



# MANUAL INFORMATIVO

SUICÍDIO E SUA PREVENÇÃO  
EM DEFESA DA **VIDA**



Todos os anos são registrados mais de dez mil mortes por suicídio no Brasil, e mais de um milhão em todo o mundo. Essa epidemia silenciosa passou a ser alertada graças ao movimento mundial instituído pela Associação Internacional para Prevenção do Suicídio (International Association For Suicide Prevention – IASP). A conscientização sobre a prevenção do suicídio tem ganhado força e a ABRATA também aderiu a esta grande ação do “Setembro Amarelo”. O dia 10 de setembro é o dia Mundial de Prevenção de Suicídio. A cor da campanha foi adotada por conta da trágica história que a inspirou. Em 1994, um jovem americano de apenas 17 anos, chamado Mike Emme, tirou a própria vida dirigindo seu carro amarelo. Seus amigos e familiares distribuíram no funeral cartões com fitas amarelas e mensagens de apoio para pessoas que estivessem enfrentando o mesmo desespero de Mike, e a mensagem foi se espelhando mundo afora.

A ABRATA acredita que uma sociedade engajada na defesa pela vida pode auxiliar na prevenção do suicídio. Por isso lança este manual para contribuir com esclarecimento e reconhecimento sobre este assunto, cercado de estigma, tabu e preconceito. Ajude-nos a divulgar para pessoas que podem estar sofrendo e necessitam de ajuda: “Doe um minuto, e salve uma vida”. Prevenir é melhor que remediar.

**Dra. Alexandrina Maria Augusto da Silva Meleiro | CRM-SP: 36.139**

Médica Psiquiatra pela Associação Brasileira de Psiquiatria | Doutora em Medicina pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo | Coordenadora da Comissão de Estudo e Prevenção do Suicídio - ABP | Membro do Conselho Científico da ABRATA

## 1. SUICÍDIO E SUA PREVENÇÃO

Frente a uma situação difícil, em algum momento da vida, as pessoas podem experimentar o desejo de morrer. A complicação começa quando o desejo de morrer associa-se ao desejo de se matar; e o suicídio passa a ser visto como um assassinato em 180 graus, voltado para si mesmo. O maior de todos os desastres ecológicos, uma silenciosa epidemia de dor e sofrimento que castiga a sociedade, e culmina no autoextermínio. É

preciso romper esse silêncio e despertar a sociedade para a urgência de um movimento em defesa da vida. A vasta literatura sobre suicídio revela que apesar de ser um tema muito estudado, ainda há pontos obscuros que continuam mobilizando os pesquisadores sobre o determinismo multifatorial do suicídio. O leitor encontrará a elucidação científica e clínica de seus mecanismos, as estratégias de abordagem e de prevenção existentes na atualidade no decorrer deste folheto.

## 2. QUAIS SÃO AS BARREIRAS À DETECÇÃO E À PREVENÇÃO DO SUICÍDIO?

Diversos fatores podem impedir a detecção e conseqüentemente a prevenção do suicídio: estigma e sigilo; dificuldade em buscar ajuda; falta de conhecimento e atenção sobre o suicídio por parte dos profissionais de saúde; informações conflituosas por parte dos familiares; baixa qualidade das informações provenientes de prontuários médicos e atestados de óbitos; dificuldades em determinar se realmente ocorreu com intencionalidade suicida ou foi acidental ou homicídio; falta de serviços de referências para o esclarecimento de mortes por causas externas; falta de envio das informações ao Ministério da Saúde, por meio do sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. A avaliação sistemática do risco de suicídio em quadros que chegam à emergência médica deve fazer parte da prática clínica rotineira, em todas as especialidades médicas, para que os casos potencialmente fatais possam ser devidamente diagnosticados, tratados e encaminhados.

## 3. COMO SABEMOS QUE A PESSOA PODE SER SUICIDA?

A maioria das pessoas comunica seus pensamentos e intenções suicidas por meio de palavras com temas de sentimento de culpa, baixa autoestima, ruína moral, pessimismo, inferioridade, sentimento de pecado e de fracasso, autorrecriminação, inutilidade, menos valia e desesperança. Tudo isso se manifesta no pensamento sob a forma de ruminação. Outras vezes a comunicação não verbal se apresenta por meio de gestos, atitudes



e comportamento e deixa pistas ou sinais de que a pessoa já não tem vontade de viver ou mais explicitamente a vontade de morrer. A propensão para o suicídio pode ser aguda, crônica ou latente. Por longos períodos, os pensamentos de suicídio podem estar inteiramente ausentes, retornando apenas em resposta a novas tensões. Os pensamentos da pessoa suicida são os mesmos em todo o mundo, independem da cultura, quaisquer que sejam os conflitos, problemas e o transtorno mental.

