



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

VANESSA MARTENDAL

**O SUICÍDIO COMO FENÔMENO SOCIAL: AS RESPOSTAS DO ESTADO A
PARTIR DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS**

Florianópolis
2023

VANESSA MARTENDAL

**O SUICÍDIO COMO FENÔMENO SOCIAL: AS RESPOSTAS DO ESTADO A
PARTIR DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS**

Trabalho Conclusão do Curso de Graduação em Serviço Social do Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Dr. Hélder Boska de Moraes Sarmento

Florianópolis
2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Martendal, Vanessa

O suicídio como fenômeno social : as respostas do Estado a partir das políticas públicas brasileiras / Vanessa Martendal ; orientador, Hélder Boska de Moraes Sarmiento, 2023.

70 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Socioeconômico, Graduação em Serviço Social, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

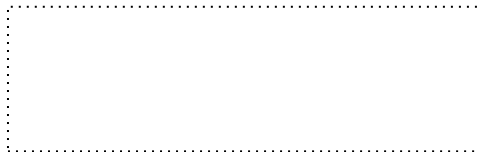
1. Serviço Social. 2. Suicídio. 3. Saúde Mental. 4. Políticas Públicas. I. Sarmiento, Hélder Boska de Moraes. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Serviço Social. III. Título.

Vanessa Martendal

O SUICÍDIO COMO FENÔMENO SOCIAL: AS RESPOSTAS DO ESTADO A
PARTIR DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS

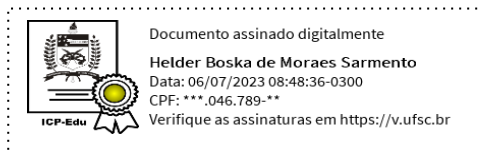
Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título
de Bacharel e aprovado em sua forma final pelo Curso de Serviço Social.

Florianópolis, 19 de junho de 2023.

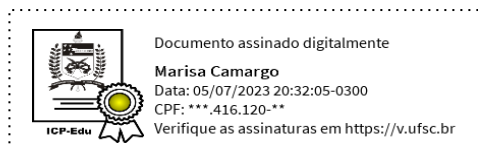


Profa. Heloisa Telles, Dra.
Coordenação do Curso

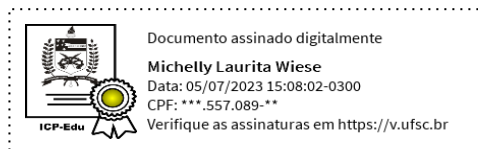
Banca examinadora:



Prof. Hélder Boska de Moraes Sarmento, Dr.
Orientador
UFSC



Profa. Marisa Camargo, Dra.
Avaliadora
UFSC



Profa. Michelly Laurita Wiese, Dra.
Avaliadora
UFSC

Florianópolis, 2023

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a minha família que sempre esteve presente nos momentos mais difíceis da minha vida. Agradeço imensamente às contribuições da professora Dra. Myriam Raquel Mitjavila, que inicialmente me orientou neste trabalho e trouxe elementos importantes para pensar o tema. E ao meu atual orientador professor Dr. Hélder Boska de Moraes Sarmiento agradeço por ter aceitado trilhar esse caminho comigo, pelos ensinamentos e disponibilidade que foram fundamentais para realização deste trabalho.

RESUMO

O suicídio é considerado um fenômeno social mundial e um grave problema de saúde pública por suas taxas elevadas, levando desafios às equipes multiprofissionais que atuam nessas demandas. Este estudo parte de uma revisão de literatura para compreender como as políticas públicas brasileiras sobre suicídio abordam o tema. Para isso, caracteriza-se o suicídio como fenômeno social a partir de autores clássicos e contemporâneos da sociologia. Identifica-se as políticas públicas sobre o suicídio existentes no país a partir de leis, decretos e portarias do governo federal dos últimos vinte anos e relaciona com as publicações recentes de artigos científicos sobre o assunto. O trabalho foi elaborado mediante pesquisa documental a partir do levantamento das normativas governamentais que abordam o suicídio, além da pesquisa bibliográfica que reuniu artigos recentes coletados em bases de dados que relacionavam suicídio e políticas públicas. Como resultado da pesquisa conclui-se que as normativas brasileiras no âmbito federal entendem o suicídio em uma perspectiva individualizada, não abordando o tema como fenômeno social. Evidencia-se a preocupação das normativas com a coleta de dados sobre o suicídio, a divulgação de formas de prevenção nas mídias e comunicações e a educação permanente dos profissionais da saúde. Já as discussões contemporâneas evidenciaram a necessidade de educação permanente dos profissionais, a importância das políticas públicas que tratem também da garantia de direitos, o incentivo de novas pesquisas no tema e a atenção aos grupos de maior vulnerabilidade. Com isso, entende-se a necessidade de uma maior discussão desse tema no Serviço Social a partir do conhecimento das políticas públicas sobre suicídio pelos profissionais, da capacitação dos assistentes sociais que atuam nos diversos espaços sócio-ocupacionais, além do fomento de novas pesquisas desta temática na área.

Palavras-chave: Suicídio; Saúde Mental; Políticas Públicas; Serviço Social.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Sistematização das publicações legais do governo federal sobre suicídio no Brasil desde os anos 2000.....	32
Quadro 2 - Artigos levantados a partir da pesquisa bibliográfica realizada no portal de periódicos CAPES.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS - Atenção Primária à Saúde
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CGPNPAS - Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio
CF – Constituição Federal
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CVV – Centro de Valorização da Vida
CRAS - Centro de Referência de Assistência Social
DHP - Direitos Humanos dos Pacientes
DIVE - Diretoria de Vigilância Epidemiológica
ESF - Estratégia de Saúde da Família
LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero
LGBTQIAPN+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexual, Queer, Intersexo, Assexuais/Arromânticas/Agênero, Pansexuais, Não-binárias e mais
LENAD - Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
MS – Ministério da Saúde
MLA – Movimento de Luta Antimanicomial
MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NASF - Núcleos de Apoio a Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde~
PNPAS - Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio
PSF – Programa Saúde da Família
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira
SAMU - Serviços de Atendimento móvel de Urgência
SES/SC - Secretaria de Estado de Santa Catarina
SUS - Sistema Único de Saúde
SUAS - Sistema Único de Assistência Social
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
UBS - Unidades Básicas de Saúde
UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo
WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 SUICÍDIO COMO FENÔMENO SOCIAL.....	14
2.1 O SUICÍDIO EM DURKHEIM	14
2.2 SUICÍDIO EM MARX	18
2.3 ESTUDOS DO SUICÍDIO NO BRASIL	21
3 SUICÍDIO, DIREITO Á SAÚDE MENTAL E POLÍTICAS PÚBLICAS	27
3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS NA QUESTÃO DO SUICÍDIO: LEGISLAÇÕES E SUA IMPLEMENTAÇÃO NO BRASIL	31
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E O PAPEL DO ESTADO NO ENFRENTAMENTO AO SUICÍDIO: DEBATES CONTEMPORÂNEOS	46
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS	66

1 INTRODUÇÃO

O suicídio é considerado um fenômeno social mundial e um grande problema de saúde pública na atualidade, levando desafios às equipes multiprofissionais que atuam no acolhimento dessas urgências. Segundo a World Health Organization (2021), há mais de 700.000 mortes por suicídio no mundo a cada ano, e um número muito maior de tentativas, causando grande impacto nas famílias e comunidades. Entre os jovens de 15 a 29 anos de idade, o suicídio é a quarta principal causa de morte mundial e a terceira em meninas de 15 a 19 anos. Existe um impacto muito maior nas populações mais vulneráveis e é altamente prevalente em populações já marginalizadas e grupos discriminados da sociedade, tais como indígenas, negros, pessoas LGBTQIAPN+, pessoas privadas de liberdade e que possuem algum adoecimento mental. Não é então, um problema apenas dos países desenvolvidos, 77% dos suicídios ocorrem em países de baixa e média renda, onde os recursos e serviços, se existirem, são frequentemente escassos e limitados para identificação precoce, tratamento e suporte para pessoas em necessidade.

De acordo com o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021), entre 2010 e 2019 ocorreram 112.230 mortes por suicídio no Brasil, um aumento de 43% no número anual de mortes. Observou-se um aumento consistente nas taxas de mortalidade por suicídio dos últimos dez anos, com destaque para o maior risco de morte em homens e para o aumento nas taxas de suicídio de jovens. As evidências também mostraram riscos ainda maiores de suicídio entre grupos em situação de maior vulnerabilidade, como migrantes e refugiados, população LGBT¹ e povos indígenas. Foi identificado que houve aumento do risco de morte por suicídio em todas as regiões do país, mas as regiões Sul e Centro-Oeste demonstram os maiores números. Os estados com dados mais preocupantes são os estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina, com as maiores taxas de suicídio do Brasil, respectivamente 11,8 e 11,0 por 100 mil habitantes.

Dados da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE) da Secretaria de Saúde de Santa Catarina (SES/SC) mostram que no estado, durante o período de 2017 a 2021, foram notificados 3.888 casos de óbito por suicídio, chegando a taxa de 13,2 mortes a cada 100 mil habitantes no ano de 2021. A comparação com relação

¹ Sigla adotada nesse formato no Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde de 2021.

ao gênero mostra que, no período de 2017 a 2021, observou-se que as taxas apresentadas pelos homens foram superiores em todas as regiões de Santa Catarina. Já com relação a faixa etária, identifica-se que treze das dezessete regiões do Estado apresentaram as mais altas taxas em pessoas com 60 anos ou mais de idade, no período de 2017 a 2021. Já na avaliação das proporções de óbitos por suicídio por faixa etária, verifica-se que o maior percentual ocorreu entre os indivíduos de 40 a 59 anos na maior parte das regiões (SC, 2022).

Não menos importante que os indicadores epidemiológicos, também temos as pesquisas teóricas e empíricas, dentre estas, Durkheim foi um dos primeiros estudiosos a se aprofundar no fenômeno do suicídio na perspectiva social mostrando, a partir de dados estatísticos, que a taxa de suicídio possui uma certa regularidade, onde cada sociedade apresenta uma tendência coletiva, não se constituindo uma classe isolada de fenômenos, como se acreditava. O autor, em 1897, vai conceituar suicídio como todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado. Já a tentativa é o ato assim definido, mas interrompido antes que dele resulte a morte (DURKHEIM, 2019).

Apesar disso, o que se percebe é que, até hoje, a perspectiva social do suicídio é secundarizada. Muitos dos estudos atuais sobre o assunto, principalmente nas áreas médicas e psicológicas, entendem o fenômeno de forma preponderantemente individual, com um reducionismo psiquiátrico que usa os transtornos mentais como explicação central para os casos de suicídio.

Apesar de ter grande impacto social, o suicídio ainda é um tema estigmatizado tanto na sociedade em geral quanto nos espaços acadêmicos. Mesmo com as discussões existentes no mundo sobre o suicídio e a preocupação de muitas entidades governamentais e não governamentais, este tema não é muito presente nos espaços ocupados pelo assistente social, o que surpreende se consideradas as demandas da realidade. Por isso, a importância de buscar compreender esse fenômeno não somente nas suas particularidades, mas também como uma expressão da questão social. É principalmente por este motivo que o interesse pelo tema surge, da compreensão que esse assunto deve ser pauta nos espaços acadêmicos e profissionais do Serviço Social.

O suicídio foi escolhido como tema deste trabalho por um questionamento que inicia no desenvolvimento do projeto de pesquisa da disciplina de Pesquisa II do

curso. Naquele momento, havia um interesse acadêmico sobre saúde mental e logo com o tema do suicídio, que surpreendeu por ser ainda visto como um estigma social e existirem poucos estudos que se aprofundem no assunto, principalmente no Serviço Social. Além disso, me deparei com relatos de pessoas com tentativas de suicídio sobre seus atendimentos nos diversos serviços oferecidos pela rede de saúde, que eram minados de preconceitos, julgamentos e com pouco acolhimento das necessidades dessas pessoas.

Essa aproximação levou ao questionamento sobre a abordagem do assistente social ao se deparar com uma demanda que envolve a questão do suicídio, tanto direta quanto indiretamente, e com isso percebeu-se também a escassez de discussões acadêmicas que envolvem o tema. O interesse de compreender mais profundamente o tema e os estudos existentes vieram com o amadurecimento da ideia de buscar respostas, ou mais perguntas, a partir das políticas públicas existentes sobre o assunto e quais vieses elas possuem, além de maior aprofundamento sobre as discussões que vem sendo feitas na pesquisa científica.

Com isso, este trabalho tem como objetivo compreender como as políticas públicas sobre suicídio abordam o problema a partir das legislações publicadas. Quanto aos objetivos específicos busca-se descrever o suicídio como fenômeno social a partir de autores da sociologia; identificar as políticas públicas existentes no país sobre o suicídio a partir das leis, decretos e portarias governamentais publicadas no âmbito federal sobre o tema e relacionar com as publicações recentes de artigos científicos sobre o assunto.

Este trabalho parte de uma pesquisa bibliográfica e uma pesquisa documental sobre o suicídio como um fenômeno social e as políticas públicas que dão respostas à sociedade sobre esta questão social.

Para isto, foi realizada uma busca de artigos no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) com as palavras chave “suicídio” e “políticas públicas”. Foi utilizado como critério de seleção na biblioteca virtual somente os artigos que foram publicados entre os anos de 2018 e 2023. A partir daí encontrou-se um total de 150 artigos, os quais foram excluídos os trabalhos que não estivessem em português, os que apareciam repetidamente, aqueles com acesso não disponível, além de considerar a vinculação ao tema pois muitos artigos se ligavam somente a uma das palavras chaves inscritas. Por fim, foi utilizado como critério a pertinência temática, escolhendo-se artigos que traziam como

temática a relação entre suicídio e políticas públicas, excluindo-se os que tratavam somente de saúde mental em geral, não englobando o suicídio ou os que não abordavam as políticas públicas. A partir dessa análise, a fim de aplicar a pertinência temática mencionada, encontrou-se quatro artigos para análise e posteriormente foi realizada sua leitura, sistematização e análise dos conteúdos considerados mais relevantes.

Com a pesquisa bibliográfica será possível ter um amplo alcance de informações, além da utilização de dados dispersos em inúmeras publicações, auxiliando também na construção ou na melhor definição do quadro conceitual que envolve o objeto de estudo proposto. A utilização da pesquisa bibliográfica como procedimento metodológico e enquanto estudo teórico elaborado a partir da reflexão pessoal e da análise de documentos escritos, segue uma sequência ordenada de procedimentos de busca por soluções, atento ao objeto de estudo, e que, por isso, não pode ser aleatório (LIMA; MIOTO, 2007).

Já a pesquisa documental diferencia-se da pesquisa bibliográfica na natureza das fontes, valendo-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa (GIL, 2008). Nessa perspectiva, a pesquisa documental foi realizada a partir do levantamento de publicações governamentais que tratam do suicídio no Brasil nos últimos vinte anos, encontradas principalmente no Portal de Legislação do Planalto e na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde.

As discussões iniciam trazendo o suicídio como um fenômeno social a partir do pensamento de Durkheim, Marx e trabalhos contemporâneos na perspectiva sociológica a partir da realidade brasileira. Em seguida, na segunda seção, se buscará entender a saúde mental como um direito, fazendo um resgate histórico e conceitual da luta por políticas de saúde mental no país, questionando o papel do Estado no enfrentamento ao suicídio e trazendo um levantamento de quais políticas públicas foram criadas nos últimos anos e sua implementação no país.

Por último, apresentamos nossas reflexões finais indicando que as normativas brasileiras no âmbito federal entendem o suicídio em uma perspectiva individualizada, em um sentido médico e psicológico, não abordando o tema como fenômeno social. Evidencia-se a preocupação das normativas com a coleta de dados sobre o suicídio, a divulgação de formas de prevenção nas mídias e comunicações e a educação permanente dos profissionais da saúde. Já as discussões

contemporâneas evidenciaram a necessidade de educação permanente dos profissionais; a importância das políticas públicas que tratem não só o suicídio, mas a garantia de direitos; o incentivo de novas pesquisas no tema e a atenção aos grupos de maior vulnerabilidade. Por fim, evidencia-se a necessidade de uma maior discussão desse tema no Serviço Social a partir do conhecimento das políticas públicas sobre suicídio pelos profissionais, da capacitação dos assistentes sociais que atuam nos diversos espaços sócio-ocupacionais, além do fomento de novas pesquisas desta temática na área.

2 SUICÍDIO COMO FENÔMENO SOCIAL

O tema do suicídio é historicamente discutido nas ciências biológicas e da psicologia. Porém, o número de trabalhos que o entendem a partir de uma perspectiva social são bem menos numerosos. Este trabalho pretende compreender o suicídio como um fenômeno social, partindo de um caminho já trilhado pelo sociólogo Émile Durkheim no século XIX com a obra *O Suicídio*.

Nesta obra, o autor será pioneiro em consolidar o entendimento do suicídio como fato social, e não apenas como fenômeno psicológico individual. Ele vai utilizar a estatística para mostrar que existe uma taxa social de suicídio, que carrega inúmeras informações sociais e culturais que podem explicar este fenômeno.

