



O suicídio pode ser considerado um exercício de autonomia?

Can Suicide Be Considered an Exercise in Autonomy?



Autoras

Daniela Cerqueira Campos Vieira

Universidade de São Paulo

danielacerqueira1109@gmail.com

 <https://orcid.org/0009-0007-4179-8230>

Gisele Gobbetti

Universidade de São Paulo

gobbetti@usp.br

 <https://orcid.org/0000-0001-5215-5424>



Resumo

Em uma era expressivamente tecnológica, a morte segue como um tabu, e o suicídio, em especial, carrega forte carga de preconceitos que recai sobre os envolvidos, familiares e sobreviventes de tentativas. As percepções sobre o ato suicida variam de acordo com o espaço e o momento histórico, mas os suicídios ou as suas tentativas são um problema de saúde pública. As intervenções sociais possíveis esbarram em questões éticas frente à autonomia do indivíduo. Será o suicídio um exercício pleno de autonomia ou existem outras influências que comprometam a capacidade de decisão do indivíduo? O objetivo deste estudo foi uma reflexão bioética sobre o suicídio por meio de uma revisão narrativa da literatura, que incluiu textos sobre conceitos, estatísticas, estratégias de prevenção e bioética. Sem uma sonora resposta de amparo para cada pedido de socorro no silêncio eloquente de um suicida potencial ou efetivo, não é possível falar em autonomia no comportamento suicida.



Abstract

In an expressively technological era, death remains a taboo, and suicide, in particular, carries a strong burden of prejudice that permeates survivors of a suicide attempt and their families. Perceptions about suicidal acts vary according to space and historical moment, but suicides or attempted suicides are currently considered a Public Health problem. Possible social interventions come up against ethical issues regarding the individual's autonomy. Is this a full exercise of autonomy or are there other influences that compromise the individual's decision-making capacity? The purpose of this study was a bioethical reflection on suicide by means of a narrative review of the literature which included texts on concepts, statistics, prevention strategies and Bioethics. Without a sound response of support for each request for help in the eloquent silence of a potential or successful suicidal person, it is not possible to talk about autonomy in suicidal behavior.



Key words

Suicídio; autonomia pessoal; bioética; vulnerabilidade; direitos humanos.
Suicide; personal autonomy; bioethics; vulnerability; human rights.



Fechas

Recibido: 15/07/2024. Aceptado: 14/06/2025



Em uma era expressivamente tecnológica, em que as informações não encontram barreiras, a morte segue como um tabu, envolvida pelo silêncio, medo, vergonha e culpa (Kovács, 2015), e o suicídio, enquanto acesso para a morte, carrega forte carga de preconceitos imposta a todos os envolvidos.

Historicamente, o suicídio passou por várias percepções, desde o pior dos pecados até o máximo da expressão de liberdade. Por vezes, representou uma perturbação aos deuses na Grécia antiga e enfraquecimento da economia, segundo a argumentação de Aristóteles. Na Europa, tornou-se um grande pecado, ato inaceitável, segundo Agostinho, chegando ao patamar de vergonha e mesmo crime, na tradição católica. Na idade moderna, apresentou-se o início da percepção do dilema diante das escolhas do indivíduo, para alcançar por fim o status de uma problemática de ordem de saúde pública (Botega, 2015).

Segundo a OMS (2025), o suicídio está entre as principais causas de morte em todo o mundo, com mais mortes por suicídio do que por malária, HIV/AIDS, câncer de mama, guerra e homicídio

Dentre os múltiplos enfoques envolvidos na reflexão bioética sobre o tema do suicídio, pode-se destacar os aspectos morais, legais, sociais, psicológicos, culturais, assistenciais, profissionais, políticos, econômicos e espirituais (Silva et al., 2015). A identificação e correlação desses fatores ampliam a capacidade de compreender um dos comportamentos mais questionados quanto às suas motivações, justificativas e finalidades.

Segundo a OMS (2025), o suicídio está entre as principais causas de morte em todo o mundo, com mais mortes por suicídio do que por malária, HIV/AIDS, câncer de mama, guerra e homicídio. Trata-se de um grave problema de saúde pública, mas, no entanto, muitos suicídios podem ser evitados em tempo oportuno, com medidas identificadas com base em evidências e mediante intervenções de baixo custo. Nesse contexto, questiona-se em até que ponto seria uma expressão de autonomia plena ou ação conturbada de indivíduo, cujo estado de vulnerabilidade demandaria algum grau de intervenção, e de qual ordem seria.

Diante da gravidade do quadro, a atenção deve também ser em relação aos sobreviventes. Constatou-se que, para cada suicídio, em média seis pessoas próximas sofrem consequências emocionais, sociais e econômicas. Em atenção a esta camada da população, que sofre os impactos deste evento, Edwin Shneidman, psicólogo fundador da Suicidologia, área de estudo para o entendimento dos elementos que envolvem o suicídio, nomeou o termo posvenção. A posvenção é a promoção de ações que se ocupam dos enlutados, de modo a ter seu sofrimento acolhido e minimizadas as sequelas decorrentes do suicídio, bem como prevenir outro ato suicida ou sua tentativa nestes (Fukumitsu et al., 2015).

