

MORTE POR SUICÍDIO: AS POLÍTICAS PÚBLICAS, A SOCIEDADE E SEU PROTAGONISMO

Miriam da Silva Costa
Daniele Gomes Crisóstomo
Juliana Guimarães Fernandes
Jamilly Vieira Gambarini
Maria Gabriela Fabre Jorge
Fabiane Silva Figueiredo Lírio
Mateus Pessanha Louzada
Wedison Ramos de Macedo
Victoria Penhalves Cardoso Rodrigues¹
Hyloran Galdino Cabral²

RESUMO

O suicídio é um ato complexo o qual vem crescendo a cada ano que passa, e as taxas de tentativa de suicídio sendo 20 vezes maior que o suicídio em si. Presume-se que a cada caso de suicídio, houve pelo menos 10 tentativas graves, levando o ato a ser considerado uma epidemia global. Sabendo disto, o presente artigo buscou por meio de pesquisas literárias, analisar os dados epidemiológicos, populações em possíveis riscos, possíveis programas de combate e saber qual a posição das pessoas que trabalham na área da saúde que atendem e recebem os indivíduos que tentaram suicídio, consideramos a visão dos profissionais importante pois constatou-se que o atendimento às vítimas que tentaram suicídio é ruim, muitas vezes com discriminação e sem o cuidado necessário.

Palavras-chave: Suicídio. Tentativas de suicídio.

ABSTRACT

Suicide is a complex that is growing every year, with rates of suicide attempts 20 times greater than suicide by itself. It is assumed that in each suicide case there have been at least 10 serious attempts. Knowing this, the present article sought,

¹ Graduandos em Psicologia pela Faculdade Multivix de Cachoeiro de Itapemirim.

² Especialização em Políticas Públicas, Gestão e Controle Social pela Faculdade de Educação da Serra, Brasil (2016), Docente do Instituto de Ensino Superior do Espírito Santo, Brasil.

through literature review, to know what the position of the people is who work on health area and attend the individuals who tried the suicide. It was verified that the care with the victims who tried suicide is poor, usually with discrimination and without the necessary care.

Keywords: Suicide attempts. Suicide.

1 INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno complexo, é a morte de si mesmo, que engloba diversos fatores para seu acontecimento. De acordo com dicionário Aurélio, seu significado é “ação de acabar com a própria vida, de se matar: ele cometeu suicídio”. Já a Organização Mundial da Saúde (OMS), citado por (NASCIMENTO, 2011, p. 11) afirma que o significado de suicídio pode ser explicado “como o ato de se matar intencionalmente executado pela pessoa com o conhecimento total ou expectativa do desfecho fatal”. A tentativa de suicídio é a ação que não deu certo do próprio sujeito que tentou/planejou tirar a própria vida, tendo os mesmos aspectos dos conjuntos de fenômenos do suicídio, porém, não tendo um resultado fatal (NASCIMENTO, 2011). Um assunto tão importante a se tratar, mas pouco falado, pelas mídias sociais principalmente, por ser considerado um tabu, sendo muitas vezes abordado com preconceito.

O suicídio tem sido tema de debate sob a ótica de muitos saberes, a filosofia, sociologia e a psicologia tem se dedicado a compreender esse fenômeno crescente no Brasil e no mundo. Suicidar-se corresponde em latim a *occidere*, que significa cortar, esmigalhar, partir em muitas partes, ferir mortalmente, em outras palavras é um ato positivo ou negativo, executado pelo indivíduo, consciente que seu ato levaria sua morte (DURKHEIM, 1982).

É importante ressaltar que o suicídio não é um ato isolado e individual; representa um contexto familiar, social e histórico, por isso compreender como culturas diferentes viam o suicídio é de extrema importância para nossa análise. Em 2006 a organização mundial da saúde (OMS) declarou o suicídio como problema de saúde pública e epidemia global devido aos aumentos dos números de ocorrências no mundo.

É observado que o número de suicídios e tentativas vem crescendo. De acordo com OMS, em 45 anos o número de pessoas que tiraram a própria vida aumentou 60% no mundo, e as de tentativa se tornou 20 vezes mais constante do que o suicídio concretizado (NASCIMENTO, 2011). As taxas de suicídios no Brasil dos anos 80 a 2006 cresceram de 4,4 a 5,7 por cem mil habitantes, por ano. Essas taxas variam de região do país, sendo maior no nordeste que no sul (BANDO; LESTER, 2013).

Essas taxas tendem aumentar até 2020, sendo mais de um milhão e meio de pessoas a suicidar-se e o número de tentativas 20 vezes maior do que aqueles que se mataram (VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013). Em relação a gênero, as mulheres tentam suicidar-se mais que os homens, porém, são pessoas do sexo masculino que mais morrem por suicídio (NASCIMENTO, 2011). De acordo com Vidal, Gontijo e Lima (p. 2, 2013) “os suicídios representaram 0,8% do total de óbitos dos brasileiros e 6,6% das mortes por causas externas”. Presume-se que a cada caso de suicídio, houve pelo menos 10 tentativas graves.

Diante dessa demanda devem ser adotadas medidas preventivas que inibam os atos suicidas, e entendemos que mais que um problema da saúde, o ato é um problema social, e sendo assim tratado com políticas públicas de intervenção. O Dicionário de Epidemiologia de Last define saúde pública como um dos esforços organizados pela sociedade para proteger, promover e restaurar a saúde da população. É a combinação multidisciplinar de várias áreas de estudo, habilidades e crenças que estão direcionadas para a manutenção e melhora dos níveis de saúde de todas as pessoas através de ações coletivas e sociais.