Outro pensador, Karl Marx também vai abordar o tema, em um dos escritos de 1846, ele reúne passagens das memórias de Jacques Peuchet, que foi diretor dos Arquivos da Polícia Francesa, com seus comentários sobre o tema do suicídio. O principal interesse surge sobre a crítica social francesa às condições da vida moderna, sobretudo referente às relações privadas de propriedade e às relações familiares. Ao contrário de Durkheim, Marx não apresentará dados estatísticos, mas analisa o fenômeno com uma metodologia de estudo de caso, aproximando a sociologia de outras ciências humanas. O suicídio é visto por Marx como um sintoma de uma sociedade doente, que necessita de uma transformação radical (MARX, 2006).

Sobre este tema, três estudos sociológicos indicam posições consistentes acerca do fenômeno no Brasil, que merecem destaque, são os de Bráulio Figueiredo Alves da Silva e equipe, José Benevides Queiroz e Roger Bastide.

2.1 O SUICÍDIO EM DURKHEIM

No estudo de Durkheim (2019), foram analisados os índices de suicídio em diferentes segmentos da população europeia, empregando sua análise estatística extensa para dois fins: primeiro refutar as teorias que pretendem explicar as variações no número de suicídios com base em fatores psicológicos, biológicos, genéticos, raciais, climáticos ou geográficos; e segundo para apoiar com provas empíricas sua própria explicação da teoria sociológica. A principal hipótese do autor demonstra que a soma total de suicídios em uma dada sociedade deve ser tratada como um fato que somente pode ser explicado plenamente em termos sociológicos, e não por

motivações pessoais dos atos de autodestruição, ou seja, a unidade de análise é a sociedade e não o indivíduo. Considerando o conjunto dos suicídios cometidos numa determinada sociedade durante uma unidade de tempo, percebe-se que o total não é uma simples soma de unidades independentes, uma coleção, mas que constitui em si um fato novo e singular, que tem a sua unidade, a sua natureza própria e que, além disso, tal natureza é eminentemente social, um “fato social”.

Durkheim (2019) inicialmente vai buscar uma definição para o suicídio no intuito de distinguir e delimitar quais atos serão considerados suicídio na sua exploração estatística, que não termina na intenção ou no fim perseguido por si só. Ele mostra que a renúncia à existência e as diferentes maneiras de renunciar a ela só podem ser variedades de uma mesma classe. Há entre elas semelhanças fundamentais para que não sejam reunidas sob a mesma expressão genérica, o que não significa que em seguida não se possam distinguir espécies dentro do gênero assim constituído. O que há de comum a todas as formas possíveis dessa renúncia suprema é o ato que a consagra ser realizado com conhecimento de causa. É a vítima, no momento de agir, saber o que deve resultar de sua conduta, seja qual for a razão que a tenha levado a se conduzir assim.

Dizemos pois definitivamente: chama-se suicídio todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado. A tentativa é o ato assim definido mas interrompido antes que dele resulte a morte (DURKHEIM, p.14, 2019).

Essa definição previne as aproximações enganosas ou as exclusões arbitrárias; ela dá uma ideia do lugar que os suicídios ocupam no conjunto da vida moral. Mostra, com efeito, que eles não constituem, como se poderia acreditar, um grupo totalmente a parte, sem relação com os outros modos de conduta, mas sim que estão ligados a eles por uma série contínua de intermediários. Com isso, o autor define que cada grupo social tem uma inclinação coletiva que lhe é própria e da qual derivam as inclinações individuais, e não que procede destas últimas (DURKHEIM, 2019).

O sociólogo vai se preocupar com os suicídios onde a causa tenha repercussões sociais, ou seja, aqueles os quais é possível agir sobre o grupo, e não sobre indivíduos isoladamente. Nesse sentido, Durkheim vai trazer em seu livro os fatores extras sociais de grande generalidade, no intuito de compreender a sua influência nas taxas de suicídio, se são nulas ou muito restritas. Ele discute elementos

dos dados estatísticos para concluir que as disposições orgânico-psíquicas, a raça e a hereditariedade e fatores climáticos não afetarão as taxas de suicídio de uma sociedade (DURKHEIM, 2019).

Durkheim (2019) vai elencar três tipos de suicídio ligados às causas sociais: o suicídio egoísta, o suicídio altruísta e o suicídio anômico. No suicídio egoísta, o autor utiliza os números para comparar as taxas de suicídio entre católicos, protestantes e judeus. Ele diferencia o catolicismo e protestantismo, dizendo que o segundo admite um livre exame de sua crença de forma mais ampla que o primeiro. Isso não se trata do sentimento e da fé religiosa, para além disso, o protestantismo confere uma importância maior ao pensamento individual, enquanto no catolicismo existem mais crenças e práticas em comum, sendo mais fortemente integrada. Com relação ao judaísmo, o sociólogo explica a menor propensão ao suicídio ao fato de existir uma solidariedade e integração por conta de toda a intolerância e perseguição às quais esse grupo foi submetido, se tornando mais concentrado. Quanto maior as situações coletivas, mais a comunidade religiosa é integrada e maior é sua preservação. Essa ideia se perpetua com relação à família e sociedade. Ele demonstra que existe uma causa comum entre a religiosidade, vida doméstica e política: a integração dos grupos sociais. Quando a sociedade é fortemente integrada, ela mantém os indivíduos sob sua dependência, existindo entre todos uma troca contínua de ideias e sentimentos que funciona como uma assistência moral mútua, o que faz com que o indivíduo, em vez de ficar reduzido às suas próprias forças, participe da energia coletiva e nela venha recompor a sua quando chega ao fim.

O suicídio altruísta ocorre quando a sociedade de certa forma coage seus membros a se matar por conta também de uma forte integração social. Mas nesse caso, o grupo social forma uma massa tão compacta e contínua, que a personalidade individual tem pouca importância. Ao indivíduo faltam meios para constituir para si um meio especial cujo abrigo ele possa desenvolver sua natureza e construir uma fisionomia que seja só sua (DURKHEIM, 2019).

Por fim tem-se o suicídio anômico, onde Durkheim (2019) vai trazer elementos que relacionam as necessidades dos seres vivos aos meios de satisfazê-las. Ele entende que a depender exclusivamente do ser humano, as necessidades e desejos próprios podem ser ilimitados, se nada os contém de fora, tornam-se uma fonte de tormentos. Perseguir um fim inacessível por hipótese é condenar-se a um perpétuo estado de descontentamento, onde as satisfações recebidas só farão

estimular as necessidades, ao invés de as aplacar. Para que isso não ocorra, as paixões devem ser limitadas, e esse limite precisa ser externo ao indivíduo, já que ele por si só não se impõe essas limitações. É preciso que uma força reguladora externa desempenhe este papel, e só a sociedade diretamente ou em seu conjunto tem condições de desempenhar esse papel moderador, pois é o único poder moral superior que o indivíduo aceita. Porém, quando a sociedade é afetada por crises ou transformações repentinas, ela fica provisoriamente incapaz de exercer essa regulação aos indivíduos, o autor vai chamar esse estado de desregramento de anomia.

Apesar de entender que as grandes crises econômicas vão influenciar nas taxas de suicídio, Durkheim (2019) mostra que não é a pobreza que influenciará no suicídio. Ele mostra, a partir dos dados coletados, que as grandes transformações de prosperidade e abonação econômica também aumentam as taxas de suicídio. Esse fenômeno ocorre por ambas serem rupturas de um equilíbrio social, são perturbações da ordem coletiva, ou seja, todas as vezes que se produzem grandes rearranjos no corpo social, sejam por súbitos crescimentos econômicos ou graves crises financeiras, os números de suicídio aumentam. Há, então, uma desregulamentação nas relações econômicas, onde o poder governamental não mais regula a economia, mas se torna seu instrumento e servidor. Com isso, a anomia vai se tornando um fator regular e constante nas sociedades modernas, sendo determinante de suicídios.

A ideia de desregramento apresentada por Durkheim (2019), afeta os índices de suicídio também com relação à família e ao casamento. Durkheim vai defender que uma desorganização na família por conta de uma viuvez ou um divórcio, influencia os envolvidos com relação ao regime material e moral produzindo uma tendência ao suicídio. Apresenta que o casamento é um fator de proteção, pois fornece uma regulamentação social que leva ao equilíbrio moral, à definição e ao atendimento das necessidades e sentimentos próprios do indivíduo.

O autor aborda elementos que trazem uma compreensão mais clara do caráter social do suicídio, além de não desconsiderar a existência de motivações de cunho individual. Percebe-se que a questão da coletividade e a integração do indivíduo a seu grupo social é um dos fatores mais protetivos do suicídio. Durkheim reforça muitos elementos da religiosidade para mostrar isso, mas é possível pensar nas mais diversas formas de organizações coletivas da nossa sociedade que vão possibilitar essa troca contínua entre os indivíduos de um mesmo grupo social. Em

contrapartida tem-se o extremo oposto, onde o grupo social é tão solidificado que a individualidade da pessoa perde completamente a importância, o que se torna um risco para o suicídio. Observa-se que o que se entende é a necessidade de um equilíbrio social, onde haja uma integração ao grupo sem se desprezar a individualidade de cada um.

Outro ponto importante nesse autor é pensar em um controle realizado pela sociedade para os impulsos e desejos infindáveis dos indivíduos, uma força reguladora externa, onde se tem uma regulação comum a todos e aceitável pelo grupo social. E o momento que se tem um alto nível de ruptura do equilíbrio social, esse controle se perde, levando a uma anomia, uma desregulamentação das forças reguladoras, e nesse momento que os suicídios aparecem mais. É interessante que, apesar dos mais de 150 anos da obra de Durkheim e de vivermos uma realidade bem diferente da europeia, muitos elementos são fundamentais para entender os dados de suicídio no Brasil. Os pontos abordados pelo autor reforçam a importância de o suicídio ser considerado um fenômeno social, para que a forma de debater e propor políticas de prevenção sejam mais efetivas, afinal existe um padrão nas taxas de suicídio que as explicações individualistas não dão conta de esclarecer.

2.2 SUICÍDIO EM MARX

Em 1846, Marx realiza este ensaio originalmente impresso no Órgão de Representação das Classes Populares Despossuídas e de Análise da Situação Social Atual. Ele aborda o tema reunindo passagens das memórias de Jacques Peuchet, que foi diretor dos Arquivos da Polícia Francesa, com seus comentários sobre tema do suicídio. Marx revela nesta obra, que o principal interesse neste assunto se trata do valor da crítica social francesa às condições da vida moderna, sobretudo referente às relações privadas de propriedade e às relações familiares.

O interesse de Marx desperta curiosidade, já que Jacques Peuchet assumiu outros cargos públicos e foi membro do partido monarquista na época. Ocupou também um cargo de destaque no ministério, influenciando oradores da Assembleia Constituinte, sendo sua contribuição estendida a uma estruturada crítica social, onde seu interesse pelos inúmeros casos de suicídio chamaram a atenção, traçando uma breve, mas profunda análise das relações e comportamentos humanos degradantes enraizados na sociedade da época.

Neste livro, muito distinto das publicações de Marx, se percebe um documento pouco conhecido que se diferencia do restante da sua produção pois não se trata de uma peça escrita pelo próprio Marx, mas composta de fragmentos traduzidos e preenchidos nos cadernos de Marx com suas próprias notas. O autor não era economista, historiador, filósofo, nem socialista, mas somente o diretor dos Arquivos da Polícia sob restauração. Além disso, o texto não se trata de uma obra científica, mas de uma coleção informal de incidentes e episódios, seguidos de alguns comentários. O livro reforça que o tema não concerne ao que habitualmente se considera esfera econômica ou política, mas à vida privada: o suicídio, onde a principal questão social discutida em relação ao tema é sobre a opressão das mulheres nas sociedades modernas.

Marx (2006) entende que a classificação das causas do suicídio é uma classificação dos males da sociedade burguesa moderna, onde os males econômicos do capitalismo como os baixos salários, desemprego, miséria e a injustiça social são fatores que influenciam no número de casos de suicídio. Essa condição demonstra a organização deficiente da sociedade pois, na época de paralisações, crises da indústria, temporadas de encarecimento dos meios de vida e de invernos rigorosos, esse sintoma é sempre mais evidente e assume caráter epidêmico. Quando se veem a forma que as instituições vivem, dispendo do sangue e da vida dos povos, a forma como distribuem a justiça civilizada com um rico material de prisões e castigos, quando se vê a quantidade de classes que são abandonadas na miséria e os párias sociais que são golpeados com um desprezo brutal e preventivo, então não se entende com que direito se poderia exigir do indivíduo que ele preserve a si mesmo, uma existência que é espezinhada por hábitos corriqueiros, preconceitos, leis e costumes em geral. Com isso, Marx entende que o suicídio não é algo antinatural, por ser um comportamento que se consuma com tanta frequência, está na natureza da nossa sociedade desigual gerar muitos suicídios.

Como se explica que, apesar de tantos anátemas, o homem se mate? É que o sangue não corre do mesmo modo nas veias de gente desesperada e nas veias dos seres frios, que se dão o lazer de proferir todo esse palavrorio estéril. O Homem parece um mistério para o Homem; sabe-se apenas censurá-lo, mas não se o conhece. Quando se veem a forma leviana com que as instituições, sob cujo domínio a Europa vive, dispõem do sangue e da vida dos povos, a forma como distribuem a justiça civilizada com um rico material de prisões, de castigos e de instrumentos de suplício para a sanção de seus desígnios incertos; quando se vê a quantidade incrível de classes que, por todos os lados, são abandonadas na miséria, e os párias sociais, que são

golpeados com um desprezo brutal e preventivo, talvez para dispensar-se do incomodo de ter que arrancá-los de sua sujeira; quando se vê tudo isso, então não se entende com que direito se poderia exigir do indivíduo que ele preserve em si mesmo uma existência que é espezinhada por nossos hábitos mais corriqueiros, nossos preconceitos, nossas leis e nossos costumes em geral (MARX, 2006).

Entre as causas do desespero que levam pessoas a buscar a morte, destaca-se os maus tratos como fator dominante, injustiças e castigos secretos que pais e superiores infligem a pessoas que se encontram sob sua dependência. A Revolução Francesa não derrubou todas as tiranias, como a tirania familiar, que se mostra como ferramenta do patriarcado para a sujeição das mulheres, inclusive as burguesas. As relações entre interesses e ânimos, as verdadeiras relações entre os indivíduos ainda estão para ser criadas inteiramente, e o suicídio não é mais do que um entre inúmeros sintomas da luta social geral, sempre percebida em fatos recentes da qual tantos combatentes se retiram porque estão cansados de serem contados entre as vítimas ou porque insurgem contra a ideia de assumir um lugar entre os carrascos (MARX, 2006).

O texto vai abordar alguns casos descritos por Peuchet onde as vítimas são de um setor social que toma lugar central nos comentários de Marx: as mulheres. Três dos quatro casos de suicídio mencionados no livro se referem a mulheres vítimas do patriarcado, ou nas palavras dos autores, da tirania família, um poder arbitrário que não foi derrubado pela Revolução Francesa. Marx e Peuchet ao contar as histórias de suicídio dessas mulheres, constroem um claro protesto contra o patriarcado, contra a sujeição das mulheres, incluindo as burguesas, e contra a natureza opressiva da família burguesa. Para os autores, a crítica da sociedade burguesa não pode se limitar à questão da exploração econômica, por mais importante que ela seja. Essa crítica precisa assumir um amplo caráter social e ético, incluindo todos os profundos e múltiplos aspectos opressivos da sociedade (MARX, 2006).

Percebe-se que, apesar de Marx analisar o suicídio a partir de casos específicos, essa análise se remete ao coletivo onde é possível ver o atravessamento de pautas sociais nas motivações dos suicídios. Ele mostra que muitas destas mortes são causadas pelas mais diversas opressões existentes em uma sociedade capitalista, levando o indivíduo a exaustão de lutar contra preconceitos, miséria e desprezo, onde o único caminho possível seria a morte.

A maior contribuição que Marx traz ao tratar do suicídio neste livro, é chamar a atenção para a opressão do patriarcado contra as mulheres. Fica evidente o quanto o patriarcado é violento, agressivo e manipulador com a vida das mulheres e quando não as matam literalmente, as levam a um estado de desespero no qual só veem como saída tirar a própria vida. Nesse sentido, lutar contra o patriarcado e pela criação de políticas para igualdade de gênero também são medidas de proteção ao suicídio.

2.3 ESTUDOS DO SUICÍDIO NO BRASIL

Nesta terceira parte do trabalho abordaremos alguns artigos contemporâneos que analisam a realidade brasileira do suicídio a partir da perspectiva social. No primeiro artigo os professores do Departamento de Sociologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Bráulio Figueiredo Alves da Silva, Antônio Augusto Pereira Prates, Alexandre Antônio Cardoso e Nina Gabriela Moreira Braga Rosas de Castro realizaram o projeto “O suicídio no Brasil contemporâneo: uma replicação da teoria Durkheimiana”, amparado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais. Esse projeto culminou na publicação do artigo “O suicídio no Brasil contemporâneo”.

