

## SUICÍDIO: UM RETRATO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM MATO GROSSO

Carlos Eduardo da Cunha Leite<sup>1</sup>; Gabriela Rayane Moraes<sup>1</sup>; Karene Kamila Palma Pintor<sup>1</sup>; Leidiane Vieira<sup>1</sup>; Luiz Felipe da Silva<sup>1</sup>; Marden Lincoln U. de Lima<sup>1</sup>; Luiz Guilherme Araújo Gomes<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Acadêmicos do Curso Psicologia Univag

<sup>2</sup> Professor, Mestre do Curso de Psicologia do Univag

### RESUMO

O suicídio enquanto evento epidemiológico ocupa os segundo e terceiro lugares como principais causas de morte de adultos jovens no Brasil e no mundo. Esse fenômeno é conceituado como o resultado da morte por violência auto-infligida e, por ter uma série de fatores associados, deve ser intensamente estudado. Diante disso, realizou-se um estudo com o objetivo de descrever e problematizar as Políticas Públicas de saúde que enfocam o tratamento do suicídio, e sua articulação com a área da Psicologia no Estado de Mato Grosso. Para tanto foi utilizado como método do estudo levantamento bibliográfico de cunho qualitativo com dados analisados de forma a categorizar os encadeamentos de conceitos relevantes ao tema. Deste modo nos resultados emergiram as categorias conceituais que dizem respeito a epistemologia do suicídio e seu contexto histórico no Brasil e no mundo, as Políticas Públicas de atenção a suicídio no Brasil, o suicídio em Mato Grosso e suas Políticas Públicas. Assim é possível destacar que é um fenômeno social, que, atualmente, acomete diferentes públicos (adolescentes, jovens, idosos); que está associado principalmente a doenças mentais como a depressão, ao abuso de drogas lícitas e intenso uso de agrotóxicos. Percebe-se ainda o aumento exponencial da consumação do fenômeno. Considerando a dimensão disso salienta-se que as publicações ao tema ainda são incipientes, estando restritas aos fatores associados, apontando para a importância de novas pesquisas que visem os efeitos das Políticas Públicas na redução dos índices do fenômeno bem como a atuação do psicólogo e outros profissionais de saúde no contexto da promoção de Políticas Públicas com o foco na saúde mental.

**Palavras-chaves:** Psicologia, Suicídio, Prevenção e Políticas Públicas.

## SUICIDE: A PORTRAIT OF PUBLIC POLICES IN MATO GROSSO

### ABSTRACT

Suicide is the second and third place epidemiological event as the main causes of death of young people in Brazil and in the world. This is a well-known element such as that of death by self-inflicted violence and, therefore, a series of associated factors, must be intensely studied. Therefore, a study was carried out with the objective of describing and problematizing the Public Health Policies that Affirm the Treatment of Suicide, and its Articulation with a Psychology Area in the State of Mato Grosso. To obtain the method of collecting qualitative bibliographic data with form data, you can categorize the data processing systems referring to the topic. This mode resulted in categories such as suicide, suicide, and violence policies. Thus, it is possible to emphasize that it is a social phenomenon that currently affects different audiences (adolescents, young people, the elderly); which is mainly associated with mental illnesses such as depression, the abuse of licit drugs and intense use of pesticides. It is also noticed the exponential increase of the consummation of the phenomenon. Considering the dimension of this, it should be emphasized that the publications are still incipient, being restricted to the associated factors, pointing to the importance of new research aimed at the effects of Public Policies in reducing the indexes of the phenomenon as well as the performance of the psychologist and others health professionals in the context of promoting Public Policies with a focus on mental health.

**Keywords:** Psychology, Suicide, Prevention and Public Policy.

## INTRODUÇÃO

O presente artigo discute a epistemologia do suicídio, tendo em vista uma contextualização referenciada em critérios históricos e culturais. Tematizar o suicídio é de extrema importância e não deve ser negligenciado pela sociedade, pois este assunto é classificado como problema de saúde pública pelo Ministério de Saúde desde 2006, quando apresentou a Estratégia Nacional para a prevenção do suicídio e a partir disso, elaborou um manual de prevenção do suicídio (BRASIL, 2006a).

O manual de prevenção do suicídio é dirigido aos profissionais das equipes de saúde mental, e tem o propósito de divulgar informações básicas de como identificar e como manejar pessoas que se encontram em risco de cometer suicídio bem como suas medidas de prevenção (BRASIL, 2006a).

Ainda nesse contexto, a problemática de cunho essencial a se discutir neste estudo é que atualmente as Políticas Públicas de saúde mental devam ser consideradas pela rede de atenção à saúde, pois a atenção psicossocial vem apresentada como eixo transversal e que deve estar presente em todos os níveis de atenção. Ressalta-se a importância da Atenção Primária nesse contexto, uma vez que é preferencialmente a porta de entrada do Sistema de Saúde. Assim, os serviços consistentes na Atenção Básica se caracterizam "por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde" (BRASIL, 2006b). Considerando isso, a Atenção Básica desempenha então um papel significativo na atenção ao suicídio.

