fossem aplicadas (FIGUEREDO, 2001).

Até agora, essa breve contextualização histórica sobre o suicídio, permite apontar dois momentos distintos, sendo o primeiro quando o suicídio era considerado ilegal se cometido pela própria pessoa, cabendo ao Estado à função de autorizar o ato. O segundo momento, com a ascensão cultural dos preceitos judaico-cristãos, a condenação do suicida passa a ser absoluta e sem exceção. Recaindo, deste modo, consequências negativas não apenas ao indivíduo, que cometeu o ato, mas também aos seus familiares que eram julgados e punidos como imorais (DURKHEIM, 2000).

Em um terceiro momento, mais precisamente no século XIX, o suicídio passa a ser uma manifestação da doença mental, considerando um problema de ordem moral. Também no século XIX, em 1897, que Durkheim na obra “O suicídio: estudo Sociológico”, apresenta a

perspectiva suicidógena, em que os fatores externos interferem nos pensamentos e ações do indivíduo, logo, o suicídio nessa ótica é um fenômeno social. Portanto, para Durkheim, “a explicação está na relação entre o indivíduo nos grupos onde está inserido, a qual terá certa inclinação coletiva para o suicídio. Quando mais profunda for à integração do indivíduo nos grupos sociais, menor a probabilidade de este se suicidar e vice-versa” (FERREIRA, 2008, p. 9).

Durkheim (2000) nesse contexto distingue o suicídio em três tipos. Sendo eles: o suicídio egoísta, suicídio altruísta e suicídio anômico, a partir das influências do meio social, religiosidade, família, sociedade, política, grupos profissionais e a própria relação indivíduo/sociedade.

A Organização Mundial de Saúde - OMS (2011) descreve os fatores que levam o sujeito à prática do suicídio, a saber: os transtornos mentais, relações familiares, gênero sexual, faixa etária de vulnerabilidade, abuso de álcool, drogas ou fármacos situações sociais desfavoráveis, como pobreza e desemprego.

Para Krüger e Werlang (2010) a prática suicida ganha força em situação complexa no contexto familiar, que envolvem a perda do emprego, rompimento do namoro, matrimônio, saída dos filhos de casa, a falta de ocupação, agregados pelas expectativas construídas em histórias passadas, presentes em torno do futuro. Além disso, condições socioeconômicas e o padrão de possibilidades de consumo de roupas, alimentos, lazer, entre outros, interligados aos contextos biopsíquicos, podem motivar as pessoas cometerem o suicídio. (ABREU et al 2010).

Pode-se concluir que, das representações sociais sobre o suicídio terem evoluído, esse fenômeno ainda ocupa um lugar nebuloso na sociedade, não se fala abertamente sobre o suicídio na sociedade ocidental, as famílias não conversam sobre a morte, o envelhecer da finitude. O suicídio é visto como um tabu, portanto as raízes da vergonha e do pecado atribuídos ao suicídio pelo discurso religioso, moral e cultural em outrora, seja uma das razões que expressam as dificuldades em pedir suporte, oferecer atenção e compreender esse assunto. Quebrar esses tabus favorecem a promoção da saúde e a prevenção do ato suicida. Em virtude das diferentes perspectivas sobre o suicídio, este é considerado um fenômeno complexo, atravessado por diferentes fatores, contextos e especificidades. Por isso, é um fenômeno multidimensional.

4 AS INFLUÊNCIAS DA DEPRESSÃO NO ATO SUICIDA

Antes de abordar como o quadro clínico de depressão influencia no ato suicida, é importante ressaltar primeiramente, que não existe nenhum estudo científico que possa prever com infalibilidade a ocorrência do ato suicida. Há de se considerar, no entanto, a existência de vulnerabilidades, fatores de risco propensos a influenciar os indivíduos a cometerem o suicídio. Como já ressaltado anteriormente, os transtornos mentais, com especial destaque aos transtornos depressivos são responsáveis 30% dos casos de suicídio praticado no mundo (COUTINHO; VIEIRA, 2008). Além disso, “a depressão é uma das causas líderes de incapacidade no mundo todo, e o suicídio associado à depressão vitima cerca de 850.000 pessoas por ano”. (OMS, 2006, p.24).

Na tentativa de compreender sobre o suicídio, Cardoso (2012) analisa 53 artigos publicados entre os anos 2000 a 2010, sobre o suicídio, ideação e tentativa de suicida. Em suas análises, ele conclui que dos 53 artigos, 41 relacionaram o suicídio, a depressão que a ocupou o primeiro lugar nos construtos (BAPTISTA; BORGES; BIAGI et al CARDOSO, 2012).