Os estudos de Silva et al. (2018), procuraram demonstrar que, ainda hoje, o suicídio pode ser visto como fenômeno social que obedece a padrões ou regularidades, o que permite estabelecer os fatores que lhe são determinantes. Eles realizaram uma análise estatística sobre as mortes por suicídio no Brasil entre os anos de 1980 a 2010, com intuito de verificar o efeito de elementos de integração social da teoria durkheimiana. Investigou-se também como o espaço é uma variável relevante para o estudo desse fenômeno, indicando duas grandes regiões de conglomerados espaciais no Brasil. Os resultados vão apontar uma possível associação entre fatores de baixa integração social e maior taxa de suicídio no Brasil.

Os resultados finais do estudo mostraram que entre os anos de 1980 e 2010 as taxas tiveram pouca variabilidade, porém observa-se que entre os homens há um padrão de crescimento linear. A partir de uma busca de um padrão de incidência nos espaços, percebeu-se a região com maior incidência de suicídio se manteve a mesma ao longo do período estudado, o estado do Rio Grande do Sul.

Além disso, verificou-se a existência de correlação espacial, ou seja, as regiões vizinhas apresentavam o mesmo padrão nos dados analisados (SILVA et al, 2018).

Por fim, tem-se como resultado, que a hipótese do efeito discreto de variáveis de integração social sobre o comportamento das taxas de suicídio tem consistência empírica. A análise também demonstra a plausibilidade de uma hipótese de contaminação das taxas de suicídio dentro de um ambiente de vizinhança. O estudo compreende a necessidade de um debate mais aprofundado sobre um tema tão caro às áreas de saúde e sociologia, para que forneça apontamentos cruciais que devem ser incorporados também em termos de prevenção ao ato (SILVA et al, 2018).

Este artigo reforça elementos importantes já discutidos por Durkheim, confirmando a existência de um padrão nas taxas de suicídio dentro de uma determinada sociedade. O que chama mais a atenção nos dados é que, apesar de um espaço temporal de trinta anos, os números de suicídio no país seguem basicamente o mesmo padrão. Observa-se números semelhantes de mortes por suicídio ao longo dos anos, e mesmo com o crescimento linear dos dados de morte de homens, eles sempre se suicidaram mais que as mulheres. Além disso, a região do país que mais contabiliza suicídios permaneceu a mesma nesse período de tempo. Esse fato reforça o caráter social do suicídio defendido neste trabalho, pois se este fosse de caráter somente individual, as taxas se apresentariam de modo aleatório, mas o que se tem é o contrário, existe um padrão nos números de suicídio no Brasil.

Outro artigo que aborda o suicídio como fenômeno social é “Um olhar sociológico sobre o suicídio no Brasil” do professor José Benevides Queiroz, que é doutor em Ciências Sociais e professor da Universidade Federal do Maranhão, além de especialista em teoria sociológica, sociologia econômica e pensamento social no Brasil, desenvolvendo atualmente uma pesquisa sociológica sobre o fenômeno do suicídio em nosso país.

Queiroz (2021) apresenta dados mais recentes do suicídio no Brasil que já mostram uma grande preocupação com relação aos jovens. Além dos altos números de suicídio na faixa etária de 15 a 29 anos, existe também grandes índices de baixa escolaridade, guardando uma relação estreita com o suicídio. Do total, 39,2% possuíam até sete anos de estudo, somados a porcentagem dos que apresentavam ensino médio incompleto chega-se a quase 70% de jovens que possuem uma baixa formação profissional. O fato de o tempo de estudo ser um fator protetivo se relaciona às condições de vida das pessoas, em geral, pessoas com menor escolaridade

tendem a ocupar empregos precarizados com baixos salários. Outra hipótese levantada pelo autor é o acesso a uma determinada qualidade de vida desse grupo de pessoas. Poucos anos de estudo podem ser perigosos pela dificuldade que essas pessoas enfrentam para se reintegrar a dinâmica da sociedade moderna, e por apresentarem dificuldade para superar os momentos de crises existenciais por falta de acesso à informação ou acesso aos serviços.

O autor fornece dados que relacionam o índice de suicídio com o crescimento econômico e distribuição de renda no Brasil. A análise do período de 2000 a 2015 aproximadamente, vai demonstrar significativo desenvolvimento econômico e uma ampla política de distribuição de renda no Brasil, que possibilitou reduzir drasticamente as desigualdades sociais. Apesar da maior prosperidade material das pessoas, ele demonstra que houve um significativo aumento do número e das taxas de suicídio no país, um acréscimo de 52,22%. Quando comparado às décadas de 1980 e 1990, que foram marcadas por grandes oscilações socioeconômicas e incertezas, o crescimento do suicídio foi menor, de 2,7%, e 18,8%, respectivamente (QUEIROZ, 2021).

Além disso, o artigo vai buscar dados sobre o caráter protetivo do casamento abordado por Durkheim. Os números brasileiros mostram que a união matrimonial protege, com uma mesma força, homens e mulheres. Entre 2011 e 2015, 31,3% dos homens e 32,1% das mulheres que se suicidaram eram casadas. Já o conjunto das pessoas solteiras, viúvas ou divorciadas apresentou um número de 60,3% dos homens e 60,7% das mulheres. Ou seja, em ambos os sexos, o número de suicídios tende a ser muito maior entre os que não são casados ou vivem em união estável. Apesar das explicações sociológicas clássicas e atuais, o autor alerta que uma hipótese para explicar essa realidade no país pode ser a importância que ainda guarda a família no seio da sociedade brasileira. Ao que tudo indica, a instituição familiar continua conseguindo integrar e regular de tal modo a vida das pessoas, que pode ser vista como obstáculo ao suicídio (QUEIROZ, 2021).

Com relação ao gênero, os índices de suicídio apontados no estudo de Queiroz (2021) mostram um fator de proteção do gênero feminino. Desde os primeiros estudos, no século XIX, constatou-se que as mulheres sempre se suicidaram menos, ou seja, na maioria das realidades sociais, os homens são os mais afetados pelo ato de tirar a própria vida. Os números de 2011 a 2017 mostram que nesse período, em média, os homens tiraram três vezes e meia mais a própria vida do que as mulheres.

Um dos fatores que o autor cogita para explicar esse fato, é um elemento biológico: a maternidade, por carregar consigo um forte significado simbólico conferido pela sociedade, que pesa na vida da mãe. Essa teoria não pode ser confirmada pois os dados de suicídio de mulheres no Brasil, assim como em muitos países, não são registrados levando em conta a maternidade. Nesse aspecto percebemos a ideia construída socialmente de família como lugar de amor e cuidado, ainda muito central tanto nos diversos grupos sociais como também nas políticas brasileiras onde há uma responsabilização das famílias na proteção social dos indivíduos.

A ocorrência – ou recorrência – do suicídio na sociedade brasileira, como em vários outros países, é a prova inequívoca do acerto de Émile Durkheim em alçar o fenômeno à condição de objeto de estudo da sociologia. Ao mesmo tempo que uma estratégia para afirmar a sociologia no campo das Ciências Sociais, a reflexão sociológica sobre o ato da pessoa tirar a própria vida foi um modo de revelar uma das faces da modernidade. (...) Na visão de Durkheim, o progresso tão anunciado pela modernidade não era pródigo em tornar as pessoas felizes, como prometera o Iluminismo. Ele trouxe consigo também o agravamento do suicídio, fenômeno que impinge preocupação e sofrimento à vida das pessoas, tornando-o uma marca indelével dessa sociedade. Isto explica por que, mais de cem anos depois de sua primeira edição, uma obra como *O Suicídio* mantém-se atual e resistente ao tempo. Não só! O estudo que ele indica, mesmo suas análises sendo passíveis das necessárias críticas e atualizações, permite-nos observar “no suicídio e suas variações um revelador das profundas tendências da sociedade”. Isso explica a razão do suicídio ser um fato preocupante em todos países e regiões do mundo. A expansão da modernidade fez com que ele atingisse indistintamente todos os povos, independentemente da religião, etnia e cultura (QUEIROZ, 2021).

Este estudo de Queiroz é capaz de esclarecer diversos elementos do suicídio como fato social, além de compreendê-lo a partir da realidade brasileira. Ele nos mostra um elemento importante para entender as vulnerabilidades da nossa sociedade: a escolaridade. É sabido que uma maior escolaridade demonstra, normalmente, o acesso a melhores empregos e assim a uma melhor possibilidade de subsistência. Na questão do trabalho, existe historicamente no Brasil uma dificuldade de que a maior parte da população brasileira tenha condições dignas de trabalho ou sequer um emprego formal. Esse fato além de ser fator de vulnerabilidade em diversos âmbitos da sociedade, também é um fator de risco para o suicídio.

Em contrapartida, o artigo demonstrou algo que Durkheim já trazia em seu livro: o caráter protetivo do casamento. Isso se deve pelo fator de integração social, onde existe uma regulação dentro de um grupo social, a família. A quebra dessa regulação, ou seja, o divórcio ou a viuvez, leva a ruptura deste equilíbrio e da troca

contínua do grupo. Porém, na realidade brasileira, existe também uma valorização da família como instituição fundamental, isso se observa nos costumes das pessoas como também em muitas políticas sociais, as quais reforçam as famílias como grupo central.

Outro estudo importante sobre o suicídio, porém pouco conhecido é “O suicídio do negro brasileiro”, do sociólogo francês Roger Bastide (2018), que foi professor na Universidade de São Paulo e grande pesquisador das religiões afro-brasileiras. Seu texto publicado originalmente em 1952, pode ser considerado um contraponto ao trabalho de Durkheim, pois ele vai considerar a condição do negro americano particularmente significativa para descobrir a importância do fator individual e do fator social no suicídio.

Bastide (2018) demonstra como a ocorrência do suicídio na população negra se vinculou à condição social em que ela se encontrava. O africano foi arrancado de seu país, de sua organização tribal ou étnica, de seus costumes ancestrais, para ser conduzido, à força, a uma nova terra e como um instrumento de trabalho de um novo sistema econômico-social caracterizado pelo capitalismo agrário e comercial. Nesse contexto, o autor pretendia compreender em que medida estas metamorfoses inscreviam-se nas estatísticas do suicídio.

As estatísticas do tempo da escravidão, pesquisadas nos arquivos da polícia, mostram que o suicídio do negro era algo corrente e em número sempre infinitamente superior ao suicídio do branco. Esse número frequente de suicídios se apresentava a partir de um paradoxo, onde era observado um maior índice dessas mortes nas propriedades de senhores considerados “menos cruéis”. O autor explica que é o paradoxo que explica esse fenômeno, pois o suicídio está ligado ao ressentimento, e quando o ressentimento não pode tomar a forma de luta contra o branco, em razão de seu paternalismo afetivo, ele se volta contra si mesmo (BASTIDE, 2018).

De acordo com Bastide (2018), as representações coletivas que vão marcar este tipo de suicídio são duplas: de um lado, africanas, de outro, brasileiras. No primeiro caso, o suicídio seria um meio de retornar à África, lugar dos ancestrais, pois ao retornar, a alma daquele que se matou adentra no mundo dos mortos que está situado do outro lado do oceano. Já o segundo considera que o escravo constituía um importante capital de empresa agrícola, o suicídio sob sua forma coletiva, assim, levaria à ruína o senhor de escravos.

O que deve ser dito, e é o que mais importa, é que o indivíduo quando não se sente mais envolvido por um conjunto de instituições ou de costumes sobre os quais ele podia se apoiar e que lhe garantiam segurança, ele está desamparado. Da mesma maneira, o homem de cor continua ainda a ser um homem marginal; a escola, o contato com os brancos, a característica do estrangeiro que luta e imigra, tudo é razão para lhe exasperar no seu desejo de subir, ao longo da escala social. Mas é justo nesse momento em que suas aspirações são as mais altas, que ele mais sente o estigma de sua pele, de que não pode atingir – e sabe que por razões raciais – o lugar que julga voltado para ele (BASTIDE, 2018).

Os dados mostravam que, os índices de suicídio prevaleciam nos grupos de negros ainda escravizados com relação aos negros livres, que recebiam suas cartas de alforria. Bastide (2018) explica esse dado, mostrando que normalmente as cartas de alforria eram concedidas aos negros que já estavam habituados aos novos meios e aos escravos domésticos, pois eles estavam já totalmente assimilados à civilização patriarcal e católica do país. É somente através da identificação do indivíduo com a cultura dominante que se pode justificar esse dado estatístico.

É importante lembrar que apesar disso, a passagem do regime de escravidão ao regime de liberdade sem uma educação prévia do negro, ocasionou uma segunda crise, que se caracterizou por um aumento dos suicídios. Esse processo ocorre, pois, ao abandonar as grandes propriedades e chegar às cidades na busca de ascensão social, deparavam-se com uma industrialização pouco impulsionada para fornecer oportunidades a esta nova mão de obra disponível. Além do mais, nesse momento histórico muitos europeus chegam ao Brasil e, não somente triunfam nas fábricas, como também desaloja do artesanato os primeiros “negros livres” que fizeram dele sua fortaleza. Esta crise leva, estatisticamente, ao aumento da mendicância, da vadiagem, mas também a uma elevação da taxa de suicídio dos negros em relação àquela dos brancos (BASTIDE, 2018).

O autor vai discutir a questão racial no suicídio retomando o período de escravidão. É importante ressaltar que os negros até hoje são marginalizados, discriminados e mortos pelo racismo estrutural, assim vivenciando as mais variadas vulnerabilidades. O enfoque do autor foram os dados do período de escravidão, mas é necessária atenção também nos dias de hoje, pois essa vulnerabilidade social por conta do racismo pode ser um fator de risco ao suicídio. É necessário que as políticas públicas sejam protetivas à população negra não só neste tema diretamente, mas sim no sentido acabar com a desigualdade racial.

3 SUICÍDIO, DIREITO À SAÚDE MENTAL E POLÍTICAS PÚBLICAS

Apesar de considerar o suicídio um fenômeno social, que não necessariamente estará vinculado a presença de doenças mentais, é importante resgatarmos elementos históricos das políticas de saúde mental no país. Isso é necessário para compreender o contexto histórico onde as normativas legais sobre o suicídio se inserem atualmente, retomando os debates e lutas que se dedicaram à garantia de políticas públicas e serviços de saúde mental.

Foram diversos os modelos de assistência que marcaram a trajetória da saúde mental no Brasil. As mudanças nas concepções de loucura e adoecimento mental no país influenciaram as diversas práticas e formas organizativas de cuidado. Assim como na forma de organização do sistema de saúde e do contexto social, as transformações políticas e econômicas influenciaram na mudança das instituições e abordagens. É uma breve recuperação desta história que vamos ver a seguir.

No final da década de 1970 surgem movimentos reivindicando modelos de atendimento mais justos e humanos no cuidado em saúde mental no Brasil por conta das práticas violentas e de abandono que as instituições psiquiátricas adotavam. As primeiras ações em prol da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) surgem com a criação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), agregando diversos atores atravessados pela temática da saúde mental com o objetivo principal de propiciar condições para desconstrução do modelo manicomial vigente (SAMPAIO; JUNIOR, 2021).

Segundo Yasui (2010, apud SAMPAIO; JUNIOR, 2021) o Movimento da Reforma Sanitária também exerceu forte influência para a Reforma Psiquiátrica, em especial no debate da interrelação entre política, economia e condições de saúde.

Em 1979, o MTSM organizou o I Congresso de Saúde Mental em São Paulo, demonstrando vigor e iniciativa, mesmo sem qualquer apoio financeiro ou governamental. Esse congresso foi considerado um marco para as políticas do setor, sendo o primeiro evento nacional a reunir os diversos atores envolvidos com a temática levando maior visibilidade a espaços sociais, acadêmicos e políticos. Durante o Congresso, o MTSM decidiu convocar o II Congresso Nacional, em dezembro daquele mesmo ano, na qual enfatizava a proposta de uma sociedade sem manicômios revelando duas transformações significativas no movimento. Uma dessas mudanças diz respeito à sua constituição, na medida em que deixa de ser um coletivo

de profissionais para se tornar um movimento social, não apenas com os próprios usuários e seus familiares, mas também com outros ativistas de direitos humanos. Outra, no que se refere à sua imagem-objeto, até então relativamente associada à melhoria do sistema, à luta contra a violência, a discriminação e segregação, mas não explicitamente pela extinção das instituições e concepções manicomiais.

A partir desta mobilização se transforma em Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), e uma vez constituído, o coletivo passou a organizar núcleos nas capitais e em praticamente todas grandes cidades do país. Um elemento decisivo para esta ampliação foi a criação do Dia Nacional da Luta Antimanicomial em 18 de maio. Esta data serviria para despertar o pensamento crítico na sociedade sobre a violência institucional da psiquiatria e a exclusão das pessoas em sofrimento psíquico (AMARANTE; NUNES, 2018).

Nos anos 1980, os Movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica ganharam corpo no seio da sociedade brasileira e conquistaram espaços discursivos e novos adeptos na luta pela redemocratização, transformação da realidade sanitária e mudança no modelo de saúde mental.

Com o processo de redemocratização, de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e de consolidação das críticas à cultura manicomial se constituíram. Nesse período, iniciou-se a mudança do modelo de atenção em saúde mental pela substituição da estrutura hospitalocêntrica por serviços diversificados, abertos e territoriais, com o propósito de incluir os sujeitos em sofrimento mental no seio comunitário. Esse momento foi marcado pela VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986; assim como pela criação e implementação de algumas legislações importantes como a promulgação da Constituição de 1988, com o estabelecimento da saúde como direito de cidadania e dever do Estado; e a regulamentação do SUS por meio das leis 8.080/90 e 8.142/90 (SAMPAIO; JUNIOR, 2021).