2 SUICÍDIO: UM OLHAR HISTÓRICO

Na Grécia antiga encontramos diversos motivos aonde as pessoas cometiam suicídio: amor, patriotismo, castidade (CAEIRO, 2011), porque para as autoridades suicidar-se correspondia a um atentado contra a estrutura da polis, um crime hediondo, um ataque a estrutura da comunidade, e era um dos crimes mais bárbaros. Quando o corpo deste indivíduo era enterrado, suas mãos eram cortadas e sepultadas. Este ritual era feito sem nenhum respeito, de forma isolada, além disso, o Estado tinha o poder de vetar

ou autorizar um suicídio ou submeter alguém ao ato (SILVA, 2009). Os estóicos e epicúreos viam no suicídio uma saída aceitável para as angústias da vida.

Os Vikings mantinham uma prática suicida institucionalizada pela religião, acreditava-se que os guerreiros que iam para guerra para morrer, ou que tiravam sua própria vida, iriam para o Valhalla, lugar este onde seriam servidos banquetes pelo próprio deus Odim. O suicídio na guerra era certeza de se alcançar o paraíso. Nessa mesma linha de pensamento, na China antiga, alguns guerreiros se matavam antes das lutas, por acreditar que depois de mortos suas almas pudessem ajudar de forma mais efetiva nas batalhas.

No mundo Hebreu antigo encontram-se relatos de pessoas que cometeram suicídio, são cinco os exemplos relatados no antigo testamento, sendo o mais famoso o cometido por Saul, que se jogou sobre sua própria espada (1 Samuel 31.4). Já na era cristã temos o relato de, talvez um dos suicídios mais famosos da história no mundo, Judas, que após a traição a Cristo, acaba enforcando-se numa árvore (Mateus 27:5). Essas narrativas contribuíram para o sentido que até hoje as pessoas procuram dar ao suicídio, aonde muitas vezes a vítima é estigmatizada na sociedade.

Esses exemplos mostram que a visão do suicídio varia muito de contexto e época, desde a aceitação e promessa de paraíso para os que se matassem em determinados contextos, à criminalização jurídica e religiosa. O suicídio desse modo não é apenas um ato isolado, mas deriva de contexto econômico, social e religioso, mais do que uma prática individual, o suicídio pode e deve ser visto como um fato social, não ocorrendo apenas por fatos subjetivos e individuais, mas por vezes, se enquadra numa tendência de determinada cultura, como por exemplo, os suicídios em nome da honra que ocorrem no Japão. Durkheim (1982) propõe uma análise do suicídio como objeto de estudo. Segundo ele é possível encontrar padrões para essas mortes, que em cada sociedade e em cada época vão ter suas especificidades, mas que dentro do mesmo contexto mantém similaridades que permitem a análise de possíveis padrões:

A taxa de suicídios constitui, portanto, uma ordem de fatos única e determinada; é o que demonstram, ao mesmo tempo, sua permanência e sua variabilidade. Já que esta permanência seria inexplicável se ela não se

devesse a um conjunto de caracteres distintivos, solidários uns com os outros, que, apesar da diversidade das circunstâncias ambientes, se afirmam simultaneamente; e esta variabilidade testemunha a natureza individual e concreta destes mesmos caracteres, uma vez que variam como a própria individualidade social (DURKHEIM, 1986, pág.14).

Durkheim (1982) ainda propôs a existência de três tipos de suicídio: o egoístico, no qual o indivíduo perdeu o sentido da vida e a integração com o grupo, suicídio anômico, que consiste em indivíduos que vivem em sociedades em crise e acabam se matando, e por fim, o suicídio altruísta que ocorre quando o indivíduo sacrifica sua vida em nome de um grupo, por exemplo, as mortes na guerra.

3 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS NO BRASIL E NO MUNDO

A OMS estima que a cada 40 segundos uma pessoa morre no mundo, enquanto você lê este artigo, alguém no mundo deu fim às suas angústias, além disso, o suicídio já figura entre as 10 principais causas de mortes na maioria dos países (BOTEGA; GOMES; KUNZ, 2006). São um milhão de mortos todos os anos, isso considerando que apenas 60 de 172 países enviam seus relatórios. Segundo a OMS 75% dessas mortes ocorrem em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, o que nos permite deduzir que o suicídio não é apenas um fenômeno isolado, mas que se detém a um contexto.

Dentre os países que apresentam altas taxas de suicídio, em primeiro lugar a Guiana com 44,2%, seguido por Coréia do Norte e Coréia do Sul com respectivamente 38,5% e 28,9% mortes por ano. O Brasil apresenta em relação à média mundial um coeficiente de suicídio relativamente baixo, 5,7%, se no mundo morre uma pessoa a cada 45 segundos, no Brasil ocorre um suicídio a cada 1 hora e 12 minutos, o que nos leva a 9852 mortes por suicídio registradas oficialmente em 2011, porém, é bom lembrar que o país é um dos mais populosos do mundo, e em números gerais, ocupa a 9^o colocação no mundo (BOTEGA; GOMES; KUNZ, 2006).