Diante disso, faz-se necessário pensar na relevância das produções da área de Psicologia no que tange as novas Políticas Públicas em prol da prevenção de casos de suicídio, que por si só necessitam de intervenção emergente. Ressalta-se que na atualidade existem controvérsias quanto o papel do psicólogo, mesmo a Psicologia tendo ganhado mais espaço em práticas e campos de atuação na rede pública. Uma vez que quando o psicólogo é acionado, seu primeiro atendimento é realizado após uma abordagem anterior, considerando que o mesmo não faz parte das equipes de saúde da família, composta por enfermeiro, médico técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, estando lotado apenas no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2011).

Partindo da mesma premissa, a preparação desses profissionais que atuam

na assistência é de suma importância, uma vez que, em período de formação acadêmica eles tendem a ser mais preparados para neutralizar diferentes demandas sejam elas emergentes ou não. Por este caráter, nos propusemos a investigar alguns critérios, pensando em medidas que podem ser tomadas visando maior atenção à prevenção desse evento, e, não tão distante, a atuação nos fatores que colaboram para a ideação suicida bem como uma intervenção eficaz no ato de preservação da vida.

Conforme Botega (2014), a partir dos dados da Organização Mundial de Saúde, estima-se que em 2020 aproximadamente 1,53 milhões de pessoas no mundo morrerão por suicídio e um número de 10 a 20 vezes maior que este de indivíduos tentará o suicídio. Isso representa um caso de morte por suicídio a cada 20 segundos e uma tentativa de suicídio a cada um a dois segundos, esses números indicam que mais pessoas morrem por suicídio que em todos os conflitos armados e, em muitos países, isso corresponde a um número igual ou maior de mortes em acidentes de trânsito.

Inúmeros fatores podem ser atribuídos às tentativas ao suicídio. Muitos, provavelmente podem imaginar ser a única saída para dar fim ao seu sofrimento, alegando, muitas vezes apenas para si mesmo, que já se tentou de todos os artifícios a busca de soluções para dar um fim ao seu sofrimento. Sendo assim, faz-se necessário, para a Psicologia enquanto componente da equipe multidisciplinar, refletir sobre suas contribuições nas Políticas Públicas da saúde no suicídio.

Diante do exposto foi realizada pesquisa com o objetivo de problematizar as Políticas Públicas de saúde que focam na atenção e prevenção do suicídio a partir da contextualização com o campo da Psicologia em Mato Grosso, bem como suas causas comuns e os efeitos da política, com foco no papel do psicólogo.

Para tanto foi realizada uma pesquisa bibliográfica das produções eletrônicas nas bases de dados indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram incluídas publicações disponíveis na íntegra até o ano de 2018. Não foi determinado o período de limite de início, uma vez que a epistemologia do suicídio e o contexto histórico das pesquisas foram considerados importantes para o corpo desta. Utilizou-se como descritores “suicídio”, “políticas públicas de saúde”, “prevenção”, “Mato Grosso”, “psicologia” e para seus cruzamentos usou-se o operador booleano “And”.

Após a seleção analisou-se os dados por meio da metodologia de análise do

discurso proposta por Minayo (2001) assim emergiram as seguintes categorias: a epistemologia do suicídio e seu contexto histórico no Brasil e no mundo, as Políticas Públicas de prevenção ao suicídio no Brasil e o suicídio em Mato grosso e suas Políticas Públicas.

## **A EPISTEMOLOGIA DO SUICÍDIO E SEU CONTEXTO HISTÓRICO NO BRASIL E NO MUNDO.**

No que tange a primeira categoria, a epistemologia do suicídio e seu contexto histórico no Brasil e no mundo, pode se dizer que o suicídio é um acontecimento que tem ganhado espaço para discussão e reflexão na sociedade, dessa forma faz-se necessário entender como a prática do suicídio foi vista nos diferentes períodos históricos, quais fatores são mais relevantes para o aumento dessas taxas, e que serviços podem ser oferecidos pela Psicologia como integrante da equipe multidisciplinar nas Políticas Públicas de atenção a saúde.

O sociólogo Émile Durkheim traz em sua obra "*Le Suicide*", publicada em 1897, dados empíricos obtidos que se referem aos suicídios ocorridos na França, no século XIX. Para Durkheim (2001, p. 15) o suicídio é definido como todo caso de morte que resulta diretamente ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima e a tentativa de suicídio é o ato assim definido, mas interrompido antes que dele resulte a morte.

Ainda para Durkheim (2001) não podemos afirmar de início que determinada morte é ou não resultado de prática suicida, pois um ato não pode ser justificado pelo seu fim, uma vez que se mudar de natureza, um mesmo sistema de movimentos pode resultar em fins bem diferenciados.