A questão do suicídio é um dos grandes desafios para a bioética na percepção dos direitos humanos. Os conflitos entre os princípios da Beneficência e o do Respeito à Pessoa, na sua característica de autodeterminação, podem gerar muitas dúvidas frente a possíveis intervenções (Goldim et al., 2004).

A proposta deste estudo é uma reflexão bioética sobre o suicídio, considerando ser este um fenômeno complexo e multifatorial que surpreende, a cada análise estatística,



por atingir um quantitativo progressivamente maior de indivíduos em faixa etária limítrofes (crianças, adolescentes e idosos).

A morte medicamente assistida (suicídio assistido e a eutanásia), que segue outra linha de pesquisa, na qual estão avaliadas a autonomia do indivíduo diante de condições de incapacidade severa por doenças incuráveis que levem à terminalidade da vida, foi excluída deste trabalho.

Através de uma revisão narrativa de literatura, que incluiu textos sobre os conceitos de suicídio, as estatísticas do fenômeno, as estratégias de prevenção e textos da área de bioética, principalmente referenciando autonomia e saúde, buscou-se responder a pergunta norteadora: será o suicídio um exercício pleno de autonomia ou existem influências outras que comprometam a capacidade de decisão do indivíduo?

1. Conceitos de suicídio

Em sua definição, suicídio é compreendido como uma ação voluntária e consciente em que o indivíduo age convencido de que o ato executado por ele mesmo, consciente e intencionalmente, ainda que ambivalente, concretizará a sua morte (Costa e Spies, 2014).

Não existe nas línguas latina e grega clássica nenhuma palavra que especificamente possa ser traduzida por “suicídio”. No grego clássico tardio havia o adjetivo (e substantivo) *biaiothanatos* ou *biothanatos*, com o significado de “sofrer uma morte violenta”, que se usava para referir o que hoje designamos por suicídio (Soares, 2017).

O ato de pôr termo à própria vida era referido pelos autores clássicos através de frases compostas de verbo e nome, como “ser homicida de si mesmo”

O ato de pôr termo à própria vida era referido pelos autores clássicos através de frases compostas de verbo e nome, como “ser homicida de si mesmo”. O termo é um neologismo criado a partir do latim, *sui* (si) e *caedes* (matança), introduzido na língua inglesa em 1636 e na língua francesa em 1734, para expressar a morte voluntária, expressa por um ato promovido pelo indivíduo a si mesmo. A adoção de uma nova palavra representava, àquela

época, mudanças no entendimento deste gesto, na atitude diante da morte e na criação de uma subjetividade (Veneu, 1994).

Até então esta “morte voluntária” estava repleta de vários significados, incluindo desde heroísmo e ação de beneficência social até transgressão gravíssima das leis humanas ou das leis divinas.

Segundo Camus (1989), “o suicídio nunca foi tratado senão como fenômeno social. Aqui, pelo contrário, para começar, importa-nos a relação entre o pensamento individual e o suicídio. Um gesto como este prepara-se, tal como acontece com uma grande obra, no silêncio do coração” (p. 16).

Neste obscuro trajeto entre o “silêncio do coração” e o dito “fenômeno social”, identifica-se que é um fenômeno multifacetado, capaz de abranger diversos campos do



conhecimento reunindo questões filosóficas, neurobiológicas, genéticas, psicológicas, culturais, religiosas, legais, ambientais e epidemiológicos. Como uma questão de ordem mundial, a bioética pode colaborar numa percepção mais humana e completa do suicídio (Daolio, 2012).

2. Algumas concepções históricas

Segundo alguns autores, é este um fenômeno de exclusividade humana presente em várias culturas, cujo valor alterna com o tempo e a sociedade em questão, alternando a interpretação entre um ato heroico e nobre, honrando seu povo corajosamente, a uma grave afronta à autoridade divina e/ou social vigente.

Descreve-se que, na Grécia antiga, reconhecida como berço da civilização, o suicida era considerado um transgressor da justiça e da política, e este tipo de morte era uma violação contra a sociedade nos casos em que a atingisse de forma política e econô-

mica, como por exemplo, o suicídio de escravos. Os suicidas não tinham direito a uma sepultura e suas mãos eram enterradas separadamente. Por outro lado, esta mesma sociedade analisava solicitações e autorizava o suicídio, facilitando os meios para sua execução a indivíduos cuja vida não significasse uma perda econômica ou política (Kovacs, 1992).

O suicídio praticado para evitar a vergonha e a desonra ou para sufragar a culpa era recomendável; mas seria altamente condenável se a causa fosse a preguiça e a covardia. Morrer para restaurar a honra colhia a aprovação dos gregos, que também

louvavam, por exemplo, o suicídio realizado para obedecer a uma ordem no campo de batalha (Soares, 2017).