Em um estudo tratando dos índices de tentativa de suicídio em jovens no ano de 1997 no Brasil, foi possível perceber que 40,9% das tentativas praticadas foram realizadas por adolescentes entre 17 e 23 anos de idade. O dado, juntamente com o resultado de outros estudos já realizados no Brasil, atesta para a ocorrência do alto índice de ideação suicida entre os jovens. Ainda com dados do Ministério da saúde, a maior faixa etária de incidência de tentativa de suicídio compreende dos 20 aos 24 anos, e com grande prevalência dos casos afetando o sexo masculino (AZEVEDO; DUTRA, 2012).

Estudos realizados por Cavalcante e Minayo (2010), indicam a relação entre o suicídio de pessoas idosas e a depressão, ao apontarem que cerca de 71% a 95% dos casos de idosos que cometeram suicídio sofriam com algum transtorno mental. E deste número, cerca de 60% dos casos correspondam a idosos com depressão.

Pelo exposto, percebe-se como a depressão configura-se como fator de risco para a prática de atentar-se contra a própria vida. No entanto, a depressão, na visão de Solomon (2002) não é, sozinha, responsável pela extensa incidência de casos de tentativa de disposição da própria vida e do suicídio propriamente dito. Nesse viés, pode-se aferir que o suicídio e depressão são elementos essencialmente distintos, ou seja, “são entidades separadas que com frequência coexistem, influenciando-se mutuamente” (SOLOMON, 2002, p. 226).

Em outras palavras, é possível assegurar que, não se estende a totalidade de pessoas deprimidas à idealização suicida, assim como não se restringe às tentativas de suicídio episódios unicamente depressivos. Isso ocorre porque a depressão pode estar atrelada a várias formas, das quais o anseio pela morte é uma delas e está presente em situações mais intensas do transtorno (LARANJEIRA, 2015).

O suicídio, nessa ótica, não pode ser diagnosticado como um sintoma da depressão, mas como um recurso que incide sobre as pessoas deprimidas, já que, “só se pode considerar todos os suicidas deprimidos se a tendência ao suicídio for estipulada como uma condição por si só suficiente para o diagnóstico da depressão” (SOLOMON, 2002, p. 226).

Ainda segundo Solomon (2002), a depressão detém de algumas características neurobiológicas⁶ que podem ocasionar o comportamento suicida. Ao analisar um suicida após o evento morte, foi percebido baixos níveis de serotonina em algumas partes do cérebro. Essa substância é um neurotransmissor⁷ que atua no cérebro como regulador do humor, sono, apetite, ritmo cardíaco, temperatura corporal, sensibilidade à dor, movimentos e as funções intelectuais. No suicida os níveis de serotonina são baixos, principalmente nas áreas de inibição⁸, como os neurotransmissores possibilitam que os impulsos nervosos de uma célula influenciem os impulsos nervosos de outro, permitindo assim, que as células do cérebro comunicam entre si. Em sujeitos deprimidos essa comunicação é baixa, proporcionando no cérebro a impulsividade, esse impulso encoraja a pessoa a cometer suicídio. Em outras palavras:

O estresse pode tanto sugar os neurotransmissores quando aumentar em excesso a produção de enzimas que os destroem. [...] O que tudo isso significa em termos funcionais é que pessoas com baixos níveis de neurotransmissores essenciais em áreas-chave têm uma alta propensão ao suicídio. (SOLOMON, 2002, p.236)

Neste ínterim, há uma influência entre a depressão originária de um estresse e o suicídio. Pois, como descrito, com o nível de serotonina baixo, aumenta-se a agressividade que induz ao ato suicida. Isto é, quando a pessoa deprimida lida com situações estressantes, ela utiliza-se da agressividade para conduzir a ameaças de curto prazo, mas como não é específica essa agressão, à pessoa se volta contra a si mesmo e a sua vida. Ou seja, “parece provável que a agressão seja um instinto básico enquanto a depressão e a propensão ao suicídio são impul-

⁶ A neurobiologia é o estudo das células do sistema nervoso e da organização dessas células dentro dos circuitos. Processam as informações e medeia o comportamento (SOLOMON, 2002).

⁷ São pequenas moléculas responsáveis pela comunicação das células do sistema nervoso (SOLOMON, 2002).