Quer a morte seja simplesmente aceita como uma condição lamentável mas inevitável, para atingir um certo objectivo, quer seja expressão desejada e procurada em si mesma, num caso e noutro, o sujeito renuncia à existência; e as diferentes expressões desta renúncia não são senão modalidades de uma mesma classe. Há entre elas demasiadas semelhanças fundamentais para que não sejam reunidas sob a mesma expressão genérica, embora se tenha de distinguir espécies do gênero assim constituído. Sem dúvida, o suicídio é vulgarmente e antes de mais o achado de desespero de um indivíduo a quem a vida já não interessa. Mas na realidade, e visto que se está ainda ligado à vida no momento de a deixar, não deixa de ser difícil abandoná-la e, entre todos os actos pelos quais um ser vivo abandona assim o mais precioso de Deus bens, existem traços comuns que são evidentemente existenciais (DURKHEIM, 2001, p. 22).

O suicídio foi sustentado por alguns profissionais que tratam pessoas com doenças mentais, incluindo Esquirol, por possuir todas as características de

alienações mentais, uma vez que o sujeito só é capaz de tentar algo contra a própria vida quando está sobre efeito do delírio, sendo assim, para o autor, todos os suicidas são alienados.

O monomaníaco é um doente cuja consciência é perfeitamente sã, salvo num aspecto; apresenta apenas uma tara e nitidamente localizada. Por exemplo, de repente é tomado por uma vontade desvairada e absurda de beber, de roubar ou de injuriar; mas todos os seus outros actos e pensamentos são de uma correção rigorosa. Portanto se existe uma loucura-suicídio, ela só pode ser uma monomania e foi precisamente assim que foi qualificada (BOISMONT apud DURKHEIM, 2001, p. 40).

A impossibilidade de demonstrar por meio da observação que os comportamentos individuais existem, também acarretam a dificuldade em provar o contrário. Sendo assim, não é possível provar que exista uma monomania-suicídio, logo, não podemos afirmar que o suicídio seja uma loucura distinta (DURKHEIM, 2001).

Comumente não se percebe preocupação dos cientistas em classificar o suicídio de alienados. Esse é considerado apenas as quatro espécies mais importantes, quais sejam: suicídio maníaco, devido a concepções de delirantes e/ ou alucinações; suicídio melancólico, que em geral esta ligação a uma extrema depressão; suicídio obsessivo, que está relacionado a uma ideia fixa de morte, sem razão representável; suicídio impulsivo ou automático, não há uma razão racional de motivos para realizar o ato suicida, “[...] resulta de um impulso brusco e irresistível” (DURKHEIM, 2001).

Portanto, há suicídios, e numerosos, que não são vesânicos. Reconhecem - se pelo duplo sinal de serem deliberados e por as representações que entram nesta deliberação não serem puramente alucinatórias. Consta - se que está questão, tantas vezes levantada, é solúvel sem que seja necessário colocar o problema da liberdade. Para saber se todos os suicidas são loucos, não perguntamos se agem livremente ou não; apenas nos baseámos nos caracteres empíricos que as diversas espécies de mortes voluntárias apresentam à observação. (DURKHEIM, 2001, p.49)

Ainda relacionado a população que mais associada a cometer suicídio, Durkheim (2001), define que os neuropatas são mais propensos, tendo em vista que eles percebem as sensações e situações, relativamente simples, com maior intensidade assim, quanto mais fixo for o sistema social maior dificuldade ele terá que enfrentar o que gera conflito no sentido do viver na sociedade atual:

Viver é responder às excitações de uma maneira apropriada e esta correspondência harmônica só pode estabelecer - se com a ajuda do tempo e do hábito. É um produto de tentativas, repetidas por vezes ao longo de gerações, cujos resultados se tornam em partes hereditários, e que não podem ser recomeçadas a partir do zero todas as vezes que é preciso agir.

Pelo contrário, se no momento de agir tudo estiver por começar, é impossível que a ação seja o que deveria ser. Esta estabilidade não só nos é necessária para as nossas relações com o meio físico, mas também para as nossas relações com o meio social. Numa sociedade cuja organização seja definida, o indivíduo só pode manter-se na condição de ter uma constituição mental e moral igualmente definida (DURKHEIM, 2001, p.51).

Ainda no contexto de indivíduos mais propensos, Durkheim (2001) afirma que a mulher possui mais tendência para a loucura, mas sobrevive mais que o homem, isso explica o fato de, para o autor, a manifestação do suicídio ser essencialmente masculina, uma vez que para cada mulher suicida há cerca de quatro homens suicidas. Também foi analisado pelo autor que a loucura é mais frequente nos participantes da religião judaica e que a tendência para a loucura é maior nos católicos que nós protestantes, porém os protestantes se matam mais que os católicos.