O perfeccionismo socialmente prescrito prediz a ideação suicida independentemente da depressão e da desesperança. Em outra dimensão, temos o perfeccionismo voltado para si: fortes motivações próprias de ser perfeito, manter expectativas irrealistas para si mesmo, e não aceitar defeitos. O perfeccionismo coloca a pessoa em risco de suicídio, gera estresse, acentua a aversão ao próprio estresse, ameaça ou focaliza a atenção da pessoa em falhas e fracassos, ao invés de focalizar nas capacidades e sucessos. Repetidos traumas ao longo da vida fazem com que as pessoas fiquem mais suscetíveis, prejudicando suas habilidades para enfrentar os eventos negativos da vida.

## **5. COMO SABER SE O SUICÍDIO TEM CARÁTER GENÉTICO OU HEREDITÁRIO?**

Há forte evidência de que fatores genéticos sejam transmitidos como um traço independente dos transtornos mentais e possam contribuir para uma maior vulnerabilidade para o comportamento suicida. Estudos evidenciam uma agregação familiar para o comportamento suicida. Há maior chance de suicídio entre parentes de primeiro grau, isto é, a probabilidade de um filho vir a cometer o suicídio se um dos pais se suicidou é quatro vezes maior; entretanto, não se deve alarmar a prole, e sim auxiliar com medidas preventivas.

## **6. PERGUNTAR SOBRE SUICÍDIO NÃO IRÁ INDUZIR A PESSOA A PRATICAR O ATO**

Em muitos casos, ao contrário, este questionamento irá encorajar o indivíduo a compartilhar seus pensamentos, o que pode ser tanto um grande alívio como uma liberação dos seus sentimentos de isolamento. A possibilidade

de uma pessoa cometer suicídio fica oculto na realidade de quem pratica medicina. Perguntar sobre a ideação suicida não garante a obtenção de informações precisas e completas, ou que o suicídio seja sempre prevenido. Isto, no entanto, não significa que o profissional de saúde não deva realizar a avaliação apropriada do risco de suicídio quando fatores de risco reconhecidos estão presentes: doença e por consequências diretas da doença, como ruptura de relacionamentos, perda do estado ocupacional, queda financeira, entre outros. Portanto, o questionamento enfático de indivíduos de alto risco sobre pensamentos suicidas, intenções e planos, por parte de um profissional de saúde experiente, será visto como uma manifestação de apoio, interesse e competência profissional. Tal questionamento pode frequentemente encorajar o indivíduo suicida a procurar ajuda, quando de outra maneira não o faria.

## **7. EM QUE LOCAIS PODE SER LEVADA AS PESSOAS APÓS TENTATIVAS DE SUICÍDIO PARA SEREM ATENDIDAS?**

No Brasil, o Sistema Único de Saúde/SUS abrange a hierarquização do atendimento nas esferas primária, secundária e terciária, e, portanto, a avaliação de potenciais vítimas de suicídio é realizada por médicos generalistas e outros membros das equipes de atenção primária, nos Serviços de Emergências, por terem tentado suicídio, sob a forma de intoxicação exógena, traumatismos, queimaduras, ferimentos por arma de fogo ou arma branca e acidentes automobilísticos, e muitos dos quais passam despercebidos pelo médico plantonista. Como as tentativas de suicídio são tidas como atos voluntários e, portanto, evitáveis, as equipes médicas passam a liberar esses pacientes sem avaliação adequada; não solicitam uma avaliação psiquiátrica do paciente e não encaminham para seguimento em serviço de saúde mental.

