



**RATIO – FACULDADE TEOLÓGICA E FILOSÓFICA
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

PAULA SANDRA ALVES DA SILVA

**OS FATORES QUE LEVAM AS PESSOAS A COMETEREM ATOS SUICIDAS
NA CONTEMPORANEIDADE**

FORTALEZA

2016

OS FATORES QUE LEVAM AS PESSOAS A COMETEREM ATOS SUICIDAS NA CONTEMPORANEIDADE

Monografia submetida à aprovação do Curso de Bacharelado em Serviço Social pela Faculdade Teológica Ratio, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Lucili Grangeiro Cortez

FORTALEZA

2016

PAULA SANDRA ALVES DA SILVA

**OS FATORES QUE LEVAM AS PESSOAS A COMETEREM ATOS SUICIDAS NA
CONTEMPORANEIDADE**

Monografia como pré-requisito para obtenção do título de Bacharelado em Serviço Social, outorgado pela Faculdade Teológica Ratio, tendo sido aprovada pela Banca examinadora composta pelos professores.

Data de aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Lucili Grangeiro Cortez
Orientadora – Faculdade Ratio

Prof. Esp. Jorge Gomes Marinho
(Avaliador – Faculdade Ratio)

Profª Ms. Virzângela Paula Sandy Mendes
(Avaliador – Faculdade Ratio)

DEDICATÓRIA

Ao meu Criador, pelo apoio imprescindível na busca da realização dos meus sonhos, que sempre esteve ao meu lado, segurando as minhas mãos, e que muitas vezes me colocou em seus braços, mesmo sem que eu percebesse, no momento que pensei em desistir da caminhada, achei-me incapaz de continuar a jornada, e Ele o autor e consumidor da minha vida, capacitou-me para que eu permanecesse de pé. Deus a minha eterna gratidão, meu paizinho maravilhoso, sem ti nada posso fazer, sinto-me inútil sem a tua presença, tu és o meu respirar de todas as manhãs.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me concedido a oportunidade de enfrentar todos os obstáculos que tiveram ao longo do meu caminho. Sem Ele eu não teria conseguido chegar ao meu objetivo, sou eterna dependente dele, ao me sentir distante da sua presença, tornava-me fraca, sem ânimo para seguir a caminhada, pois, Ele me revigora a alma. O meu muito obrigado, Mestre dos mestres.

À minha mãe essa guerreira, que sacrificou a sua vida para que eu pudesse estudar. Foram muitas as adversidades que a vida nos trouxe, Hoje conseguimos chegar ao topo da montanha mãe, porque eu não cheguei sozinha. O tempo todo ela segurava as minhas mãos, e no dia que pensei em desistir dessa caminhada, ela me fortaleceu com suas sábias palavras.

Ao meu pai, em memória, a dor foi grande, pois te perdi na metade do caminho, quando o procurei , somente a dor fazia parte daquele momento.

Aos meus irmãos e às minhas irmãs, Paula Francinete, Rosiane Alves, Rita de Cássia, e Paulo Sérgio, porque vocês sempre acreditaram na minha pessoa. Vocês são muito importantes na minha vida.

Ao meu filho e sobrinho Pedro Henrique a sua contribuição foi de suma importância para a minha vida, pois você acredita na minha progressão.

Ao meu esposo, Marinaldo França, que contribuiu de todas as formas para o meu crescimento, me auxiliou nas tarefas de casa, colaborou na elaboração dos gráficos. Sou extremamente agradecida.

À minha amiga, Sandra Felix, pela compreensão e estar sempre ao meu lado, nos momentos mais difíceis que enfrentei amiga obrigada pela sua compreensão.

À minha orientadora, Lucili Grangeiro Cortez, pela paciência extraordinária que teve comigo, a sua dedicação e orientação foi muito gratificante para a minha formação.

Às minhas amigas maravilhosas por estarmos sempre juntas e ajudando umas as outras, Gleicyane Diniz, Aldelane Martins, Adriana Pereira, e a você, Patrícia Braz, pelas inesquecíveis lágrimas e que no momento mais difícil esteve ao meu lado.

...todos vão esquecer que um dia eu existi/
nem meus vastos prantos vão sobreviver.../
mas qualquer dia, também sozinho a mim virá
/ um homem cego procurando um ninho eterno
/ E encontrará seu leito pronto em nuvem negra /
verá que a morte é o sono lento após o
inferno...quero te esquecer, preciso te perder /
nos caminhos do infinito desconhecido /
para nunca mais amar e sofrer...

...eu queria que o fogo me cremasse /
para ser as cinzas de quem hoje nasce...
eu queria morrer agora, nesse instante,
sozinho, para novamente ser embrião, e nascer;/
eu só queria nascer de novo, para me ensinar a viver!

Sandra Herzer

RESUMO

Esta pesquisa analisa os fatores que levam as pessoas a cometerem atos suicidas na contemporaneidade. A relevância desta pesquisa concerne na identificação de acontecimentos que desencadeiam o ato suicida na sociedade atual. Portanto o objetivo geral da pesquisa foi estudar a ocorrência do ato suicida na sociedade contemporânea, na perspectiva de análise e reflexão sobre a problemática do suicídio que tem estigmatizado milhões de pessoas e destruído várias famílias. A pesquisa é de natureza bibliográfica e os instrumentais utilizados foram: levantamento bibliográfico e pesquisa documental. A pesquisa foi realizada através de localização de dados epidemiológicos nacionais e internacionais relacionados ao tema a partir de artigos científicos, monografias e livros. Os resultados obtidos através da presente pesquisa foram quanto às compreensões científicas sobre os casos de atos suicidas no presente período da história humana da sociedade contemporânea, onde foram analisadas e realizadas discussões quanto aos mesmos, observando os motivos e as consequências.

Palavras-chave: Suicídio. Sociedade contemporânea. Saúde mental. Políticas Públicas.

ABSTRACT

This research analyzes the factors that lead people to commit suicide acts in the contemporary world. The relevance of this research concerns the identification of events that trigger suicide in today's society. Therefore the general objective of the research was to study the occurrence of the suicide act in contemporary society, from the perspective of analysis and reflection on the problem of suicide that has stigmatized millions of people and destroyed several families. The research is of bibliographic nature and the instruments used were: bibliographic survey and documentary research. The research was conducted by locating national and international epidemiological data related to the topic from scientific articles, monographs and books. The results obtained through the present research were related to the scientific understandings about the cases of suicidal acts in the present period of the human history of the contemporary society, where they were analyzed and realized on the same, observing the reasons and the consequences.

Keywords: Suicide. Contemporary society. Mental Health. Public Policies.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Equipes de Saúde da Família
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleos de Assistência Psicossocial
OCDE	Organização Para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNASH	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/ Psiquiatria
PRAVIDA	Projeto de Apoio á Vida
PRH	Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS
RLA	Revista Latino Americana de Enfermagem
RSP	Revista de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
UCG	Universidade Católica de Goiás
UFC	Universidade Federal do Ceará
USF	Unidades de Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Mapa de taxas de suicídio (por 100 mil hab.) (WHO, 2014)	23
Figura 2: Variação nas taxas de suicídio entre 1990 e 2010	25
Figura 3: Satisfação de vida por idade (2007 e 2012).....	26
Figura 4: Porcentagem de mudança na taxa de suicídio entre 2000 e 2011 (OCDE, 2014) ...	27
Figura 5: Fachada do Hospício Pedro II (Palácio Universitário da UFRJ) na Praia Vermelha	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Países com mais óbitos por suicídio e maiores taxas de suicídio em 2012	24
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 O SUICÍDIO E A SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA	15
3 POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE MENTAL	29
3.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil	29
3.2 O suicídio e as políticas públicas	40
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIAS	49

1 INTRODUÇÃO

A pesquisa que deu origem a esta monografia teve como objetivo geral: analisar os principais fatores que levam as pessoas a cometerem suicídios; e, como objetivos específicos, investigar os principais fatores de risco que influenciam o suicídio na sociedade contemporânea. O suicídio é considerado como um fenômeno social, porém, existe a possibilidade de estudá-lo e compreendê-lo a partir da compreensão da própria sociedade.

Os atos suicidas ocorrem em todas as classes sociais e tem se agravado, diante dos tempos modernos, de uma maneira que nunca tínhamos visto. Os tabus e o moralismo devem ser superados em relação a essa problemática, pois se trata de um problema social de suma relevância para a saúde pública, e que pode ser evitado. São muitos os fatores que contribuem para o suicídio, entre eles têm-se o isolamento social, a raiva introjetada, o consumo abusivo de álcool e droga, a depressão, a decepção amorosa etc.

Esta pesquisa foi de relevância científica, e também pessoal, para a experiência profissional do Serviço Social, pois o que motivou a escolha do tema sobre o suicídio foi a preocupação com a saúde mental das pessoas que tentam pôr fim em suas próprias vidas e até chegam a consumir de fato o ato. Além disso, conto com a minha triste experiência pessoal que presenciei alguns colegas de trabalho que praticaram suicídio e o fato do meu ex-patrão ter se suicidado, jogando-se do 6º andar onde residia. Simultaneamente, por acreditar que esse tipo de comportamento pode ser evitado por meio de práticas preventivas, todas essas experiências negativas fizeram-nos refletir e nos preocupar muito com essas circunstâncias vivenciadas, e trazendo-nos a curiosidade em estudar a respeito desse problema que tem afetado milhares de pessoas em todo o mundo.

Como profissional atuante da área de saúde, como técnica em enfermagem, temos a responsabilidade em adquirir conhecimento para que nos casos de tentativas de suicídio possamos repassar as informações corretas e com base científica.

Como perspectiva de análise e reflexão sobre a problemática do suicídio que tem estigmatizado milhões de pessoas e destruído diversas famílias, trabalhamos com a metodologia qualitativa, e para alcançarmos os objetivos desta investigação elegemos a pesquisa teórica.

A pesquisa qualitativa “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores, e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações” (MINAYO, 2001).

Ainda de acordo com Minayo (2001), a pesquisa qualitativa trabalha com a origem, a complexidade, a razão pela qual os elementos incluídos no roteiro, sobretudo aqueles que compõem os procedimentos metodológicos, devem ser adaptados à sua finalidade.

Segundo Gil (2008), a pesquisa bibliográfica deve ser desenvolvida com base em material já impresso, porém, com fundamentação científica, para que haja o fornecimento teórico ao trabalho acadêmico, e precisamos identificar o que precisa ser abordado como conhecimento alusivo à temática proposta. Usamos esse tipo de pesquisa para investigar, com base em materiais impressos, como livros, revistas, manuais, monografias e artigos.

A pesquisa bibliográfica, considerada uma fonte de coleta de dados secundária, pode ser sobre determinado assunto, tema ou problema que possa ser estudado (LAKATOS; MARCONI; 2001, CERVO; BERVIAN, 2002).

[...] abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema estudado, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, materiais cartográficos etc. [...] e sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto [...] (LAKATOS; MARCONI, 2001, p.183).

As categorias de análise do tema abordado são: suicídio, políticas públicas e saúde mental. De suma relevância para a sociedade de uma forma geral, os principais autores citados foram: Durkheim, Foucault, Lopes Cardoso, Kovács, Bastos, além da legislação sobre o assunto.

A sociedade, de um modo geral, precisa adquirir esclarecimentos quanto ao enfrentamento do suicídio em que inúmeras pessoas têm sofrido com essa problemática. Todavia esse assunto foi silenciado ao longo dos tempos, além de ser cercado de estigmas e tabus.

Deste modo, a pesquisa está dividida em três capítulos: o primeiro discorre sobre a apresentação da temática “suicídio”; o segundo, “o suicídio e a sociedade contemporânea”; e o terceiro, acerca das políticas públicas e da saúde mental.