Após análise de diversos dados de realizações de atos suicida foi observado que:

Não existe um estado psicopático que tenha com o suicídio uma relação regular e incontestável. Não é porque uma sociedade contém maior ou menor número de neuropatas ou de alcoólicos que conta mais os menos suicidas. Embora a degenerescência, sob as suas diferentes formas, constitua um terreno psicológico eminentemente propício à acção das causas que podem determinar o homem a matar-se, ela não é em si uma destas causas. Pode admitir-se que, em circunstâncias idênticas, o degenerado se mata com mais facilidade que o sujeito são; mas não se mata necessariamente devido ao seu estado. A virtualidade existente nele só pode actuar sob a acção de outros factores que temos de procurar (DURKHEIM, 2001, p.67).

Em um contexto mais atual, Gonçalves; Gonçalves e Júnior (2011) afirmam que o suicídio é visto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como um problema para a saúde pública por ser a segunda ou terceira causa das mortes entre as pessoas com idades de 15 a 34 anos representando assim, do ponto de vista econômico, imensos gastos para a sociedade por demandar recursos públicos que poderiam ser destinados a outros desígnios a também por significar grande perda de capital humano parte da história de como as sociedades encaram o suicídio tem relação com o medo da perda da mão de obra e de batalha.

O custo do suicídio, estimado em termos de ano de vida ajustados às limitações, representou 1,8% do gasto total com doenças em todo o mundo, em 1998. Isso equivale ao dispêndio com guerras e homicídios, sendo similar aos custos de internação por trauma e asfixia neonatal e o dobro do custo com diabetes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000 apud GONÇALVES; GONÇALVES & amp; JÚNIOR, 2011, p.283).

No contexto brasileiro, Machado, Leite e Bando (2014) colocam que é pouco estudado principalmente no que tange aos efeitos das políticas de prevenção ao suicídio e alguns dos fatores que dificultam esse estudo, o que culminam no negligenciamento ao atendimento: tabu ao falar sobre o tema, abordagem sensacionalista da mídia, o abuso de substância química, facilidade do acesso a métodos para realizar o suicídio e a subnotificação do evento.

As Políticas Públicas de prevenção do suicídio são muito pouco estudadas no Brasil no campo da Saúde Pública e das Políticas Públicas, a despeito de questões importantes que merecem reflexão e pesquisa, como a subnotificação dos eventos e os desafios recentes enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de implementação de programas baseados no paradigma de promoção de saúde (HALL 1993; CAMPBELL 1998 apud MACHADO, LEITE E BANDO, 2014, p. 337).

Para Alves e Cadete (2015) o suicídio pode ser classificado como forma de violência. A violência tem diversas formas de ser e de se manifestar e no Brasil as classificações da violência nos sistemas de saúde aderem como referência a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) que na sua versão mais recente não explica o fator violência por não a reconhecer pelo viés biológico como doença e sim por seus fatores externos. Dessa forma, as divide em violências intencionadas; não intencionadas e com intenção não predestinada.

[...]Causa externa não intencional abrange acidente de trânsito, envenenamento acidental, quedas, exposição ao fogo, frio, afogamento, contato com calor, com cobras, lagartos, aranhas, escorpiões, abelhas, vespas, complicações da assistência médica e outras. Causa externa intencionalmente abarca suicídio, homicídio, guerra, intervenção legal e, por último, os eventos de intenção indeterminada (ALVES & CADETE, 2015, p. 76).

O suicídio para o CID-10 (Código Internacional de Doenças) (2008) então é considerado como uma lesão autoprovocada intencionalmente, por inúmeros fatores como: auto intoxicação por uso demasiado de psicotrópicos, sedativos, drogas anticonvulsivantes, dentre outros fatores, como o CID é apenas para uso classificatório da patologia ele discorre sobre as lesões indicando alguns tipos de medicamentos de acordo com o caso, todavia é importantes ressaltar que de acordo com as bibliografias estudadas o fator suicídio está para muito além das causas puramente externas.

Conforme Costa (2006, apud Machado, Leite e Bando, 2014, p. 337), com vários outros elementos, como: “anos potenciais de vida perdido, dor, desconforto, impacto na família, impacto na sociedade e potencial epidêmico”, fazendo com que

governos e organizações universais classifiquem o suicídio como problema para a saúde pública.

Nos últimos anos, os dados epidemiológicos das pessoas que cometem o suicídio crescem exponencialmente no mundo e no Brasil a situação não é diferente, sendo necessário então repensar estratégias, não apenas de redução de danos, mas também para prevenção, conscientização e responsabilização do Estado, da sociedade e dos profissionais da saúde, enquanto agentes de transformação e mudança desse quadro, ainda assim existem dados que podem não ser considerados pela forma como as tentativas são registradas nos dados epidemiológicos como a própria CID categoriza nas lesões autoprovocadas.

### **AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO A SUICÍDIO NO BRASIL.**

As políticas públicas são definidas por Mead (1995 *apud* Souza 2006), como a área de estudo da política que investiga o governo segundo o entendimento de grandes questões públicas emergidas de dados epidemiológicos acerca dos fenômenos biológicos e sociais mais incidentes. Já Lynn (1980 *apud* Souza 2006), define as Políticas Públicas como um agrupamento de ações do governo que irão gerar efeitos específicos. Dye (1984 *apud* Souza 2006, p.24) faz sua definição de Políticas Públicas como “[...] o que o governo escolhe fazer ou não”.