Os Estoicos consideravam que o suicídio poderia ser uma alternativa heroica e eram contrários a uma existência excessivamente sofredora e sem sentido. O filósofo romano Sêneca, citado por Pessini (2004), afirmou em uma de suas cartas:

O sábio se separará da vida por motivos bem fundados: para salvar a pátria ou amigos, porém igualmente quando está agoniado por dores demasiado cruéis, em caso de mutilações ou de uma enfermidade incurável (...) não se dará a morte, caso se trate de uma enfermidade que pode ser curada e não danifica a alma; não se matará por causa das dores, mas quando a dor impede tudo aquilo pelo que se vive, prefiro matar-me a ver como se perdem as forças estando morto em vida. (Pessini, 2004, p. 105)

Em *Ética a Nicômaco*, Aristóteles (2007) classificou o suicídio como um ato de covardia e fraqueza, já que o considerava uma fuga desesperada da dor e da miséria pelo indivíduo, além de o ato ser uma injustiça ao Estado.

Os Estoicos consideravam que o suicídio poderia ser uma alternativa heroica e eram contrários a uma existência excessivamente sofredora e sem sentido



Em Roma, os suicídios realmente reprovados eram dos militares e se essa tentativa corresse no exército, era punida com a morte.

Será Agostinho de Hipona —Santo Agostinho— e o Concílio de Arles (452, d. C.) que oficializarão a condenação eclesiástica do suicídio, dando um significado pecaminoso para quem tira sua própria vida. A morte voluntária é um pecado contra Deus, tratando a morte voluntária à luz do sexto mandamento “Não matarás!” (Soares, 2017; Goldim e Mousinho, 2021).

Tribunais leigos ou eclesiásticos eram organizados para estabelecer se a pessoa que puser fim aos seus dias o fez por alguma forma de “loucura” ou se estaria no gozo de suas faculdades mentais. Se “enlouquecido”, estaria isento de culpa, caso contrário seria submetido às sanções religiosas, nas quais não teria direito aos ritos fúnebres, nem seria enterrado em terreno consagrado. Havia também a punição física e moral infligida ao cadáver, na qual a depender do local de ocorrência, o corpo seria arrastado por cavalos pelas ruas ou publicamente enforcado. Na Inglaterra, os suicidas eram considerados “traidores de si mesmos” e suas posses eram confiscadas pelo Rei. A origem destas condutas remete às condutas pagãs nas quais era necessário evitar o “retorno” dos mortos, principalmente no caso das mortes “malditas” e violentas (Soares, 2017).

No Japão, o samurai exaltava a lealdade e a honra como as mais altas das virtudes. Matar-se era uma forma de execução honrosa e uma maneira de restaurar a sua culpa

No Japão, o samurai exaltava a lealdade e a honra como as mais altas das virtudes. Matar-se era uma forma de execução honrosa e uma maneira de restaurar a sua culpa. Na relação entre o indivíduo e o grupo, destaca-se a importância maior do grupo, mesmo que às custas da liberdade pessoal. Até bem pouco tempo, em sendo necessário restaurar a ordem social, o auto sacrifício era visto como um ato racional e intencional, conhecido como *Kakugo no jiasatsu* (suicídio de resolução) (Targum e Kitanaka, 2012).

A partir dos séculos XVI e XVII, e com a Revolução Francesa, proíbe-se a condenação às práticas suicidas. Em 1790, um decreto da Assembleia Nacional constituinte proibia a desonra dos familiares e o confisco dos bens, bem como a exclusão de sepultura comum (Soares, 2017). Com o racionalismo, a própria Igreja torna-se progressivamente mais tolerante e as punições religiosas progressivamente deixam de ser instituídas (Cassorla, 1984).

No entanto, até hoje essa prática é punida em mais de vinte países, o que efetivamente não impede as pessoas de se suicidarem, mas dificulta muito o acesso à ajuda em um momento de crise, impedindo que elas recebam o apoio que necessitam.

3. Tipos de suicídio. Análise sociológica de Durkheim

Em fins do século XIX, a análise das questões que envolviam o suicídio permeava timidamente a Academia. Tanto pelo tabu que envolvia estudar a morte, como pelo preconceito acerca do suicídio. Além das hipóteses de hereditariedade e de perturbação psíquica, questões sobre o quanto a decisão de atentar contra a própria vida constitui



uma escolha eminentemente pessoal ou o quanto haveria a influência do meio era uma questão até então nunca abordada. Foi Émile Durkheim, em 1897, que desenvolveu este estudo pela primeira vez enquanto fato sociológico, partindo da hipótese de que a sociedade determina a decisão da pessoa de dar fim à sua vida. Em seu livro *O Suicídio* (2000), reconhece este como um fenômeno individual e social. Pela primeira vez se fala em “anomia”, que é uma ausência ou desintegração das normas sociais, e no que tange o suicídio, foi empregado para se referir à ausência de regras morais capazes de conter as paixões originadas da individualidade, configurando-se em um estado social patológico (Vares, 2017).

Durkheim estabeleceu elementos constitutivos da socialização: a integração e a regulação. Uma sociedade integrada mantém a dependência de seus elementos, mas também oferece mútua assistência moral

O sociólogo buscou as causas pertinentes ao grupo e sobre as quais é possível agir, de tal forma que entre os fatores relacionados aos suicídios, os únicos que lhe dizem respeito são os que acontecem no conjunto da sociedade.