2 O SUICÍDIO E A SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

O significado do termo “suicídio” remete a sua expressão na língua latina “sui caedere”, que é o mesmo de “matar-se”, sendo utilizado no ano de 1717 por Desfontaines. Geralmente era caracterizada como “morte voluntária”, “morte intencional” ou “morte auto infligida”. Em português possui um significado de uma ação deliberada, na qual uma pessoa obtém a vontade e provoca sua própria morte (SILVA, 2013).

[...] o “suicídio” pode alcançar-se pelas próprias mãos, com o auxílio de terceiros ou colocando-se a pessoa, voluntariamente, em condições de a morte ocorrer. O elemento essencial é a vontade de pôr termo à vida, sendo secundária a forma de fazê-lo: – por suas próprias mãos, com auxílio solicitado a outrem [...] ou pela criação ou sujeição a situações donde inevitavelmente ou com muita probabilidade decorrerá a morte [...] (LOPES CARDOSO, 1986, p.17).

O ato suicida é um fenômeno atribuído à raça humana. Apenas o ser humano pode desejar este tipo de morte, embora alguns animais irracionais se comportarem de forma que às vezes praticam suas próprias mortes não há comprovação científica de que os animais desejam morrer. Existem casos de atos suicidas em grupos. No contexto histórico há seitas religiosas, ou grupos suicidas *on-line*; há existência de atos suicidas entre duas pessoas ligadas afetivamente.

A maioria dos atos suicidas são praticados em condições que permitem o socorro ao suicida. A ausência de precauções para evitar sobreviver demonstra que, geralmente, o suicídio não é uma ação ponderada e meditada, mas sim algo impulsivo. O suicida poderá também deixar ou não, uma nota de suicídio.

Geralmente, o ato suicida não pode ser previsto, porém existem alguns indicadores de risco que se podem detectar numa pessoa que o pretenda cometer, como: depressão, melancolia, grande tristeza, desesperança e pessimismo, insucesso escolar, especialmente se acompanhado de angústia e tentativas de melhoria de resultados, mas sem sucesso, apatia pouco usual, letargia, falta de apetite, insônia persistente ansiedade, grande impulsividade e agressividade, abuso de álcool, droga ou fármacos, dificuldades de relacionamento e integração na família ou no grupo, afastamento ou isolamento social. Dizer adeus, como se

não o voltássemos a ver; oferecer objetos ou bens pessoais valiosos sem razão aparente; luto pela perda de alguém próximo; história de suicídios na família, e outros agentes (LOPES; CARDOSO, 1986).

Algumas doenças físicas como o cancro, a epilepsia ou a Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (AIDS), ou doenças mentais como dependência tóxica, esquizofrenia, e alcoolismo estabelecem alguns dos motivos que induzem um indivíduo a tirar a sua própria vida.

A depressão também é uma forte aliada às causas dos atos de suicidas. No entanto, no momento das crises depressivas o indivíduo fica menos vulnerável a tais tentativas. Todavia a depressão é caracterizada especialmente pela desmotivação, desinteresse e letargia do raciocínio. Nesse momento, o indivíduo não se dispõe a nenhuma atividade, inclusive o ato de se matar. A tendência é a omissão, que também é considerado uma das formas de suicídio. (LOPES CARDOSO, 1986).

Segundo os dados epidemiológicos da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000), podemos compreender porque o suicídio vem sendo conceituado como um sério problema de saúde pública. Em 2003, o número de mortes por suicídio, em termos globais, girou em torno de 900 mil, na faixa etária entre 15 e 35 anos. O suicídio está entre as três maiores causas de morte no mundo. Nos últimos 45 anos, a mortalidade global por suicídio vem migrando em participação percentual do grupo dos mais idosos para o de indivíduos mais jovens. Entre indivíduos de 15 a 45 anos, o suicídio é a sexta causa de incapacitação. Para cada suicídio há, em média, 5 ou 6 pessoas próximas ao falecido que sofrem consequências. Em 2002, 1,4% do ônus global ocasionado por doenças, foram tentativas de suicídio, e estima-se que chegará a 2,4% em 2020; 15% daqueles que tentam suicídio obtém sucesso na primeira vez. As pessoas que possuem esquizofrenia, 10% cometem suicídio. O risco de suicídio é de 3 a 12 vezes maior entre pacientes psiquiátricos. O Brasil está classificado como sendo o oitavo país do mundo com maior índice de casos de suicídio, com mais de 11,8 mil em 2012.

Porém, em relação à quantidade de habitantes, a taxa é inferior à média mundial. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), o suicídio tem se expandido em todo o mundo, principalmente entre os jovens. Todavia, este tem sido complexo e visto como tabu. Os homicídios, acidentes de trânsito, violência urbana não têm sido os precursores de mortes no mundo, diferentemente do ato suicida.

Segundo Botega (2002): “o comportamento suicida é todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato”. Botega ainda ressalta que “o ato suicida é quando o indivíduo acha que sua vida não faz mais sentido e pensa em por um fim em tudo, causando-lhe danos físicos letais com a intenção de se livrar de um sofrimento intenso”. (BOTEGA, 2002, p.15).

De acordo com o psiquiatra Fábio Gomes de Matos, professor da Universidade Federal do Ceará (UFC) e coordenador do Projeto de Apoio à Vida (PRAVIDA), falar a respeito do ato suicida é algo bastante restrito. É um fato de total responsabilidade da saúde pública já que, em média, morrem 12 mil pessoas anualmente. O psiquiatra relata que, quando determinado indivíduo suicida-se, existe a possibilidade de incentivar cerca de outras sete pessoas. Conforme ele, os registros de suicídios podem ser 50% maior que os casos que são identificados como acidentes de trânsito ou queda, quando não são.

“Existe certa dificuldade em relação às estatísticas. Esse número está abaixo da dimensão esperada em relação aos fatos ocorridos”. De acordo com o psiquiatra “quando o indivíduo se joga de um edifício esse ato é classificado como queda”, explica ainda, que também sugere a alteração do termo acidente de trânsito para “ocorrência de trânsito”, por exemplo, quando determinada pessoa consome bebida alcoólica e, logo após, sofre uma grave colisão, seriam atos suicidas (UFC, 2012).

A Índia tem sido recordista em casos de atos suicidas com 258 mil casos por ano. Ocupando o segundo lugar, a China com 120,7 mil. Os americanos estão em terceiro lugar, com 43 mil suicídios por ano, seguidos por Rússia, Japão, Coreia, Paquistão e Brasil. Ainda segundo a OMS, a Guiana lidera em termos que correspondem a 44 casos para cada 100 mil pessoas. Em segundo, a Coreia do Norte, com 38,5 casos, Sri Lanka, Coreia do Sul e Lituânia dividem a terceira colocação, com 28 casos para cada 100 mil pessoas. Locais que apresentam esse comportamento, como Suécia, Finlândia e Suíça registram taxas de 11, 14 e 9 casos para cada cem mil pessoa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014).

De acordo com o jornal O Estado de São Paulo: “O Brasil está afastado desse grupo. Todavia o país passou de uma taxa de 5,3 casos por 100 mil pessoas em 2000 para 5,8 em 2012” (O ESTADO DE SÃO PAULO, 2014). O Brasil, nesse aspecto, passa pelo fenômeno contrário. O índice de suicídios nesta faixa etária para mulheres é de 2,6 por 100 mil pessoas. A taxa apresenta maior proporção entre a população masculina de 10,7, mas, entre 2010 e

2012, o mais recente período analisado pela OMS, o índice feminino cresceu quase 18%. Os homens têm praticado mais suicídio, em relação às mulheres, todavia o público feminino tem aumentado significativamente (OMS, 2012), e considera-se, para a presente pesquisa, esse fato como de suma importância.

O suicídio é um fenômeno complexo e estudado por várias disciplinas científicas que o percebem de forma, às vezes antagônica ou complementar. De maneira geral, a psiquiatria tem encarado o suicídio como um fenômeno individual, enquanto que as ciências sociais, a partir de pensadores clássicos, como Durkheim, percebem-no como um comportamento coletivo.

Émile Durkheim, ilustre sociólogo, que analisou as estatísticas de suicídio de vários países, durante diferentes períodos históricos, chegou à conclusão que o autoaniquilamento poderia ser percebido em termos sociológicos, e implementou uma característica entre três tipos de suicídio. O “suicídio egoísta” é praticado por indivíduos que mantêm poucos laços familiares, com a sociedade ou com a comunidade. Todavia esses indivíduos sentem-se alienados dos outros, excluídos de apoios sociais que consideram relevantes para mantê-los vivendo de forma adaptativa como seres sociais. O “suicídio altruísta” é classificado como uma resposta às exigências da sociedade. Diversas pessoas que o cometem sentem-se parte integrante de um grupo e se sacrificam pelo que consideram o bem da sociedade (DURKHEIM, 1982). Ainda de acordo com Durkheim, durante a Guerra do Vietnã monges e monjas budistas, como forma de protesto, causaram a autoimolação, e se enquadram nessa categoria.

Enfim, o “suicídio anônimo” pode ser causado por uma mudança súbita no convívio do indivíduo com a sociedade. Como ocorrem com todas as teorizações sociológicas, as estimativas de Durkheim enfrentam dificuldades para explicar as diferenças entre as reações de indivíduos de uma dada sociedade às mesmas pressões e condições (DURKHEIM, 1982).

Todavia Durkheim demonstrava ter consciência dessa problemática, uma vez que, sugeriu que o temperamento do indivíduo interagiria com quaisquer pressões sociais que para ele fossem causas da aflição. Segundo ele, a vida coletiva é integrada pelos fatos sociais e a consciência coletiva de que esta dotada é, por sua vez, integrada por representações coletivas: efeitos que se sobrepõem aos indivíduos que compõem a coletividade e que refletem a própria coletividade (DURKHEIM, 1982).

Ainda de acordo com a obra clássica deste autor, intitulada “O Suicídio”, em que se analisa o referido ato como fato social¹. Durkheim declara que a pequena minoria de indivíduos que cometem o ato suicida todos os anos não representa um grupo natural, não estão em contato uns com os outros. O número constante dos suicídios só pode ser devido à ação de uma causa comum que domina os indivíduos e que lhes sobrevive.

Segundo dados da Revista de Saúde Pública (2004), nas últimas décadas a produção científica acerca do suicídio revestiu-se de caráter predominantemente pragmático e técnico. Nessa linha predominam os estudos que buscam identificar fatores de risco, recortando o evento em múltiplas variáveis em nível biológico, psicológico e social. Aparentemente, pesquisas não têm sido capazes de reverter a tendência de aumento do suicídio observadas em vários países. Uma das definições de “suicídio” refere-se ao ato humano de causar a cessação da própria vida. Essa definição implica, em primeiro lugar, que o termo “suicídio” só pode ser usado no caso de morte ou de circunstâncias, cuja sequência causal leva à morte e na qual tenha havido intencionalidade do sujeito. Existe subnotificação da mortalidade por suicídio, que varia de acordo com a região e a cultura, já que o suicídio é um tema tabu na maioria dos grupos sociais (REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 2004).