Neste contexto histórico, Souza (2006) afirma que são quatro os fundadores da área de Políticas Públicas, sendo eles: H. Laswell, H. Simon, C. Lindblom e D. Easton. Laswell (1936 *apud* Souza 2006) institui o termo análise de Política Pública, nos anos 30, como uma forma de agregar conhecimento científico/acadêmico com a produção realizada através de experiências vividas dos governos e também como forma de constituir uma conversação entre os cientistas sociais, grupos de interesse e governo. Já Simon (1957 *apud* Souza 2006) estabelece a definição de racionalidade limitada dos julgadores públicos, discutindo que o enquadramento da racionalidade poderia ser reduzido pelo conhecimento racional dos fenômenos, portanto, para o mesmo, a racionalidade dos julgadores públicos sempre é delimitada por dificuldades práticas como informação incompleta ou imperfeita do registro do fenômeno, tempo para a tomada de decisão, grande interesse dos julgadores entre outros, mas a racionalidade pode ser potencializada até um ponto

razoável pela formação de estruturas que ajuste o comportamento dos atores e norteia esse comportamento ao caminho de resultados esperados, dificultando, a procura de interesses próprios.

Já Lindblom (1959; 1979 *apud* Souza 2006) contraria a importância de Laswell e Simon no racionalismo sugerindo a inclusão de outros elementos à formação e pesquisa de Políticas Públicas, como por exemplo, as relações de poder existentes na sociedade e a agregação das diferentes etapas do processo decisório, que não teria obrigatoriamente um início ou um fim e, por esse motivo, as Políticas Públicas necessitariam introduzir outros elementos à sua formação e à sua pesquisa além dos pontos relacionados à racionalidade.

No que tange a saúde mental, durante muito sua abordagem constituiu um campo de exclusão. Portanto, o sistema asilar era a forma de política pública preferencial para tratamento: método de exclusão social e não reinserção social. Com a promulgação dos direitos humanos, as políticas sociais, as críticas a este modelo trouxeram novas estratégias no tratamento do indivíduo com transtorno mental, propondo a reabilitação e recuperação deste e uma nova visão sobre o processo saúde-doença (TAVARES; SOUZA 2009).

As mudanças trouxeram consigo os movimentos mais importantes para constituição das políticas de saúde públicas voltadas ao campo de saúde mental no Brasil, os que determinaram os novos princípios, foram o da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica. Os dois com o objetivo de construir uma nova forma de promover a saúde. A reforma sanitária visando um âmbito mais geral e a psiquiátrica a saúde mental (TAVARES; SOUZA 2009).

A reforma psiquiátrica com o objetivo de romper com o termo loucura, usado para caracterizar as instituições onde eram colocados os pacientes com transtornos mentais visou a construção de um modelo de atenção voltado para a saúde mental, dentro desta perspectiva, o ministério da saúde adotou o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), como estratégia de transformação do modelo asilar de assistência para um que garanta os direitos do usuário, por meio serviços que se diferenciam das estruturas tradicionais e se orientam pela ampliação da participação social do sujeito, através da democratização das ações e da não segregação do sujeito adoecido (TAVARES; SOUZA 2009).

Sustentada pelo SUS a Atenção Básica voltada para Saúde Mental, vem como uma possibilidade para promover uma nova forma de tratar um sujeito com transtorno mental. Por meio das ações de saúde mental, pode-se trabalhar com desmistificação sobre o sentido que a loucura adquiriu no âmbito social, e trabalhar para garantir que o indivíduo com sofrimento psíquico obtenha o mesmo espaço dentro das unidades de saúde. Os princípios que norteiam a atenção básica na Saúde Mental então, são os da lei nº 8.080, que define que todos os usuários deverão ter sua assistência baseada nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, ou seja, acesso a todos, respeitando suas especificidades e pensando em planos terapêuticos que atendem todas as suas necessidades individuais (BRASIL, 1990).

Todo esse processo se levou a construção de uma estratégia de promoção de saúde, dentro do campo da Saúde Mental, especialmente voltada ao Suicídio; todavia só existem modelos de prevenção, cartilhas encontradas online sobre como podemos evitar uma pessoa de cometer suicídio, ou como age uma pessoa antes de tentar ou executar o suicídio. De acordo com Machado, Leite e Bando (2014) no Brasil é pouco estudado o tema das políticas de prevenção ao suicídio e alguns dos fatores que dificultam esse estudo são: o negligenciamento ao atendimento; o tabu de falar sobre o tema; a mídia que aborda o tema de forma sensacionalista; o abuso de substância química; o acesso a métodos para realizar o suicídio e a subnotificação.