Durkheim estabeleceu elementos constitutivos da socialização: a integração e a regulação. Uma sociedade integrada mantém a dependência de seus elementos, mas também oferece mútua assistência moral. O grupo compartilhará de uma consciência comum e dos mesmos sentimentos, crenças e práticas (sociedade religiosa), seus membros estão em interação uns com os outros (sociedade doméstica) e sentem-se dedicados a um fim comum (sociedade política). No que diz respeito à regulação, cabe à sociedade limitar as paixões individuais. Assume assim um papel moderador, quando a sua autoridade moral restringe a

ação individual e coletiva, através da imposição de regras pelo respeito ou pelo temor (Vares, 2017).

A análise comportamental de uma sociedade leva ao entendimento de que as taxas de suicídio variam em locais e períodos distintos, nos quais crises sociais alavancam essas taxas que, aos poucos, tendem a se estabilizar, para se elevarem em outras crises e assim por diante. Para Durkheim (2000), o suicídio varia na razão inversa do grau de integração das sociedades religiosa, doméstica e política. Os graus de integração e de regulação da sociedade determinam os diferentes tipos de suicídio, explicitados a seguir:

- Suicídio egoísta: é o tipo de suicídio resultante de uma integração social muito frágil, no qual há uma individuação descomedida. Assim, o indivíduo que tira a própria vida não se sente vinculado às instituições ou aos grupos que permeiam a vida social: o “eu individual” se destaca em detrimento do “eu social”.
- Suicídio altruísta: neste caso, o suicídio resulta de uma forte integração social, na identificação do indivíduo com a coletividade de tal forma que perde sua própria identidade. O indivíduo opta por um sacrifício em nome de algo que lhe pareça mais relevante que sua própria existência. Essas antigas formas de vínculo se mantiveram em grupos sociais cuja estrutura hierárquica fundamentada em forte vínculo de autoridade, disciplina e obediência (militares ou religiosos) reduz a vivência da individualidade.



- Suicídio anômico: a anomia, termo que significa ausência de normas, acontece quando as normas tradicionais perdem sua autoridade e o estado de desregramento é “reforçado pelo fato de que as paixões estão menos disciplinadas no preciso momento em que teriam necessidade de uma disciplina mais rígida”. Este tipo de suicídio tem sua frequência aumentada nos períodos de crise econômica ou de grande prosperidade. A sociedade apresenta-se momentaneamente incapaz de limitar os desejos individuais, que pode resultar num desregramento moral. Em suma este tipo de suicídio decorre da decepção induzida pelo estilo de vida moderno (Nunes, 1998).

4. Estatísticas

Para o entendimento do suicídio, é necessário conhecer a extensão desta problemática. Cabe, também, diferenciar o suicídio do que seja um comportamento suicida, que representa todo ato que pelo qual o indivíduo causa lesão a si mesmo, independente do grau de intenção letal e do verdadeiro motivo deste ato. Este comportamento se caracteriza ao longo de um *continuum* no qual a partir de pensamentos de autodestruição, ameaças, gestos e tentativas, alcança-se finalmente a morte.

Mais da metade dos suicídios em todo o mundo (56%) ocorreram antes dos 50 anos, e a maioria ocorreu em países de baixa e média renda (73%) (OMS, 2025)

Apenas uma em cada três tentativas chegam aos serviços de saúde. Uma tentativa de cometer suicídio aumenta em cem vezes o risco de concretização do intento (Noal et al., 2020).

Em estudo epidemiológico de evolução das taxas de suicídio segundo faixa etária de 2014, Botega (2014) demonstrou o aumento da incidência de suicídios em todos os grupos etários. Mas notou-se um aumento pronunciado nas taxas de mortalidade de adolescentes, que sofreram um incremento de 81% no período, e nas mortes por suicídio em menores de 14 anos, que, entre 2010 e 2013, tiveram um aumento de 113%.

A morte autoprovocada é responsável por uma em cada 100 mortes.

Estima-se que 727 000 pessoas morreram por suicídio em 2021. O suicídio foi a terceira principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos; a segunda para mulheres e a terceira para homens. Mais da metade dos suicídios em todo o mundo (56%) ocorreram antes dos 50 anos, e a maioria ocorreu em países de baixa e média renda (73%) (OMS, 2025).

No Brasil ocorreram 112 230 mortes por suicídio no período entre 2010 e 2019, o que representa um aumento de 43% no número anual de mortes, com incremento de 9454 em 2010, para 13 523 em 2019. A taxa nacional em 2019 foi de 6,6 por 100 mil habitantes. Destacam-se as Regiões Sul e Centro-Oeste, com as maiores taxas de suicídio entre as regiões brasileiras (Ministério da Saúde, 2021).

Segundo dados da Associação Brasileira de Medicina de Emergência (Abramede), o Sistema Único de Saúde (SUS) registrou, ao longo de 2023, 11 502 internações relacionadas a tentativas de suicídio e lesões autoprovocadas, resultando em uma média



diária de 31 casos. Registrou-se um aumento de mais de 25% em 10 anos. A Abramede avalia que uma resposta rápida e humanizada pode fazer a diferença no prognóstico desses pacientes, além de ajudar na prevenção de novos episódios (Laboissière, 2024).