⁸ Nos depressivos a comunicação entre as células é baixa, e a uma inibição das moléculas responsáveis pela comunicação das células do sistema nervoso (SOLOMON, 2002).

“... cognitivos mais sofisticados que se desenvolvem posteriormente” (SOLOMON, 2002, p. 236).

Em outra perspectiva Durkheim (2000), ao definir o suicídio e os estados psicopáticos, descreve sobre a influência da depressão no suicídio, nomeado como suicídio melancólico, isto é, “ligado a um estado geral de extrema depressão, de tristeza exagerada, que faz com que o doente já não aprecie sadiamente as relações que têm com ele as pessoas e as coisas que o cercam.” O sujeito não sente prazer em realizar tarefas, veem as coisas sombrias, a vida não faz mais sentido, logo não tem sentido mantê-la. (DURKHEIM, 2000, p. 40).

Braga e Dell'Aglio (2013), também apontam sobre a influência dos sintomas depressivos, de: tristeza, desesperança, falta de motivação e desinteresse pela vida como motivadores ao comportamento suicida. Nessa mesma proposta, Silva e outros (2015, p. 1034) discorrem sobre os sintomas da depressão, que evidenciam a fragilidade humana e o risco de suicídio, sendo eles.

Lentidão nas atividades, desinteresse, redução da energia, apatia, dificuldade de concentração, pensamento negativo e recorrente, com perda da capacidade de planejamento e alteração do juízo de verdade.

Tais sintomas, quando frequentes comprometem toda a vida do indivíduo, suas relações familiares, suas atividades profissionais, a convivência social. Sentimentos de inferioridade, incapacidade, isolamento e falta de perspectiva futura, afetam drasticamente a saúde física e psíquica do sujeito acometido por esses sintomas.

Na opinião de Ballone, (2003), os sintomas depressivos que influenciam no ato suicida dizem respeito ao “severo prejuízo da autoestima, aos sentimentos de desesperança e a incapacidade de enfrentar e resolver problemas” (COUTINHO; VIEIRA, 2008, p. 2). Corroborando com esses dizeres, Coutinho e Vieira, (2008, p. 3) esclarecem que “a depressão emerge como resultante de uma inibição global da pessoa, a função da mente altera como a pessoa vê o mundo, a realidade, entende as coisas e manifesta suas emoções.” A depressão que “compromete o ser humano na sua totalidade, sem separação entre o psíquico, o social e o físico, e vem provocar, muitas vezes, situações de conflito e incompreensão” (COUTINHO; VIEIRA, 2008, p. 3).

É importante destacar que o ato suicida, ocorre no início ou durante o tratamento de depressão, pois os sintomas não estão tão evidentes e o paciente sente-se melhor. Quando a doença está avançada o paciente não dispõe de energia para cometer o suicídio (VIERA, SARAIVA; COUTINHO, 2010).

Segundo Lopes (2005), compreende-se que a depressão é um problema de saúde pública, que necessita de uma atenção especial, pois com o passar dos anos os números de pessoas com esse diagnóstico, em todo mundo, é significativo. Assim, é benéfico a promoção de programas de prevenção e cuidado para pessoas com depressão, para evitar assim, que seus sintomas cheguem ao ponto de resultar em suicídio.

Para Carvalho (2012), a relação entre o médico e o paciente, ou entre o cliente e a equipe de saúde, implica a existência de um contexto específico, responsável por designar seus limites e compromisso, bem como instituir os papéis e as funções de seus membros. Tal relação, esta atravessada por fantasias, expectativas, impressões, no caso da equipe medica o “salva vidas”, comumente é o núcleo do elo paciente-equipe. Nesse sentido, o paciente que tenta o suicídio desequilibra a equipe médica, uma vez que restringe e desafia seu poder e saber frente à doença com seu ato. Tornando assim, muitas vezes, um paciente indesejado nas emergências das unidades de saúde.

A esse respeito, cabe uma alerta, que Montgomery citado por Lopes (2005, p.18) bem aponta:

É falsa a idéia de que o médico, ao prescrever um antidepressivo, pode estar a proporcionar ao doente um meio para ele se auto agredir”. O processo do tratamento para controlar a depressão vai além da sua recuperação. Após melhoras e importante o paciente continuar seguindo no tratamento prescrito pelo médico, e o acompanhamento terapêutico, pois essas intervenções auxiliam futuras tentativas de suicídio, ainda que ao ocorrer uma melhoria na lentidão, há no indivíduo estímulo para a autoagressão. Contudo, é evidente a importância do papel do terapeuta, não somente na crise ou eventual urgência, mas “visando, sobretudo o monitoramento da evolução clínica e performance pragmática dos pacientes, ou ainda contribuindo no processo de reabilitação. (LINS; OLIVEIRA; COUTINHO, 2006, p. 156).