Em se tratando de prevenção ao suicídio no Brasil, considera-se que o sistema educacional, desde o básico ao ensino médio, tem papel importante ao fornecer educação e informação. Isso pode ser demonstrado em uma das experiências, como a realizada no município de Candelária (RS), onde a Secretaria Municipal de Saúde e a Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural, aliada a diversos parceiros, instituíram em 2009 o Programa de Promoção a Vida e Prevenção ao Suicídio (PPS), conhecido como “Vida Sim” (CONTE et al, 2012).

Também existe um papel relevante do CAPS, por meio do programa portas abertas, onde oferecem ações comunitárias, ações intersetoriais e supervisão contínua (CONTE et al, 2012 apud MACHADO, LEITE E BANDO, 2014). A partir desses dados é possível perceber a frenética preocupação do Brasil em relação ao

suicídio, sendo considerado, por alguns autores, o primeiro país da América Latina a desenvolver projetos visando a redução desse fenômeno.

Na avaliação da situação epidemiológica o Brasil, Botega (2014) afirma que, apesar de ser um país que possui um grande número de habitantes, apresenta um coeficiente considerado alto porém estável com tendência ao aumento, sendo classificado entre os dez mais que apontam os maiores números de suicídio. Isso pode ser demonstrado com o dado apresentado entre os anos de 1980 e 1994. Os coeficientes de mortalidade por suicídio se mantiveram invariáveis, com médias de 4,5 mortes por 100 mil habitantes, enquanto que nos anos de 1995 e 1997 esse índice teve um aumento em nível médio de 5,4, permanecendo inalterado.

Isso pode ser atribuído a alguns fatores socioculturais, econômicos, como também ao elevado nível de sofrimento mental e uso abusivo de bebidas alcoólicas, que contribuem para existirem esses altos índices. Portanto, existe uma dificuldade com a abordagem dos suicídios que se “escondem” através de outras intitulações, como exemplo, acidente automobilístico, envenenamento acidental e causa de morte indeterminada, no entanto, em um estudo realizado em países da América Latina, inclusive no Brasil, aponta que os índices de mortes por suicídio são maiores do que as mortes de causas indeterminadas (BOTEGA, 2014).

Isso retoma a discussão das causas: os transtornos mentais que com mais frequência são relacionados ao suicídio, como depressão, transtorno do humor e uso abusivo de álcool e outras drogas psicoativas. E em hospitais gerais, as ocorrências de suicídios se pressupõem que sejam de três a cinco vezes maior que na população no geral, considerando um número alto, tornando-se uma situação de risco devido a estruturas de má qualidade, como exemplo, ausências de redes de proteção, janelas em andares elevados, falta de preparo ou atenção da equipe, banheiros com trancas, e a obtenção indevida de medicamentos e ferramentas que cortam (BOTEGA, 2014).

Outros autores ainda elencaram as principais causas. De acordo com Lovisi, et al, (2009) e seus referenciais, as principais razões atribuídas são: depressão, falta de ajuda social, abuso e dependência de álcool e drogas, forte intenção suicida, histórico de suicídio na família, acontecimentos estressantes e aspectos sociodemográficos, como, baixo grau educativo e desemprego.

Para Conte et. al., (2012), o fenômeno do suicídio demonstra um cenário bastante difícil com inúmeros fatores relacionados que mudam conforme a cultura e é visto como tabu em muitas sociedades. Os programas e intervenções propostos têm por objetivo impedir com que o problema se agrave, introduzindo ações para melhorar a qualidade de vida daqueles que são mais atingidos e a exclusão de estigmas relacionados ao tema.

Diante desse quadro epidemiológicos, no que se refere a Políticas Públicas, recentemente o país obteve mais um avanço nesse intuito, com a portaria N° 3.491 de 18 de dezembro de 2017 que instituiu o custeio e incentivo financeiro para o desenvolvimento de projetos cujo a natureza era vigilância, atenção integral a saúde e promoção de saúde ao fenômeno, tendo os valores mensurados de acordo com a quantidade de pessoas do município em consonância com os índices de suicídio, devendo essa prevenção ser na rede de Atenção Psicossocial do SUS (BARROS, 2017).

O Ministério da Saúde ainda lançou várias portarias a partir do ano de 2006 até o ano anterior de 2017 com ações que objetivam a prevenção deste fenômeno, dentre elas a Portaria de n° 1.876 de agosto de 2006 que elaborou Diretrizes Nacionais do Suicídio. Entendendo como essencial o registro epidemiológico do suicídio e suas tentativas em âmbito nacional, foi apresentado o Manual que direciona a atuação dos profissionais em todas as faces do fenômeno (BRASIL, 2018).

No ano de 2011 lançou-se a Portaria n° 3.088 que permitiu a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para aqueles indivíduos com doenças mentais ou em sofrimento, englobando pessoas com dificuldades resultantes do uso do uso de álcool e drogas (BRASIL, 2018).