Ainda de acordo com publicação da Revista de Saúde Pública (2004), consideram-se fatores associados ao suicídio: as tentativas prévias, a doença afetiva, o isolamento social, a história familiar, a declaração de intenções e uma série de variáveis demográficas e socioeconômicas. No Canadá, os índios, os jovens, os idosos, os prisioneiros, os homossexuais e as pessoas com histórico familiar de suicídio são grupos em risco. Acrescentam-se as situações de adição a drogas, eventos estressores e doença terminal. Cinco situações foram descritas como as mais importantes no comportamento suicida atual: 1) o aumento na prevalência de transtornos depressivos; 2) o aumento do uso abusivo de substâncias psicoativas; 3) mudanças psicobiológicas, como a diminuição na data de início da puberdade; 4) aumento no número de estressores sociais; 5) mudança nos padrões de aceitação de comportamentos suicidas e aumento na disponibilidade de modelos suicidas (REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 2004).

No Brasil, os índices de atos suicidas, embora não sejam considerados, são de pequena proporção, quando relacionados aos de outras localidades. No entanto, demonstram o aumento na fase adulta, e na maioria das vezes pelo sexo masculino.

¹ O estado de independência em que se encontra em relação às suas manifestações individuais (DURKHEIM, 1982).

Com base nos estudos de Mello (2000) da temática “suicídio” é por meio das condições socioeconômicas que o fato ocorre, tanto com os menos favorecidos socialmente, como os privilegiados, porém foi evidenciada a diminuição quanto aos *status* socioeconômicos, dando uma interação com o caso. Outros fatores de risco encontrados foram: o divórcio, a participação da mulher na força de trabalho, as variáveis econômicas e o desemprego. O estado brasileiro predominante nos casos de suicídio é o Rio Grande do Sul, o que leva muitos estudiosos a pesquisarem sobre os motivos que levam a obter este índice, como os que são das ciências sociais e da saúde. Tais estudos relataram que a cultura, a etnia, as crises sociais e, inclusive, o clima, são fatores que podem influenciar o problema (MELLO, 2000).

O suicídio é o processo em si mesmo, já que, na sociedade atual, o suicídio é o fruto de uma existência tóxica, na qual o homem se mata aos poucos, em uma vida envenenada, que o vai aniquilando. Condutas autodestrutivas, em comum acordo, promovem e perpetuam a alienação humana e a despersonalização do homem urbano contemporâneo (KALINA; KOVADLOFF, 1983, p. 49).

Dessa forma, o ato suicida é o procedimento que o indivíduo pratica em si mesmo. Na sociedade moderna para praticar o suicídio o indivíduo utiliza de instrumentos tóxicos, que o mata aos poucos, ou seja, autodestrutivo.

Nas sociedades contemporâneas, o aumento das taxas de suicídio e homicídio estão frequentemente associados ao uso de álcool e de drogas ilícitas.

O método epidemiológico-sociológico mostra essa relação e, também, outras tais, como o aumento proporcional entre as mortes por causas externas e a distribuição geográfica da pobreza; e o aumento das mortes por acidentes com veículos a motor e a abertura de artérias rodoviárias (SMEKE, 1998, p. 25).

Nesse sentido, o aumento dos atos suicidas, na atualidade, está relacionado ao uso de substâncias tóxicas, como o álcool, a utilização de drogas ilícitas, a pobreza, as mortes causadas por veículos automotores.

Assim, o suicídio tem a ver com um processo autodestrutivo crônico, ou seja, de um lado ele pode se manifestar inconscientemente, sem que o próprio indivíduo atente para a sua vida; de outro pode aumentar progressivamente, manifestando-se por certas doenças psicossomáticas e toxicomânicas. Todavia, diante do estudo do suicídio devemos perceber que cada paciente é um caso singular. Todos nós podemos ter ideias e até desejos de morte

quando estamos desesperançados ou desanimados; mas até a consumação de um ato suicida, há uma série de variáveis em jogo, que precisam ser consideradas (KOVÁCS, 1992).

Levy situa o suicídio por dois pontos básicos: 1. suicídios por eliminação consciente, voluntária e intencional; 2. suicídio que se inclui em processos autodestrutivos inconscientes, lentos e crônicos. Os primeiros estão relacionados com os suicidas fatais, ou seja, aqueles que têm grandes chances de buscar a morte de si mesmos. Em relação aos suicidas do segundo ponto em questão correm risco, porém, nem sempre concretizam esse ato. Podemos perceber que as tentativas de ato suicida se situam em um instante intermediário entre um intermediário entre um parâmetro e outro. Tentativas de suicídio são atos deliberados de autoagressão, em que a pessoa não tem certeza da sobrevivência, manifestando uma intenção autodestrutiva e uma consciência vaga do risco de morte (LEVY, 1975).

A sociedade moderna é complexa desde a sua origem. Surgiu de debates e discussões entre vários pensadores e projetos, de diversas propostas ideológicas e pelo inevitável caminhar do tempo histórico. Desde a Revolução Francesa são promovidos debates em diversas áreas sobre o que é o tempo em que se vive, denominado de moderno, e como é o sujeito fruto de seu período histórico. Era entendido que esse homem, fruto de lutas históricas e sociais, seria um ser livre, independente das amarras religiosas, econômicas, ideológicas, sociais, familiares (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, 2014).

Ainda sobre a questão da modernidade e da história da sociedade o autor Bauman vai discorrer que, se anteriormente a sociedade dita moderna era vivida como sólida com projetos sociais e ideologias condutoras de rumos para os homens, hoje não se tem mais isso. Vivemos como ele denomina, uma espécie de modernidade líquida, fluida, desapegada de promessas ideológicas, compromissos sociais e políticos e com um consumismo exacerbado. “O que importa é consumir sem pensar nas consequências das compulsões estimuladas pelo mundo moderno. Essas compulsões levam cada vez mais à individualidade e ao isolamento afetivo como formas de proteção” (BAUMAN, 1998).

Estamos entregues a essa grande compulsão que se instala de maneira globalizante, estamos cegos para olhar a nós mesmos e ao outro, substituindo relações por vícios, trabalho desenfreado e cacarecos pós-modernos, aumentando a sensação de impaciência em relação ao outro (CARVALHO, 2010, p. 4).

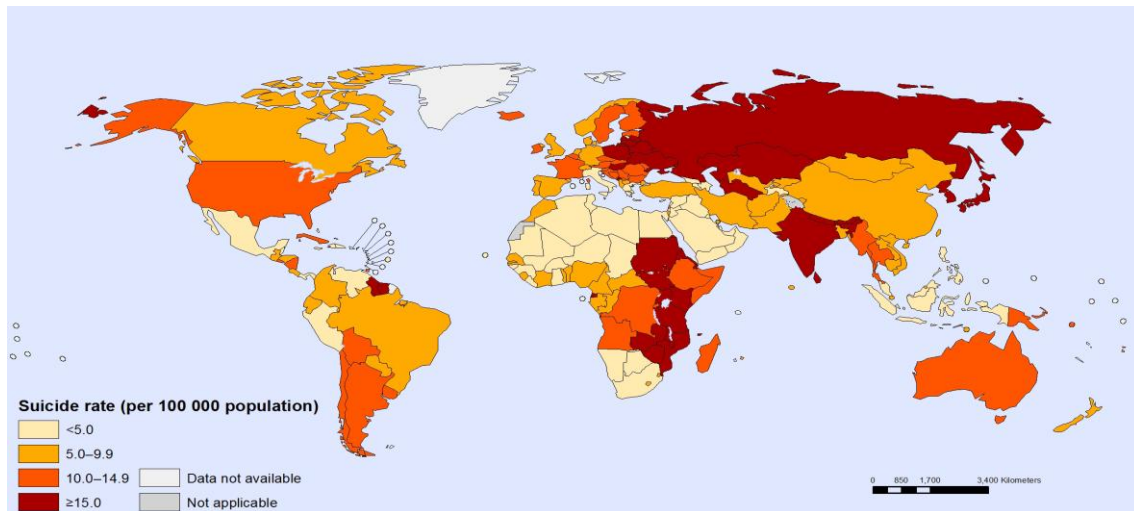
Dessa forma, é observado que no presente tempo da modernidade as relações interpessoais se tornaram cada vez mais raras e difíceis serem administradas.

Ainda sobre o suicídio, ressaltamos que existem diversos estudos sobre o comportamento autodestrutivo que o retrata como um problema de saúde pública, complexo e multideterminado e de grande impacto social, econômico e pessoal. Dessa forma, com o aumento dos casos de tentativas de suicídio e lesões autoprovocadas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem se esforçado em estabelecer, junto aos governos nacionais, estratégias para o enfrentamento e a prevenção do comportamento autodestrutivo, tendo lançado em 2014 seu primeiro relatório com uma ampla pesquisa sobre o tema para subsidiar a construção das políticas públicas de prevenção do suicídio (JUNIOR, 2015).

A autodestrutividade humana é um fenômeno mundial. Segundo a OMS (2014), mais de 800 mil pessoas se suicidam todos os anos e esse número deve chegar a 1,6 milhão de mortes em 2020. Todavia, a própria OMS acredita que esse número esteja subestimado em 20 vezes por conta da subnotificação ou inexistência de registros de ocorrências, principalmente em países da África e Oriente Médio, bem como pelo próprio tabu, no qual o tema está envolto em todo o mundo. Estes dados implicam que o suicídio responderá por 1,5% do total de óbitos no mundo em 2015, ocorrendo ao menos uma morte a cada 40 segundos. Desta forma, o suicídio é responsável por mais mortes que as guerras e assassinatos ocorridos no período de um ano. Ao mesmo tempo, a cada suicídio consumado, ao menos seis pessoas próximas ao falecido terão suas vidas profundamente afetadas socioeconômica e emocionalmente. Ainda de acordo com a OMS (2014) a taxa mundial de suicídio é de 11,4 óbitos por 100 mil habitantes (15,0 para homens e 8,0 para mulheres) (JUNIOR, 2015).

Ao observarmos a Figura 1, percebemos que as maiores taxas de óbitos por atos suicidas estão presentes no leste da Europa e as mais baixas na América Latina. Europa Ocidental, Estados Unidos e Oceania apresentam taxas intermediárias. Agora os dados dos países africanos são pouco confiáveis ou inexistentes, o que acaba dificultando a estimativa precisa das taxas de atos suicidas.

Figura 1: Mapa de taxas de suicídio (por 100 mil hab.) (WHO, 2014)



Fonte: <http://revpsi.org/comportamento-suicida/>.

Portanto, é analisado que o ato suicida não depende do sexo, o qual pode ser apresentado tanto em homens como em mulheres em todo mundo, sendo mais visualizado no leste da Europa.

Países populosos como China, Índia e Brasil, apesar do grande número de casos, apresentam baixas taxas de suicídio. Por sua vez, a Guiana, com menos de um milhão de habitantes apresenta a maior taxa mundial, 44,0 por 100 mil habitantes. Vale lembrar que a taxa de morbidade por suicídio expressa o número de suicídios ocorridos em um país ou região a cada 100 mil habitantes durante o período de um ano.

Dessa forma, é permitido analisar que o índice de atos suicidas também não depende do número de habitantes de um lugar, podendo variar quanto à região, sendo mais numerosos em locais como a Guiana que possui menos habitantes se comparada ao Brasil, China e Índia.