## **8. O ÁLCOOL POR SI SÓ PODE SER UM FATOR DE RISCO DE SUICÍDIO MESMO QUE A PESSOA NÃO SOFRA DE ABUSO OU DEPENDÊNCIA?**

A intoxicação por álcool é um potente fator precipitante do comportamento suicida, no momento da morte, e tem sido identificada em aproximadamente



50% dos suicídios em diversos países, inclusive no Brasil. Uma proporção significativa daqueles que morrem por suicídio ingeriu álcool antes de sua tentativa. Sempre considerar fatores adicionais como: comunicação de intenção suicida, tentativas de suicídio prévias, ingestão contínua ou progressiva de álcool, desemprego recente, viver sozinho, suporte social deficiente, dificuldades legais e financeiras, doenças médicas graves, outros transtornos psiquiátricos, transtorno de personalidade e uso ou abuso de outras substâncias.

## 9. O DIAGNÓSTICO PSQUIÁTRICO FAVORECE O COMPORTAMENTO SUICIDA?

A doença psiquiátrica é o mais robusto fator ao qual se atribui o risco de suicídio. Em 98% dos indivíduos que morrem por suicídio são diagnosticados com um ou mais transtornos psiquiátricos. Doenças psiquiátricas com os mais altos riscos associados incluem os transtornos do humor, os transtornos psicóticos, os transtornos ansiosos, alguns transtornos de personalidade, bem como o abuso e dependência de substâncias, particularmente o álcool. Adicionalmente, sintomas psiquiátricos específicos, dentro ou fora do contexto de uma doença psiquiátrica, têm sido associados com risco de suicídio.

## 10. A INTERNAÇÃO É SEMPRE NECESSÁRIA?

A decisão de hospitalizar um paciente com risco iminente de suicídio requer uma avaliação cuidadosa sobre os fatores de risco, incluindo fatores sociodemográficos, psiquiátricos, médico gerais como condições médicas após a tentativa, se vai para UTI, cirurgia, clínica ortopedia etc, além e considerações do estado mental. Os pontos-chaves sobre o risco iminente de suicídio são a intenção, acesso aos meios, a gravidade da doença psiquiátrica, a presença de psicose, a falta de esperança, a falta de recursos pessoais, familiares e sociais, e tentativas prévias de suicídio. A internação hospitalar, por si só, não é um tratamento, é somente um local no qual se estabelece uma relação terapêutica para facilitar uma melhor observação do paciente suicida.

## 11. A INTERNAÇÃO DOMICILIAR PODE SER RECOMENDADA?

Uma internação domiciliar pode ser uma alternativa razoável. Isso é possível quando há baixo risco de suicídio, supervisão disponível e suporte adequado em casa. A vigilância deve ser providenciada com o intuito de garantir a segurança do paciente:

- A. Retirar da casa medicamentos potencialmente letais, armas brancas e armas de fogo;
- B. Manter abstinência de álcool e drogas, que possuem efeitos desinibitórios;
- C. Evitar locais elevados e sem proteção, pelo risco da pessoa se jogar;
- D. Evitar que o paciente fique sozinho;
- E. Retirar chaves, para evitar ficar trancado em um recinto.

Com os familiares e amigos, que devem se revezar na tarefa de vigilância, recomenda-se discutir que tipos de situações podem promover futuras tentativas se o estresse não for evitável e orientar quais comportamentos pode ser usado para evitar novas tentativas. Todas as orientações devem ser claras para o paciente e para a família. A família deve ser alertada para não reduzir a vigilância.

## 12. COMO DEVE SER O TRATAMENTO NOS PACIENTES COM RISCO DE SUICÍDIO?

Não há uma conduta padronizada ou protocolo a ser seguido. O princípio clínico do tratamento é adequar as intervenções que englobem problemas médicos, psiquiátricos, psicológicos e socioeconômicos. É individualizado,





tendo em vista aspectos da doença psiquiátrica, de personalidade, ideação, planejamento suicida e recursos internos do paciente. Importante é o diagnóstico para o tratamento adequado. O profissional médico habilitado para tratar pessoas com risco de suicídio saberá qual intervenção é a mais indicada. Se alguma medicação, se abordagem psicoterápica. Inclusive o tratamento com eletroconvulsoterapia (ECT) pode ser cogitado em casos de maior gravidade, com forte determinação para o suicídio, sem preconceito, pois é seguro e eficaz. A psicoterapia não pode ser negligenciada, tanto para o paciente com tentativa como para os familiares que necessitam de assistência pelo desgaste que toda essa situação de risco traz por si só.