5. Fatores de risco para o suicídio e possibilidades de prevenção

Dentre as causas de um suicídio, os chamados fatores predisponentes são mais complexos do que um dito fator precipitante, que é um acontecimento recente, como a perda do emprego ou um rompimento amoroso. Botega (2014), utilizando uma revisão de 31 artigos científicos publicados entre 1959 e 2001, englobando 15.629 suicídios

ocorridos na população geral, demonstrou que em mais de 90% dos casos caberia um diagnóstico de transtorno mental. É uma experiência individual, marcada pela ambivalência entre a busca da morte, como mecanismo de cessação do sofrimento, e o desejo por socorro.

Há estudos sugestivos de que são mais susceptíveis aos efeitos do estresse, apresentando maiores taxas de ansiedade, depressão, automutilação e suicídio, grupos em situação de maior vulnerabilidade, como migrantes e refugiados, população LGBTQIA+ e povos indígenas

Não se pode apontar uma única causa para o suicídio, pois é um fenômeno que ocorre como culminância de diversos eventos e fatores, como os sociais, culturais, biológicos e psicológicos. Modernamente, registra-se particularidades socioemocionais referentes as gerações chamadas Y (geração do milênio, nascidos entre 1981 e 1995) e Z (chamados “natos digitais”, nascidos após 1995) que podem estar influenciando o aumento de frequência do suicídio observado em jovens, principalmente sobre a geração Z, que conta com deficitários mecanismos para lidar com frustrações e adversidades e com dificuldades em adiar o prazer (imediatismo). Há estudos sugestivos de que são mais

susceptíveis aos efeitos do estresse, apresentando maiores taxas de ansiedade, depressão, automutilação e suicídio, grupos em situação de maior vulnerabilidade, como migrantes e refugiados, população LGBTQIA+ e povos indígenas (Botega, 2014).

Alguns estudos apontados por Cassorla (1984) identificam e catalogam algo em torno de trinta e sete os fatores de risco e os dividem entre: fatores sociodemográficos (por exemplo: sexo masculino; adultos jovens (19 a 49 anos) e idosos; estados civis viúvos, divorciados e solteiros (principalmente entre homens); orientação homossexual ou bissexual), transtornos mentais, fatores psicossociais (por exemplo, experiências de abuso físico ou sexual; perda ou separação dos pais na infância; instabilidade familiar; isolamento social e perda afetiva recente ou outro acontecimento estressante) e outros, como: acesso a meios letais (arma de fogo, venenos); doenças físicas incapacitantes, estigmatizantes, dolorosas e terminais; estados confusionais orgânicos.

Pode-se entender também que o processo de envelhecimento por si pode ser um outro fator: a velhice promove alterações que, embora fisiológicas, representam perdas físicas, cognitivas, sociais e familiares. Atualmente entre perdas e adaptações em meio a um processo cultural de desvalorização do idoso e supressão de sua autonomia,



sentimento de tristeza, estados depressivos ou depressão, podem persistir e ter como desfecho o suicídio, que estatisticamente se apresenta maior nesta faixa etária (Scavacini e Silva, 2021).

Os fatores de risco têm intensidade e duração variável e tem poder de influência que oscila conforme o momento da fase da vida em questão. Fatores de risco distantes do evento fatal se tornam fatores predisponentes, podendo ao longo do tempo não ser identificados como tal, ficando mais evidente o fator precipitante. Como exemplo, podem ser citados como fatores predisponentes: transtornos psiquiátricos, suicídio na família, abuso sexual na infância, impulsividade e agressividade, isolamento social, etc. E fatores precipitantes: desilusão amorosa, separação conjugal, perda de emprego, desonra e vergonha, embriaguez, fácil acesso a um meio letal, entre outros.

E fatores precipitantes:
desilusão amorosa, separação
conjugal, perda de emprego,
desonra e vergonha, embria-
guez, fácil acesso a um meio
letal, entre outros

A conjunção entre os fatores de risco e a possibilidade do evento suicídio tem mais alguns elementos a serem considerados, que servem de forma a contrabalançar o peso dos fatores de risco: a resiliência emocional, a capacidade de resolver problemas e certas habilidades sociais.

Algumas teorias correlacionam vários elementos envolvidos no suicídio. Edwin Sheidman (1995) cunhou um neologismo *Psychache* para denominar o estado psíquico de alguém prestes a se matar. Segundo sua avaliação, esta *psychache* (dor psíquica) decorre do desespero de não ter as necessidades psicológicas

básicas atendidas, como as necessidades de realização, de autonomia, de reconhecimento, de amparo, e evitação de humilhação, de vergonha de dor. Entre a perturbação psíquica e a intenção de matar-se existem variações em sua correlação. Pode acontecer de o indivíduo estar muito perturbado, sem necessariamente ter uma ideação suicida, no entanto, raramente uma pessoa com risco suicida apresenta-se sem nenhum grau de perturbação psíquica.

No Brasil, embora esteja entre os dez países com maior incidência de suicídio, pouco se observa de ações empregadas para a prevenção. O trabalho de prevenção ou de posvenção existe com base em evidências e com intervenções de baixo custo, tal qual abordagem individual e coletiva, através do diagnóstico, atenção e tratamento de transtornos mentais, ações de conscientização, promoção de apoio socioemocional, dentre outras (Kovacs, 1992).