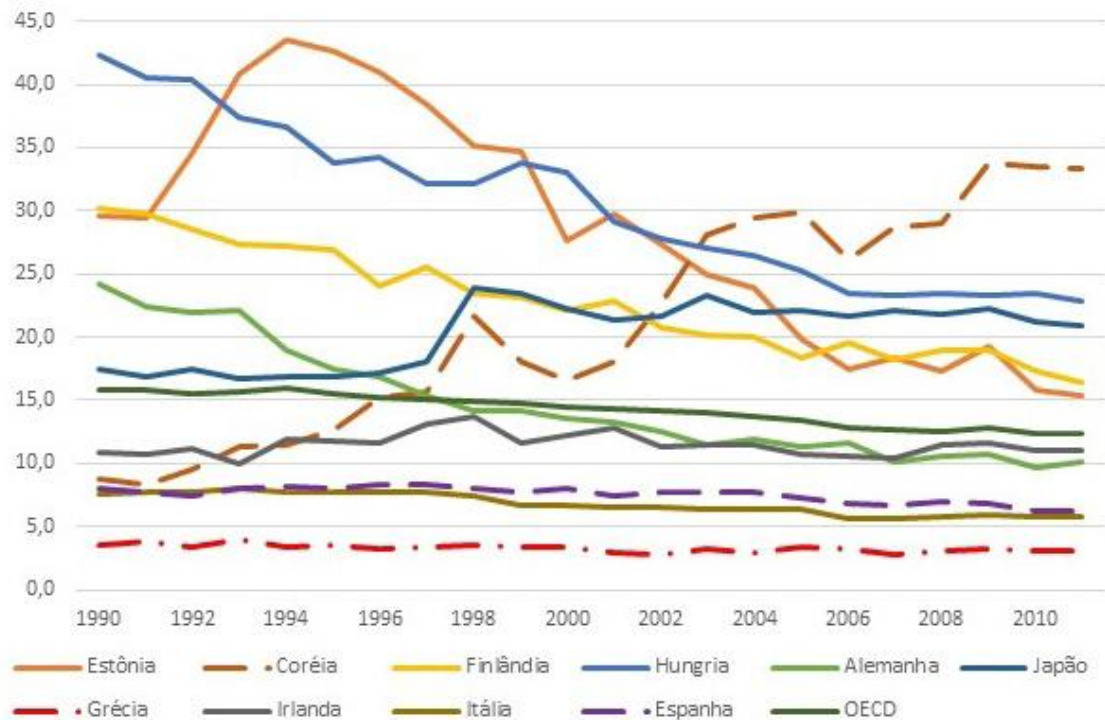
Tabela 1 – Países com mais óbitos por suicídio e maiores taxas de suicídio em 2012

Óbitos por suicídio (mil)		Taxa de suicídio (por 100 mil)			
País	Total	País	Homem	Mulher	Todos
Índia	258	Guiana	70,8	22,1	44,2
China	121	Coreia do Sul	41,7	18	28,9
EUA	43	Coreia do Norte	45,4	35,1	38,5
Rússia	31	Sri Lanka	46,4	12,8	28,8
Japão	29	Lituânia	51	8,4	28,2
Coreia do Sul	17	Suriname	44,5	11,9	27,8
Paquistão	13	Moçambique	34,2	21,1	27,4
Brasil	12	Nepal	30,1	20,0	24,9

Fonte: <http://revpsi.org/comportamento-suicida>.

Outro dado levantado pela OMS é que 75% dos casos de suicídio se dão em países em desenvolvimento, apontando para uma correlação entre situação econômica e taxas de suicídio, ainda que esta não seja infalível. Um exemplo é o aumento do número de suicídio na Grécia, país que enfrenta uma séria crise econômica, cuja taxa saltou de 3,4, no ano 2000, para 3,8 em 2012 (WHO, 2014), representando um aumento de 10,5%. Outros estudos (BLASCO-FONTECILLA *et al.*, 2012; BRANAS *et al.*, 2015) também relatam o aumento do suicídio em períodos de crise econômica na Grécia; contudo, o relatório da OECD (2014) afirma que não parece existir uma relação entre crise econômica e taxas de suicídio.

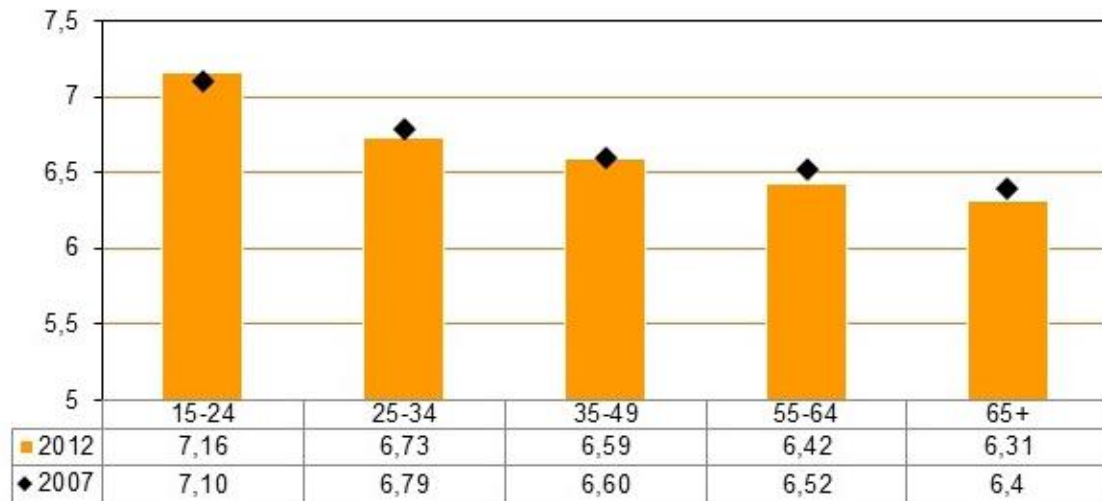
Portanto, apesar do número de atos suicidas terem aumento na Grécia durante o período de crise econômica, esses acontecimentos não estão interligados a este momento complicado que o país tem vivenciado. Percebemos, ainda, que o quantitativo de atos suicidas tem aumentado no decorrer dos tempos no país.

Figura 2: Variação nas taxas de suicídio entre 1990 e 2010

Fonte: <http://revpsi.org/comportamento-suicida>.

Ao analisarmos a Figura 2, as taxas de atos suicidas avaliadas pela OCDE (2014) na Grécia, Espanha e Irlanda flutuaram pouco entre 1990 e 2010, a despeito da crise econômica que enfrentaram e continuam enfrentando. Essa é uma das discordâncias entre o relatório da OCDE e o da OMS, ambos publicados em 2014. O estudo da OCDE mostra que existe uma relação forte em longo prazo entre insatisfação com a vida e o comportamento autodestrutivo. De acordo com o relatório, a “alegria de viver” varia entre os países e deteriorou-se em alguns países da Europa no decorrer das crises econômicas, todavia tende a diminuir com o avançar da idade dos indivíduos.

Diante do exposto, relacionando a Grécia com outros países como a Espanha e a Irlanda que também convivem com a crise econômica de acordo com as pesquisas apresentadas anteriormente, os acontecimentos de suicídio estão ligados ao descontentamento com o seu modo de viver e a variação de comportamento que declina com a idade, como podemos verificar na Figura 3.

Figura 3: Satisfação de vida por idade (2007 e 2012)

Fonte: <http://revpsi.org/comportamento-suicida>.

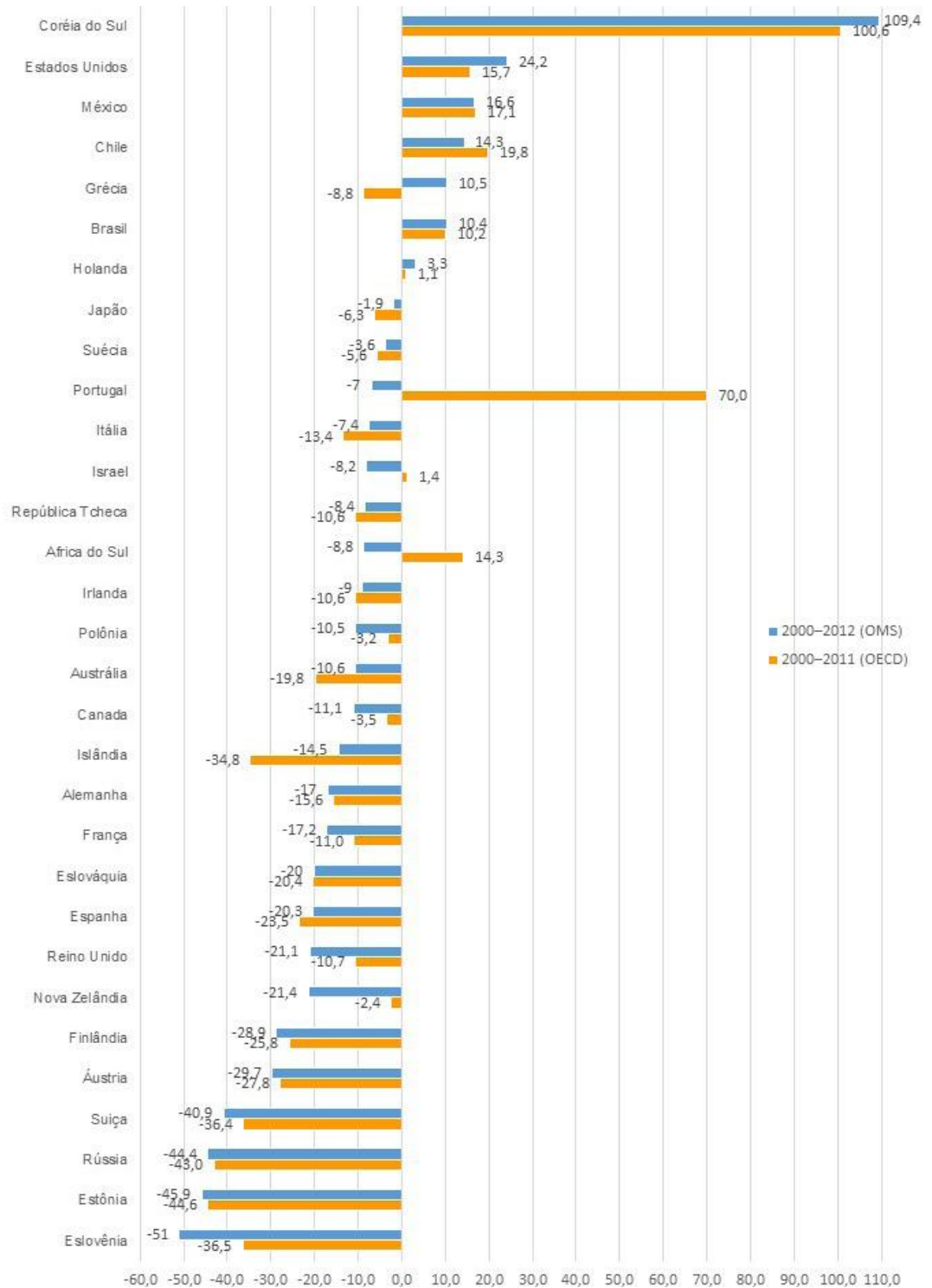
Nesse sentido, quanto mais jovem o indivíduo mais pode surgir mudanças de comportamento e, conseqüentemente, a desmotivação pela a vida. Além disso, podemos ressaltar que entre 15 e 24 anos o quantitativo se torna predominante se comparado às outras faixas etárias.

A respeito da crise econômica e do ato suicida, um contraexemplo é a Coreia do Sul, mesmo sendo um dos países mais ricos do mundo e com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) alto, ainda assim apresenta a segunda maior taxa mundial de atos suicidas, que aumentou de 8,8, em 1990, para 33,3, em 2011, conforme indicam as Figuras 2 e 4. A cultura aparentemente tem grande peso nas Coreias do Sul e do Norte, no entanto estes países apresentam altas taxas de suicídios, respectivamente a segunda e a terceira maior, mesmo ambas vivendo em regimes políticos e situações econômicas distintas. Nesse sentido, observando as Figuras 2 e 4, percebemos que a variação nas taxas de atos suicidas não é igual entre os países pesquisados, assim como não é igual entre países de uma mesma região do globo. A diferença nas taxas de atos suicidas indica para a complexidade do fenômeno, em que fatores econômicos, políticos e culturais influenciam a disposição dos indivíduos para a autodestrutividade.