### 13. COMO TRATAR OS FAMILIARES DE LUTO POR UMA MORTE DE SUICÍDIO?

O impacto do suicídio nos parentes e amigos do suicida tem merecido pouca atenção dos estudiosos. Além da sensação de perda, fica uma herança de vergonha, de medo, rejeição, com um misto de raiva e culpa. Observe o pensamento de um filho de suicida: “Quando uma pessoa se mata, não mata só a si mesma. Mata todos ao seu redor. Mata todos os que a amam. Condena todos os outros para sempre. O suicídio amaldiçoa seus parentes e amigos para sempre. A pessoa que se mata condena e prende todos os outros”. Revela a sensação de destino, ruína e raiva. O profissional de saúde que trabalha com aconselhamento do luto deve reconhecer que esta experiência é única para moldar uma intervenção de forma a se obter a máxima eficácia, e minimizar as alterações das relações familiares, que podem ser dramáticas. É importante ter em mente que as vítimas de suicídio geralmente pertencem a famílias nas quais há sérios problemas, como alcoolismo, transtornos mentais, doenças físicas desgastantes, desestruturação familiar, divórcio, problema de ordem legal entre pais, dificuldade financeira, abuso físico ou sexual. O profissional deve levar em consideração as dificuldades sociais e da família que podem existir e ser enfrentadas.

### 14. É POSSÍVEL A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO?

Reverso as diversas estratégias preventivas de suicídio, conclui-se que melhorar os serviços de saúde e desenvolver intervenções efetivas para o grupo de pacientes com risco de suicídio é fundamental. Embora haja carência do desenvolvimento de estratégias de intervenções específicas, são necessários mais informações e treinamentos dos médicos na abordagem dessas pessoas, oferecendo uma nova esperança para os indivíduos com alto risco de suicídio. Trabalhar com pacientes com risco de suicídio nos envolve em situações delicadas, mas que trazem muita satisfação quando se consegue resgatar a pessoa e ouvi-la dizer: “Puxa! Ainda bem que estou viva!”. Nem todos os casos de suicídio poderão ser prevenidos, mas a habilidade em lidar com eles faz a diferença, pois milhares de vida poderão ser salvas todos os anos se todas as pessoas que tentaram suicídio forem adequadamente abordadas e tratadas. Testemunhar a transformação de uma pessoa sem esperança e suicida para uma pessoa ativa no gerenciamento dos problemas de sua vida é gratificante, mesmo para o mais experiente profissional. Prevenir é melhor que remediar.