A década de 1990 marca o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira como política pública consentida. Nesse período, o Brasil vivenciava a liberalização dos mercados, o ajuste macroeconômico e a reforma do aparelho estatal. No âmbito da saúde, as principais ações foram a descentralização da gestão para estados e municípios e a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) para a estruturação da atenção primária à saúde. Na saúde mental, constataram-se o fortalecimento e a solidificação dos ideais da RPB, com a instauração de um novo olhar relacionado à psiquiatria e às possibilidades assistenciais, bem como para a

promulgação de leis e atos normativos que instituíram novos dispositivos de cuidado (SAMPAIO; JUNIOR, 2021).

A mudança de conceitos em torno da assistência à saúde mental é atravessada por disputas ideológicas e políticas que se expressam a partir das políticas públicas, decretos e legislações publicadas ao longo da história. Esse processo é caracterizado por avanços e recuos, que se desenvolvem em virtude das diferentes forças que se apresentam em determinadas conjunturas. Compreender essa trajetória vinculada aos processos econômicos e políticos, permite colocá-la no campo da política como processo histórico e social. Um grande marco jurídico para a saúde foi a mudança na Constituição Federal (CF) de 1988, garantindo a saúde como um direito de todos e um dever do Estado mediante políticas econômicas e sociais que visem o acesso universal e igualitário e as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Juntamente com a luta manicomial, a mudança na CF implicou no projeto de lei 3.657/1989, que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios, que tramitou onze anos e com intensa mobilização social para que não sofresse emendas que permitissem a reprodução do modelo clássico (CABRAL; DAROSCI, 2019).

Em meados dos anos 1990 identifica-se o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Inspirados pelo Projeto, os movimentos sociais da época conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Porém é somente no ano de 2001 que a Lei 10.216 (Lei Paulo Delgado) é sancionada no país com modificações no texto original. Em linhas gerais, os anos 2000 inauguraram a Política Nacional de Saúde Mental, que estabelece estratégias e diretrizes para organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em Saúde Mental (CABRAL; DAROSCI, 2019).

A Lei Federal 10.216/2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Enfatiza a responsabilidade do Estado com o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais a partir da participação da sociedade e da família, sendo prestada em estabelecimentos de saúde mental que terá como finalidade

permanente, a reinserção social do paciente em seu meio. Os direitos da pessoa portadora de transtorno mental elencados nesta lei englobam:

I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

No ano de 2011 foi instituída a Portaria 3.088/2011 que regulamenta a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A RAPS é constituída pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar e estratégias de desinstitucionalização. Na atenção psicossocial o ponto de atenção é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo. As atividades no CAPS são realizadas prioritariamente em espaços coletivos de forma articulada a rede de saúde e as demais redes (BRASIL, 2011).

De acordo com Hirdes (2009) os novos serviços regulamentados pela RAPS trazem espaços importantes para falar de saúde e novos projetos terapêuticos, de cidadania, reabilitação e reinserção social. Porém, ainda é necessária uma revisão dos processos de trabalho das equipes, possibilitando a construção de novos saberes e práticas, assim como a instrumentalização dos operadores para a mudança do paradigma.

Os novos serviços necessitam de profissionais capacitados para operar dentro de novas estratégias. O processamento de mudanças em nível de reformulação do modelo de assistência não se dará somente através de medidas de cunho legislativo, mas fundamentalmente pelas rupturas realizadas nos microespaços e através da desconstrução do modelo

manicomial fortemente arraigado nos profissionais e no senso comum (HIRDES, 2009).

Muitos avanços ocorreram historicamente com relação à mudança de paradigma na assistência às pessoas que necessitam dos serviços de saúde mental. Porém percebe-se que o contexto histórico das políticas de saúde mental no país tem avanços e recuos. Tem-se percebido uma retomada da perspectiva manicomial em alguns documentos e portarias governamentais.

A partir da portaria nº 3.588/2017 e outras publicações e notas técnicas divulgadas pelo Ministério da Saúde a partir do ano de 2017, houve uma retomada na centralidade da ideia de internação na assistência à saúde mental assim como o investimento de recursos públicos para rede privada, com a modalidade de serviços residenciais terapêuticos, que são caracterizadas como:

(...) moradias inseridas na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais crônicos com necessidade de cuidados de longa permanência, prioritariamente egressos de internações psiquiátricas e de hospitais de custódia, que não possuam suporte financeiro, social e/ou laços familiares que permitam outra forma de reinserção (BRASIL, 2017a).

Esses documentos refletem a ascensão de um projeto político ultraconservador no contexto da sociedade brasileira atual, que coloca em risco tudo que foi conquistado com a Reforma Psiquiátrica até então (CABRAL; DAROSCI, 2019).

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS NA QUESTÃO DO SUICÍDIO: LEGISLAÇÕES E SUA IMPLEMENTAÇÃO NO BRASIL

O conjunto de respostas que o Estado formula para as demandas da sociedade são reconhecidas como políticas públicas. Porém essas respostas são fruto de negociações de diversos interesses dos representantes públicos com a sociedade civil em um contexto de interesses e lutas entre classes.

É necessário compreender que o conceito de política pública formula-se de maneira complexa, não se apresentando como mero ideal pragmático de provisão e alocação de recursos, bem como de decisões tomadas pelo Estado e aplicadas verticalmente na sociedade. Essa política não poderá construir-se de modo linear, de maneira que se apresenta simultaneamente de forma positiva e negativa, beneficiando interesses contrários de acordo

com a correlação de forças prevalecentes na ordem social (PEREIRA, 2011 apud FOGAÇA, 2019).

Para compreender como o Estado entende o suicídio e quais respostas vêm sendo dadas à sociedade para esse problema, foi realizado um levantamento das documentações do governo federal publicadas nos últimos anos que abordam diretamente o suicídio. Essa sistematização vai demonstrar algumas das principais portarias do Ministério da Saúde, decretos presidenciais e legislações dos últimos vinte anos que se tornaram marcos para a efetivação de políticas públicas para o suicídio. Vale ressaltar que foi levantado um grande número de cartilhas e orientações sobre o assunto publicados pelo governo no decorrer desses últimos vinte anos, porém para esse levantamento serão consideradas as portarias, decretos e leis elencados no quadro 1, por se tratar de atos administrativos do Estado que refletem as ações políticas sobre o assunto. A partir disso, será possível compreender como o Estado aborda a questão do suicídio e quais as respostas pretende dar a sociedade a partir das políticas públicas.

Quadro 1 – Sistematização das publicações legais do governo federal sobre suicídio no Brasil desde os anos 2000.

Documento	Data	Objetivo
Portaria nº. 2.542 do Ministério da Saúde	22 de dezembro de 2005	Institui Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio.
Portaria nº. 1.876 do Ministério da Saúde	14 de agosto de 2006	Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
Portaria nº. 1271 do Ministério da Saúde	6 de junho de 2014	Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.
Portaria nº. 3.479 do Ministério da Saúde	18 de dezembro de 2017	Institui Comitê para a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil.
Portaria nº. 3.491 do Ministério da Saúde	18 dezembro de 2017	Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde direcionados para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS), a onerarem o orçamento de 2017.
Lei nº. 13.819	26 de abril de 2019	Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Lei nº. 13.968	26 de dezembro 2019	Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para modificar o crime de incitação ao suicídio e incluir as condutas de induzir ou instigar a automutilação, bem como a de prestar auxílio a quem a pratique.
Decreto nº. 10.225	5 fevereiro de 2020	Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada.

Fonte: Elaborado pela autora.

No final do ano de 2005, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 2.542 com o intuito de instituir um grupo de trabalho para discutir e elaborar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio. Nesse documento foram elencadas as primeiras preocupações do Ministério da Saúde com relação ao suicídio a partir de diversos fatores que justificam a criação de uma estratégia nacional para a prevenção, conforme segue:

Considerando que o fenômeno do suicídio é um grave problema de saúde pública, que afeta toda a sociedade e que pode ser prevenido;
 Considerando a importância epidemiológica do registro do suicídio e das tentativas de suicídio em estados, capitais e municípios brasileiros;
 Considerando a importância epidemiológica do suicídio em populações vulneráveis tais como: indivíduos que já realizaram tentativas de suicídio, sem distinção de faixa etária ou gênero; usuários de álcool e outras drogas; populações residentes e internadas em instituições específicas (clínicas, hospitais, presídios e outros); adolescentes moradores de rua, gestantes e/ou vítimas de violência sexual; trabalhadores rurais expostos a determinados agentes tóxicos e/ou com precárias condições de vida; indivíduos portadores de doenças crônico-degenerativas (neoplasias, transtornos mentais e outros); indivíduos portadores de HIV e Aids, e populações jovens de etnias indígenas e de descendência negra, entre outras;
 Considerando o aumento observado na frequência no comportamento suicida entre jovens entre 15 e 25 anos, de ambos os sexos, escolaridades diversas e em todas as camadas sociais;
 Considerando o impacto e os danos causados pelo suicídio e tentativas nos indivíduos, nas famílias, nos locais de trabalho, nas escolas, outras instituições e na sociedade brasileira [...] (BRASIL, 2005).

Percebe-se que há uma preocupação governamental com o suicídio pois ele é descrito na portaria como um grave problema de saúde pública ressaltando que ele é passível de prevenção. Reforça também a importância dos registros nas diferentes regiões dos números de suicídio e tentativas, reforçando a necessidade de compreender melhor a realidade para a criação de ações estratégicas. Em seguida o documento mostra a importância da atenção a alguns fatores de risco e também demonstra preocupação com alguns grupos vulneráveis como as populações

indígenas e negras. Ressalta a dimensão do problema considerando o impacto que esse fenômeno causa nas famílias e na sociedade em geral (BRASIL, 2005).

Em seguida o documento considera que as tentativas e mortes por suicídio são evitáveis a partir da intervenção de ações de promoção e prevenção em todos os níveis de atenção à saúde. Para isso mostra a necessidade de organizar uma rede de atenção em saúde que garanta uma linha de cuidados integrais no manejo das tentativas de suicídio, para que se reduza o dano e melhore o acesso ao atendimento especializado. Por fim o documento considera a importância do suporte oferecido pelas organizações da sociedade civil na prevenção (BRASIL, 2005).

A partir de todas essas preocupações elencadas pela portaria, o documento institui o grupo de trabalho para elaborar e implantar uma estratégia nacional de prevenção e elenca quais grupos e instituições terão seus representantes para discutir essa pauta. Além de representantes do próprio Ministério da Saúde, são convocados representantes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Universidade de Brasília, do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, do Núcleo de Epidemiologia do Instituto Phillipe Pinel do Rio de Janeiro e um representante do Centro de Valorização da Vida (CVV) (BRASIL, 2005).

A partir do grupo de trabalho criado no ano anterior, em 2006 foi divulgada a Portaria nº 1.876 do Ministério da Saúde que institui as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio. Essas diretrizes deverão ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitando as competências das três esferas de gestão. Dentre as justificativas elencadas nessa nova portaria percebe-se algumas novas preocupações com relação à Portaria nº 2.542:

Considerando a Constituição Federal, no capítulo saúde, em seus artigos 196 a 200 e as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

[...]

Considerando os custos elevados dos procedimentos necessários às intervenções após as tentativas de suicídio;

Considerando a necessidade de promover estudos e pesquisas na área de Prevenção do Suicídio;

Considerando o papel importante dos meios de comunicação de massa por intermédio das diversas mídias no apoio à prevenção e no tratamento humanizado dos casos de tentativas;

Considerando os Pactos pela Saúde, em suas três dimensões: Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, estabelecidos pela Portaria nº 399/GM/MS, de 2006 e a recomendação da Organização Mundial da Saúde de que os

Estados-Membros desenvolvam diretrizes e estratégias nacionais de prevenção do suicídio (BRASIL, 2006).

Essa portaria vincula a importância de inserir a temática nas agendas de saúde, retomando as garantias dispostas na Constituição Federal com relação à saúde, que dispõe que a saúde é direito de todos e dever do Estado e deve ser garantido a partir de políticas sociais e econômicas que visem não só a redução de riscos de doenças, mas também de outros agravos, garantindo o acesso universal e igualitário aos serviços para promoção, proteção e recuperação a saúde (BRASIL, 1988). Retoma também as legislações que versam sobre as condições e organização de serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde a partir do Sistema Único de Saúde no país.

Uma outra justificativa para a criação da portaria são os custos elevados nas intervenções às tentativas de suicídio com os altos investimentos para a recuperação do paciente. Mostra a perspectiva das ações de prevenção do suicídio e promoção da saúde como uma estratégia de redução de custos na administração pública. Considera também a necessidade de estimular pesquisas com relação à prevenção do suicídio, o que demonstra um interesse do Governo Federal em inserir a prevenção do suicídio nas agendas de saúde, estimulando estudos que busquem entender a realidade e propor melhores formas de encarar o problema. Além disso, o documento frisa a importância do apoio das mídias e meios de comunicação em massa, para que se busque um tratamento mais humanizado às pessoas que tentaram suicídio, além de ser um apoio na prevenção. Isso já demonstra uma preocupação governamental com o estigma social presente na abordagem dessa temática, buscando o apoio das mídias no sentido da prevenção do suicídio e propondo um olhar mais humanizado aos sobreviventes.

A partir dessas considerações, o documento vai estabelecer que as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio sejam articuladas entre 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. Essas diretrizes vão possibilitar que se desenvolva estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e recuperação da saúde e de prevenção de danos. Além de desenvolver estratégias de informação, comunicação e sensibilização da

sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido (BRASIL, 2006).

De acordo com o documento, as diretrizes possibilitam organizar uma linha de cuidados integrais que incluem promoção, prevenção, tratamento e recuperação em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas. Além de identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade. Visam 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. Além de contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos. Também com a promoção de um intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais para implementar e aperfeiçoar permanentemente a produção de dados, garantindo a democratização das informações. Por fim, pretende 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 (BRASIL, 2006).

De acordo com Fogaça (2018) a formação de um grupo de trabalho junto ao Ministério da Saúde pode ser considerada como o momento que a problemática do suicídio passa a compor a agenda de políticas a serem implementadas visando a formulação de soluções aos problemas então identificados. Além disso, é possível afirmar que a elaboração das diretrizes de prevenção e sua publicação por meio da Portaria 1.876/2006, consistiu em um avanço para a formulação da política pública, considerando-se os debates e as obrigações estatais que emergiram com a publicação de tal documento.

A partir da Portaria 1.876/2006, em outubro do mesmo ano foi lançado pelo Ministério da Saúde a cartilha “Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental” como uma iniciativa da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio atendendo a diretriz de qualificação permanente das equipes de saúde. Essa cartilha traz como finalidade principal a transmissão de informações básicas que possam orientar a detecção precoce de certas condições mentais

associadas ao comportamento suicida, bem como o manejo inicial de pessoas que se encontrem sob risco suicida e as medidas de prevenção (BRASIL, 2006).

Porém, apesar da grande preocupação demonstrada a partir das portarias acima mencionadas pela definição de uma Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, nenhuma outra publicação oficial do Ministério da Saúde ou do governo federal foi identificada no período de oito anos. Em nossa compreensão é um período muito longo, considerando a responsabilidade do poder público, diante de estatísticas que já indicavam crescimento significativo de suicídios no país. Não encontramos até o momento, justificativas formais ou legais para esta lacuna.

Com isso, somente em 2014 foi publicada a Portaria 1.271 do Ministério da Saúde que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados no território nacional. A notificação compulsória estabelecida nessa portaria obriga os profissionais da saúde nos âmbitos federal, estadual e municipal a notificar, via sistema de informação de saúde próprio, os casos que se identifique lesão autoprovocada ou suicídio (BRASIL, 2014).

Observa-se a existência de um lapso temporal que evidencia uma ruptura na discussão do problema do suicídio no âmbito governamental e das políticas de saúde. Esse lapso é um ponto importante de análise, pois percebe-se uma distância considerável do momento de entrada da problemática do suicídio na agenda política do Governo Federal até a nova publicação do Ministério da Saúde em 2014. Percebe-se que a formulação da política não encontrou um processo de tomada de decisões completo, de acordo com Fogaça (2018), esse processo se limitou à elaboração de diretrizes nacionais de prevenção, as quais, por sua vez, não avançaram para um nível satisfatório de implementação em âmbitos estaduais e municipais, de modo que não puderam objetivar resultados modificativos das problemáticas pré-estabelecidas na agenda sanitária.

A retomada das discussões da questão do suicídio evidenciada pela publicação da Portaria 1.271 do Ministério da Saúde em 2014, coincide temporalmente com o compromisso firmado pelo Brasil ao Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020. A Assembleia Mundial de Saúde da OMS em 2012, definiu um plano de ação integral sobre as ações dos estados-membros sobre a saúde mental. Esse plano reconhece que a prevenção do suicídio é uma prioridade importante,

reconhecendo também uma maior preocupação aos grupos vulneráveis e marginalizados.