Barbosa e outros (2011) afirmam que profissionais, que atendem pessoas que tentaram suicídio, não costumam acompanhar estes pacientes pós-evento, deixando de lado o encaminhamento para serviços de atenção em saúde mental, para tratamento e orientação aos familiares. O agravamento disso, é cerca de 15 a 25% das pessoas que tentam suicídio, tentarão se matar no ano seguinte e 10% efetivamente conseguem se matar nos próximos 10 anos. (BARBOSA et al apud BOTEGA, p. 236 2011).

Portanto, segundo Macedo e Silveira (2011, p. 236):

A falta de informação e esclarecimento sobre os riscos dos comportamentos auto-destrutivos, por parte dos familiares e dos próprios profissionais de saúde, acarreta grande descompasso entre as necessidades daquele que apresenta a ideia suicida e a tomada de atitudes das pessoas de seu convívio, fator que ampliaria as possibilidades de se evitar o ato suicida. Alterações de comportamento, isolamento social, ideis-

as de autopunição, verbalizações de conteúdo pessimista ou de desistência da vida, e comportamentos de risco podem sinalizar um pedido de ajuda. O comportamento suicida está frequentemente associado com a impossibilidade do indivíduo de identificar alternativas viáveis para a solução de seus conflitos, optando pela morte como resposta de fuga da situação estressante. Detectar e tratar adequadamente a depressão reduz as taxas de suicídio específicas, levando-se em consideração também a investigação de ocorrência de suicídios nas famílias dessas pessoas, para que o psicólogo tome os devidos cuidados com seu cliente.

Por isso, Braga e Dell'Aglio (2013), enfatizam a importância dos profissionais da área da saúde ser capacitados para identificar os sintomas da depressão, oferecendo tratamento adequado e eficaz. Evidenciam, também, a importância de estratégias de intervenções preventivas na área da saúde e educação, além das medicações, prevenções específicas e a psicoterapia, poderá auxiliar na redução de suicídio.

A partir das análises realizadas, verificou-se a escassez de pesquisas voltadas para identificar, diagnosticar e intervir sobre os casos de depressão com risco suicida. Frente a essa constatação, ainda é evidente os mitos, preconceitos, informações distorcidas em torno da depressão e do suicídio.

Portanto, segundo Silva e outros (2015), a depressão e o suicídio é um conjunto de fenômenos complexos que interagem com fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturais e ambientais. Essas interações propiciam uma melhor compreensão das influências que a depressão pode causar no ato suicida. Seguindo essa lógica, tanto a depressão quanto o suicídio são fenômenos complexos e multidimensionais, com a presença de variáveis biopsicossociais. Apesar, do presente estudo, não propor uma resposta reduzida ao problema norteador, é evidente que a depressão influencia no comportamento suicida, principalmente por motivos de pensamentos negativos recorrentes de morte, ideação suicida, ou ainda planos e tentativas de suicídio.

CONCLUSÃO

No percurso teórico da presente pesquisa identificou-se que o suicídio está há séculos nas organizações culturais, com diferentes representações dos diferentes discursos, a saber: pelos filósofos como um crime; pela religiosidade foi imposto como pecado; para o sociólogo Émile Durkheim como um fator de risco demonstrado pelas relações social. Enfim além do suicídio ser uma das causas de maiores novidades do mundo, tem se caracterizado como sócio-histórico-cultural.

Ainda em vista dos aspectos abordados, pode se identificar também que o transtorno depressivo é um problema de saúde pública, podendo afetar indivíduos de diferentes faixas etárias. Constatou-se que comumente os pacientes depressivos apresentam tristeza, angústia e perda de interesse diante da vida. Além disso, foi evidenciado estatisticamente altos índices de pessoas depressivas que tem comportamentos suicidas que efetivaram o suicídio. Ademias, alguns estudos apontaram a significativa correlação entre os transtornos mentais e a tentativa de suicídio, em destaque a depressão maior, tem sido a maior influência nos atos suicidas.

Compreende-se então, que o quadro clínico de depressão influencia no suicídio. Destaca-se também que nem todos os indivíduos depressivos tem comportamento ou ideação suicida. Tal relação ou associação apontam para uma análise complexa e multidimensional, que não pode ser explicada por um único fator ou isoladamente.