Dados brasileiros levantados nas últimas décadas nos mostram um aumento considerável no número de óbitos por suicídio, se entre 1980 e 1994 tínhamos 4,5 mortes a cada 100 mil habitantes, entre os anos 1995-1997 aumentaram para 5,4, um aumento de 29,5% em relação aos anos anteriores. Uma peculiaridade destas taxas

é a distribuição desigual nas regiões do país, média elevadíssima no Norte e no Sul, que muito se assemelham às de países com alto índice de mortalidade de suicídio. De todos os países mundiais, apenas 28 possuem um plano de estratégia nacional em combate ao suicídio, o que revela que embora os dados revelem um quadro de epidemia, esse problema ainda não chegou às pautas de políticas públicas na maioria dos países do mundo (BOTEGA; GOMES; KUNZ, 2006).

Os dados da OMS revelam ainda que em média os homens tiram mais suas vidas que as mulheres, enquanto 8 a cada 100.000 mulheres se suicidam, 15 para cada 100.000 homens dão fim às suas vidas no mundo, no Brasil os homens também são a maioria, representando 7,3% dos casos registrados, enquanto as mulheres correspondem a 1,9% (BOTEGA apud MARTIN-LEON, 2014). Porém são as mulheres que são responsáveis por mais tentativas, o que ocorre é que os homens são mais letais quanto ao método, o que impacta diretamente os resultados. Vale ressaltar o fato que esses números representam apenas os fatos consumados, não levando em conta as tentativas frustradas, segundo a OMS a tentativa prévia é o fator mais importante na população em geral, para cada suicídio ocorrem 10 tentativas em média (BOTEGA; GOMES; KUNZ, 2006).

O Brasil ainda apresenta um número muito elevado de suicídios em grupos específicos; as taxas de mortes por esse fator na população indígena, LGBT, adolescentes e idosos, é muito alta, inclusive neste último, estima-se um aumento entre 1980 e 2012 de 215,7% (WAISELFISZ; JULIO, 2014), o que tem preocupado os especialistas. Vale ressaltar que esses números não correspondem ao total de suicídios no país, nem caracteriza a totalidade desse fenômeno. Para cada pessoa que consegue chegar ao ato, tantas outras já tentaram ou tiveram algum tipo de ideação suicida. Por isso deve-se não se ater somente aos números, principalmente pelo fato de muitas mortes não serem registradas nos cartórios, mas entender o fenômeno em todas suas variáveis e complexidades nos contextos e nos indivíduos.

Os dados da OMS nos mostram que o suicídio é responsável por mais mortes que o trânsito e os assassinatos no período de um ano, não obstante entre os homens de 25 a 45 anos, é a principal causa de morte no mundo. Embora os assassinatos e

acidentes de trânsito sejam pautas de políticas públicas e amplas discussões – e com razão- o suicídio parece não ter a mesma voz.

Não é apenas o indivíduo que praticou o suicídio que arca com as consequências do seu ato, todo um circuito social que ele fazia parte sente os desdobramentos em suas vidas. A Associação Brasileira de Estudos e Prevenção ao Suicídio (ABEPS) estima que 7% da população é exposta ao luto por suicídio a cada ano, traduzindo em números, se ocorrem aproximadamente 800 mil mortes por suicídio no ano, 48 milhões e 500 mil pessoas podem ser expostas ao luto, ainda segundo a abeps processo de cuidado a essas pessoas é denominado posvenção, e visa trazer alívio dos efeitos relacionados com o sofrimento e a perda, prevenir o aparecimento de reações adversas e complicações do luto, minimizar o risco de comportamento suicida nos enlutados por suicídio e promover resistência e enfrentamento em sobreviventes

Diante deste cenário, e levando em conta os números de suicídio no Brasil, considera-se que é de extrema importância as ações desenvolvidas pelo sistema único de saúde (SUS), que criado com o intuito de fornecer acesso a saúde e qualidade de vida, pode e deve produzir medidas que coloquem em discussão o cenário do suicídio no país, produzindo ações interdisciplinares no qual se possa chegar a medidas que diminuam os crescentes índices desse tipo de morte.

4 PRINCIPAIS CAUSAS DE SUICÍDIO

A tarefa de encontrar causas gerais que levam uma pessoa a tirar a própria vida pode ser uma questão complexa, visto que não existe uma causa única em si, mas uma diversidade de fatores que juntos acabam levando ao ato. São influências da história de vida, realidade social, se o indivíduo já tentou outras vezes, inclusive causas genéticas. O que pode variar também é o grupo em que essa pessoa se insere, pois, os motivos que levam um idoso ao suicídio não são os mesmos de um homossexual, que não são os mesmos de um adolescente.

As principais causas de suicídios derivam de algum transtorno mental, principalmente transtornos de humor 35,8%, uso de álcool ou drogas 22,4%, transtornos de

personalidade 11,6% e esquizofrenia 10,6% (MANUAL DIRIGIDO A PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE MENTAL, 2006).

A depressão é em senso comum tratada como a principal causa de suicídios, porém estima-se que apenas 15% a 20% das pessoas com tal transtorno chegam de fato ao ato. É mais um fator de risco do que o predominante. Chamada por muitos de doença do século, ela se caracteriza por um período longo e contínuo de humor deprimido com sintomas específicos, acometendo 25% de mulheres e 12% de homens ao longo da vida, sendo estimado que 2/3 das pessoas tratadas respondem satisfatoriamente ao tratamento% (MANUAL DIRIGIDO A PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE MENTAL, 2006).