Os estados signatários do plano assumem como meta em seus governos a redução dos casos de suicídio em até dez por cento, sendo o Brasil um dos países signatários desse plano de ação. Para conseguir essa redução, a OMS propõe medidas efetivas que requerem ação conjunta de vários setores, além do setor de saúde e saúde mental. Reforça a importância do investimento dos países na obtenção de dados precisos sobre suicídio, envelhecimento da população e outros possíveis fatores, considerando que conhecer a taxa de suicídio é a melhor opção para compreender a realidade e melhorar os esforços de prevenção (OMS, 2013).

A partir das novas movimentações do Governo Federal é razoável concluir-se que o advento do plano da Organização Mundial de Saúde pode ter corroborado para uma nova inserção da questão do suicídio na pauta governamental, reinaugurando a agenda política no tocante a esse aspecto preventivo. Dessa forma, conclui-se que os ciclos ou etapas pelas quais se constitui uma política pública não se materializam de maneira linear, sendo marcados, muitas vezes, por rupturas e retrocessos temporais, os quais poderão ser retomados muito tempo depois, a depender do novo contexto social e/ou epidemiológico (FOGAÇA, 2018).

A busca dessa redução de 10% das taxas de suicídio a partir do compromisso firmado pelo Brasil junto a OMS foi um incentivo para as ações e publicações do Ministério da Saúde e do Governo Federal nos anos seguintes, na intenção de uma efetiva política de prevenção ao suicídio. Porém, o estudo de Fogaça (2018), mostra que havia uma preocupação dos envolvidos na elaboração das políticas sobre suicídio com relação às ações que efetivamente seriam realizadas em âmbito nacional para o cumprimento dessa meta assumida. Identifica-se ainda, a preocupação de que não haja um efetivo cumprimento dos compromissos assumidos pelo Brasil, na medida em que não se identificou avanços passíveis de consideração.

Após isso, somente em 2017 percebemos mais uma iniciativa do Ministério da Saúde com relação ao suicídio, a Portaria 3.479, que instituiu um comitê para elaborar e operacionalizar o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil. Esse documento traz as competências do comitê: coordenar a construção de diagnósticos situacionais sobre o cenário relativo ao suicídio no Brasil; elaborar a proposta do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil em consonância com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e com as Diretrizes Organizacionais das Redes

de Atenção à Saúde; articular a implementação e implantação do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil e realizar o monitoramento e avaliação do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil (BRASIL, 2017b).

Com a instituição do comitê, foi publicada a Portaria 3.491 em dezembro de 2017, que instituiu incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde direcionados para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. Essa portaria além de destinar recursos aos projetos direcionados a prevenção do suicídio, enfatiza que as propostas encaminhadas pelas secretarias de saúde devem estar comprometidas na criação de um comitê ou grupo de trabalho de prevenção do suicídio em nível local, devendo ser garantida a representação da Vigilância em Saúde, Atenção à Saúde, Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, e de outras áreas, setores e instituições pertinentes, considerando as especificidades locais (BRASIL, 2017c). Essa portaria também define quais serão as prioridades na destinação de recursos:

Art. 5º Terão prioridade para recebimento do incentivo financeiro os entes que apresentarem: I - Taxas elevadas de mortes por suicídio na população geral; II - Taxas elevadas de mortes por suicídio nas populações indígenas; III - Propostas de ações que contemplem populações em situação de vulnerabilidade; IV - Implantação de pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial; e V - Consistência técnica e viabilidade de execução dos projetos, em alinhamento com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, e com a Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil (BRASIL, 2017c).

Percebemos que a partir dessa nova portaria se inseriu na pauta tanto a preocupação com relação ao suicídio nos povos originários assim como a participação de representantes governamentais que atuam na atenção à saúde dessa população. Essa inserção coincide com a publicação da Agenda Estratégica de Ações de Prevenção do Suicídio em Populações Indígenas 2017-2018 do Ministério da Saúde.

Esse documento mostra um avanço do fenômeno do suicídio também nas populações indígenas e define estratégias para esse enfrentamento. Tem como objetivos obter uma redução durável do número de suicídios e de tentativas, levar informação e sensibilizar a população de forma a diminuir os preconceitos e o estigma que envolvem o suicídio, ajudar e apoiar as pessoas sob risco de suicídio e pessoas próximas, promover e coordenar os esforços em termos de prevenção e intervenção, buscar eliminar os fatores de vulnerabilidade que podem provocar tentativas de

suicídio entre as populações indígenas, e proporcionar projetos de promoção da saúde que intervenham sobre os determinantes socioculturais do suicídio em populações indígenas (BRASIL, 2017d).

Apenas em 2019 é sancionada a primeira lei que trata do suicídio no Brasil, a Lei 13.819 de 26 de abril de 2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (PNPAS). A lei será implementada nos níveis federal, estadual e municipal, prevendo também a participação da sociedade civil e instituições privadas. O documento se identifica como uma estratégia permanente do poder público para a prevenção dos suicídios e para o tratamento dos condicionantes a eles associados (BRASIL, 2019a). No artigo 3º da referida lei são elencados os objetivos da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio:

I – promover a saúde mental; II – prevenir a violência autoprovocada; III – controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental; IV – garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio; V – abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídio e garantir-lhes assistência psicossocial; VI – informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção; VII – promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras; VIII – promover a notificação de eventos, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados, envolvendo a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e os estabelecimentos de saúde e de medicina legal, para subsidiar a formulação de políticas e tomadas de decisão; IX – promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas (BRASIL, 2019a).

Alguns objetivos se diferenciam com relação às Portarias e documentos publicados anteriormente, um deles é a menção da abordagem realizada aos familiares e pessoas próximas, garantindo assistência psicossocial. Incluir essa preocupação na política nacional sobre o suicídio pode ser um impulso para que os projetos e programas se voltem também à assistência psicossocial das pessoas enlutadas pelo suicídio e que se incentive iniciativas para esse suporte. Além disso, prevê que se promova uma articulação intersetorial para a prevenção do suicídio que envolva as entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia entre outras, trazendo para o debate sobre o suicídio outras políticas que não somente a de saúde (BRASIL, 2019a).

O parágrafo único do terceiro artigo da referida lei inclui uma nova preocupação ainda não mencionada em documentos oficiais anteriores, prevê que a PNPAS deve assegurar, no curso das políticas e das ações previstas, recortes específicos direcionados à prevenção do suicídio dos integrantes das carreiras policiais, trazendo uma preocupação com o risco de suicídio de um grupo que até então não estava previsto (BRASIL, 2019a).

Outras novidades foram apresentadas nessa nova política a partir da Lei 13.819/2019, uma delas é a previsão de um número telefônico mantido pelo poder público para recebimento de ligações destinadas ao atendimento gratuito e sigiloso de pessoas em sofrimento psíquico. Esse atendimento deve adotar outras formas de comunicação além da telefônica, que facilite o contato, observados os meios mais utilizados pela população, onde os atendentes do serviço deverão ter qualificação adequada, na forma de regulamento. Esse serviço deverá ter ampla divulgação em estabelecimentos com alto fluxo de pessoas, assim como por meio de campanhas publicitárias (BRASIL, 2019a). Apesar dessa previsão e da divulgação do governo federal no ano de 2022 sobre a contratação da linha de atendimento a partir do número 196, essa ação até então não se efetivou. Nesse sentido de viabilizar uma linha telefônica para apoio emocional e prevenção do suicídio, se manteve a parceria do Ministério da Saúde com o Centro de Valorização da Vida (CVV) a partir do número 188. Essa parceria garante a gratuidade das ligações em todo o território nacional desde 2015.

A nova PNPAS também contou com a previsão de notificação compulsória dos casos suspeitos e confirmados de violência autoprovocada também nos estabelecimentos de ensino públicos e privados ao Conselho Tutelar, não sendo de exclusividade dos estabelecimentos de saúde realizar essa notificação. Porém, de acordo com Stavizki Junior e Cadoná (2021) a PNPAS é pouco embasada e não fornece, dentro de sua estrutura normativa, qualquer menção ao aumento de investimento ou criação de um fundo econômico para subsidiar as ações de prevenção previstas na lei.

Em suma, esta legislação atribui novas obrigações aos trabalhadores do sistema educacional, já precário e pouco valorizado pelo governo ao considerar a obrigatoriedade de notificação compulsória exigida pelas escolas sem a devida formação para identificação dos riscos de suicídio dos escolares. Essa exigência da

legislação também vai impactar os serviços de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde (SUS).

Percebe-se que a implementação da PNPAS não respeita o processo democrático de construção de uma política pública, tampouco auxilia os serviços públicos afetados pela nova lei. Além disso, sua formulação estrutura-se quase que exclusivamente em preceitos ideológicos de atores políticos alinhados com o pensamento conservador, que inspira a ações de pouco diálogo com a sociedade.

Em 26 de dezembro de 2019 é publicada a Lei 13.968 que altera o Código Penal modificando o crime de incitação ao suicídio e incluindo as condutas de induzir ou instigar a automutilação, bem como a de prestar auxílio a quem a pratique. Essa alteração prevê pena de reclusão de seis meses a dois anos para quem induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou a praticar automutilação ou prestar-lhe auxílio material para que o faça, prevendo também um aumento da pena se houve consumação do suicídio ou lesão corporal grave ou gravíssima. Além disso prevê duplicação da pena em alguns casos como quando o motivo é egoístico, torpe ou fútil ou se a vítima é menor de idade ou se tem capacidade de resistência reduzida por qualquer causa. Também prevê aumento de pena nos casos que a conduta é realizada por meio da rede de computadores, de rede social ou transmitida em tempo real (BRASIL, 2019b).

Por fim, o Decreto nº 10.255 de 5 de fevereiro de 2020 institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (CGPNPAS), regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada. O texto descreve o comitê como um órgão de assessoramento com caráter consultivo, destinado a implementar a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e a promover o fortalecimento de estratégias permanentes de educação e saúde, em especial quanto às formas de comunicação, prevenção e cuidado e tem como competências:

- I - articular, planejar e propor estratégias de implementação da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio com fundamento na cooperação e na colaboração entre órgãos e entidades da administração pública federal, estadual, distrital e municipal e organizações da sociedade civil;
- II - monitorar a implementação e a execução da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio;
- III - propor ações de prevenção sobre a situação epidemiológica da automutilação e do suicídio;
- IV - contribuir para o aprimoramento da informação e do conhecimento do fenômeno da automutilação, da tentativa e do suicídio consumado, incluídos as suas causas, os determinantes sociais e os fatores de risco associados; e
- V -

propor e disseminar, de forma integrada, campanhas de comunicação social para prevenção da automutilação e do suicídio em suas diferentes dimensões; e VI - elaborar o seu regimento interno (BRASIL, 2020).

O quarto artigo do decreto mostra a composição do CGPNPAS que, coordenado pelo Ministério da Saúde, contará com a participação de representante do Ministério da Educação, da Cidadania e também do então Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Além disso, há a previsão da participação nas reuniões, sem direito a voto, de representantes de alguns Conselhos como Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Conselho Nacional de Assistência Social, Conselho Nacional de Secretários de Educação e da União Nacional dos Dirigentes Municipais de Educação (BRASIL, 2020). Importante observar que algumas entidades representativas e de controle social são chamadas para participar das reuniões do comitê, mas o decreto deixa claro que elas não terão direito a voto, o que limita a participação desses representantes nas ações do comitê.

O decreto prevê a elaboração de relatório anual de atividades do CGPNAPS, que será compartilhado com os órgãos e as entidades participantes e com a sociedade, além de determinar a elaboração de um plano de ação com as atividades propostas pelo comitê. O Plano de Ação do CGPNPAS foi aprovado em julho de 2021 e divide as ações a serem realizadas por cada Ministério parte do comitê englobando o objetivo de cada ação, o público beneficiário, a abrangência, os parceiros envolvidos, orçamento e prazo de entrega. No âmbito do Ministério da Saúde se propôs a criação de um serviço telefônico com o número 196 para oferecer suporte para pessoas em crises emocionais ou risco de suicídio, a elaboração de treinamentos aos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), dos Serviços de Atendimento móvel de Urgência (SAMU) e informativos para a população em geral (BRASIL, 2021).

Nos Ministérios da Educação e do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos as ações previstas estavam no âmbito da formação dos profissionais sobre saúde mental e suicídio, além de parcerias público-privadas para capacitações à população e desenvolvimento de material informativo sobre valorização da vida e medidas de prevenção ao suicídio (BRASIL, 2021).

Já no âmbito do Ministério da Cidadania todas as ações propostas foram embasadas no II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), relatório

elaborado em 2012 pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), que conclui que o uso de álcool e outras drogas é a segunda causa que leva ao suicídio. Com isso, propõe-se alguns projetos de prevenção do uso de álcool e outras drogas com parcerias de entidades privadas, incluindo o contrato de 150 milhões de reais com 481 Comunidades Terapêuticas para institucionalização de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (BRASIL, 2021). Nesse sentido, em publicação de Relatório Anual de Atividades do CGPNPAS de 2022 divulgou-se que foram disponibilizadas 352 vagas de acolhimento em comunidades terapêuticas de adolescentes entre 12 e 18 anos acometidos pela dependência química, aprovando inclusive uma resolução para regulamentar esse tipo de internação (BRASIL, 2022).

Percebe-se que há um resgate de uma perspectiva que vinha se combatendo deste o início dos movimentos pela Reforma Psiquiátrica, a luta pelo fim dos manicômios, os quais são retomados com uma nova roupagem de comunidade terapêutica, onde a abstinência, o isolamento e a religião se tornam o tratamento principal. Além disso, os investimentos que deveriam ser destinados ao fortalecimento das RAPS e serviços de saúde pública estão enriquecendo instituições privadas, muitas vezes sem o devido controle estatal e social e sem efetividade como política de tratamento.

Retomando o Decreto 10.255 de 2020, o capítulo dois vai trazer que a implementação das ações da PNPAS será realizada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e com a participação da sociedade civil e de instituições privadas. No âmbito da União compete:

I - ao Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos: a) propor ações de fortalecimento do sistema de garantia de direitos da pessoa humana; b) estimular os setores governamentais das gestões federal, estadual, distrital e municipal, e a sociedade civil, para atuar sobre os determinantes sociais relacionados com o fenômeno da automutilação e do suicídio; e c) divulgar amplamente as ações de prevenção da automutilação e do suicídio, de maneira a disseminar informações que possibilitem a compreensão da ocorrência desses fenômenos para além dos fatores de ordem individual; II - ao Ministério da Educação: a) propor fluxos, normas e diretrizes para o registro de notificações compulsórias sobre automutilação e tentativa de suicídio provenientes das instituições de ensino públicas e privadas para serem encaminhados ao conselho tutelar; b) divulgar amplamente as ações de prevenção da automutilação e do suicídio nas instituições de ensino públicas e privadas de maneira a disseminar informações que possibilitem a compreensão da ocorrência desses fenômenos para além dos fatores de ordem individual; e c) promover a capacitação dos gestores, dos professores e da comunidade escolar em

relação à prevenção da automutilação e suicídio; III - ao Ministério da Cidadania: a) apoiar a mobilização da rede de ofertas socioassistenciais governamentais e não governamentais das três esferas de governo para a prevenção da automutilação e do suicídio; b) divulgar os conteúdos de formação e capacitação integrados à Política Nacional de Educação Permanente do Sistema Único de Assistência Social acerca da temática da prevenção da automutilação e do suicídio; c) promover ações para a prevenção da automutilação e do suicídio, no âmbito de suas atribuições, que envolvam políticas públicas relacionadas com a prevenção do uso de álcool e outras drogas; e d) divulgar amplamente as ações de prevenção da automutilação e do suicídio, de maneira a disseminar informações que possibilitem a compreensão da ocorrência desses fenômenos para além dos fatores de ordem individual [...] (BRASIL, 2020).

No âmbito da saúde o decreto enumera as competências do Ministério da Saúde, que estarão mais ligadas à organização de serviços de atendimento, além de dar apoio aos Estados e Municípios, como também:

a) promover a elaboração de estudos sobre a manutenção do serviço telefônico para recebimento de ligações de que trata o caput do art. 4º da Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019; b) promover o acesso e a qualidade dos serviços destinados a pessoas em situação de risco de automutilação e tentativa de suicídio, além de oferecer cuidado integral e atenção multiprofissional, de maneira interdisciplinar, em conjunto com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; c) regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial para atendimento a pessoas em situação de risco de automutilação e tentativa de suicídio, em conjunto com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; d) aperfeiçoar os sistemas de informação para qualificar a notificação compulsória, a análise e a disseminação de informações de forma completa, adequada e no tempo oportuno, para subsidiar a formulação de políticas públicas e tomadas de decisão, em conjunto com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e) divulgar amplamente as ações de promoção da saúde e dos determinantes sociais relacionados com o fenômeno da automutilação e do suicídio, de maneira a disseminar informações que possibilitem a compreensão da ocorrência desses fenômenos para além dos fatores de ordem individual; f) apoiar os Estados, o Distrito Federal e os Municípios no desenvolvimento de práticas de prevenção à automutilação e ao suicídio; g) implementar fluxos, normas e diretrizes para o registro de notificações compulsórias sobre a automutilação e a tentativa de suicídio; h) promover a qualificação adequada aos atendentes do serviço previsto no § 2º do art. 4º da Lei nº 13.819, de 2019, em matéria de prevenção da automutilação e suicídio; e i) fomentar a elaboração de estudos e pesquisas acerca da prevenção da automutilação, da tentativa de suicídio e do suicídio (BRASIL, 2020).