Segundo a OMS, ações de relativa simplicidade alcançam grande número de pessoas e são de grande importância quando a intenção é diminuir o risco de ocorrência de suicídios: limitar o acesso aos métodos de suicídio, como pesticidas e armas de fogo altamente perigosos, educar a mídia sobre a cobertura responsável do suicídio, promover habilidades socioemocionais para a vida em adolescentes e identificação precoce, avaliação, gestão e acompanhamento de qualquer pessoa afetada por pensamentos e comportamentos suicidas (OMS, 2021).

Algumas crenças equivocadas dificultam a aproximação dos indivíduos com comportamento suicida das instituições que teoricamente seriam as que lhes dariam suporte. Evita-se, por exemplo, perguntar diretamente sobre a intenção de matar-se, baseado na



ideia de que com isso induziria a pessoa a se matar. Existe ainda o não reconhecer a fala suicida como um pedido de ajuda, acreditando que seria esta, uma forma de manipulação somente e supor que métodos não fatais excluem a intenção de se matar, não identificando na tentativa um grave e importante fator de risco para novas tentativas e efetivamente a morte. Muitas vezes faz-se equivocadamente a correlação exclusiva de que suicídio acontece somente em quem tem doença mental diagnosticada. Reagir com profunda contraposição ao ato também pode interferir na capacidade de acolher e/ou iniciar uma abordagem suportiva.

6. Autonomia

O significado do termo autonomia demanda um estudo profundo. Segundo Kant, na Fundamentação da Metafísica dos Costumes, a autonomia “é o fundamento da dignidade da natureza humana e de toda a natureza racional” (Scherer, 2011, p. 972). Kant defende que todo o ser humano, à medida que é racional, pode alcançar a autonomia, isto é, ele mesmo dar a direção à sua vida, para o qual basta que tenha coragem para fazer uso de seu próprio entendimento. Pelo que se pode compreender, para Kant, a

Kant defende que todo o ser humano, à medida que é racional, pode alcançar a autonomia, isto é, ele mesmo dar a direção à sua vida, para o qual basta que tenha coragem para fazer uso de seu próprio entendimento

autonomia está vinculada à razão, à vontade e comportamento, como resultado de uma escolha. A vontade representa a capacidade de avaliar e julgar uma ideia. A vontade enquanto um comportamento, existe como resultado de uma escolha e pressupõe razão, caracterizada pela faculdade de avaliar, ponderar e julgar ideias. Assim, toda escolha é racional, caso contrário não se poderia imputar responsabilidade moral.

Segundo Beauchamp e Childress (2001), há uma série de condições para que a ação possa ser considerada autônoma: 1) que haja intencionalidade; 2) que aconteça com entendimento e 3) que se realize sem influência de controles de ordem externa (pressionado por outras pessoas) ou de medo das consequências de exercer uma ação (coação interna).

Para alguns autores, “o ser humano não nasce autônomo, torna-se autônomo” (Sá e Oliveira, 2007). Neste processo do indivíduo, variáveis estruturais biológicas, psíquicas e socioculturais determinarão, de certa forma, aquilo que foi denominado “grau de autonomia” que o indivíduo possui, uma vez que fazem parte desta construção. Considera-se que para existir uma ação autônoma é necessário que haja alternativas de ação ou que sejam criadas alternativas. Grupos vulneráveis têm menos alternativas de escolha. Nesse processo alguns autores afirmam que ninguém está capacitado para desenvolver a liberdade pessoal e se sentir autônomo se está angustiado por situações externas de privação de recursos básicos, educação ou assistência à saúde.

Assim, uma condição de vulnerabilidade pode comprometer a capacidade de exercício de autonomia. A existência humana é muito frágil e, por si só, vulnerável. Semanticamente, vulnerável procedente do latim (*vulnus*: ferida) e expressa de um modo geral,



a possibilidade de alguém ser ferido, quer seja fisicamente, psicologicamente, socialmente ou espiritualmente (Morais, 2010).

A Declaração Universal sobre bioética e Direitos Humanos, em seu artigo oitavo ressalta o respeito que se deve ter pela “Vulnerabilidade Humana e pela Integridade Individual”, que deve ser “levada em consideração na aplicação e no avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e de tecnologias associadas” (Salvador et al., 2018). A necessidade de proteção a estes indivíduos compõe dever de atuação pertinente a todas as áreas da sociedade.

De acordo com a legislação brasileira no artigo 146 do Código Penal

[...] constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda [...] § 3º - Não se compreendem na disposição deste artigo: I - a intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida; II - a coação exercida para impedir suicídio. (Brasil, 1940)

Pode-se levar ao entendimento de que, legalmente, em uma situação de tentativa de suicídio, não haveria condições de lucidez ou mesmo capacidade para tomada de decisão e exercício de autonomia, o que possibilitaria uma intervenção externa

Pode-se levar ao entendimento de que, legalmente, em uma situação de tentativa de suicídio, não haveria condições de lucidez ou mesmo capacidade para tomada de decisão e exercício de autonomia, o que possibilitaria uma intervenção externa.