O conjunto de sintomas manifestados em quadros clínicos de depressão, acabam por se constituírem como risco de suicídio, em especial, pela autoestima, desesperança, pensamentos de morte, e as tentativas de efetivação desse ato. Portanto, a presença do apoio familiar, diante a essa situação de desespero, contribui nas perspectivas de segurança, importância, além de melhoria dos sintomas e futuras tentativas de suicido. Dessa forma, é importante no âmbito da saúde, desenvolver instrumentos de prevenção e formar profissionais para, juntamente com a família, trabalhar em prol da pessoa que está deprimida e com risco eminente de realizar o ato suicida. É importante destacar que os métodos utilizados, na psicoterapia, no relacionamento médico-paciente, na equipe médica são essenciais nessa dinâmica.

Nota-se que o desenvolvimento de novas pesquisas que abordem sobre a influência da depressão no suicídio irá contribuir para profissionais que atuam nesta área. Além disso, é importante pesquisar especialmente, sobre os possíveis impactos psicológicos, nas famílias que vivenciaram a perda pelo suicídio. Essas novas informações poderão abrir novos campos de conhecimento nas ciências humanas, sociais, antropológicas, da saúde entre outras.

REFERÊNCIAS

ABREU, Kelly Piacheski de. et. al. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. **Revista eletrônica de enfermagem**, [internet], v. 12, n. 1, p. 195-200, 2010. Disponível em: < https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a24.pdf >. Acesso em: 18 jan. 2017.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. [E-Book]. Disponível em: <<http://c026204.cdn.sapo.io/1/c026204/cld->

fi-

le/1426522730/6d77c9965e17b15/b37dfc58aad8cd477904b9bb2ba8a75b/obaudoeeducador/2015/DSM%20V.pdf>. Acesso em: 16 out. 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Comportamento suicida**: conhecer para prevenir. 1. ed. Rio de Janeiro: ABP, 2009. Disponível em:

<http://www.cvv.org.br/downloads/cartilha_suicidio_profissionais_imprensa.pdf>. Acesso em: 20 set. 2016.

AZEVEDO, Ana Karina Silva. DUTRA, Elza Maria do Socorro. Relação amores e tentativa de suicídio na adolescência: um questão de (des)amor. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Rio Grande do Norte, v.18, n. 1 2012. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672012000100004>. Acesso em: 19 maio 2017.

BARBOSA, Fabiana de Oliveira; MACEDO, Paula C. Mosca; SILVEIRA, Rosa Maria Carvalho. Depressão e Suicídio. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, 2011. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000100013>. Acesso em: 11 jan. 2017.

BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, Campinas, v.25, n. 3, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>>. Acesso em: 11 jan. 2017.

BRAGA, Luiza de Lima; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. **Revista unisinos**, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v.6, n. 1, p. 2-14, 2013. Disponível em:

<<http://www.revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/viewFile/3592/1533>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção do suicídio: **Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Campinas, 2006.

CANALE, Alaíse; FURLAN, Maria Montserrat Diaz Pedroso. Depressão. **Revista Mundi**, Maringá, v. 10, n 2, 2006. Disponível em: <[file:///C:/Users/Windows%207/Downloads/19922-85082-1-PB%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/Windows%207/Downloads/19922-85082-1-PB%20(5).pdf)>. Acesso em: 9 abr. 2017.

CARDOSO, Hugo Ferrari. et. al. Suicídio no Brasil e América Latina: revisão bibliométrica na base de dados Redalycs. **Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul**, Rio Grande do Sul, v.12, n.2, p. 42-48, 2012. Disponível em: <[file:///C:/Users/Windows%207/Downloads/69-276-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Windows%207/Downloads/69-276-1-PB%20(2).pdf)>. Acesso em: 12 abr. 2017.

CARVALHO, Soraya. Depressão e suicídio: aspectos psicológicos. **Secretaria da Saúde do Estado da Bahia**. Bahia, 2012. Disponível em:

<http://www.saude.ba.gov.br/ciave/images/stories/Ciave/Ciave_PDF/Apostila_de_Psicologia_CIAVE.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2017.

CAVALCANTE, Fátima Gonçalves; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, 2010. Dis-

ponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000400020>>. Acesso em: 11 out. 2016.