Por fim, o terceiro capítulo do decreto vai reforçar a obrigatoriedade da notificação compulsória para os médicos e profissionais da saúde, como para os responsáveis por instituições de ensino públicas e privadas, que devem ser realizadas em até 24 horas do atendimento que identificou a suspeita ou confirmação de violência autoprovocada. As notificações das instituições de ensino devem ser remetidas ao conselho tutelar, que comunicará autoridade sanitária competente. Aos conselhos de

proteção, em especial de idosos e pessoas com deficiência, que identificarem casos de violência autoprovocada que envolvam crianças, adolescentes, pessoas idosas ou com deficiência devem comunicar imediatamente à autoridade sanitária competente (BRASIL, 2020).

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E O PAPEL DO ESTADO NO ENFRENTAMENTO AO SUICÍDIO: DEBATES CONTEMPORÂNEOS

Para melhor elucidar o debate e avançar na análise das concepções e das políticas públicas existentes que tratam do suicídio e apresentar as discussões e críticas atuais sobre a questão, realizou-se uma busca de artigos no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) com as palavras chave “suicídio” e “políticas públicas”.

Conforme indicado na introdução, foi utilizado como critério de seleção na biblioteca virtual somente os artigos que foram publicados entre 2018 e 2023. A partir daí se encontram um total de 150 artigos, os quais foram excluídos os trabalhos que não estivessem em português, os que apareciam repetidamente, que tinham acesso não disponível, assim como a partir da vinculação temática, pois muitos artigos se ligavam somente a uma das palavras chave “suicídio” ou “políticas públicas”.

Por fim, foi utilizado como critério a pertinência temática, escolhendo-se artigos que traziam como temática principal a relação entre suicídio e políticas públicas, excluindo-se os que tratavam somente de saúde mental em geral, não englobando o suicídio ou os que não abordavam as políticas públicas. A partir de uma primeira apreciação a fim de aplicar a pertinência temática mencionada, encontrou-se quatro artigos para análise conforme quadro a seguir.

Quadro 2: Artigos levantados a partir da pesquisa bibliográfica realizada no portal de periódicos CAPES.

Nome do artigo	Autoria	Formação dos autores	Revista	Ano de publicação	Palavras-chave	Metodologia
Comportamento Suicida e Políticas Públicas: Estudo Comparativo entre as	Ana Paula Araújo de Freitas	Psicologia	Estudos e Pesquisas em Psicologia	2022	Percepção Atenção primária à saúde Política pública	Questionário de atitudes em relação ao comportamento suicida (QUACS) e questionário

Atitudes dos Profissionais da Atenção Básica	Lucienne Martins-Borges				Assistência social Suicídio	sociodemográfico
Direito, saúde e suicídio: impactos das leis e decisões judiciais na saúde dos jovens LGBT	Bruno Rafael Silva Nogueira Barbosa Robson Antão de Medeiros	Ciências Jurídicas e Sociais	Revista Brasileira de Políticas Públicas	2018	Suicídio Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais (LGBT) Saúde mental Saúde pública Políticas públicas Comportamentos autodestrutivo	Pesquisa bibliográfica e documental
Suicídio, direito à saúde mental e políticas públicas: realidade e perspectivas futuras	Rodrigo Tonel Janaína Machado Sturza	Direito	Revista Derecho y Salud	2020	Direitos Humanos Morte Políticas Públicas Saúde Mental Suicídio	Estudo bibliográfico com método de abordagem hipotético dedutivo
Violação dos direitos humanos dos pacientes com tentativa de suicídio no Brasil	Luana Lima Laura dos Santos Boeira Aline Albuquerque Thatiana Ayres Marquesa	Ciências da Saúde Psicologia	Revista Saúde e Sociedade	2022	Suicídio Direitos humanos Paciente	Pesquisa empírica qualitativa apoiada no método hermenêutico-dialético

Fonte: Elaborado pela autora.

O artigo “Comportamento Suicida e Políticas Públicas: Estudo Comparativo entre as Atitudes dos Profissionais da Atenção Básica” publicado em 2022 na revista Estudos e Pesquisas em Psicologia pelas autoras Ana Paula Araújo de Freitas e Lucienne Martins-Borges, vai buscar na atenção básica as respostas e percepções dos profissionais que trabalham nas políticas de saúde e assistência social com relação ao comportamento suicida. As autoras reforçam que a atenção básica é o pilar que organiza o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Nessas políticas, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) são as portas de entrada para acessar as políticas de saúde e assistência social, dada suas responsabilidades territoriais e de organização (FREITAS; MARTINS-BORGES, 2022).

O texto vai entender que há um papel na atenção básica para o diagnóstico precoce dos transtornos mentais, no intuito de criar uma proteção ao comportamento suicida, o que já demonstra a perspectiva das autoras do suicídio como consequência da presença de transtornos mentais. Apesar disso, o investimento nos serviços que são porta de entrada, além da maior capacitação dos profissionais para esse enfrentamento, podem ser um fator de proteção e controle do comportamento suicida possibilitando o reconhecimento precoce e manejo adequado do risco de suicídio tão logo ele se apresente.

Freitas e Martins-Borges (2022) realizaram a pesquisa com 80 profissionais que atuavam no SUS e no SUAS, que trabalhavam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) e no CRAS, respectivamente. A partir do uso de questionários que rastreavam três fatores: sentimentos negativos em relação ao paciente, capacidade profissional e direito ao suicídio, além de um questionário sociodemográfico com o objetivo de investigar as atitudes destes profissionais em relação ao comportamento suicida. As pesquisadoras tinham como hipótese que os profissionais têm diferentes atitudes, a depender da política pública na qual estão inseridos e de sua formação profissional, e que tais atitudes são determinantes para o cuidado que é disponibilizado à população.

Os resultados demonstraram que tanto profissionais da saúde quanto da assistência social apresentaram uma fraca presença de atitudes negativas em relação aos pacientes que apresentam comportamento suicida. Porém, esse número foi um pouco maior entre os profissionais da assistência social, o que pode implicar na atuação profissional e na qualidade do cuidado que é ofertado. Mostrou que os profissionais de saúde se sentem mais capacitados para lidar com esta demanda, e os profissionais da assistência social apresentaram índices que sugerem a presença de atitudes menos moralistas em relação aos usuários (FREITAS; MARTINS-BORGES, 2022).

Os dados mostram que os sentimentos negativos com relação ao usuário e a menor percepção de capacitação profissional foram maiores nos profissionais de enfermagem e serviço social com relação aos profissionais de psicologia e medicina. Esse sentimento de incapacidade pode gerar um sentimento de frustração no atendimento às demandas, o que pode fazer com que os sinais de riscos apresentados pelos pacientes sejam ignorados. Também reforça a necessidade de investimento na capacitação e formação desses profissionais, já que os profissionais

de enfermagem e serviço social geralmente são os primeiros contatos ao se buscar uma UBS e um CRAS, respectivamente (FREITAS; MARTINS-BORGES, 2022).

As autoras Freitas e Martins-Borges (2022) discutem que os resultados encontrados indicam a necessidade de um diálogo mais próximo entre os gestores das políticas públicas de Saúde e Assistência Social. Faz-se necessário elencar prioridades e formas de intervenção que permitam que as pessoas tenham acesso ao atendimento em saúde mental, independente do serviço e da política que acessem.

Para tal, faz-se necessária uma ampliação dos equipamentos disponíveis para a atenção especializada e uma melhor articulação entre os serviços, diminuindo assim a sobrecarga dos profissionais e evitando a absorção da demanda reprimida de uma política pela outra. Cada vez mais se observa o sofrimento psíquico como resposta a questões sociais como acesso a trabalho e renda, preconceitos e desigualdades, que vão impactar diretamente sobre a saúde mental das pessoas (FREITAS, MARTINS-BORGES, 2022).

O estudo indicou uma fragilidade importante dos serviços no preparo dos profissionais para atendimento das demandas relativas à saúde mental, impactando diretamente na correta avaliação dos riscos do suicídio e consequente conduta para garantir a segurança do paciente. Por isso, a capacitação dos profissionais se apresenta como uma demanda urgente e necessária, pois permite a troca de experiências, a construção de estratégias conjuntas e ainda e a discussão de questões que extrapolam os aspectos de saúde e doença (FREITAS; MARTINS-BORGES, 2022).

O segundo artigo “Direito, saúde e suicídio: impactos das leis e decisões judiciais na saúde dos jovens LGBT” foi publicado na Revista Brasileira de Políticas Públicas em 2018 por Bruno Rafael Silva Nogueira Barbosa e Robson Antão de Medeiros, e vai partir da premissa de uma maior vulnerabilidade ao suicídio dos grupos LGBT² como resultado do estigma, violência e preconceito por conta da sexualidade/identidade de gênero. Para compreender a relação do Estado com esses fatores de risco específicos ao suicídio dessa população, o estudo objetivou analisar se a garantia de direitos promovida pelo Estado repercute na redução do comportamento suicida na população LGBT jovem (BARBOSA; MEDEIROS, 2018).

O texto tem enfoque nas ciências jurídicas e inicialmente reforça a ideia de que o ambiente hostil em que as pessoas LGBT estão inseridas, influencia nos fatores

² Sigla utilizada nesse formato pelos autores no artigo citado.

de risco do suicídio. Nesse sentido o Estado pode, a partir da garantia de direitos, promover reduções significativas nos índices de suicídio desse grupo. Vai evidenciar a baixa produção teórica no campo das ciências jurídicas sobre a temática do suicídio, assim como com a relação com grupos vulneráveis, apesar da pertinência do tema.

O trabalho vai trazer elementos da maior incidência do suicídio nas populações jovens, incluindo os adolescentes. Estudos apontam que a adolescência por si só é um período de vulnerabilidade para o suicídio, podendo ser agravada por outras vulnerabilidades. Por isso, os autores Barbosa e Medeiros (2018) apontam a importância de leis e políticas públicas para a proteção, promoção e garantia do direito à saúde dos adolescentes, devendo o arcabouço jurídico estar baseado nos princípios reconhecidos dos direitos humanos internacionais.

Da mesma forma, os serviços de saúde pública devem estar preparados para o atendimento da população LGBT, já que existe uma exclusão desse público por conta da discriminação ainda presente na atuação de muitos profissionais. Com estes fatores, foi instituído pelo Ministério da Saúde a “Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT)”, que possui como objetivo a promoção da saúde integral dessa população, combatendo os estigmas relacionados a eles. Mas apesar desse avanço, ainda existe uma fragilidade dos serviços de saúde, sendo está um fator agravante do aumento na taxa de suicídio de pessoas LGBT, além de fatores como a não aceitação familiar e social e da dificuldade de acesso ao mercado de trabalho (BARBOSA; MEDEIROS, 2018).

Os autores vão discutir sobre a violência, que é muito presente na vida das pessoas LGBT, revelando na realidade brasileira uma legitimação do desprezo à integridade física, psicológica e moral dessas pessoas. O contexto de violência pode tornar os jovens mais propensos a ideações e tentativas de suicídio, onde a violência se torna uma grande violação cometida em face aos direitos humanos, sendo esse um importante problema de saúde pública a ser enfrentado a partir de ações intersetoriais. A violência cometida contra as pessoas LGBT, seguindo esse mesmo sentido, é compreendida por como um impedimento para o pleno exercício dos direitos sexuais e reprodutivos. Assim, o Estado deve atuar para garantir a efetividade desses direitos até então negados para que contribua para a diminuição de um estigma social e, conseqüentemente, para melhoria da saúde mental dessa parcela da população (BARBOSA; MEDEIROS, 2018).

O artigo aponta que diversas leis têm surgido ao longo das últimas duas décadas no mundo e que influenciam diretamente a população LGBT. Barbosa e Medeiros (2018) mostram que, dentre essas leis, está a proteção contra crimes de ódio, não discriminação no ambiente de trabalho e o casamento entre pessoas do mesmo sexo. No Brasil, observa-se que diversas decisões têm apontado para a garantia de direitos a esse público. Porém, mesmo com o surgimento dessas legislações e o seu debate no discurso público, apenas há pouco tempo surgiram pesquisas empíricas que abordam as consequências que tais leis podem trazer para a saúde dos jovens não heterossexuais. Essas pesquisas vêm mostrando que as legislações que trazem garantias ao público LGBT contribuem para a redução dos índices de suicídio desse público.

Barbosa e Medeiros (2018) concluem que as políticas sociais que trazem garantias ao público LGBT também são políticas de saúde, ou seja, ainda que essas políticas sociais não sejam diretamente relacionadas à saúde, elas têm impactos positivos na saúde mental dessa população. Portanto, a criação de leis e políticas que protejam os direitos das pessoas não cis-heterossexuais são também protetivas com relação à sua saúde. Nesse sentido, o Estado deve intervir buscando diminuir o preconceito e a discriminação vivenciada pelas pessoas LGBT, contribuindo para a redução do estigma social dessa população.

Assim, o presente trabalho demonstrou que o Estado deve intervir buscando diminuir o preconceito e a discriminação vivenciada pelas pessoas LGBT para que possa contribuir, positivamente, para a redução do estigma social dessa população. Diversas políticas se apresentam necessárias para que tal efeito se mostre efetivo, necessitando ações nos diferentes setores da sociedade como políticas que coibam a discriminação em razão de orientação sexual e identidade de gênero (assim como também em setores específicos como na educação, trabalho e nas instituições de saúde), que efetivem direitos (como o casamento entre pessoas do mesmo sexo, adoção e retificação do nome e sexo das pessoas transexuais e travestis nos documentos oficiais), políticas de inserção social (como ações afirmativas em universidades para pessoas transexuais, incentivos fiscais para empresas que contratem pessoas transexuais e subsídios para permanência nos diversos níveis educacionais) e outras inúmeras políticas necessárias para coibir a marginalização dessa população sejam elas em curto, médio e longo prazo (BARBOSA; MEDEIROS, 2018).

Por fim, os autores evidenciam a necessidade de produção de políticas públicas que visem diminuir os efeitos gerados pelo estigma social na população LGBT, ações estas que, em conjunto com outras, contribuirão, positivamente, para uma redução das taxas de tentativas de suicídio nas pessoas LGBT. Além disso,

reforçam a importância do surgimento de novas pesquisas sobre esses impactos da garantia de direitos na saúde mental dos jovens LGBT no Brasil, analisando na realidade local esses impactos em conjunto com outros fatores como políticos, econômicos e culturais (BARBOSA; MEDEIROS, 2018).

Outro artigo identificado no levantamento é “Suicídio, direito à saúde mental e políticas públicas: realidade e perspectivas futuras” publicado em 2020 por Rodrigo Tonel e Janaína Machado Sturza na Revista *Derecho y Salud*. Ele tem como objetivo fomentar a reflexão acerca do fenômeno do suicídio e o crescente aumento de sua ocorrência na sociedade contemporânea, estabelecendo uma interlocução com o adoecimento da humanidade, especialmente na perspectiva do direito à saúde mental, discutindo também a importância de políticas públicas voltadas a sua prevenção e decorrente proteção ao direito humano à saúde e à vida. Os autores se utilizam de método hipotético dedutivo e da pesquisa bibliográfica para discutir a relevância do tema nos campos do direito à saúde, do biodireito e das políticas públicas considerando o suicídio tema de análise multidisciplinar.

Tonel e Sturza (2020) questionam o entendimento comum que se tem de suicídio a partir de doenças mentais e não como um ato de liberdade de dispor do próprio corpo. Há dificuldade na sociedade em compreender que algumas pessoas escolhem morrer por seu próprio desejo e vontade, porém no âmbito legal, não há maneira de se optar pela morte, a não ser infringindo a lei. Nesse sentido a legislação nos obriga a viver, mesmo em desacordo com nossas vontades, revelando uma liberdade limitada, não plena. Apesar disso, é necessário mencionar que a grande maioria das pessoas que optam pelo suicídio, não o fazem como uma expressão de suas liberdades, mas sim, como uma alternativa frente aos variados problemas que as afligem. A partir disso considera-se o suicídio é um fenômeno multicausal e multifatorial, que nem sempre ocorre por razões patológicas.

É importante evidenciar o atual momento que a humanidade vive, onde tem-se um nível elevado de progresso já que se tem mais saúde, longevidade, maior igualdade de direitos e democracia. Por outro lado, diversos pesquisadores entendem que vivemos um momento de barbárie por culpa do capitalismo tecnológico, que vem deixando as pessoas individualistas, egocêntricas, consumistas, materialistas, insensíveis, entre outros adjetivos.

Na realidade brasileira, a partir de nossos estudos, as principais razões para o aumento do suicídio são as mudanças socioeconômicas dos últimos anos, o uso excessivo da internet e a falta de políticas públicas de prevenção.

O estudo relaciona esses aspectos com o conceito de Durkheim de suicídio egoísta, já que se trata de um isolamento e entristecimento da humanidade que enfraquece o laço que une o indivíduo à sociedade. Nesse sentido, a prevenção é o fortalecimento grupal, trazendo de volta ao grupo social o indivíduo que se afastou (TONEL; STURZA, 2020).