Diante de impasses trazidos por autonomia frente à vulnerabilidade, o respeito à dignidade e a integridade humana, alguns autores sugerem a implementação de ética/bioética de proteção. Schramm e Kottow (2001) atentaram que a bioética principialista pode sustentar as discussões de bioética clínica, no entanto, no contexto da saúde pública, outros princípios devem ser considerados, como um princípio da responsabilidade, voltado para políticas públicas moralmente corretas e efetivas na prática social. Segundo Schramm (2008), a “bioética da proteção” não

pode ser confundida com paternalismo, mas é uma área da bioética que visa entender, discutir e resolver os conflitos de interesses e morais, de forma a salvaguardar o princípio da justiça entre os indivíduos e populações de vulnerados “proteger significa dar as condições de vida que cada qual julgue necessárias para capacitá-lo na tomada de suas próprias decisões enquanto ser racional e razoável” (p. 17).

Em linha semelhante, a “bioética de intervenção” adota o princípio de consequencialismo solidário na esfera pública legitimando a responsabilidade do Estado no provimento do bem-estar da população (Veneu, 1994).

Em uma crítica à autonomia da bioética principialista estadunidense, frente às desigualdades sociais, como no caso dos países latino-americanos, a “bioética da intervenção” ressalta a necessidade de a discussão bioética passar a ser incorporada no funcionamento dos sistemas públicos de saúde, reforçando as prioridades ligadas a



Em linha semelhante, a “bioética de intervenção” adota o princípio de consequencialismo solidário na esfera pública legitimando a responsabilidade do Estado no provimento do bem-estar da população

um princípio de justiça com relação à alocação e distribuição de recursos. Segundo Garrafa (2009), a questão ética passa a adquirir identidade pública, não podendo mais ser considerada apenas como questão de consciência a ser resolvida na esfera da autonomia, mas principalmente na discussão das responsabilidades sociais e ambientais, essenciais na determinação das formas de intervenção, focando “na responsabilidade do Estado frente aos cidadãos, principalmente aqueles mais frágeis e necessitados, bem como frente à preservação da biodiversidade e do próprio ecossistema, patrimônios que devem ser preservados de modo sustentado para as gerações futuras” (p. 132)

7. Considerações finais

Tendo em vista que os enfoques envolvidos na reflexão bioética sobre o tema do suicídio são múltiplos (morais, legais, sociais, psicológicos, culturais, assistenciais e espirituais), busca-se identificar o contexto em que se encontra o indivíduo que segue este caminho e a responsabilidade de cada um, individual e coletivamente, como agente transformador desta realidade cuja carga de sofrimento muitas vezes paralisa, mas que demanda entendimento, empatia e transformação.

Na consideração de que cada sujeito é único e que deve ter condições de assumir escolhas frente a sua própria vida, vale a reflexão sobre a existência de situações que podem impossibilitar o exercício da autonomia, nas quais a ausência de opções inibe este poder de decisão. Desde a vulnerabilidade social, que envolve o acesso limitado a recursos básicos como moradia, saneamento, alimentação, educação e saúde, até a vulnerabilidade individual, presente em qualquer nível socioeconômico e cultural, na qual o indivíduo conta com recursos escassos em sua formação biopsicossocial e em seu ambiente relacional.

O aumento de frequência do suicídio observado em jovens da geração atual, considerados mais susceptíveis aos efeitos do estresse e com menos recursos para lidar com frustrações e adiar o prazer, e em idosos a quem, embora distantes de sociedades pré-modernas, que consideravam legítimo aos mesmos “jogarem-se de penhascos” ou serem “deixados à margem de florestas”, se continua a oferecer pouco ou nenhum suporte, contribui ao entendimento de que a motivação para o suicídio tem um forte componente social. Cabe aqui resgatar a teoria de Durkheim do suicídio enquanto fato sociológico, e questionar o quanto a sociedade determina ou, pelo menos, contribui com a decisão da pessoa de dar fim à sua vida.

O exercício da autonomia guarda pressupostos valiosos sem os quais fica questionável a validade de uma tomada de decisão. Negar intervenções à “escolha” suicida como respeito à autonomia do indivíduo seria simplificar a questão e abdicar a responsabilidade social em relação às vulnerabilidades nas relações humanas.

Considerando que um princípio moral de proteção está implícito nas obrigações do Estado, que deveria proteger seus cidadãos contra calamidades, guerras, etc., o suicídio



enquanto grave problema de saúde pública, demanda uma intervenção ativa e ampla a fim de resguardar de tão trágico fim, pessoas, que por sua história vivida ou a viver, precisam deste apoio.

Sem uma sonora resposta de amparo para cada pedido de socorro no silêncio eloquente de um suicida potencial ou efetivo, não há a possibilidade de se falar em autonomia no comportamento suicida.