O álcool e outros tipos de drogas são fatores que combinados com transtornos mentais e psicológicos levam o indivíduo ao suicídio, visto que aumentam a impulsividade e com isso o risco do ato. Estima-se que no Brasil 11,2% da população é dependente do uso de álcool, e enquanto a média de consumo mundial é de 6,2 litros por pessoa. No país essa média é de 8,7 por pessoa, além disso, o consumo entre os mais jovens tem crescido muito, o que caracteriza problemas de violência e acidentes de trânsito% (MANUAL DIRIGIDO A PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE MENTAL, 2006). Um estudo realizado na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP, 2008) no pronto-socorro em Embu das Artes, na Grande São Paulo, constatou que 21% dos 80 casos examinados ingeriram álcool antes de uma tentativa de suicídio.

Além dos fatores mencionados acima, o grupo de pessoas que se relacionavam com alguém que veio a óbito por suicídio é um dos indicadores de risco de suicídio, ou seja, esse grupo necessita de cuidado e atenção especiais, para muitos, especialmente os mais próximos a vida fica realmente transformada. Os profissionais da saúde também são afetados diante deste contexto, não são apenas as pessoas ligadas aos mortos de modo afetivo, mas os profissionais, sejam médicos, enfermeiros, psiquiatras, psicólogos e tantos outros das equipes dos hospitais também sofrem os impactos dessas perdas:

Os profissionais de saúde mental convivem com o risco ou a possibilidade- e em alguns casos a probabilidade- de se tornar um sobrevivente. Ou seja, esses

profissionais podem vir de fato a perder um de seus pacientes [...] o profissional também pode ser afetado de modo decisivo (CFP, 2013, p. 51).

Por trás da maioria dos casos, existe um fator social; toda morte suicida traz à tona algo sobre a sociedade em que ela acontece. Nossa sociedade de modo geral é orientada pela lógica capitalista, cujo discurso se caracteriza pelo gozo, satisfação, imposição de modelos sociais, de possuir objetos e status, não há espaços para falhas, para dor. O indivíduo é bombardeado o tempo todo com o imperativo do sucesso, criando a ilusão de que os objetos de consumo podem suprimir suas angústias. Quando essa pessoa não se vê capaz de atender as demandas e expectativas que são impostas sobre ele, acaba desenvolvendo depressão, recorrendo a drogas, e pôr fim ao suicídio.

A razão pela qual é absolutamente fundamental que se tome esse problema em consideração e de maneira séria é que o suicídio não é um evento singular, que ocorre repentinamente, todavia é resultado de anos de sofrimento, e tentativas frustradas de melhorar. Em geral, antes do ato, houve todo um processo de ideação suicida, aonde a pessoa apenas imagina não fazer mais parte do mundo, mas sem chegar de fato às tentativas, então, aquilo que emerge disto é a tentativa do suicídio de fato, como um grito de socorro. É, portanto, última consequência de uma história de vida, com tragédias, perdas e dificuldades, com um desfecho trágico (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013)

Pesquisas apontam que 90% dos casos de suicídio encontram-se um transtorno mental diagnosticável. Ocorre com frequência em condições que não houve acesso a algum tipo de tratamento, ou por ruptura do processo terapêutico, seja por dificuldade do indivíduo em conseguir resolver suas questões ou por dificuldades dos profissionais em lidar com os desafios das demandas do tratamento (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013). Portanto a capacitação dos profissionais de saúde e a elaboração de políticas públicas que visem a prevenção dos suicídios é vital para que as taxas comecem a diminuir.

5 SUICÍDIO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Nas práticas de políticas públicas existem dois elementos fundamentais, que se caracterizam pelo problema público e a intencionalidade pública em propor medidas para solução dos problemas enfrentados. Diversas áreas das ciências definem as políticas públicas de uma forma, mas o que todas têm em comum é o aspecto holístico da composição desta pauta, são discussões colocadas em pauta pela população, universidades, e pelos próprios governos que visam dar conta de uma necessidade específica da sociedade, onde o governo através dos representantes legais da sociedade põe em prática as ações necessárias:

Políticas Públicas, tradicionalmente, compreendem o conjunto das decisões ações propostas geralmente por um ente estatal, em uma determinada área (saúde, educação, transportes, reforma agrária etc.), de maneira discricionária ou pela combinação de esforços com determinada comunidade ou setores da sociedade civil. (TUDE; FERRO; SANTANA, 2015, p. 11).

No cenário de formulações dos processos de políticas públicas envolvem diversos atores que empenham papéis importantíssimos na elaboração e na materialização das medidas, entre eles os atores estatais, que são ligados a administração pública- se incluem nesse conjunto os poderes executivo, legislativo e servidores públicos- e os atores privados que não estão incluídos na administração pública, mas que influenciam diretamente na elaboração e nas tomadas de decisões, podemos destacar entre eles, empresários, mídias e sindicatos (TUDE; FERRO; SANTANA, 2015).