COUTINHO, Maria da Penha de lima; KAY, Francis Leal Vieira. **Depressão, comportamento suicida e estudantes de psicologia: uma análise psicossociológica**. Universidade Federal de Paraíba, Paraíba, 2008.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima; SARAIVA, Evelyn Rúbia de Albuquerque; VIEIRA, Kay Francis Leal. **Entrelaçamentos entre depressão e suicídio segundo os futuros psicólogos**. PUCRS, Porto Alegre, v. 41, n. 2, p. 176-183, 2010.

COUTINHO, Maria Fernanda Cruz; LINS, Carlos Estellita-; OLIVEIRA, Verônica Miranda. Acompanhamento terapêutico: intervenção sobre a depressão e o suicídio. **Psyche**, São Paulo, v.10, n.18, p.151-166, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382006000200015#1>. Acesso em: 28 abr. 2017.

DURANT, Will. **História da Civilização**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1957.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio: estudo de sociologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FERREIRA, Renato Emanuel Campino. **O Suicídio**. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2008. Disponível em: <<http://www4.fe.uc.pt/fontes/trabalhos/2008025.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2016.

FIGUEIREDO, Ricardo Vergueiro. **Da participação em suicídio**. Belo Horizonte: Del Rey, 2001.

FONSECA, José Saraiva da. **Metodologia da pesquisa científica**. Universidade Federal do Ceará, Ceará, 2002. Disponível em: <<http://www.ia.ufrj.br/ppgea/conteudo/conteudo-2012-1/1SF/Sandra/apostilaMetodologia.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2016.

FREUD, Sigmund. Luto e melancolia. In: **Obras psicológicas de Sigmund Freud**. Vol. II. p. 284. L. A. Hanns (Coord.). Rio de Janeiro: Imago Ed., 2006.

FURTADO, Maria Heloisa da Luz Rodrigues; SOUZA, Carlos Alberto Crespo. Traumatismo Cranioencefálicos e suicídio. **Psychiatry on line Brasil**, v. 18, n. 9, 2013. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano13/art0913.php>>. Acesso em: 25 out. 2016.

GIORDANI, Márcio Curtis. **História da Grécia: antiguidade clássica I**. Petrópolis: Vozes, 1984.

GONÇALES, Cintia Adriana Vieira; MACHADO, Ana Lúcia. Depressão, o mal do século: de que século? **Revista enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n 2, 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a22.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2017.

KRÜGER, Liara Lopes; WERLANG, Guevara. **A dinâmica familiar no contexto da crise suicida**. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, v. 15, n. 1, p. 59-70, Porto Alegre, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v15n1/07.pdf> >. Acesso em: 20 out. 2016.

LACERDA, Acioly Luiz Tavares de; SOUZA, Thaís Rabanea. **Depressão ao longo da história**. Artmed, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <http://www.larpsi.com.br/media/mconnect_uploadfiles/c/a/cap_01_72_.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2017.

LAKATOS, Marina de Andrade; MARCONI, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003. [E-Book]. Disponível em: <https://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india>. Acesso em: 23 set. 2016.

LARANJEIRA, Patrícia Isabel Chacim. **A relação entre depressão e ideação suicida em jovens adultos: O papel mediador da desesperança e da dor mental**. Universidade de Évora, Évora, 2015. Disponível em: <<https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/16838/1/A%20rela%C3%A7%C3%A3o%20entre%20depress%C3%A3o%20e%20idea%C3%A7%C3%A3o%20suicida%20em%20jovens%20adultos%20-%20O%20papel%20mediador%20da%20desesperan%C3%A7a%20e%20da%20dor%20mental.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2017.

LOPES, Janaína Parreira. **Depressão: uma doença da contemporaneidade: uma visão analítico-comportamental**. Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2005. Disponível em: <<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/3069/2/20074556.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10. ed. rev. 3. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2011.

SOLOMON, Andrew. **O Demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

SILVA, Darlan dos Santos Damásio. et. al. Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: revisão integrativa. **Revista da escola de enfermagem**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1027-1036, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n6/pt_0080-6234-reeusp-49-06-1027.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2017.

SOUSA, Juliana Sofia de. **Epidemiologia, etiopatogenia, diagnóstico e tratamento farmacológico da depressão em Portugal**. Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2015. Disponível em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5329/1/PPG_24560.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2016.

TENEBAUM, Decio. Centro de Medicina psicossomática e psicologia médica. **Hospital Geral da Casa da Misericórdia**, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.medicinapsicossomatica.com.br/doc/psicanalise_psicossomatica.pdf>. Acesso em: 1 mai. 2017.