Todavia, com base nos gráficos denotados nas Figuras 2 e 4, percebemos outros países que foram pesquisados com padrões sócio econômico e cultural, aproximado das Coreias do Sul e do Norte que apresentam um acréscimo acentuado e tiveram uma queda nos seus índices por atos suicidas no mesmo período da Pesquisa. Por exemplo, a Hungria que em

1990 apresentava uma taxa por atos suicidas de 42,5, aproximadamente, sofreu uma queda de 23,0 aproximadamente em 2010.

Figura 4: Porcentagem de mudança na taxa de suicídio entre 2000 e 2011 (OCDE, 2014)



Fonte: <http://revpsi.org/comportamento-suicida/>

Referente à Figura 4, percebemos que a mudança que está relacionada aos índices de atos suicidas não é igual na mensuração da OMS e OCDE. Todavia, essas desigualdades podem ocorrer devido aos métodos de coleta de dados diferentes. Porém, apesar de no geral as variações nas taxas de atos suicidas apresentarem as mesmas tendências de alta ou baixa, em alguns casos como o da África do Sul, Portugal e Grécia, as taxas oscilam em tendências opostas; em outras as diferenças são significativas, como no caso dos Estados Unidos, Japão, Islândia, Canadá, Eslovênia e Reino Unido, por exemplo. Estando assim justificadas as variações tendenciosas e também as reduções de atos suicidas em outros países.

Dessa forma, tanto os estudos como as localidades variam de olhares, tendo sido discutido este assunto em vários países e, conseqüentemente, levantadas diversas questões quanto às causas que levam ao ato suicida, como também às suas conseqüências para a sociedade como um todo.

Diante do exposto, o Estado brasileiro tem tido também este olhar mais pontual com a questão do suicídio que se tornou um problema de saúde pública e, por isso, necessita de intervenções estatais quanto ao seu enfrentamento e prevenção.

Nesse sentido no seguinte capítulo, exploraremos como se dá a responsabilidade estatal através das políticas públicas quanto à questão do suicídio, envolvendo a saúde mental no Brasil.

Primeiramente, serão discorridos fatos da problemática que norteia esta questão no Brasil que envolve a saúde mental desde a reforma psiquiátrica e depois será explorará a questão do ato suicida de acordo com as legislação vigente.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE MENTAL

As primeiras políticas de saúde mental surgiram no Brasil após várias reivindicações contra ao modelo psiquiátrico no período dos anos 1970, o que colaborou para a Reforma Psiquiátrica.

As políticas públicas que envolvem o campo da saúde mental se baseiam na definição do que é ter saúde. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), para que um indivíduo possa ter saúde se faz necessário um estado de pleno bem estar físico, mental e social, ou seja, precisamos compreender todo o contexto e não só a ausência de doenças para conceituar a saúde.

Dessa forma, somente após a Reforma Psiquiátrica esta ideia foi atribuída à saúde mental, sendo visualizada a saúde com diversos elementos que envolvem a qualidade de vida, como veremos a seguir.

3.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil

Para compreendermos a Reforma Psiquiátrica é necessária a percepção sobre o que significa “loucura”, pois este conceito já é visto pela a sociedade ao longo do tempo, cujas transformações na saúde mental contribuíram para seu desenvolvimento.

Desde a Antiguidade Clássica se encontram relatos sobre seres humanos acometidos de distúrbios psíquicos. Por meio da observação em obras da época podemos constatar a existência de personagens, cujos comportamentos eram diferentes daqueles considerados “normais” e que revelavam algum tipo de esquizofrenia ou outra doença mental (PESSOTTI, 1994).

Neste período, a doença mental configurava-se basicamente de três formas: como obra da intervenção dos deuses na vida na vida de alguns seres humanos; como um produto de conflitos passionais do homem, mesmo que permitido ou imposto pelos deuses e em uma terceira perspectiva como efeito de disfunções somáticas causadas de forma imediata por eventos afetivos (PESSOTTI, 1994). Na Idade Média, muitas vezes, foi atribuído o comportamento esquizofrênico a possessões demoníacas.

[...] o louco era considerado até o advento de uma medicina positiva como um "possuído". E todas as histórias da psiquiatria até então quiseram mostrar no louco da Idade Média e do Renascimento um doente ignorado, preso no interior da rede rigorosa de significações religiosas e mágicas (FOUCAULT, 1972).

Apenas após o século XIX que a loucura passou a ser observada como um causa moral ou divina e começou a ser visualizada como doença. O psiquiatra francês Philippe Pinel pensou na possibilidade de criar uma instituição de atenção à loucura, o que em seguida incentivou o campo da ciência médica. Nesse período surgiram os manicômios ou asilos como espaços destinados ao “tratamento” da loucura, através da prática da psiquiatria (PESSOTTI, 1944). Devido à inexistência, na época, da utilização de medicamentos no tratamento desses males, a prática da psiquiatria era caracterizada pelo confinamento dos doentes mentais nesses espaços considerados adequados.

No Brasil esta realidade foi visualizada a partir da inauguração do primeiro hospício em 1852, no Rio de Janeiro. Visto como a primeira ação efetiva de preocupação do Estado com o controle dos doentes mentais que viviam perambulando pelas ruas ou nas Santas Casas de Misericórdia.

Com o relevante crescimento da população, a Cidade passou a se deparar com alguns problemas e, dentre eles, a presença dos loucos pelas ruas. O destino deles era a prisão ou a Santa Casa de Misericórdia, que era um local de amparo, de caridade, não um local de cura. Lá, os alienados recebiam um “tratamento” diferenciado dos outros internos. Os insanos ficavam amontoados em porões, sofrendo repressões físicas quando agitados, sem contar com assistência médica, expostos ao contágio por doenças infecciosas e subnutridos (MESQUITA, 2008).

O hospício Pedro II foi inaugurado pelo próprio Imperador, representando uma primeira tentativa de contenção da “loucura” no Brasil, agora considerada como doença. Ele reproduzia a arquitetura e as práticas difundidas por Pinel e tinha o isolamento como uma prática comum e indispensável ao tratamento do paciente. Todavia o hospício deveria ser um instrumento de “cura”, pensado desde a sua estrutura arquitetônica até a distribuição dos pacientes em seu interior. O isolamento objetivava modificar os hábitos; a observação e a intervenção médica faziam parte da ação terapêutica, além de tratamentos radicais como o eletrochoque e lobotomia. Assim, em meio a denúncias de maus-tratos, este modelo passou a receber inúmeras críticas, comparado até com os campos de trabalho nazistas na Segunda Guerra Mundial (AMARANTE, 1995).

Figura 5: Fachada do Hospício Pedro II (Palácio Universitário da UFRJ) na Praia Vermelha



Fonte: UFRJ (2016).

Dessa forma, no presente hospital as pessoas eram vistas como alienadas ou loucas, e conviviam com o estado de abandono familiar sem nenhum direito assegurado. Portanto, eram excluídos da convivência familiar e comunitária, além de passarem por diversos abusos por parte dos profissionais de saúde.

Para Machado (1978) “o isolamento da sociedade não visa a uma simples exclusão de suas fronteiras, mas à possibilidade de uma reinserção do alienado na sociedade depois de sua reabilitação através de um tratamento”. Os cidadãos estavam desprovidos de seus direitos, os doentes ficavam à disposição de uma equipe médica ou de “tratadores” que recorriam a terapias violentas que negavam sua condição humana.

A prática da institucionalização da loucura foi bastante difundida no Brasil e novas ideias abalaram sua hegemonia, especialmente a partir da difusão do modelo italiano de Psiquiatria Democrática que sustentou a noção de desinstitucionalização como princípio norteador. Do ponto de vista democrático e de resgate da cidadania do doente, a experiência do modelo italiano procurou romper com o paradigma clínico/psiquiátrico e passou a considerar os hospícios como aparelhos ideológicos de controle do Estado sobre a loucura e defendia a eliminação destes (ALTHUSSER, 1983). Esse modelo emergiu na Itália na década de 1970, tendo Franco Basaglia como seu principal idealizador e a psiquiatria tradicional como importante alvo de suas críticas.

Certamente uma das terapias mais importantes para combater a loucura é a liberdade. Quando um homem é livre tem a posse de si mesmo, tem a posse da própria vida, e, então, é mais fácil combater a loucura. Quando eu falo de liberdade, falo de liberdade para a pessoa trabalhar, ganhar e viver, e isto já é uma luta contra a loucura. Quando há possibilidade de se relacionar com os outros, livremente, isso se torna uma luta contra a loucura (BASAGLIA, 1982).

O movimento antimanicomial brasileiro, cuja bandeira defendia a reafirmação dos direitos humanos dos doentes, teve seu início na década de 70, e foi impulsionado pela retomada das mobilizações sociais pelo País. A realização da I Conferencia Nacional de Saúde Mental e a realização do II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, são consideradas como pontos de partida para o que se denominou de Reforma Psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2005).

Participaram deste movimento diversos atores entre eles: o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde/Núcleo de Estudo em Saúde Mental (CEBES) e o Movimento de Luta Antimanicomial, cuja principal meta era a substituição dos modelos hospitalocêntrico e asilar por uma rede de serviços territoriais (MAIA, 2002).

A luta não se limitava simplesmente ao fechamento dos hospitais psiquiátricos de característica asilar, mas propor um novo ambiente para a “loucura”, antes esquecida em seus corredores e “celas”, e trazê-la para o seio das discussões e das ações da sociedade, Rotelli e Amarante afirmam:

A negação da instituição não é a negação da doença mental, nem a negação da psiquiatria, tampouco o simples fechamento do hospital psiquiátrico, mas uma coisa muito mais complexa, que diz respeito fundamentalmente à negação do mandato que as instituições da sociedade delegam à psiquiatria para isolar, exorcizar, negar e anular os sujeitos à margem da normalidade social (ROTELLI; AMARANTE, 1992, p. 25).

No decorrer do tempo estas lutas tiveram resultado quanto à destitucionalização, ao resgate da cidadania para pessoas com transtornos mentais e à sua reinserção no convívio social como relata Amarante:

A Reforma Psiquiátrica constitui-se como um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria (AMARANTE, 1995).

Do ponto de vista histórico, podemos considerar as décadas de 1980 e 1990 como períodos importantes para a reforma psiquiátrica brasileira. Um divisor de águas desse período foi a realização da Conferencia Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990. Dela surgiu um importante documento para a Reforma: trata-se da Declaração de Caracas, e foi assinada pelos países da América Latina, inclusive o Brasil. Neste documento esses países comprometeram-se a incentivar e desenvolver políticas públicas que vissem à reestruturação da assistência psiquiátrica.

Em cumprimento ao disposto na Constituição Federal de 1988, o direito a liberdade representa a base do movimento da Reforma Psiquiátrica e antimanicomial, pois garante que o doente mental seja visto como cidadão livre e que deve ser tratado com respeito e dignidade (BRASIL, 2007).

Tais pensamentos deslocaram a visão do distúrbio mental da esfera estritamente médica para a consideração do sofrimento do sujeito em sua totalidade, relacionando-o com o meio social.

A reflexão da inserção desse novo pensamento para com o indivíduo com distúrbios mentais foi o resgate de referenciais sociais e culturais. Este modelo previa a consideração das experiências pessoais e a reinserção dos mesmos em seu convívio social, segundo Basaglia:

O doente mental é doente, sobretudo por ser um excluído, um abandonado por todos; porque é uma pessoa sem direitos e em relação a quem se pode tudo. Por isso negamos dialeticamente nosso mandato social, que exigia que considerássemos o doente como um não homem, e, ao negá-lo, negamos a visão do doente como um não homem (BASAGLIA, 1985).