Como conclusão, Tonel e Sturza (2020) consideram a importância de prevenir o suicídio não somente sob a perspectiva física e mental, com a medicalização e hospitalização do indivíduo suicida, mas também sob a perspectiva social e jurídica. A partir da formulação e implementação de políticas públicas de saúde mental capazes de fomentar e indicar determinantes sociais e marcos regulatórios sanitários que garantam o direito humano à saúde, protegendo a vida e a própria existência humana. Também é fundamental a reeducação e informação da sociedade para que não reforce a estigmatização do suicídio, instigando-o ao invés de encontrar meios de prevenção. É importante que para contribuir com a qualidade na saúde mental dos indivíduos haja acolhimento e amor, onde os profissionais de saúde e a sociedade dão atenção e suporte aos que necessitam de ajuda. Além disso, é necessário e urgente discutir o tema do suicídio abandonando o individualismo e incentivando o espírito de solidariedade e cooperação humana.

Portanto, o suicídio, enquanto um fenômeno compreendido como ato intencional de matar a si mesmo, deve ser analisado por uma gama muito ampla de fatores e causas, e sua prevenção, do mesmo modo, há que ser proposta de maneira multifatorial e multicausal. Podemos, assim, prevenir os suicídios através de políticas públicas centralizadas na saúde, no biodireito e na educação, que se voltem a promover cidadania e não intolerância. Nas escolas, trabalhar a valorização da vida. Na mídia, campanhas de esclarecimento. Na saúde, maior capacitação, treinamento e preparo aos profissionais. Na legislação, restringir o acesso a meios letais. São essenciais as iniciativas que comunguem políticas públicas e envolvimento da sociedade, com esforços, práticas e ações governamentais ou não governamentais, que incorporem formas múltiplas de prevenção, como são os casos dos RAPS, dos CAPS, do CVV, das campanhas Setembro Amarelo e Janeiro Branco – tudo no intento de combater o adoecimento da humanidade e, por consequência, combater a abreviação da existência humana através do suicídio (TONEL; STURZA, 2020).

O último artigo deste levantamento é “Violação dos direitos humanos dos pacientes com tentativa de suicídio no Brasil” publicado na Revista Saúde e

Sociedade em 2022 pelas autoras Luana Lima, Laura dos Santos Boeira, Aline Albuquerque e Thatiana Ayres Marquesa. Este artigo vai investigar a violação dos Direitos Humanos dos Pacientes (DHP) em risco de suicídio a partir de entrevistas semiestruturadas com profissionais da saúde, pacientes e familiares em quatro capitais brasileiras. Trata-se de pesquisa empírica qualitativa, onde a análise das entrevistas adotou o método hermenêutico-dialético, que se edifica na compreensão crítica do estudo da realidade social. A partir da análise dos conteúdos, as autoras categorizaram quatro eixos principais: violação dos direitos humanos dos pacientes; efeitos das violações dos direitos humanos dos pacientes com tentativa de suicídio; conscientização sobre as práticas de violação de direitos humanos pelos profissionais, pelos familiares e pelos pacientes e; estratégias para garantir os direitos humanos dos pacientes com tentativa de suicídio (LIMA et al, 2022).

No primeiro eixo “violação dos direitos humanos dos pacientes”, percebeu-se em vários relatos a violação dos direitos de não ser discriminado; de não ser submetido à tortura ou tratamento degradante ou desumano; direitos à saúde; à informação e à vida. Esses direitos estão previstos em documentos internacionais de DHP e foram ratificados pelo Brasil. Há relatos de profissionais que presenciaram situações de incitação ao suicídio, como também muitos discursos acusatórios e julgamentos morais, além de negligência na atuação de muitos profissionais (LIMA et al, 2022).

De acordo com Lima et al. (2022), esses discursos dialogam com a perspectiva de que o sujeito que tenta ou consuma o ato suicida retira da instituição de saúde o agenciamento da sua vida, confrontando o poder e o saber dessas instituições e dos profissionais. Nas entrevistas com os profissionais de saúde, houve o reconhecimento de tratamento humilhante que infligia dor aos pacientes. Entende-se que na esfera dos cuidados de pessoas que tentaram suicídio, o tratamento degradante ou desumano não é restrito à demora ou à negação no atendimento, mas diz respeito, sobretudo, à uma espécie de vingança moral contra aquele que subverteu a ordem médica, religiosa e científica.

No tocante ao direito à saúde, a violação comumente está na negação de atendimento médico ou com atraso, fundamentados na ideia de “favor”, além da ausência de encaminhamentos a serviços especializados. A lógica do trabalho em rede é fragilizada pelo desconhecimento dos profissionais e/ou por precarização do sistema, de modo a suscitar efeitos danosos para os pacientes em risco de suicídio.

Com relação ao direito de informação, muitos relatos dos profissionais mostraram que por conta do tabu e do estigma ou por solicitação da família, alguns profissionais alteravam o registro da situação em prontuário, para que se caracterizasse de forma socialmente mais aceitável. O registro correto no prontuário, sem alterações e livres de preconceito, como direito do paciente, permite o planejamento de cuidados integrais em saúde (LIMA et al, 2022).

Tem-se também o direito à privacidade e à liberdade, que garantem a confidencialidade dos dados pessoais do paciente, além do respeito a sua autonomia. As entrevistas demonstraram a dificuldade de equipes manterem a privacidade sobre as informações de tentativa e risco de suicídio contidas no prontuário. É necessário que sejam respeitadas as legislações no âmbito da saúde, que garantem a autonomia e a liberdade do paciente. Os relatos mostraram violação nesse sentido quando relatado impedimento de contato do paciente com seus familiares, realizando privação da paciente a partir de contenção física e química (LIMA et al, 2022).

No segundo eixo “efeitos das violações dos direitos humanos dos pacientes com tentativa de suicídio”, Lima et al. (2022) mostram que os profissionais entrevistados apontaram consenso que as violações dos direitos representariam uma reprodução de violências e negligências capazes de agravar os quadros de sofrimento dos pacientes, inclusive impulsionando novas tentativas de suicídio e potencializando, igualmente, o sofrimento dos familiares. Também aponta uma evitação por parte dos pacientes aos serviços e profissionais de saúde, como modo de reduzir os efeitos danosos do julgamento moral aos quais são submetidos.

Já no eixo “conscientização sobre as práticas de violação de direitos humanos pelos profissionais, familiares e pacientes” ficou demonstrado que existem duas perspectivas, onde alguns entrevistados compreendem que os profissionais não reconhecem a violação de direitos humanos nos atendimentos às tentativas de suicídio. Nesse caso, alguns fatores determinam esse desconhecimento como o não consenso sobre o significado do direito à saúde, onde quem o viola, o faz por desconhecimento. Outro fator é que os profissionais não têm oportunidade de discutir sobre direitos humanos no contexto de trabalho, seja pela ausência de tempo, pela inexistência dessa pauta ou mesmo pela ausência da percepção do fenômeno como pluridimensional. Além disso, há uma lógica produtivista nos serviços de saúde, que faz com que a produção quantitativa de procedimentos esteja acima da qualidade do atendimento (LIMA et al, 2022).

Por outro lado, os entrevistados que defendem a existência da conscientização afirmam que os profissionais violadores o fazem de maneira consentida, entendendo que podem violar os direitos desses pacientes por se tratar de tentativa de suicídio. Esses dados permitiram corroborar achados anteriores os quais afirmavam que, a partir da compreensão da tentativa de suicídio como um ato impregnado de intencionalidade, resultante de uma escolha, categoriza o paciente como aquele que não precisa de cuidados, ou seja, a negação ou a subversão do cuidado reflete o preconceito e a desinformação das tentativas de suicídio como um pedido de ajuda (LIMA et al, 2022).

No último eixo “estratégias para garantir os direitos humanos dos pacientes com tentativa de suicídio”, Lima et al. (2022) identificaram nos relatos que uma necessidade primária é a construção de ações e planos de prevenção ao suicídio nas políticas públicas. Outra pauta ressaltada foi o fortalecimento do trabalho de saúde em rede, garantindo condições mais dignas de atendimento e encaminhamentos dos pacientes. Além disso, com relação à capacitação e estratégias de formação, a maioria dos entrevistados considerou essencial a implementação de processos de educação permanente e de capacitação dos profissionais sobre o tema suicídio, seus determinantes, assim como o tema dos direitos humanos. Percebeu-se também a preocupação não só com a capacitação nesses temas, mas também a necessidade de sensibilização com relação aos processos éticos que envolvem o suicídio.

Como conclusão, Lima et al. (2022) informam que as entrevistas demonstraram, em maior ou menor proporção, a presença de violação dos direitos humanos dos pacientes com tentativa de suicídio. O direito de não ser discriminado foi subvertido a partir da desconfiança e deslegitimação do ato, além de julgamentos morais e religiosos como até mesmo incitação ao suicídio. O direito de não ser submetido a tratamento degradante foi invalidado pelo reconhecimento de tratamentos humilhantes aos tentantes. Os direitos de informação e à vida foram violados pela provisão de informação inadequada, com redução das possibilidades de acesso às alternativas terapêuticas e conseqüentemente aos modos de potencialização da vida. O direito à privacidade também foi rompido a partir de fissuras do sigilo, como também houve violação do direito à liberdade pelo impedimento de comunicação com o meio externo, além de contenções físicas e químicas.

O cenário descrito tende a fragilizar os pacientes, principalmente do ponto de vista decisional, desrespeitando preceitos preconizados pelos DHP, como a sua capacidade decisional, a autonomia e o seu protagonismo no itinerário em saúde. Ainda dentre os efeitos das violações, as narrativas afirmaram que a violação dos DHP pode agravar os quadros de sofrimento ou psicopatológicos dos pacientes, inclusive aumentando o risco de novas tentativas. O afastamento dos serviços de saúde para evitar julgamentos pode ampliar ainda mais vulnerabilidade dessas pessoas (LIMA et al, 2022).

Com relação à conscientização das práticas de violação dos direitos humanos, não houve consenso. Alguns entrevistados entendem que há uma ausência de consciência por desconhecimento, inexistência de consenso sobre o significado dos direitos em saúde e de debate no contexto do trabalho, por conta da escassez de tempo e da lógica produtivista. Já outros entrevistados afirmaram a conscientização das ocorrências e que a violação ocorre por uma visão da tentativa de suicídio como um rompimento com as éticas médicas, religiosa e capitalista. As estratégias para garantir os direitos humanos do paciente foram descritas pela importância de planos de prevenção ao suicídio, de fortalecimento do trabalho em rede, além da necessidade de processos de capacitação, sensibilização e educação permanente sobre o tema (LIMA et al, 2022).

Por fim, Lima et al. (2022) entendem que há necessidade de medida legislativa que estabeleça os direitos dos pacientes, a fim de balizar a conduta dos profissionais e indicar expressamente aos pacientes e seus familiares os seus direitos. Para os pacientes em risco de suicídio, em razão da sua condição de vulnerabilidade acrescida, é fundamental a existência de lei, pois essa constitui um poderoso instrumento de reivindicação de tratamento digno e respeitoso.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O suicídio é um fenômeno complexo e multifatorial, dentre estes, existe o elemento social que não deve ser ignorado. Como vimos no primeiro capítulo, alguns autores clássicos e contemporâneos trazem evidências que reforçam a importância de analisar o suicídio como um fenômeno social. Durkheim foi o precursor nesse assunto, ele vai reforçar a importância da integração social como um dos fatores protetivos do suicídio. Observa-se que o autor entende a necessidade de um equilíbrio social, onde haja uma integração ao grupo sem se desprezar a individualidade de cada um. Além disso, há uma força reguladora externa ao indivíduo, realizada pela sociedade que ao se romper leva a uma desregulamentação, e são nesses momentos que os suicídios aparecem mais.

É importante observar que, apesar deste estudo estar distante da realidade brasileira temporal e geograficamente, muitos elementos contribuem para a compreensão dos dados de suicídio no Brasil. Os pontos abordados pelo autor reforçam a importância de o suicídio ser considerado um fenômeno social, para que a forma de debater e propor políticas de prevenção sejam mais efetivas, afinal existe um padrão nas taxas de suicídio que as explicações individualistas não dão conta de esclarecer.

Marx entende que a classificação das causas do suicídio é uma classificação dos males da sociedade burguesa moderna, onde os males econômicos do capitalismo como os baixos salários, desemprego, miséria e a injustiça social são fatores que influenciam no número de casos de suicídio. Ele mostra que muitas destas mortes são causadas pelas mais diversas opressões existentes em uma sociedade capitalista, levando o indivíduo a exaustão de lutar contra preconceitos, miséria e desprezo, onde o único caminho possível seria a morte. Além disso, Marx contribui chamando a atenção para a opressão do patriarcado contra as mulheres. O lugar do patriarcado é violento, agressivo e manipulador com a vida das mulheres onde muitas vezes as levam a um estado de desespero no qual só veem como saída tirar a própria vida. Nesse sentido, lutar contra o patriarcado e pela criação de políticas para igualdade de gênero também são medidas de proteção ao suicídio.

A partir dos estudos que fizemos do suicídio como fenômeno social no Brasil pudemos inferir que há uma associação entre fatores de baixa integração social e maior taxa de suicídio no Brasil.

Em nossa compreensão, existe um padrão nas taxas de suicídio, pois observa-se números semelhantes dessas mortes ao longo dos anos, onde foram sempre os homens que se suicidaram mais que as mulheres. Ficou evidente que existem regiões do país que possuem uma mesma proporção de suicídio ao longo dos anos, onde algumas regiões recorrentemente apresentaram os maiores números. Os dados também mostraram a relação da baixa escolaridade com o suicídio, pois esta dificulta acesso aos melhores empregos, afetando a subsistência e possibilidade de acesso dos indivíduos. Mostrou também que períodos com crescimento econômico e distribuição de renda no país não impediram o crescimento dos números de suicídio. Percebe-se também o caráter protetivo do casamento na realidade brasileira, além da maior taxa estar relacionada ao sexo masculino.

Esses fatores reforçam o caráter social do suicídio defendido neste trabalho, pois se ele se encontrasse em uma esfera somente individual, as taxas se apresentariam de modo aleatório, mas o que se tem é o contrário, existe um padrão nos números de suicídio no Brasil.

As legislações, portarias e decretos sistematizados neste trabalho mostram que as discussões sobre suicídio pelo governo brasileiro se iniciam em 2005, com a formação de um grupo de trabalho que discutirá o assunto. Desde esse momento de formação deste grupo e definição das diretrizes para a prevenção do suicídio, percebe-se que se incluem representantes do governo, da OMS, instituições acadêmicas e engloba também as organizações da sociedade civil.

É importante ressaltar que nesse momento vivíamos um momento político de primeiro mandato e reeleição do governo Lula, momento histórico marcado pela retomada do crescimento econômico e redução da pobreza e da desigualdade social a partir das políticas sociais implementadas por este governo. Nesse sentido as normativas tinham enfoque na educação permanente, no estímulo de estudos na área, apresentavam preocupação com estigma social do suicídio, com a informação e coleta de dados, assim como a divulgação nas mídias de formas de prevenção.

Nesse momento inicial não se pode constatar outros documentos que demonstrassem o cumprimento de cada diretriz proposta pela Portaria 1.876/2006. Houve somente a publicação da cartilha “Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental” no cumprimento de promover educação permanente dos profissionais de saúde.

Percebeu-se também um importante lapso temporal nas publicações, demonstrando certo descompromisso do governo federal com a temática do suicídio, onde não pode se constatar um nível completo de tomada de decisões com relação ao problema.

Apesar deste lapso é importante considerar que é possível que estas portarias de 2005 e 2006 deram um impulso inicial para que o tema começasse a ser discutido nos âmbitos estaduais e municipais, possibilitando que cada lugar desenvolvesse suas próprias políticas e iniciativas para lidar com o problema do suicídio, considerando o caráter descentralizador do SUS, porém essas iniciativas não podem ser aqui descritas já que não foram objeto desta pesquisa.

Após esse lapso temporal, em 2014 é publicada uma nova portaria do Ministério da Saúde que vai definir que obrigatoriamente sejam notificadas pelos profissionais de saúde os casos de suicídio e lesão autoprovocada. Essa preocupação surge nesse momento específico por conta da adesão do Brasil ao Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020, onde há o compromisso de redução de 10% nos números de suicídio. Percebe-se assim que as formulações de políticas públicas não se efetivam de forma linear e sim são marcados por rupturas ou retrocessos e posteriormente sendo retomadas para discussão. Nesse contexto nos encontrávamos em um momento político de segundo mandato de Dilma Rousseff, onde o foco se manteve nas políticas de combate à pobreza e ações de transferência de renda, porém com forte reação de grupos conservadores.

Somente em 2017 que se instituiu um comitê para elaborar e operacionalizar um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no país. Esse momento histórico estava sob o governo de Michel Temer após o impeachment de Dilma, sendo marcado por uma intensa crise econômica e pela implementação de várias medidas que impactaram as políticas sociais, como o teto de gastos e o incentivo à terceirização. A partir do comitê, foi instituída também uma nova portaria que previa incentivo financeiro para desenvolvimento de projetos de promoção em saúde, vigilância e atenção integral na prevenção do suicídio.