**Referências Bibliográficas:** • Azorin JM, Hanouche E, Adida M et al. Risk factors associated with lifetime suicide attempts in bipolar I patients: findings from a French National Cohort. *Compr Psychiatry*. 2009; 50: 115-20. • Baldessarini RJ, Tondo L, Davis P, Pompili M, Goodwin FK, Hennen J. Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. *Bipolar Disord*. 2006;8(5 Pt2):625-39. • Baldessarini RJ, Tondo L. Lithium and suicide risk. *Bipolar Disorders*. 2008; 10: 114-5. • Berk L, Soeiro de Souza MG, Moreno RA, Vasco VD. Guia para cuidadores de pessoas com transtorno bipolar. São Paulo: Segmento Farma; 2011. • Blumenthal et al. Lithium in the public water supply and suicide mortality in Texas. *J Psychiatr Res*. 2013; 47: 103-10. • Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry*. 2000; 157: 1925-32. • Brent DA, Bridge J, Johnson BA, Connolly J. Suicidal behavior runs in families: A controlled family study of adolescent suicide victims. *Arch Gen Psychiatry*. 1996; 53(12):1145-52. • Correa H, Campi-Azevedo AC, De Marco L, Boson W, Viana MM, Guimarães MM, Costa E, Miranda DM, Romano-Silva MA. Familial suicide behaviour: association with probands suicide attempt characteristics and 5-HTTLPR polymorphism. *Acta Psychiatrica Scand*. 2004;110(6): 459-64. • Diehl A, Laranjeira R. Suicide attempts and substance use in an emergency room sample. *J Bras Psiquiatr*. 2009; 58 (2): 86-91. • Forlenza OV, Diniz BS, Radanovic M, Santos FS, Talib LH, Gattaz WF. Disease-modifying properties of long-term lithium treatment for amnesic mild cognitive impairment: randomized controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2011; 198(5):351-6. • Geddes JR, Goodwin GM, Rendell J, et al. Lithium plus valproate combination therapy versus monotherapy for relapse prevention in bipolar I disorder (BALANCE): a randomized open-label trial. *Lancet*. 2010; 375: 385 - 95. • Geddes JR, Mikowitz DJ. Treatment of bipolar disorder. *Lancet*. 2013; 381(9878): 1672-82. • Goodwin et al. Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium and divalproex. *JAMA* 2003; 290: 1467-73. • Guzzetta F, Tondo L, Centuro F, Baldessarini RJ. Lithium treatment reduces suicide risk in recurrent major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2007; 68: 380-3. • Ketter TA, Calabrese JR. Stabilization of mood from below versus above baseline in bipolar disorder: a new nomenclature. *J Clin Psychiatry*. 2002;63 (2): 146-51. • Kim CD, Seguin M, Therrien N, Riquelme G, Chawky N, Lesage AD, Turekci G. Familial aggregation of suicidal behavior: a family study of male suicide completers from the general population. *Am J Psychiatry*. 2005;162(5):1017-9. PubMed PMID: 15863812. • Lyoo IK, Dager SD, Kim JE, Yoon SJ, Friedman SD, Dunner DL, Renshaw PF. Lithium-Induced Gray Matter Volume Increase As a Neural Correlate of Treatment Response in Bipolar Disorder: A Longitudinal Brain Imaging Study. *Neuropsychopharmacology*. 2010; 35(8): 1743-50. • Malhi GS, Janous M, Das P, Coutson CM, Berk M. Potential mechanisms of action of lithium in bipolar disorder. *Current understanding*. *CNS Drugs*. 2013; 27(2):135-53. • Meleiro AMAS, Botega NJ, Prates J. Manejo das situações ligadas ao suicídio. In: Meleiro AMAS, Teng CT, Wang YP. Suicídio: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma; 2004:175-192. • Mikowitz DJ. Transtorno Bipolar e que é preciso saber. São Paulo: M. Books do Brasil; 2009. • Moncrieff J. Lithium: evidence revisited. *Br J Psychiatry*. 1997; 171: 113-9. • Moreno RA, Moreno DH, Bio DS e David DP. Aprendendo a viver com o Transtorno Bipolar. Manual Educativo. Porto Alegre: Artmed; 2015. • Nierenberg AA, Friedman EA, Bowden CL, Sylvia LG, Thase ME, Ketter T, Ostacher MJ, Leon AC, Reilly-Harrington N, Iosifescu DV, Pincina M, Saxe JB, Calabrese JR. Lithium Treatment, Moderate-Dose Use Study (LITHMUS) for bipolar disorder: A randomized comparative effectiveness trial of optimized personalized treatment with and without lithium. *Am J Psychiatry*. 2013; 170: 102-10. • Rosa AR, Marco M, Fachel JMG, Kapczinski F, Stein A, Barros HMT. Monitoring the compliance to lithium treatment. *Rev Psychiatr Clin*. 2006; 33(5). Disponível em: <http://www.horuz.net.br/cgi/revista/vol33/n5/249.html>, acessado em 13/03/2008. • Silverstone PH, Wu RH, O'Donnell T, Ulrich M, et al. Chronic treatment with lithium, but not sodium valproate, increases cortical N-acetyl aspartate concentrations in euthymic bipolar patients. *Int Clin Psychopharmacol*. 2003; 18(2):73-9. • Simon RI. Imminent suicide: the illusion of short-term prediction. *Suicide Life Threat Behav*. 2006;36(3):296-301. • Sthal SM. Psicofarmacologia: Bases neurocientíficas e Aplicações Práticas. Edição Bras. Oliveira IR, Sena EP. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2011. • Voraczk M, Lubli LM. Genetics of suicide: a systematic review of twin studies. *Wien Klin Wochenschr*. 2007;119(15-16):463-75. Review. PubMed PMID: 17721766. • Willing I, Fae S, Martens EP, Heerding ER, Nolen WA, Egberts AGG. The impact of environmental temperature on lithium serum levels. *Bipolar Disord*. 2007; 9: 603-8.