Diante dos quadros de suicídio temos um problema social, uma epidemia que evoca fatores individuais, mas principalmente sociais, e tem-se necessidade de incluí-lo numa discussão mais ampla, e nesse caso, numa pauta de políticas públicas para que os poderes políticos possam propor planejamento e solução destes problemas através de uma ação estratégica que envolva sociedade e Estado. Pesquisadores da UERJ nos dão um panorama do transcorrer de uma política pública:

As Políticas Públicas possuem um processo de formação de longo e médio prazo, consistentes nas fases de reconhecimento do problema público; formação de uma agenda pública; formulação da Política Pública em si; processo política de tomada de decisão de implementação da Política Pública; execução da Política Pública; acompanhamento, monitoramento e avaliação da Política Pública e; por fim, a decisão sobre a continuidade,

reestruturação ou extinção da Política Pública (BENEDITO; MENEZES, 2013, p. 2).

O Sistema Único de Saúde (SUS) diante de tais perspectivas é elemento central na implantação e operacionalização de medidas preventivas ao suicídio. Ele se apresenta para toda sociedade de forma universal, não apenas como instituição curativa, mas também como meio de discussão, de cuidado social, como mediador entre as demandas populacionais e as políticas públicas da saúde em si. Diante da tendência a privatização que sempre permeia os sistemas capitalistas, o SUS apesar de todas suas deficiências é nossa via de encontro e discussão aos poderes representativos.

O suicídio pelos dados epidemiológicos citados, e pelo crescente aumento de suas incidências no país já se configura como um problema de saúde pública. Apesar de toda estigmatização, e tabus que cercaram o tema por tantas décadas, atualmente tem havido maior mobilização em torno de práticas preventivas, e, além disso, um olhar mais humano para a vítima que consegue chegar ao ato. Em relação a tal assunto, ainda há muitas medidas a serem tomadas, aonde um primeiro passo foi dado, mas quando se olha o contexto geral, percebemos que ainda existem muitas variáveis possíveis de serem resolvidas.

Machado, Leite e Bando (2014) traçam uma análise do funcionamento das políticas públicas. Segundo os autores, o processo de construção delas insere-se num processo chamado ciclos de políticas públicas. A proposta consiste em três etapas: num primeiro momento forma-se a agenda, a população, juntamente com seus poderes representativos indicam, discutem e mobilizam-se em torno de um problema que esteja interferindo no equilíbrio social, e a partir disto propõe alguma intervenção governamental, programas a serem desenvolvidos, linhas de ação, propostas de especialistas e recursos a serem destinados a causa. Neste panorama podemos perceber que o objeto proposto no artigo tem ganhado espaço nas agendas de discussão, impulsionados pelo aumento do número de ocorrências, juntamente com os casos de suicídio de pessoas famosas, principalmente a mudança de postura das mídias, que ao contrário de décadas atrás, hoje trata o suicídio de modo mais humanizado.

O passo seguinte no ciclo de políticas públicas é a implementação das intervenções necessárias para a resolução dos problemas. Esse é o momento aonde coloca-se em prática toda a discussão que se elaborou no primeiro ciclo. O estado mobiliza recursos tecnológicos, materiais, e principalmente se tratando de suicídio, recursos humanos. É válido ressaltar mais uma vez o trabalho que o SUS tem realizado no âmbito do suicídio no país, ao ser instrumento da saúde pública, e operando não apenas nas redes hospitalares, mas, todavia, se inserindo em outros meios e contextos e buscando articular outras instituições, conseguido criar estratégias para prevenção e tratamento dos casos de suicídio. Exemplo disso é a implantação de diretrizes nacionais de prevenção ao suicídio, realizado pelo Ministério da Saúde em 2006, apesar de um pouco cansativo ao leitor, consideramos importante a inserção de alguns pontos colocados por ela:

Art. 1º Instituir as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Art. 2º Estabelecer que as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio sejam organizadas de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, as instituições acadêmicas, as organizações da sociedade civil, os organismos governamentais e os não-governamentais, nacionais e internacionais, permitindo:

I - desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos;

II- desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;

III - organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas;

IV - identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersectoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade;

V - fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;

VI - contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos;

VII - promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e

VIII - promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

Art. 3º Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), em conjunto com outras áreas e agências do Ministério da Saúde, que adote as providências necessárias para a estruturação das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio instituídas por esta Portaria. (MINISTERIO DA SAUDE, PORTARIA Nº 1.876, DE 14 DE AGO 2006).

Além das diretrizes, o ministério da saúde juntamente com o pesquisador supracitado no artigo Botega (2006), lançaram um manual de prevenção ao suicídio para profissionais da saúde mental, também em 2006, com o objetivo de capacitar os profissionais, estruturar o atendimento e incentivar a pesquisa. O manual também surge na necessidade de preparar esses profissionais diante de uma demanda que aumenta a cada ano.

Ainda no ciclo de implantação, foi criado pelo CVV (centro de valorização a vida) e o ministério da saúde, o programa de apoio a pessoas com ideação suicida. Através do número 188 é possível ter atendimento emocional, por uma equipe qualificada e voluntária. Estima-se que o CVV realize mais de um milhão de atendimentos anuais o que representa uma amostra expressiva sobre a quantidade de pessoas com ideação suicida, e, além disso, o alcance que um simples programa pode ter quando bem executado. A abrangência do CVV diz muito sobre o perfil do suicida de maneira geral, por vezes esses indivíduos só querem ser ouvidos e vistos, querem de alguma forma o reconhecimento do outro, e ainda que a medida seja simples, ela é eficaz.

Além das citadas, outras importantes ações de prevenção ao suicídio, é o setembro amarelo, que visa a conscientização da população acerca do suicídio, com ações de prefeituras, escolas, igreja e, ampla divulgação da mídia, e o dia internacional de prevenção ao suicídio, onde a OMS em parceria com os governos visa o esclarecimento sobre as questões voltadas ao suicídio, seu impacto e enfrentamento.