Referências

- Aristóteles. (2007). *Ética a Nicômaco*. EDIPRO.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press.
- Botega, N. J. (2014). Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*, 25(3), 231-6. <https://www.doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>
- Botega, N. J. (2015). *Crise Suicida: Avaliação e Manejo*. Artmed.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2021). Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf
- Brasil. Presidência da República. (1940). Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm
- Camus, A. (1989). *O mito de Sísifo*. Guanabara.
- Cassorla, R. M. S. (1984). *O que é suicídio*. Brasiliense.
- Costa, C. B., & Spies, P. C. (2014) Suicídio: a percepção familiar sobre aquele que deu fim à própria vida. *Revista Psicologia Em Foco*, 6(8), 78-95. <https://revistas.fw.uri.br/index.php/psicologiaemfoco/article/view/1573>
- Daolio, E. R. (2012). Suicídio: tema de reflexão bioética. *Revista Bioética*, 20(3), 436-41. https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/763
- Durkheim, É. (2000). *O suicídio: estudo de sociologia*. Martins Fontes.
- Fukumitsu, K., Abilio, C., Lima, C., Gennari, D., Pellegrino, J., & Pereira, T. (2015). Posvenção: uma nova perspectiva para o suicídio. *Revista Brasileira de Psicologia*, 2(2), 48-60. https://www.researchgate.net/publication/328052388_Posvencao_uma_nova_perspectiva_para_o_suicidio
- Garrafa V. (2009). Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Revista Bioética*, 13(1), 125-134. https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/97
- Goldim, J. R., Raymundo, M. M., Francesconi, C. F. M., & Machado, S. C. E. P. (2004). Suicídio e bioética. In Blanca Guevara Werlang e N. J. Botega (eds.), *Comportamento Suicida* (pp. 153-168). ArtMed.
- Gondim, D. S. M., & Mousinho, M. P. (2021). O suicídio na história do pensamento ocidental da antiguidade à psicanálise. *Humanas, Sociais & Aplicadas*, 11(30), 86-103. <https://doi.org/10.25242/8876113020212269>
- Kovács, M. J. (1992). *Morte e desenvolvimento humano*. Casa do Psicólogo.
- Kovács, M. J. (2003). Bioética nas questões da vida e da morte. *Psicologia USP*, 14(2), 115-67. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642003000200008>



- Laboissière, P. (2024, 11 de setembro). Brasil tem mais de 30 internações ao dia por tentativa de suicídio. *Agência Brasil*. [acesso 13 junho 2025]. <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2024-09/brasil-tem-mais-de-30-internacoes-ao-dia-por-tentativa-de-suicidio>
- Morais, I. M. (2010) Vulnerabilidade do doente versus autonomia individual. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 10(2), 331-36. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000600010>
- Noal, D. S., Damasio, F. M. P., & Freitas, C. M. (2020). Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na covid-19. Fiocruz. [Acesso 16 maio 2024]. https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/livro_saude_mental_covid19_Fiocruz.pdf
- Nunes, E. D. (1998). O Suicídio: reavaliando um clássico da literatura sociológica do século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(1), 7-34. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000100002>
- Pessini, L. (2004). *Eutanásia: por que abreviar a vida?* Edições Loyola.
- Sá, L. V., & Oliveira, R. A. de. (2007). Autonomia: uma abordagem interdisciplinar. *Saúde Ética & Justiça*, 12(1-2), 5-14. <https://doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v12i1-2p5-14>
- Salvador, T., Sampaio, H., & Palhares, D. (2018). Análise textual da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. *Revista Bioética*, 26(4), 523-9. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018264270>
- Scavacini, K., & Silva, D. R. (2021). *Atualizações em suicidologia: narrativas, pesquisas e experiências*. Instituto Vita Alere.
- Scherer, B. R. (2011). Considerações sobre o conceito de autonomia em Kant. In L. Rubira y P. Leite Junior (orgs.), *Anais do II Congresso Internacional de Filosofia Moral e Política*. Editora e Gráfica Universitária UFP. [Acesso 16 maio 2024]. <http://cifmp.ufpel.edu.br/anais/2/cdrom/ficha.htm>
- Schramm, F. R., & Kottow, M. (2001). Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4), 949-56. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000400029>
- Schramm, F. R. (2008). Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. *Revista Bioética*, 16(1), 17. <https://www.ghc.com.br/files/BIOETICA%20DE%20PROTECAO.pdf>
- Shneidman, E. (1995). *Suicide as psychache: a clinical approach to self-destructive behavior*. Jason Aronson.
- Silva, T. de P. S. da, Sougey, E. B., & Silva, J. (2015). Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas. *Revista Bioética*, 23(2), 419–426. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015232080>
- Soares, M. E (2017). utanásia e suicídio na cultura clássica greco-romana. *Humanística e Teologia*, 38(1), 23-37. <https://doi.org/10.34632/HUMANISTICAETEOLOGIA.2017.9372>
- Targum, S. D., & Kitanaka, J. (2012). Overwork suicide in Japan: a national crisis. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 9(2), 35-38. <https://psycnet.apa.org/record/2012-06960-005>
- Vares, S. F. de. (2017). O problema do suicídio em Émile Durkheim. *Revista do Instituto de Ciências Humanas*, 13(18), 1336. <https://periodicos.pucminas.br/index.php/revistaich/article/view/15869>
- Veneu, M. G. (1994). *Ou não ser: uma introdução à história do suicídio no ocidente*. Universidade de Brasília.
- World Health Organization. (2021). Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries. [Acesso 16 maio 2024]. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240026629>
- World Health Organization. (2025). Suicide worldwide in 2021: global health estimates. [Acesso 11 junho 2025]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110069>