Outro ponto importante para a Reforma Psiquiátrica Brasileira foi o sancionamento da Lei Paulo Delgado, Lei nº 10.216/01, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional. Essa lei dispõe sobre a proteção dos direitos dos acometidos de transtornos mentais e propõe a redução sistemática dos leitos psiquiátricos no País, apesar de não trazer claramente os mecanismos que seriam utilizados para este fim.

É percebido que a partir de 2001, quando a Lei nº 10.216/2001 (Lei da Reforma da Psiquiatria) que estipula a Saúde Mental no Brasil foi consolidada, o atendimento à pessoa com transtorno mental mudou, porém ainda necessita melhorar alguns pontos quanto ao atendimento clínico.

Esta lei garante a proteção integral e os direitos da pessoa portadora de transtornos mentais, focalizando na assistência a saúde mental. Podemos também nela observar a desinstitucionalização da psiquiatria, como preconizava o movimento de Reforma Psiquiátrica em seu Art.4º.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: 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. Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. § 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio. § 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros. § 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2o e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º (BRASIL, 2001).

Um novo balanço das ações desenvolvidas a partir da declaração foi realizado em 2005 através da Carta de Brasília, documento criado para avaliar e tratar a Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005).

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil colabora para o surgimento de novas experiências eficazes, advindas da saúde mental e da atenção básica (SILVEIRA; VIEIRA,

2009). Dessa forma, a Reforma Psiquiátrica se consolidou como um marco de transformação da saúde mental no Brasil através da luta antimanicomial.

No Brasil a Reforma Psiquiátrica é uma ação conjunta das esferas Federal, Estadual e Municipal e dos grupos e movimentos sociais. O principal ideal do movimento está na luta pela reaproximação do acometido de distúrbios mentais do seu meio social e da sua reabilitação, em detrimento do isolamento e da segregação praticada nos manicômios.

O surgimento do atendimento extra-hospitalar superou o modelo de internação hospitalar para pacientes com distúrbios mentais, representando o princípio básico da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Porém, para a sua progressiva efetivação, novos modelos de atenção ao doente mental tiveram que ser pensados.

O tratamento de pacientes fora de hospitais passou a representar uma alternativa mais humanitária e sua difusão originou uma rede de ações e serviços substitutivos ao modelo anterior. Assim, a Rede de Atenção a Saúde Mental Brasileira passou a integrar a rede de Atenção Básica do SUS, uma rede organizada de ações e serviços públicos de saúde.

Para que a saúde mental aconteça de fato na atenção básica é necessário que os princípios do SUS se transformem em prática cotidiana. Podemos sintetizar como princípios fundamentais da articulação entre saúde mental e atenção básica/Saúde da Família: promoção da saúde; território; acolhimento, vínculo e responsabilização; integralidade; intersetorialidade; multiprofissionalidade; organização da atenção à saúde em rede; de institucionalização; reabilitação psicossocial; participação da comunidade; promoção da cidadania dos usuários (BRASIL, 2004).

Na articulação entre a saúde mental e a atenção básica, o profissional da saúde mental participa de reuniões de planejamento das equipes de Saúde da Família (ESF), realiza ações de supervisão, discussão de casos, atendimento compartilhado e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação (BRASIL, 2004).

Ao criar uma rede de cuidados em saúde mental, estruturada a partir da Atenção Básica, o Ministério da Saúde de forma estratégica, buscou impulsionar 24 programas e serviços a partir de contextos locais, ou seja, o mais próximo possível da residência dos indivíduos. Desta forma, os serviços de saúde mental, surgiram em vários municípios e foram se expandindo como dispositivos de diminuição das internações e na mudança do modelo assistencial (BRASIL, 2004).

Para exemplificar, entre os anos de 2003 e 2006, foram reduzidos 11.826 leitos em todo o País, devido à implantação, neste período, do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) e do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH).

Estes foram os principais mecanismos de redução, pois, através deles houve a implementação de processos avaliativos sistemáticos e anuais nos hospitais psiquiátricos do País (BRASIL, 2007b).

De acordo com o caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde, a Atenção Básica tem como objetivo propiciar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, inclusive de indivíduos que necessitam de cuidados voltados para a saúde mental. Assim, as ações devem ser desenvolvidas a partir do território geograficamente visitado pelos profissionais de saúde, para que estes estejam dispostos a conhecer a história de vida daqueles indivíduos e de seus vínculos familiares, para que o cuidado com a saúde mental em relação aos pacientes que apresentam sofrimento psíquico possa ter êxito (BRASIL, 2013).

A realização de práticas em saúde mental na Atenção Básica é de suma importância à vida do usuário, o qual necessita de uma escuta qualificada, inclusive deve ser intensificada no momento em que este apresente algum tipo de sofrimento psíquico. Ainda de acordo com o caderno de Atenção Básica, identifica-se como porta de entrada principal do SUS, que, no entanto, forma um conjunto de ações de saúde, no campo individual e na coletividade, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e redução de danos e a manutenção da saúde, tendo como objetivo o desenvolvimento de uma ação integral que ocasione impacto na situação na qual a saúde se encontra e autonomia das pessoas e nos determinantes de saúde das coletividades.

Nesta perspectiva, Santos relata que as mulheres por vários fatores se encontram numa condição de maior risco de desenvolver transtornos mentais, manifestando sofrimento psíquico. “As mulheres, por desempenharem vários papéis na sociedade, favorecem um aumento significativo à incidência de transtornos mentais e comportamentais. No entanto as mulheres permanecem com a grande responsabilidade que está associada com os papéis de esposas, mães, filhas, educadoras e cuidadoras, e serem ao mesmo tempo, cada vez mais essenciais na mão de obra e cada vez mais, constituindo-se na principal fonte de renda familiar.” As mulheres alguma vezes também são vítimas de discriminação sexual,

concomitante à pobreza, à fome, à desnutrição, ao excesso de trabalho e à violência doméstica e sexual” (SANTOS, 2008).

Em 29 de janeiro de 1992, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria nº 224/92, deu um passo importante na consolidação do novo modelo de Saúde Mental Brasileiro. Esta portaria regulamentou dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs), definidos como unidades locais de atendimento intermediário entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar (BRASIL, 2004). Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) começaram a surgir nas cidades brasileiras em 1980 e passaram a receber uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde, somente a partir do ano de 2002, momento no qual estes serviços experimentam grande expansão.

A Portaria Ministerial nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, caracterizou os CAPS como unidades de:

[...] atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004).

Esta portaria tem sua importância maior por ter possibilitado a criação de uma linha de financiamento especificamente para estes serviços. Assim, houve um estímulo do Governo Federal para a implantação de CAPS nos municípios, o que conseqüentemente contribuiu estrategicamente na expansão do Novo Modelo de Saúde Mental Brasileiro. Em junho de 2004, com o tema Cuidar em Liberdade e Promover Cidadania, foi realizado na cidade de São Paulo, o I Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, no qual o Ministério da Saúde lançou uma Publicação a respeito dos CAPS na Saúde Mental Brasileira (BRASIL, 2004).

Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004).

A intervenção dos CAPS é importante, pois, abrangem vários aspectos ligados a atenção em saúde mental, desde as situações de crise à construção de projetos de inclusão social do doente mental.

Entre os serviços terapêuticos disponíveis nos CAPS estão: atendimento individual, prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação, atendimento em grupo, oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal, atendimento para a família, atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares, atividades comunitárias, atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que têm como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral. Essas atividades podem ser: festas comunitárias, caminhadas com grupos das 29 comunidades, participação em eventos e grupos dos centros comunitários, assembleias ou Reuniões de Organização do Serviço. A Assembleia é um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço são discutidos os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido (BRASIL, 2004).

Os CAPS são o resultado de uma mudança na relação com a loucura que vem se desenvolvendo desde o princípio da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A atenção à saúde mental saiu da clausura dos manicômios e hospitais psiquiátricos e passou a ocupar um novo “território”, para além de uma delimitação geográfica, mas constituído por relações familiares, entre amigos, vizinhos, trabalho, ou seja, pela vida em sua plenitude de modo a possibilitar um número cada vez maior de trocas e de inserção social do indivíduo. Atuar no território consiste em unir conhecimentos e potencialidades de seus recursos a fim de construir objetivos comuns e assim, propor soluções para os conflitos (BRASIL, 2005).

Os CAPS devem ser substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabem aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e

persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território (BRASIL, 2005).

Os CAPS possuem equipe multiprofissional – composta por psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, técnicos administrativos etc. Oferecem diversas atividades terapêuticas: psicoterapia individual ou grupal, oficinas terapêuticas, acompanhamento psiquiátrico, visitas domiciliares, atividades de orientação e inclusão das famílias e atividades comunitárias. De acordo com o projeto terapêutico de cada usuário, estes podem passar o dia todo na Unidade, parte do dia ou vir apenas para alguma consulta. Sua estrutura física deve contar com elementos básicos para o oferecimento de seus serviços a saber: consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias), salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, (o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade), sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes.(BRASIL, 2005).

O CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento. Esses serviços poderão constituir-se em 03 modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, definidos por ordem crescente de complexidade e abrangência populacional, além dos modelos de CAPS I (infantil) e CAPS AD (para alcoolismo e usuários de drogas).

De acordo com a Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais (2006) os CAPS realizam prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos severos e persistentes. Nesse sentido, o CAPS é um equipamento de referência e de tratamento para pessoas com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, e promotor de vida. (PELISOLI; MOREIRA, 2005, p.50)

Atualmente, a proposta do Estado através do CAPS é que o usuário seja tratado junto à sua família, considerada uma instituição que pode dar o suporte de cuidados e por conseguir disponibilizar a comunicação entre o paciente, os profissionais do CAPS e a comunidade. Porém, ainda se faz necessária a implantação de mais equipamentos estatais como o CAPS próximo à casa do usuário, a fim propiciar um contato maior com as famílias.

Nesta ótica, de território, ou seja, proximidade entre os agentes que podem contribuir para o atendimento em saúde mental é expresso o modo como os CAPSs e as Unidades de Saúde da Família (USF) devem ser integrados, construindo um Modelo de Redes de Cuidado, de base territorial e atuação transversal com as demais políticas específicas, que visem acolher e estabelecer parcerias entre os envolvidos. Dessa forma, é realizado pelas duas equipes técnicas do CAPSs e das Unidades de Saúde da Família, o planejamento quanto ao território de abrangência, como também a atenção à saúde em rede intersetorial, multiprofissional e interdisciplinar, de modo a promover a construção da autonomia possível de usuários e também de seus familiares (BRASIL, 2004).

Apesar da promulgação da Lei, a saúde mental ainda enfrenta alguns desafios como podemos citar o problema que está relacionado ao atendimento médico em unidades de saúde relacionadas ao adoecimento psíquico é à questão da medicação com benzodiazepínicos, na qual o paciente procura mais do que alívio dos sintomas, ou seja, buscam explicações significativas e tratamento psicossocial da doença (BREDA; AUGUSTO, 2001).

Portanto, verifica-se a necessidade no tratamento a escuta e a capacidade de compreensão, sendo a compreensão o que faz este se sentir útil e valorizado. Dessa forma, analisaremos a seguir a questão do suicídio relacionado às políticas públicas.