O último ciclo proposto pelos autores é a avaliação, no qual depois da implantação das medidas, busca-se um exame analítico delas, onde se supervisiona o sucesso e deficiências de uma política pública. Esse ciclo não tem fim, diante dos desafios do suicídio o que deve fazer é uma constante avaliação das medidas que tem sido tomadas, e além disso propor mais ações. O que ocorre no país apesar dos programas adotados, e dos avanços que obtemos, é um aumento na incidência de casos, que evoca uma análise mais profunda das nossas políticas públicas e sua eficácia.

Diante dessas dificuldades, nossos programas de saúde devem intensificar suas operações frente ao suicídio, buscando as diferenciações de grupos, cada um com o seu grau de risco e especificidade, Machado, Leite & Bando (2014) tecem uma importante análise sobre essa separação:

Três níveis de prevenção segundo grau de risco: prevenção Universal, Seletiva e Indicada. A prevenção Universal é destinada a toda população, sem necessariamente apresentação de algum grau de risco. Seu principal objetivo é impedir o início do comportamento que desencadeie no suicídio e não está estritamente relacionada com a seleção dos indivíduos para a intervenção. Um exemplo é o Dia Mundial da Prevenção do Suicídio, onde toda a população é informada sobre o suicídio, impacto e enfrentamento. A prevenção Seletiva é destinada a populações e/ou indivíduos com baixo risco. Como objetivo busca também impedir que um dado comportamento se instale. Neste ponto utilizaríamos da busca de sujeito e/ou populações com vulnerabilidade na questão. Já na questão da prevenção indicada temos uma intervenção destinada a populações e/ou indivíduos que apresentam risco moderado ou considerável. Um exemplo da prevenção indicada seria o contato diário com indivíduos que já tentaram o suicídio (MRAZEK; HAGGERTY apud MACHADO; LEITE; BANDO, 2014, p. 345).

Dentre os avanços que precisam ser feitos para que haja uma diminuição dos índices de suicídio são principalmente a restrição de acesso aos métodos, controle de venda de medicamentos nas farmácias, avaliação psicológica de pessoas que tem porte de armas, descentralização da saúde, com as unidades básicas de saúde desempenhando papel mais central, como meio de facilitar a prevenção e controle, conscientização pública sobre os canais de ajuda, como por exemplo, o CVV, e a quebra do preconceito da sociedade contra os que comentem suicídio (MACHADO; LEITE; BANDO, 2014).

Outro ponto importantíssimo na prevenção do suicídio é a formação e capacitação dos profissionais de saúde, inserir nas grades curriculares desses profissionais debates, e práticas voltadas para o diagnóstico e tratamento humanizado dessas pessoas.

Ao tentar cometer suicídio, e não ter resultado fatal, a vítima é encaminhada para a unidade de emergência na maioria das vezes, aonde são atendidas por clínico geral outros profissionais da saúde, sendo uma oportunidade para que seja o primeiro contato de apoio e ajuda, podendo analisar o nível de risco, para que assim, possa

diminuir a tentativa de suicídio. Porém, conforme o despreparo e dificuldade de alguns profissionais, esse primeiro contato de ajuda vem com rejeição e preconceito para com o paciente, podendo agravar ainda mais o seu estado, porque, o modo como os atendentes os recebem e cuidam, irá influenciar em como ele irá responder ao cuidado oferecido (VIDAL; GONTIJO, 2013). Se os profissionais acolherem esses emergentes de forma correta, com empatia e escuta ativa, tendo respostas adequadas ao mesmo, ajudará a prevenir que este sujeito cometa suicídio (GUTIERREZ, 2014).

Quando se depara com esse tipo de comportamento, o profissional da saúde deve se comportar de forma adequada e de forma a ajudar o indivíduo em questão, tendo empatia, compreensão, e valorização do mesmo. De acordo com Money Kirlei citado por Abreu et al (2010) de nada vale o conhecimento da ciência e domínio do mesmo, se o profissional não possuir os quesitos citados acima.

Pensando assim, o profissional vive junto com indivíduo e entende suas dores, compreendendo seus desafios e o valoriza de forma humanizada. E assim sendo, de acordo com Knobel citado por Abreu et al (2010) essa humanização é o ato de cuidar do indivíduo como um todo, o valorizando por completo, levando em consideração seu ambiente familiar e social, seus valores e esperanças, sua cultura e preocupações pessoais.

Em uma pesquisa realizada em 2011 por Vidal e Gontijo com pessoas que foram atendidas por unidades de emergência por terem tentado suicídio, consta que sofreram discriminações vindas dos funcionários (receptionista a médicos) do hospital, de uma forma desumanizada, desestimulando ainda mais os pacientes, sendo que o atendimento a este tipo de problema deve haver uma intervenção terapêutica, para que assim estimule positivamente o indivíduo para que não tente contra a própria vida. Ainda se tratando deste ambiente hospitalar emergencial, por serem julgados como pessoas que tiveram escolhas e opções de terem tentado se matar, por serem responsáveis pela própria violência contra vida, diferente de homicídio, que um terceiro o faz, muitas vezes leva os funcionários, em geral, não reconhecerem que este tipo de paciente também precisa de cuidados como os outros, e que, por falta de informação ou prejulgamento não entendem que esse comportamento é um pedido de ajuda.