## **ABRATA – EDUCAÇÃO, INFORMAÇÃO E APOIO À PESSOA COM TRANSTORNO BIPOLAR, DEPRESSÃO E AOS FAMILIARES**

A Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos – ABRATA, é uma associação sem fins lucrativos que oferece suporte na área de educação e informação, apoio e acolhimento às pessoas que apresentam depressão e transtorno bipolar, aos familiares e amigos.

### **SERVIÇOS E ATIVIDADES OFERECIDAS:**

**Atendimentos Telefônico e Eletrônico:** Serviços consultivos oferecidos para a comunidade por estes dois canais de comunicação, mantendo sempre a discrição, sigilo e a confidencialidade.

**Atendimento Telefônico** – Realizado por meio de uma rede de serviços de voluntários para acolher, apoiar, orientar e realizar inscrições para as atividades, de segunda a sexta feira, das 13h30 às 17h.

**Atendimento Eletrônico:** O público interessado também poderá contatar-nos através do Fale Conosco via o site, Blog, Facebook e Instagram, enviando as suas perguntas, depoimentos e sugestões. A equipe de voluntários responderá a cada contato de forma personalizada e confidencial.

**Grupo de Acolhimento e Integração** – São reuniões abertas ao público interessado nas atividades da ABRATA, e tem como objetivo acolher as pessoas novas, orientá-las quanto à instituição e integrá-las ao ambiente da associação e ao voluntariado. É condição para a participação nos Grupos de Apoio Mútuo e para o exercício do voluntariado.

**Grupos de Apoio Mútuo** - Grupos constituídos por pessoas com depressão e transtorno bipolar, e de familiares, em ambientes separados, cuja finalidade fundamental é trocar experiências, compartilhar vivências, buscar soluções e se ajudar de forma solidária, por meio de suporte, apoio e conforto uns aos outros, possibilitando o desenvolvimento do sentimento de pertencimento, favorecendo assim o resgate da vida funcional e a reintegração social.

**Grupo de Jovens** – Grupo constituído por jovens de 14 aos 18 anos, que apresentam depressão e transtorno bipolar, e também de jovens cujos familiares apresentam a doença.

**Grupo Interatividade** - Grupo com a participação de pessoas com depressão e transtorno bipolar e de familiares, para promover o desenvolvimento de relações mais saudáveis

**Palestras Psicoeducacionais** - Palestras abertas ao público, ministradas por psiquiatras e por psicólogos, para esclarecer acerca dos sintomas, diagnóstico, tratamentos do transtorno bipolar e depressão, além de assuntos relacionados à qualidade de vida.

**Palestras e Atividades Psicoeducacionais para Empresas, Universidades e Escolas** – Atividade desenvolvida por meio do estabelecimento de parcerias entre a associação, empresas, universidades e escolas para desenvolvimentos de projetos sob medida, abordando os temas transtorno bipolar e depressão, impactos no ambiente de trabalho e na vida escolar.

**Ação Voluntária:** Recrutamento, seleção, capacitação e treinamento de voluntários.

**Curso de Desenvolvimento do Papel de Facilitador:** Curso ministrado por profissional especializado para os voluntários, que se interessam em mediar os Grupos de Apoio Mútuo e Grupos de Jovens.

**Elaboração e Distribuição de Material Informativo e Educacional:** O material científico desenvolvido e divulgado pela Associação tem a colaboração e o aval do seu Conselho Científico. O material educativo também é veiculado pela Rede digital ABRATA e distribuído ao público em geral.



# ABRATA

Associação Brasileira de Familiares,  
Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos

## FAÇA UMA DOAÇÃO PARA A ABRATA

A sua doação vai ajudar a levar educação e informação para mais de 10 milhões de brasileiros que padecem de transtorno bipolar e depressão, além de seus familiares e amigos.

**CNPJ: 03.619.024/0001-11**

**Banco Itaú (341)**

Agência: 1664-0

Conta Corrente: 10400-5

**Banco do Brasil (001)**

Agência: 1898-8

Conta Corrente: 15853-4

**Associação Brasileira de Familiares, Amigos  
e Portadores de Transtornos Afetivos**

[www.abrata.org.br](http://www.abrata.org.br) - [contato@abrata.org.br](mailto:contato@abrata.org.br)

Telefone: +55 11 3256-4831

+55 11 3256-4698

seg. a sex. 13h0 às 17h

Apoio:

**SUPERA**