3.2 O suicídio e as políticas públicas

Em uma sociedade, as políticas públicas de saúde têm um papel fundamental, não apenas no tratamento, mas, principalmente, na prevenção de atos suicidas. A divulgação de informações serve para conscientizar, de forma preventiva, a população acerca dessa problemática e também para a procura de tratamentos adequados o quanto antes possível, facilitando no prognóstico e viabilizando a não marginalização dos indivíduos.

A literatura aponta que 15% a 25% das pessoas que tentaram suicídio tentarão novamente no próximo ano e explica como característica do suicida a ambivalência, ou seja, o desejo ao mesmo tempo de morte e de vida (DIAS, 1991, KOVÁCS, 1992, BOTEGA, MAURO; CAIS, 2004, BRASIL, 2009).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde o suicídio é visto como um sério problema de saúde pública, estando entre as dez causas mais frequentes de morte, além de ser

a segunda ou terceira causa de morte entre 15 e 34 anos de idade. Os dados mostram que para cada suicídio existem, pelo menos, dez tentativas suficientemente sérias que exigem atenção médica e para cada tentativa de suicídio registrada, existem quatro não conhecidas.

Houve um aumento de 60% da mortalidade por suicídio nos últimos 45 anos. Portanto, nesse período, o suicídio efetivou-se um problema de saúde pública. Na maioria dos países, o suicídio destaca-se entre as dez causas mais frequentes de morte, e entre as duas ou três mais frequentes em adolescentes, jovens e adultos. Para cada óbito por suicídio há, no mínimo, cinco ou seis pessoas próximas ao suicida, cujas vidas são profundamente afetadas emocional, social e economicamente (OMS, 2000).

Em relação ao setor econômico, o suicídio e suas tentativas representam grande custo para a sociedade. A demanda de recursos públicos que poderiam estar sendo alocados de forma diferente, porque envolve significativa perda de capital humano. Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), o valor médio das internações registradas como lesões autoprovocadas intencionalmente entre 1998-2004 é de R\$ 507 mil. A média de permanência por internação no período foi de quatro dias, e a taxa de mortalidade, de 3,70% dos casos (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2007).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2000), o custo do suicídio, estimado em termos de anos de vida ajustados às limitações, representou 1,8% do gasto total com doenças em todo o mundo, em 1998. Equivalente ao dispêndio com guerras e homicídios, sendo similar aos custos de internação por trauma e asfixia neonatal e o dobro do custo com diabetes. Na Suíça, das 30 mil pessoas que tentaram se suicidar 1.350 conseguiram atingir esse objetivo.

No Brasil, Cerqueira (*et al.*, 2007), afirma que o suicídio acarretou perda total de R\$ 1,3 bilhão para o ano de 2001. Em termos de valores médios de perda de capital humano, os suicídios custam R\$ 163 mil por vítima, enquanto os homicídios e os acidentes de trânsito apresentam médias de R\$ 189,5 mil e R\$ 172 mil, respectivamente.

Trabalhos que exploram esse campo da teoria econômica no Brasil são raros. Como exemplo há o estudo de Shikida (2006), que analisa como variáveis econômicas influenciam as taxas de atos suicidas por Estados brasileiros. Os respectivos autores verificam que as macrorregiões Sul e Centro-Oeste se destacam em relação às demais.

Meneghel (*et al.*, 2004) avaliaram séries históricas de mortalidade por suicídio no Rio Grande do Sul e mostraram que o problema refletia precárias condições de sobrevivência, como o endividamento, a concentração da terra, o êxodo ou a exposição profissional intensa aos agrotóxicos. Os agrotóxicos podem acarretar quadros depressivos desencadeados por mecanismos neurológicos ou endócrinos.

Pires (2005) também alcançou conclusão semelhante para a microrregião de Dourados, no Mato Grosso do Sul. Neste caso, a cultura algodoeira expunha os trabalhadores rurais aos agrotóxicos. No estudo do registro de óbitos por suicídio no IML de Palmas (Tocantins) realizado por Oliveira (2004), entre 2001 a 2004, o autor encontra que a maior parte das vítimas que cometeu suicídio são lavradores, com 33% de participação.

Na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) foram discutidos os temas "saúde como direito", "reformulação do sistema nacional de saúde" e "financiamento do setor", sendo aprovado o seguinte conceito de saúde. "A saúde não é um conceito abstrato". Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população, em suas lutas cotidianas. Para a garantia, pelo Estado, dessas condições dignas de vida e de acesso universal aos serviços de saúde esta Conferência aprovou que a reestruturação do sistema deveria resultar na criação de um Sistema Único de Saúde, o SUS:

Resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse da terra e acesso aos serviços de saúde, é assim antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE 1986, p. 1).

De acordo com Júnior (1972), vários acidentes serão frequentemente inseridos nas estatísticas de suicídio e muitos casos de alienação mental poderão excluir a hipótese de suicídio verdadeiro por não ter a possibilidade de identificá-los.

Diante dessa problemática, o Estado se mostraria impotente ou deste modo, agiria conforme outros interesses como as estatísticas, visto que as ocorrências, ao que parece têm sido manipuladas para não apresentar à sociedade uma realidade tão desestabilizadora. Numa situação real, uma avaliação do universo de prejuízos sofridos pela sociedade em relação à perda de vidas decorrentes do ato suicida, ou a omissão dos responsáveis pelos programas

preventivos do Estado que, deveria buscar meios para manter a integridade física dos indivíduos, garantir a dignidade da vida humana e a segurança de seus cidadãos.

Cita-se, como exemplo das dificuldades em caracterizar o suicídio, o relato de Cassorla.

Um estudo americano mostrou que num centro de tratamento de envenenamento 42 % dos casos foram considerados acidentais, 58 % tentativas de suicídio, feita uma avaliação cuidadosa os índices foram alterados para 72 % de gestos e tentativas, 2% tentativas de homicídio e restante ingestão acidental (CASSORLA, 1991, p. 48).

A principal barreira quanto à identificação de atos suicidas é pelo fato dos laboratórios caracterizarem acontecimentos suicidas como tentativas de assassinato ou até mesmo casos acidentais, dificultando o estudo sobre os casos que envolvem esse ato.

Na obra de Heck a seguinte observação corrobora o processo de investigação aqui adotado:

Até 1991 os funcionários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), faziam o levantamento em cada município, pesquisando os casos de acordo com o processo de ocorrência policial. A partir de 1992, conforme relato verbal esta informação passou a ser como fonte o Departamento de Polícia Civil do Estado (HECK, 1994, p. 51).

Conforme o IBGE, as pesquisas são realizadas de acordo com os dados da Polícia Civil, cabendo, portanto a esta identificar o que é ato suicida ou não, sendo determinadas e diferentes em cada Região do Brasil.

De acordo com a Constituição Federal, o Artigo 196 (1988), determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Prontamente, universalidade dos serviços e equidade na sua prestação são princípios considerados constitucionalmente. Existem os princípios organizacionais que estão relacionados aos serviços de saúde pautados na descentralização dos serviços – redistribuição de recursos e atribuições entre os entes federados; regionalização e hierarquização da rede – distribuição espacial dos serviços de maneira a atender às necessidades da população por regiões e em diferentes níveis de complexidade.

Para executar o processo de descentralização surge, inicialmente, a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regula as ações e serviços da saúde. Esta Lei define o Sistema

único de Saúde (SUS), como sendo o conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, a ser organizado, como dantes declinado, de forma regionalizada, com direção única, nos termos do artigo 198, inciso I da Constituição Federal, em cada esfera de governo – no âmbito estadual pelas respectivas Secretarias de Saúde ou órgão equivalente.

Logo depois a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, acabou disciplinando a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. A atuação da comunidade se concretiza através da composição dos Conselhos de Saúde, que devem ser integrados por representantes do Governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, com atuação na formulação de estratégias e controle da execução política de saúde, incluindo-se os aspectos econômicos financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído.

É de suma importância enfatizar, que o SUS é integrado por duas instâncias colegiadas, em cada esfera de governo: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. A Conferência de Saúde tem por objetivo averiguar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes e o Conselho de Saúde tem por finalidade exercer o controle social sobre a gestão do sistema estadual de saúde.

O cidadão tem como direito fundamental a saúde; cumpre mencionar que a importância do direito à saúde é inegável, visto tratar-se de um dos principais componentes da vida. Apesar disso, o direito à saúde encontra-se profundamente ligado à dignidade da pessoa humana, pois se refere a uma existência digna e com qualidade de vida, escopo de todo cidadão no exercício de seus direitos. Todavia, há a existência de distinção doutrinária entre direitos humanos e direitos fundamentais. Neste sentido, os direitos humanos propriamente ditos possuem previsão na ordem jurídica internacional, independentemente de serem vinculados à determinada ordem constitucional. Apresentam, pois, caráter supranacional.

Os direitos fundamentais, no entanto, devem ser compreendidos dentre os direitos humanos que estão reconhecidos e positivados na ordem constitucional de um determinado Estado.

[...] o termo “direitos fundamentais” se aplica para aqueles direitos do ser humano reconhecido e positivados na esfera do direito constitucional positivo de determinado Estado, ao passo que a expressão “direitos humanos” guardaria relação com os documentos de direito internacional, por referir-se àquelas posições jurídicas que se reconhecem ao ser humano como tal, independentemente de sua vinculação com determinada ordem constitucional [...]. (SARLET, 2003, p. 33).

O direito à saúde, na norma jurídica brasileira, encontra-se inserido no arrolamento dos direitos fundamentais, visto que a Constituição da República Federativa do Brasil, além de incluí-lo entre os direitos sociais, dedicou-lhe seção exclusiva em seu Título VIII, Capítulo II, Seção II, artigos 196 a 200. Todavia concerne aos direitos fundamentais, cabe destacar a consagrada divisão doutrinária deste em direitos de primeira, segunda e terceira geração.

Retifica-se, no entanto, que, consoante esta classificação, realizada a partir de uma concepção histórica, não existem substituições de uma geração por outra, visto que estas se complementam. Destaca-se, também, que parte da doutrina defende a existência de uma quarta geração de direitos fundamentais. “São direitos de quarta geração o direito à democracia, o direito à informação e o direito ao pluralismo” (BONAVIDES, 2002, p. 525).

O preâmbulo da Constituição Federal de 1988 invoca a garantia à saúde na medida em que institui um Estado democrático social destinado a assegurar, como valores supremos de uma sociedade fundada na harmonia social, os direitos sociais e o bem-estar social, dentre outros. Observa-se, assim, a importância concedida pelo Poder Constituinte Originário aos direitos sociais, especialmente à saúde. Menciona-se, ainda, o Título I da Carta Magna, que dispõe acerca dos princípios fundamentais, na medida em que considera, como um de seus fundamentos, a dignidade da pessoa humana, que, por sua vez, encontra-se intimamente atrelada ao direito à saúde. Os direitos fundamentais, contemplados na Carta Magna de 1988, foram positivados em seu Título II, que trata dos Direitos e Garantias Fundamentais. Em especial, encontram-se previstos os direitos sociais, dentre os quais se destaca, já em seu artigo 6º, o direito à saúde. Sendo assim, por se tratar de um direito social, necessário se faz a exigência de prestações positivas por parte do Estado, visando a garantia e a efetividade deste direito, e evitando-se, assim, a sua ineficácia.

No Título VIII da Constituição Federal, que trata da Ordem Social, encontra-se inserido em seu Capítulo II, concernente à Seguridade Social, a Seção II, que, por sua vez, refere-se expressamente ao direito à saúde, do qual se depreende, através de seu Artigo 196:

[...] é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2012).

Sendo assim, através do texto constitucional se infere que a tutela à saúde, além de direito de todos, trata-se de um dever do Estado. Percebemos, portanto, a existência de um direito-dever, em que o surgimento, assim como o reconhecimento, do dever ocorre a partir da conformação constitucional do próprio direito fundamental.