Atentando-se ainda ao atendimento, a forma como o indivíduo é recebido pode crescer ou decrescer as taxas de mortalidade por suicídio. Levando isso em conta, é importante relatar que ainda nesta pesquisa de 2011, os pacientes declaram que por muitas vezes são liberados sem passar por avaliação adequada e sem encaminhamento para um especialista. Nesse processo de atendimento e liberação, a família é um fator de extrema importância, que precisa também de atenção, para que assim, saiba como lidar com o ente que tentou matar-se, oferecendo informações a todos. É muito relevante que após a liberação o indivíduo e a família sejam encaminhados a um acompanhamento com psicólogo e psiquiatra, o que ocorre ao contrário na realidade (VIDAL; GONTIJO, 2013).

De acordo com Gutierrez (p. 2, 2014) hospital “consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob os regimes de atendimento, inclusive o domiciliar”, e nisso é incluído pacientes que tiveram tentativa de suicídio, mostrando que o âmbito hospitalar é capaz e deve de controlar problemas a respeito deste fato, para que seja garantindo qualidade de vida para essas pessoas. Para que isso aconteça, a equipe deve olhar esses pacientes como seres culturais, sociais e políticos, ou seja, atendendo esses indivíduos como seres integrados, que vivem em um contexto familiar e social, estando incluído ainda no ambiente de trabalho, sendo o sujeito submetido a esses fatores que pode favorecer com que ele adoença e deseje a morte. Para ajudar a prevenir que o paciente venha tentar novamente o suicídio, o hospital deve ter uma equipe que saiba como lidar com esse tipo de caso, fazendo a avaliação devida, educando continuamente os profissionais de saúde mental e exames de rotina, para melhorar o tratamento para que o paciente possa se desprender ao pensamento suicida (GUTIERREZ, 2014).

O que está faltando nos atendimentos e recebimentos das pessoas que tentaram suicídio são humanização e cuidado com os pacientes. A maneira para que isso possa acontecer é que os funcionários hospitalares tenham compreensão com os outros indivíduos, se colocando no lugar dele, respeitando seus valores e o respeitando, acima de tudo, como ser humano, para que assim, tenha um atendimento qualificado e eficaz (GUTIERREZ, 2014).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Feita a pesquisa literária, encontrou-se conceitos e dados a respeito do tema: O suicídio é o ato de matar a si mesmo, e quando fracassado, tem-se a tentativa de suicídio, e ambos vêm acontecendo desde os tempos antigos, tendo um crescimento em suas estatísticas. Tal acontecimento não é isolado, sempre envolverá contextos sociais, culturais, econômicos e políticos, sendo declarado pela OMS como problema de saúde pública e epidemia global. As principais causas encontradas foram transtornos mentais, uso de álcool e drogas, transtorno de personalidade e esquizofrenia.

Diante destes dados, ficou claro que as políticas públicas de intervenção são elementos fundamentais para a prevenção e ajuda nestes casos, sendo que, o Sistema Único de Saúde (SUS) diante de tais perspectivas, é elemento central na implantação e operacionalização de medidas preventivas ao suicídio e tem realizado trabalhos no âmbito do suicídio no país, ao ser instrumento da saúde pública, e operando não apenas nas redes hospitalares, mas, todavia, se inserindo em outros meios e contextos buscando articular outras instituições, conseguido criar estratégias para prevenção e tratamento dos casos de suicídio.

Foram encontrados resultados baseados em pesquisas literárias de que as políticas públicas são necessárias para que se tenha planejamento e solução para a tentativa de suicídio e suicídio, para que o governo junto com a sociedade consiga estratégias para essa melhoria. Tais políticas vão ser planejadas para que se tenha um bom funcionamento, sendo dividida em três etapas: a primeira é uma forma de planejamento e organização vindos da população junto com o governo, sendo proposto a seguir uma intervenção governamental e o que será desenvolvido a partir daí; em segundo passo é a implementação das intervenções necessárias para a resolução do problema (sendo nesta etapa criado projetos de valorização a vida, como o Centro de Valorização a Vida); e a terceira etapa visa um exame analítico das medidas que foram implantadas, para supervisionar o sucesso e deficiências de uma política pública.

Porém, infelizmente, apesar das medidas tomadas, ainda cresce o número de casos de suicídio no país. Com isso, concluiu-se que são necessários avanços que impeçam o sujeito de ter acesso aos métodos, como uma fiscalização mais rígida em vendas nas farmácias e outras lojas que vendem produtos que possa vir a ser utilizado para suicidar-se, descentralização da saúde, com as unidades básicas de saúde desempenhando papel mais central, como meio de facilitar a prevenção e controle, conscientização pública sobre os canais de ajuda, como por exemplo, o CVV, e a quebra do preconceito da sociedade contra os que comentem e tentam o suicídio. Outra contribuição para que se tenham melhorias nestes casos é a postura do profissional psicólogo na saúde é fundamental para ajudar a frear essas taxas que vem crescendo ano após ano e também levar a população a conhecer mais sobre a temática.