Há ainda a Portaria n° 1.271 de junho de 2014 que delimita a chamada Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, danos e eventualidades da saúde pública nos serviços de saúde particular e público em toda extensão nacional. Ela classifica o suicídio e suas tentativas como agravos de notificação compulsória imediata em toda localidade nacional, apontando a precisão de mobilizar toda a rede de atenção e proteção para as devidas providências cabíveis para cada caso (BRASIL, 2018).

No mesmo ano, foi montada uma estratégia de redução de mortes por suicídio, tendo por meta redução de cerca de 10% das mortes ocasionadas por suicídio até 2020. Apresentando uma cartilha estratégica de prevenção ao suicídio mostrando índices variados de causalidade e morbidade, porém o que se percebe é que a preocupação central, dessa estratégia se limitou a inauguração de mais centros de atendimento (CAPS), considerando o número existente em comparação com a realidade populacional vigente do que propriamente dito uma mobilização que favoreça a responsabilização social frente às causas do suicídio, pois muito se adere ao sujeito a causa do seu próprio transtorno e não a uma gama de fatores sociais e individuais que corroboram tais efeitos (BRASIL, 2017).

É importante ressaltar que o Brasil, possui uma população indígena considerável e que as taxas de suicídio entre eles é preocupante do ponto de vista de saúde pública. Em pesquisa realizada por Machado e Santos (2015), verificou-se que o suicídio nesta população está diretamente relacionado a mudança do contexto social de “civilização” que esta população enfrenta. Diante disso, faz-se necessária a aplicação dos princípios estabelecidos pela lei orgânica da saúde, no que concerne especialmente a equidade, uma vez que essa população é considerada como vulnerável e especial.

## **O SUICÍDIO EM MATO GROSSO E SUAS POLÍTICAS PÚBLICAS.**

As Políticas Públicas em Mato Grosso, fundamentando-se através dos levantamentos de dados de pesquisas existentes e principais causas atreladas ao suicídio em nível nacional, demonstrou-se sua relevância. Assim, buscou-se levantar as Políticas Públicas sobre o suicídio no estado, principalmente aquelas que abordam a prevenção desse evento. Para isso recorreu-se aos sites da Secretaria Estadual de Saúde, Assembleia Legislativa de Mato Grosso, projetos de Leis e Leis existentes para verificar a presença das Políticas Públicas e projetos em andamento. Ressalta-se, novamente a ausência de documentos que tratam do tema e a necessidade de um aprofundamento, não só de atuação profissional como também de investimentos políticos acerca do tema.

Apesar de a mídia registrar com frequência informações sobre tentativas de suicídios e mortes por suicídios no Estado, no campo científico e acadêmico os

estudos sobre o suicídio em Mato Grosso ainda são incipientes, limitados a associação das causas, população de incidência, sendo os artigos relacionados às políticas de prevenção bastante escassos.

Diante disso, Soares, Scatena e Galvão (2009) realizaram um estudo sobre acidentes e violências na grande Cuiabá e os resultados apresentaram que:

No período estudado foram registradas 23 tentativas de suicídio, a maioria por envenenamento/intoxicação (78,3%). Tal frequência também foi observada em estudo realizado em 65 unidades de saúde do SUS, o qual salienta que em 68,4% das tentativas de suicídio o meio utilizado foi envenenamento/intoxicação. Estes dados reforçam uma tendência nacional, pois estudo com dados do Brasil do ano 2000 revelou que mais da metade das internações por suicídio/tentativa foi determinada por intoxicação (59,6%). (SOARES, SCATENA E GALVÃO, 2009, P. 274).

Ressalta-se que não cabe neste trabalho realizar aprofundamento sobre a relação entre a exposição de agrotóxicos e o suicídio, no entanto a apresentação desses dados nos faz refletir a necessidade de maiores estudos sobre todos os aspectos envolvidos no fenômeno para a reflexão do papel do psicólogo na discussão sobre Saúde Coletiva, Saúde Mental, qualidade de vida da população evidenciada pelos resultados.

Outro campo que também preocupa, é o número de ideações suicidas entre universitários em Mato Grosso. A ideação suicida ou comportamento suicida surge como um disparador para a tentativa de suicídio e o suicídio consumado. Em estudantes universitários, a ideação suicida pode surgir seja pelo término do período da adolescência e entrada na idade adulta e/ou pelas exigências e cobranças na vida acadêmica, que geralmente ocorrem concomitantemente. Ressalta-se que o suicídio é a segunda maior causa de morte entre os universitários (SANTOS et. al., 2017).

Estudo que verificou as variáveis de ideação suicida em acadêmicos em Mato Grosso (UFMT) constatou que 9,9% dos estudantes tiveram ideias suicidas nos últimos 30 dias. No que se refere às causas, são apontadas que o tabagismo, álcool, as drogas, pessimismo, desesperança, sintomas depressivos, impulsividade e a dificuldade em se socializar, contribuem diretamente à ideação suicida, bem como a proximidade da conclusão do curso acadêmico como causa principal da ansiedade e uma enorme angústia nos estudantes universitários (SANTOS et. al., 2017).