Por sua vez, o constitucionalista Bonavides discorre acerca da interpretação dos direitos fundamentais, segundo a Constituição de 1988, nos seguintes termos:

A nova hermenêutica constitucional se desataria de seus vínculos com os fundamentos e princípios do Estado Democrático de Direito se os relegasse ao território das chamadas normas programáticas, recusando-lhes concretude negativa sem a qual, ilusória a dignidade da pessoa humana não passaria também de mera abstração (BONAVIDES, 2002, p. 594).

Desse modo, o Constituinte Originário, além de destacar a importância da garantia ao direito à saúde, determinou que este jamais deverá ser alvo de reformas tendentes a suprimir o seu alcance ou diminuir o seu valor.

Atualmente, estas garantias de direitos à pessoa com transtorno mental que vivencia o pensamento suicida é efetivado pela a saúde pública de acordo com as análises epidemiológicas das ocorrências de suicídio que, por sua vez, não são escassas e nem recentes.

Os estudos epidemiológicos descritivos já foram muitas vezes expostos, desde longa data, haja vista os estudos realizados por Émile Durkheim. De acordo com Leal (1998, p. 19), ainda hoje o trabalho de Durkheim se mostra de extrema valia, pois com base no trabalho deste pensador clássico e por meio de dados estatísticos como a observação das tendências e correlações, é possível observar vários pontos de debates, desconstruindo respostas e chegando a explicações sociológicas (PINHEIRO, 2008). Porém, estas pesquisas são avaliadas somente quando se demonstra a consumação do ato, ou seja, só quando constata o óbito, dificultando a coleta de dados, além de não se ter o relato de causa acidental ou intencional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho científico não pode efetivar afirmações categóricas, mas ratifica o descrito na literatura: que o suicídio é um grave problema de saúde pública. Todavia, tanto na fase quantitativa como na qualitativa, aponta-se para um aumento crescente e consecutivo índice de mortalidade silenciosa, às vezes anunciada e, em outros, nem registrada, ou mesmo subnotificada. Esta mortalidade indica, com suporte nos dados encontrados, que pode haver associação com o sofrimento psíquico na contemporaneidade, e que precisa ser amplamente discutido, com vistas à adoção de novas estratégias de enfrentamento.

Podemos compreender que, apesar dos vários artigos publicados sobre os atos suicidas, assim como da edição da literatura sobre o sofrimento psíquico na contemporaneidade, ainda muito se tem por saber e fazer no cotidiano da atividade clínica, da epidemiologia, da gestão e da concepção das políticas públicas, para intervir no campo da saúde, contribuindo com a redução das taxas de suicídio.

Se analisarmos as ideias de autores que discorrem sobre o assunto, como, Durkheim, o suicídio é um fato social, ou seja, fato visualizado em uma pequena parte das pessoas não representadas por um grupo natural, que não estabelecem relação interpessoal com outras pessoas. Portanto, o quantitativo de suicídios é definido pela causa comum pertencente na vida destes indivíduos.

Diante do exposto, percebemos quanto é complexa a sociedade atual, envolvendo a vida dos seres humanos em questões sociais, religiosas, econômicas, ideológicas, sociais e familiares que podem influenciar os atos suicidas.

Dessa forma, a questão do sofrimento psíquico no Brasil, que envolve o ato suicida teve sua maior compreensão após a Reforma Psiquiátrica Brasileira, onde foi discutido o conceito de “loucura”, discorrendo sobre o histórico humano e os progressos na medicina psiquiátrica que facilitaram sua evolução como movimento.

Portanto, foi a partir destas lutas e movimentos que surgiram as políticas públicas voltadas para saúde mental, e assim o cidadão passa a ter como direito fundamental esse amparo. A Saúde Cumpre se faz de suma importância, visto tratar-se de um dos principais componentes da vida, sendo este direito ligado à dignidade da pessoa humana, pois se refere a

uma existência digna e com qualidade de vida, escopo de todo cidadão no exercício de seus direitos.

Neste contexto de garantia de direitos no campo da saúde mental, podemos exemplificar os CAPSs que são serviços de saúde municipais, incluídos na atenção básica do modelo comunitário e abertos, o qual disponibiliza atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. São realizados acompanhamentos clínicos e a reinserção social destas pessoas por meio do acesso a trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Portanto, com base no surgimento destas políticas públicas de saúde mental, atualmente as pessoas com transtornos mentais que convivem com o sentimento suicida podem ter um apoio estatal para o enfrentamento deste problema de cunho público e que envolve a saúde como um todo.

REFERÊNCIAS

ALTHUSSER, Louis. **Aparelhos ideológicos de Estado**. 1.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Jan, v. 11, n. 3, set. 1995. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-> Acesso em: 23 ago. 2016.

AMARANTE, Paulo (Org.). **Loucos pela Vida: a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

BAUMAN, Zygmunt. **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BENEVIDES, Pereira A. M. T. **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Relatório de Gestão 2003-2006 saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b.

BREDA, M. Z.; AUGUSTO, L. G. S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232001000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 ago. 2016.

BOTEGA, N. J. *et al.* Prevenção do comportamento suicida. *Psico*, Porto Alegre, PUCRS, 37(3), 213-220, set./dez., 2006. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index>>. Acesso em: 30 set. 2016.

CARLOS, F.O. **Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Campinas: UNICAMP, 2006.

CARVALHO, Fernando Luiz de. **Síndrome do Pânico: uma psicopatologia contemporânea**. 2011. 33 F. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação Lato Sensu em Psiquiatria) – Pós-Graduação Lato Sensu em Psiquiatria, Universidade Estácio de Sá, Recife, 2011. Disponível em: <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/104/sindrome-do-panico-umapsicopatologia-contemporanea-\[104-071011-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/104/sindrome-do-panico-umapsicopatologia-contemporanea-[104-071011-SES-MT].pdf)>. Acesso em: 4 jun. 2016.

CASSORLA, R. M. S. O impacto dos atos suicidas no médico e nas equipes de saúde. In: _____. **Do Suicídio: Estudos Brasileiros**. Campinas: Papirus, 1991.

- CERQUEIRA, D. R. C. et al. **Análise dos custos e consequências da violência no Brasil**. Brasília: IPEA, 2007.
- CERVO, Amado; BERVIAN, Pedro A. **Metodologia Científica**. São Paulo: Prentice Hall, 2002.
- DIAS, M.L. **O suicida e suas mensagens de adeus**. 1991.
- DURKHEIM, E. **O suicídio**: estudo sociológico. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
- FOULCAUT, M. **História da Loucura**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1993.
- FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. 1 ed. São Paulo: Perspectiva, 1972.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- JORNAL O ESTADO DE SÃO PAULO. **Suicídio cresce 30% no estado de São Paulo, diz estudo**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2016/09/suicidio-cresce-30-no-estado-de-sao-paulo.html>>. Acesso em: 10 set. 2016.
- JÚNIOR, A. F. **O comportamento suicida no Brasil e no mundo**. São Paulo: Revista Brasileira de Psicologia, 2015.
- KALINA, E.; KOVADLOFF, S. **As cerimônias da destruição**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.
- HECK, Rita Maria. **Suicídio um grito sem eco contexto social de Santo Cristo – RS**. Pelotas: Editora Universitária, 1994.
- KOVÁCS, M. J. (Org.). **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do psicólogo, 1992.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos metodologia científica**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- LEVI, G. **História dos jovens**, Companhia das Letras, 1975.
- LOPES, A.C. **O Direito de Morrer. Suicídio e Eutanásia**. Mem Martins: Publicações Europa-América, 1986.
- MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.
- MELLO, Jorge MHP. **As condições de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.
- MENEGHEL, S.; VICTORA, C.; FARIA, N.; CARVALHO, A.; FALK, J. **Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul**. Revista de Saúde Pública, v. 38, 2004.

MESQUITA, J. F. de. Quem Disse Que Lugar de Louco É no Hospício? Um estudo sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos. In: **Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP**. Caxambu, 2008.

MICHELETTI JUNIOR, F. **Mortalidade por suicídio na cidade de São Paulo durante os anos de 1962 e 1993**. Tese de Doutorado. São Paulo: Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, 1972.

MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

OLIVEIRA, M. C. L. **Fatores de risco ou proteção para a presença da ideação suicida na adolescência** Maringá: Revista de Psicologia, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros**. Genebra: OMS, 2002.

_____. **Prevenção do suicídio: um manual dirigido a profissionais de equipes de saúde mental**. Campinas: Unicamp, 2000.

PELISOLI, C. D. L.; MOREIRA, A.K. **Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta**. Revista Psiquiátrica Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v. 27, n. 3, Dez. 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082005000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 maio 2016.

PESSOTTI, I. **A loucura e sua época**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

PINHEIRO, I.D.S. **A intervenção do assistente social no atendimento da emergência do HU/UFSC às tentativas de suicídio**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.

PITTA, Ana Maria. Os CAPS: espaços de reabilitação?. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 43, n. 12, p. 647- 654. Rio de Janeiro, 1996.

PIRES, D.; CALDAS, E.; RECENA, M. Uso de agrotóxicos e suicídios no Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 598-605, 2005. **Revista de saúde pública**. v.38, n.6, São Paulo, 2004.

SANTOS, A. M. C. C. **Gênero e Saúde Mental: a vivência de identidades femininas e masculinas e o sofrimento psíquico na sociedade brasileira contemporânea**. Algumas reflexões a partir de relatos dos pacientes diagnosticados como portadores de transtornos mentais severos do CAPS – Araraquara - SP[dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2008.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na constituição federal de 1988**. 5.ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

SARTRE, J. P.; FERREIRA, V. O Existencialismo é um Humanismo. Lisboa: Presença, 1970. In: ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. **Suicídio: fragmentos de psicoterapia existencial**. São Paulo: Pioneira, 1997. Disponível em:

<<http://npa.newtonpaiva.br/psicologia/e1-40-o-suicidio-na-abordagem-existencial-fenomenologica/>>. Acesso em: 22 maio 2016.

SCÓZ, Tânia Mária Xavier; FENILI, Rosangela Maria. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5 n. 2, 2003. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em 14 de abr. 2016.

SILVA, M.F.A. **Tentativa de suicídio: perspectiva dos enfermeiros psiquiátrica**. Porto: UFP, 2013.

SILVA, A.M.P. **A Importância do CAPS na Consolidação do Novo Modelo de Saúde Mental Brasileiro**. Disponível em: <<http://www.imagem.ufrj.br/thumbnails/4/560.jpg>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

SILVEIRA, Daniele Pinto da; VIEIRA, Ana Luiza. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 139-148, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232009000100019&script=sci_arttext>. Acesso em: 3 out. 2016.

SMEKE, E. L. M. Debate sobre o artigo de Everardo Duarte Nunes. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p 7-34, jan.-mar., 1998.

SOARES, M. H; BUENO, S. M. V. **Saúde mental: novas perspectivas**. São Caetano do Sul: Yendis, 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. **Programa Pra Vida**. Disponível em: <<http://www.ufc.br/noticias/noticias-de-2012/936-programa-pra-vida>> Acesso em: 12 set. 2016.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GÓIAS. **História Revolução francesa e suas repercussões**. Disponível em: <<http://www.pucgoias.edu.br/ucg/editora/site/>> Acesso em 12 set. 2016.

VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE de 1986. Brasília. **Relatório final**. Brasília, 1986.

VIEIRA, Carlos Eduardo Carrusca. Causal link between posttraumatic stress disorder and work: controversies about a judicial expert's appraisal. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v.34, n. 120, p. 150-162, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S030376572009000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 4 ago. 2016.