Indivíduos que chegam à saúde pública após terem tentado suicídio possuem tendência a saírem do ambiente de saúde e voltarem a cometer a tentativa de suicídio novamente, caso não abordados de forma correta pelo profissional Psicólogo, levando em consideração que um indivíduo que tem em mente o desejo de retirar a própria vida não possui uma saúde mental saudável e que diversos fatores ao seu redor contribuíram para o ato. É papel do profissional entender o indivíduo e observar de forma humanizada se há alguma possibilidade de uma nova tentativa antes de mandá-lo novamente para casa, e não somente isto, mas buscar melhorias em políticas públicas na saúde que visam à prevenção do suicídio juntamente com outros profissionais da área da saúde como o serviço social, por exemplo. Agindo desta forma, o paciente que veio a cometer a tentativa de suicídio e até aos amigos e parentes mais próximos dos indivíduos que chegaram a consumação do ato iram possuir um olhar diferente sobre a questão, diminuindo a probabilidade de novos casos.

7 REFERÊNCIAS

ABEPS. **Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio**. Disponível em: <<http://www.abeps.org.br/>>. Acesso em: 19 agosto 2017.

ABREU, Kelly Piacheski; LIMA, Maria Alice; KOHLRAUSCH, Eglê; SOARES, Joannie Fachinelli. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiás, v. 12, n. 1, out./mar. 2010.

Disponível em: <<http://fen.ufg.br/revista/v12/n1/pdf/v12n1a24.pdf>>. Acesso em: 21 setembro 2017.

BANDO, Daniel Hideki; LESTER, David. An ecological study on suicide and homicide in Brazil. **Ciência e saúde coletiva**, Guarulhos, v. 19, n. 4, mar./jul. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01179.pdf>>. Acesso em: 14 agosto 2017.

BENEDITO, Alessandra & MENEZES, Daniel Francisco Nagao. Políticas públicas de inclusão social: o papel das empresas. **Ética e filosofia política**, Campinas, v. 1, n. 16, jun. 2013. Disponível em: <http://www.ufjf.br/eticaefilosofia/files/2009/08/16_1_benedito.pdf>. Acesso em: 10 outubro 2017.

BOTEGA, Neury José & GOMES, Fabiano Alves & KUNZ, Maurício. Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 3, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000300023>. Acesso em: 06 outubro 2017.

BOTEGA, Neury. **Comportamento suicida: epidemiologia**. Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0231.pdf>>. Acesso em: 11 de setembro 2017

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Prevenção do suicídio. **Universidade estadual de campinas**, Campinas. 2006. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf>. Acesso em: 1 novembro 2017.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE (Brasil). **Diretrizes nacionais de prevenção ao suicídio**. Portaria número 1.876 de 14 de agosto de 2006. Disponível em <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876>>. Acesso em 30/10/17

CAEIRO, Vânia Sofia Rosa. **Morte voluntária -Sui Caedes**. 2010. Dissertação. (Mestrado em Medicina Legal) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar ICBAS Universidade do Porto, Porto. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Suicídio e os desafios para a psicologia**. 1ª ed. Brasília: CFP, 2013.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO A VIDA, disponível em: <<https://www.cvv.org.br/o-cvv/>>. Acesso em: 01 novembro 2017.

DURKHEIM, Émile. **Suicídio um estudo sociológico**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

DURKHEIM, E. **Le suicide**. Paris: PUF, 1986.

FONTENELLE, Paula. **Suicídio: o futuro interrompido**. Guia para os sobreviventes. São Paulo: Geração Editorial, 2008.

GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio¹. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, set./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0262.pdf>>. Acesso em: 14ago 2017.

MACHADO, Marcos Fabricio Souza & LEITE, Cristiane Kerches da Silva & BANDO, Daniel Hideki. Políticas Públicas de Prevenção do Suicídio no Brasil: uma revisão sistemática. **Gestão & Políticas Públicas**, São Paulo, v. 4, n. 2, 2014. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rqpp/article/view/114406>>. Acesso em: 02 setembro 2017.

MADEIRA, Joana Domingues. **Intervenção com a pessoa em crise suicida aos três níveis de prevenção**. 2014. Dissertação. (Mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiatria) - Instituto Politécnico de Setúbal, 2015.

NASCIMENTO, Ana Paulo Pinto do. **O cuidado prestado a pessoas que tentaram suicídio**: questões sobre a formação para o trabalho em saúde. 2011. Dissertação. (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Publicações da OMS**. Disponível em: <<http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>>. Acesso em: 20 agosto 2017.

SILVA, Daniela Reis e. **E a vida continua...O processo de luto dos pais após o suicídio de um filho**. 2009. Dissertação. (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2009.

TUDE, Martins João & FERRO, Daniel & SANTANA, Pablo Fabio. **Gestão de políticas públicas**, Curitiba PR. IESDE BRASIL S/A, 2015. Disponível em: <http://arquivostp.s3.amazonaws.com/qcursos/livro/LIVRO_gestao_de_politicas_publicas.pdf>. Acesso em: 13 de novembro de 2017

UNIAD: **UNIDADE DE PESQUISA EM ALCOOL E DROGAS**. Unifesp, São Paulo, 2008.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal & GONTIJO, Eliane Costa Dias Macedo. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Caderno de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, mar. /mai. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n2/02.pdf>>. Acesso em: 14 agosto 2017.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal & GONTIJO, Eliane Costa Dias Macedo & LIMA, Lúcia Abelha. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, jan./set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500020&lang=pt>. Acesso em: 14 agosto 2017.

WASELFISZ, JULIO. **O mapa da violência**, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil_Preliminar.pdf acesso em 12 de setembro de 2017