Importante destacar que nesse momento há a preocupação com as elevadas taxas de suicídios na população indígena, incluindo nas discussões os representantes governamentais que comandam esta pasta. Nesse momento também é publicado a Agenda Estratégica de Ações de Prevenção do Suicídio em Populações Indígenas 2017-2018 do Ministério da Saúde.

Somente em 2019 é sancionada a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. O documento traz uma preocupação central com a saúde mental, prevendo o acesso especialmente às pessoas em sofrimento psíquico e/ou histórico com tentativas e automutilação, mas também prevê a assistência psicossocial aos familiares e pessoas próximas. Essa nova lei prevê a notificação compulsória ao conselho tutelar nos casos de violência autoprovocada nas instituições de ensino. Apesar das novas previsões desta legislação, não foi previsto o incentivo financeiro para que as instituições se organizassem nessas novas atribuições.

Percebe-se que enquanto política pública, temos um avanço com a existência de uma política que traz elementos direcionados especificamente ao suicídio. Porém vimos que muitas discussões não contaram com incentivos financeiros e participação de movimentos sociais e de trabalhadores que discutem essas questões. Isso acontece pois tem-se uma perspectiva conservadora no governo vigente em que esta lei é publicada, durante o governo Bolsonaro (2019-2022). Essa onda de conservadorismo vai refletir também nas formulações das normativas, onde se observa uma retomada da lógica manicomial e das inúmeras parcerias público-privadas.

Percebe-se isso também na composição do Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, onde são os ministros do governo Bolsonaro que votarão, deixando às entidades representativas somente a participação, sem direito a voto. Se percebe um retrocesso nas propostas relacionadas ao suicídio previstas no Plano de Ação deste comitê, como exemplo, algumas foram embasadas somente em dados específicos sobre álcool e drogas, direcionando a prevenção do suicídio para a prevenção do uso de substâncias psicoativas. Além disso, se realizaram contratos com diversas comunidades terapêuticas, retomando uma perspectiva manicomial que já havia sido superada pela reforma psiquiátrica.

Por fim, percebemos que as políticas públicas aqui analisadas a partir das legislações, portarias e decretos do governo federal, abordam o suicídio, em sua maioria, ainda em uma perspectiva médica e psicológica, enfatizando os serviços de saúde mental por meio de tratamentos terapêuticos. Ou seja, apesar de alguns momentos mencionar uma preocupação com o estigma social e ofertar assistência psicossocial, essas normativas não compreendem o suicídio como um fenômeno social.

Percebe-se também que apesar do constante aumento dos números de suicídio, houve uma demora na criação e publicação de normativas que abordassem o suicídio, em muitos momentos deixando um vazio na formulação das políticas e conseqüentemente na sua implementação.

O que se percebe constante nas normativas é a importância da coleta de dados sobre o suicídio, a divulgação de formas de prevenção nas mídias e comunicações e a educação permanente dos profissionais da saúde. Porém não se observa uma preocupação com relação à outras políticas que não sejam de saúde ou de saúde mental. As normativas vão sempre falar da prevenção e da atuação dos serviços nesse sentido, pouco abordando a importância que a política de saúde com relação ao suicídio se dê de forma interligada a outras políticas sociais que possam garantir saúde de forma ampliada e integral.

No campo dos direitos é importante lembrar que historicamente existiram instituições privadas que vem atuando na prevenção do suicídio, como o CVV, que realiza apoio emocional e prevenção ao suicídio. É perceptível a presença dessas instituições desde o início das formulações de normativas relacionadas ao tema, já que muito antes do Estado iniciar essas discussões, o voluntariado vinha atuando no atendimento dessa necessidade.

Nesse sentido é possível entender o porquê a relação público-privada nas ações de prevenção ao suicídio estejam cada vez mais próximas, seja na atuação em campanhas, na criação de capacitações como na contratação de instituições de internação. Porém é preciso estar atento a essa crescente terceirização de responsabilidades estatais a grupos privados. De acordo com Yasbek (2015), nesse contexto as propostas neoliberais em relação ao papel do estado no âmbito da questão social são reducionistas, esvaziam e descaracterizam os mecanismos institucionalizados de proteção. Assim sendo, desestruturam-se as políticas públicas e ganha força a defesa de alternativas privatistas, envolvendo a família, a comunidade e as organizações sociais.

Já com relação a discussão contemporânea sobre suicídio e políticas públicas percebeu-se a presença da perspectiva dos transtornos mentais na abordagem do suicídio no primeiro artigo. Enfatiza a importância do investimento nos serviços que são porta de entrada das políticas de saúde e assistência, as UBS e os CRAS.

Também é fundamental a capacitação para enfrentamento dos profissionais, no sentido de se fazer um manejo adequado do risco de suicídio quando ele se apresenta. Percebe-se atitudes negativas em relação aos pacientes um pouco mais presente nos profissionais da assistência social, podendo afetar a qualidade do serviço prestado. Observa-se que os profissionais da saúde se sentem mais capacitados que os da assistência social, porém estes profissionais demonstraram atitudes menos moralistas em relação aos usuários. Os sentimentos negativos e de menor capacitação foram mais altos para os profissionais da enfermagem e do serviço social, sendo necessário maior investimento na capacitação destes profissionais.

Além disso, há a necessidade de maior diálogo dos gestores das políticas de saúde e assistência social, pois se observa o sofrimento psíquico como uma resposta a demandas sociais como acesso a trabalho e renda, preconceitos e desigualdades. Por fim, evidencia-se que a capacitação dos profissionais é demanda urgente pois há uma fragilidade importante no preparo dos profissionais frente as demandas de suicídio.

O estudo sobre o suicídio nos grupos LGBT³ traz elementos sobre as vulnerabilidades desse grupo, que vivem em ambiente hostil cercado de preconceitos, o qual pode ser um fator de risco para esse público. Por isso a importância de políticas públicas que atuem na garantia de direitos, de acesso a saúde, de combate da discriminação e das violências de gênero/sexualidade e de inserção social. Essas políticas se mostram como preventivas do suicídio do público LGBT, pois atuam coibindo a marginalização dessa população, atuando na redução de estigma social vivenciado por eles. Além disso, é fundamental que novas pesquisas abordem essa temática no sentido de analisar os impactos políticos, econômicos e sociais nas variadas realidades sociais.

Já o terceiro artigo do levantamento entende o suicídio como fenômeno multicausal e multifatorial, que nem sempre é causado por razões patológicas. Entende que a prevenção está no fortalecimento do coletivo e além do físico e mental, a partir da medicalização e hospitalização, mas também do social e jurídico a partir da formulação de políticas de saúde mental capazes de fomentar determinantes sociais que garantam o direito humano à saúde, protegendo a vida. Aborda a importância da reeducação e informação da sociedade para não estigmatização do suicídio e a

³ Sigla utilizada nesse formato pelos autores do artigo "Direito, saúde e suicídio: impactos das leis e decisões judiciais na saúde dos jovens LGBT" o qual o parágrafo faz referência.

necessidade de fomentar políticas públicas de saúde, biodireito e educação. Nesse sentido atuar promovendo cidadania, trabalhando a valorização da vida, fortalecendo as campanhas de esclarecimento, realização de maior capacitação dos profissionais, restringir o acesso a meios letais, onde as políticas públicas tenham o envolvimento da sociedade incorporando formas múltiplas de prevenção.

Com relação a violação dos direitos humanos, constata-se que há essa violação no atendimento aos pacientes com tentativa de suicídio. Existindo desconfiança e deslegitimação do ato durante os atendimentos, além da incidência de julgamentos morais e religiosos. Percebe-se também tratamento humilhante, além de violação dos direitos à informação e à vida com a redução de acesso as alternativas terapêuticas. Assim como o rompimento do direito à privacidade, com fissuras do sigilo legalmente previsto, além da violação da liberdade pelo uso de contenções e impedimento de comunicação com o meio externo. Entende-se que é necessário medida legislativa que estabeleça os direitos do paciente, além da importância do fortalecimento do trabalho em rede e dos processos de educação permanente e capacitação nesses temas com uma sensibilização aos processos éticos que envolvem o suicídio.

Conclui-se com esses estudos alguns elementos centrais em todas as discussões. O principal deles é a importância da educação permanente e a capacitação dos profissionais para que tenha possibilidade de identificar fatores de risco e realizar atendimento mais efetivo nas garantias de direitos, principalmente com relação ao preparo dos assistentes sociais. Assim como a necessidade de se incentivar novas pesquisas que abordem esta temática, além da importância da existência de políticas públicas não só na área de saúde mental, mas que atuem na garantia de direitos, com o diálogo entre as diferentes políticas, principalmente, assistência social e educação.

Além disso é fundamental dar atenção aos grupos de maior vulnerabilidade, já que ficou demonstrado que as violências e discriminações enfrentadas por estes grupos são fatores de risco ao suicídio. Esse entendimento não se limita ao público LGBTQIA+, mas é fundamental estendermos para as demais minorias que historicamente enfrentam violações de direitos e preconceitos no país.

Com todos esses elementos aqui discutidos, é fundamental que o Serviço Social como formação acadêmica e como uma profissão inserida nas contradições da sociedade capitalista se faça presente nestes debates.

Entende-se o suicídio como uma expressão da questão social, que sendo constitutiva do desenvolvimento do capitalismo, reflete as desigualdades dessa sociedade. Como expressão da questão social, o suicídio é uma demanda recorrente a assistentes sociais nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais e nas diferentes políticas sociais. Mesmo assim percebe-se um número extremamente reduzido de pesquisas e publicações sobre suicídio no âmbito do Serviço Social, apesar da importância e relevância social desta discussão.

Com isso, este trabalho contribui nesse sentido, chamando a atenção para este tema e evidenciando a importância de que os assistentes sociais tenham conhecimento sobre as políticas públicas de suicídio e como elas se apresentam nas normativas brasileiras. Além disso, evidenciou-se a necessidade de educação permanente e capacitação aos profissionais que atuam nas diversas políticas no sentido de identificar riscos e atuar na garantia de direitos assim como entendemos a necessidade de que mais pesquisas sejam realizadas pelo Serviço Social na temática do suicídio.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>>. Acesso em: 09 fev. 2023.
- BARBOSA, Bruno Rafael Silva Nogueira; MEDEIROS, Robson Antão de. Direito, saúde e suicídio: impactos das leis e decisões judiciais na saúde dos jovens lgbt. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 8, n. 3, p. 251-288, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.5102/rbpp.v8i3.5720>>. Acesso em: 13 dez. 2022.
- BASTIDE, Roger. Tradução: o suicídio do negro brasileiro. **Revista Pós Ciências Sociais**, Maranhão, v. 15, n. 29, p. 279, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18764/2236-9473.v14n27p279-288>> Acesso em 07 fev. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.542, de 22 de dezembro de 2005**. Brasília, 2005. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2542_22_12_2005.html> Acesso em: 02 abr. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006**. Brasília, 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html> Acesso em: 02 abr. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília, 2011. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em: 14 dez. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014**. Brasília, 2014. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html> Acesso em: 16 mar. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.588, de 18 de dezembro de 2017**. Brasília, 2017a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html> Acesso em: 25 mai. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.479, de 18 de dezembro de 2017**. Brasília, 2017b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3479_22_12_2017.html> Acesso em: 16 fev. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.491, de 18 de dezembro de 2017**. Brasília, 2017c. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3491_22_12_2017.html> Acesso em: 16 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico**, Brasília, v.52, n.33, set. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf> Acesso em 23 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: 2006. 76p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf> Acesso em: 2 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 1 do Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio**. Brasília: 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/ acesso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cgpnps/resolucoes/resolucao-cgpnps-no-01-2021-de-14-de-julho-de-2021.pdf/view>> Acesso em: 2 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Anual de Atividades do Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio**. Brasília: 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/ acesso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cgpnps/relatorios>> Acesso em: 5 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena/SESAI. **Agenda estratégica de ações de prevenção do suicídio em populações indígenas**: 2017-2018. Brasília: 2017d. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/27/Agenda-Estrategica-Prevencao-SuicidioSESAI-2017.pdf>> Acesso em 20 out. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 02 abr. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Política Nacional da Saúde Mental**. Brasília: 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> Acesso em: 05 nov. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 13.819, de 26 de abril de 2019**. Brasília: 2019a. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13819.htm> Acesso em: 12 set. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 13.968, de 26 de dezembro de 2019**. Brasília: 2019b. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13968.htm> Acesso em: 12 set. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto 10.225, de 5 de fevereiro de 2020**. Brasília: 2020. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10225.htm> Acesso em: 16 set. 2022.

CABRAL, S. B.; DAROSCI, M. **A trajetória das políticas de saúde mental no Brasil: uma análise a partir do ângulo normativo (1903-2019)**. Anais do Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social. III Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social, 2019. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/202550>> Acesso em: 20 fev. 2023.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio: estudo de sociologia**. 3. ed. São Paulo: Wmf Martins Fontes, 2019.

FOGAÇA, Vitor Hugo Bueno. **Entre tabus e rupturas: terceiro setor, políticas públicas e os caminhos da prevenção do suicídio no Brasil**. 2019. 301 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Ciências Sociais Aplicadas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2019. Disponível em: <<http://tede2.uepg.br/jspui/handle/prefix/2787>>. Acesso em: 03 dez. 2022.

FOGAÇA, Vitor H. B. PINTO, Márcia H.B. SILVA, Silmara C. Reforma gerencial do Estado, terceiro setor e voluntariado: uma análise das ações do Centro de Valorização da Vida (CVV) e da prevenção do suicídio no Brasil. **Revista de Estudos e Pesquisas Avançadas do Terceiro Setor**, Brasília, v.5, n.1, jan.-jun. 2018. Disponível em: <<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/REPATS/article/view/9742/pdf>> Acesso em: 10 abr. 2023.

FREITAS, Ana Paula Araújo de; MARTINS-BORGES, Lucienne. Comportamento Suicida e Políticas Públicas: estudo comparativo entre as atitudes dos profissionais da atenção básica. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 22, n. 2, p. 624-644, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.12957/epp.2022.68640>>. Acesso em: 13 dez. 2022.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>>. Acesso em: 09 fev. 2023.

JUNIOR, Carlos S. CADONÁ, Marco A. Políticas públicas de prevenção ao suicídio: os processos políticos e sociais necessários para sua implementação. **Controle Social e Desenvolvimento Territorial**, v. 5, n. 6, jul/dez 2019.

LIMA, Luana et al. Violação dos direitos humanos dos pacientes com tentativa de suicídio no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 31, n. 3, p. 1-12, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902022200331pt>>. Acesso em: 11 out. 2022.

LIMA, Telma C. S.; MIOTO, Regina C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálisis**. 2007.

MARX, Karl. **Sobre o suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006.

OMS. Organización Mundial de la Salud. **Plan de acción sobre salud mental 2013-2020**. Ginebra: 2013. Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2023.

QUEIROZ, José Benevides. Um olhar sociológico sobre o suicídio no Brasil. **Revista Pós Ciências Sociais**, Maranhão, v. 18, n. 3, p. 541, 2021. Disponível em:

<<https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rpcsoc/article/view/18142>>. Acesso em: 07 fev. 2023.

SANTA CATARINA. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Secretaria de Estado da Saúde. Suicídio em Santa Catarina: tentativas, comportamento autoagressivo, mortalidade e prevenção. **Barriga Verde: Informativo Epidemiológico**. 2022.

Disponível em: <<https://dive.sc.gov.br/phocadownload/boletim-barriga-verde/suicidio/BBV-suicidiox-17-21.pdf>> Acesso em 23 mar. 2023.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, n. 0, p. 1-19, 2021. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>>. Acesso em: 09 fev. 2023.

SILVA, Bráulio Figueiredo Alves da *et al.* O suicídio no Brasil

contemporâneo. **Sociedade e Estado**, v. 33, n. 2, p. 565-579, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s0102-699220183302014>>. Acesso em: 11 out. 2022.

STAVIZKI JUNIOR, Carlos; CADONÁ, Marco André. Repertórios de ação coletiva utilizados na construção de uma política de prevenção ao suicídio no município de Santa Cruz do Sul/RS. **Revista do Desenvolvimento Regional**: Faccat, Taquara/RS, v. 18, n. 3, p. 255-277, set. 2021. Disponível em:

<<https://seer.faccat.br/index.php/coloquio/article/view/2129>>. Acesso em: 13 dez. 2022.

TONEL, Rodrigo; STURZA, Janaína Machado. Suicídio, direito à saúde mental e políticas públicas: realidade e perspectivas futuras. **Revista Derecho y Salud**:

Universidad Blas Pascal, v. 4, n. 4, p. 98-109, 2020. Disponível em:

<[https://doi.org/10.37767/2591-3476\(2020\)08](https://doi.org/10.37767/2591-3476(2020)08)>. Acesso em: 07 dez. 2022.

WHO - World Health Organization. **Live life**: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: 2021. Disponível em:

<<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>> Acesso em: 20 mar. 2023.

YAZBEK, M. C. Voluntariado e profissionalidade na intervenção social. **Revista de Políticas Públicas**. v. 6, n. 2, p. 23-40, 2015. Disponível em:

<<http://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3718>>. Acesso em: 1 jun. 2023.