No que tange as ações para coibir o fenômeno, Arruda (2017) afirma que o Estado de Mato Grosso aprovou o projeto de lei 10.598/2017 que tem como objetivo:

[...] identificar possíveis sintomas e tratar o transtorno mental ou psicológico que podem configurar depressão, bipolaridade, esquizofrenia, alcoolismo e o abuso de drogas; promovendo o acompanhamento daqueles que necessitem de tratamento, a fim de minimizar a evolução dos quadros que podem levar ao suicídio. A Lei prevê palestras na semana do Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio, celebrado no dia 10 de setembro. Elas serão direcionadas aos profissionais de saúde, no intuito de capacitá-los, bem como exposições com cartazes que explicitem eventuais sintomas da enfermidade (ARRUDA, 2017, p. 1).

Seguindo na análise dos documentos disponíveis no Estado, no plano estadual de saúde, realizado pela secretaria do estado de Mato Grosso (2017) a palavra suicídio não aparece em nenhuma das páginas, e a prevenção é vista apenas duas vezes, uma para falar sobre a mortalidade materna no Estado, e outra sobre o aumento de números de malária no estado pelo índice apresentado na cidade de Colniza (MATO GROSSO, 2017).

Diante desses dados ratifica-se a necessidade de investimentos em estudos que visam os efeitos das Políticas Públicas relacionadas ao suicídio. É preocupante que o suicídio ainda seja tão pouco discutido, principalmente no campo da psicologia, uma vez que a saúde mental é um dos principais objetos de estudo e campos de atuação do psicológico. Isso leva a refletir sobre o baixo investimento público na rede de atenção à saúde mental da população. Porém valoriza-se a iniciativa do projeto de lei em abranger as Políticas de Saúde na prevenção do suicídio.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante da pesquisa realizada percebe-se que o tema suicídio no Brasil e em Mato Grosso é um caso de Saúde Pública que necessita emergencialmente de investimentos na abordagem em estudos que visam levantamentos de dados sobre o perfil da ocorrência do evento para que hajam projetos que acolham tal demanda.

Verificou-se que, nos tempos atuais, muito se pauta ao tratamento, mas pouco se aborda a promoção e prevenção, isso se justifica pela falta de pesquisas regionais que corrobora com as causas da mortalidade por suicídio, que ainda hoje é voltada ao sujeito, não à sociedade.

Esse quadro de alto índice de suicídio não é exclusividade do estado de Mato Grosso, o Brasil se encontra em extrema carência, tanto a nível nacional quanto regional de formalização de ações que acolham os sujeitos que se encontram

vulneráveis, assim, sugere-se que pesquisas de levantamento das ocorrências dos fenômenos tenham uma abordagem que abranjam todos os aspectos deste, incluindo os fatores de risco bem como os atendimentos nos locais de referência, diante da escassez de dados que corroborem com o investimento de Políticas Públicas para atenção ao suicídio em Mato Grosso em todos os âmbitos de atenção.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Michele Alexandra Gomes; CADETE, Matilde Meire Miranda. **Tentativas de suicídio infanto-juvenil: lesão da parte ou do todo?**. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p. 75-84, jan.2015. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000100075&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100075&lng=en&nrm=iso). access on 06 oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014201.22022013>.

ARRUDA, Jardel. Projeto de combate ao suicídio vira Lei em Mato Grosso. Lei 10.598/2017; Disponível em: <<https://www.al.mt.gov.br/midia/texto/26/deputado/projeto-de-combate-ao-suicidio-vira-lei-em-mato-grosso/visualizar>>cesso em: 27 de março de 2018.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO. Projeto de combate ao suicídio vira Lei em Mato Grosso. Disponível em:<<https://www.al.mt.gov.br/midia/texto/26/deputado/projeto-de-combate-ao-suicidio-vira-lei-em-mato-grosso/visualizar>> Acesso em: 27 de março de 2018.

BARROS, Ricardo. PORTARIA N°3.491, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2017. Disponível em: <[www.brasilsus.com.br/portaria3491](http://www.brasilsus.com.br/portaria3491)> Acesso em: 06 de setembro de 2018.

BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 25,n. 3,p. 231-236, Dec. 2014 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642014000300231&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300231&lng=en&nrm=iso)>. access on 14 June 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 e outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da atenção básica para a estratégia Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde 2011. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em 11 de novembro de 2018.

BRASIL. Lei No. 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm) Acesso em: 11 de novembro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ações do Ministério da Saúde para prevenção do

suicídio. Brasil, 2018. Disponível em: <[portals.saude.gov.br/saude-de-a-z/suicidio#acoes](http://portals.saude.gov.br/saude-de-a-z/suicidio#acoes)> Acesso em: 22 de outubro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia nacional de prevenção do suicídio; prevenção de suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas. 2006a. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_prevencao\\_suicidio\\_saude\\_mental.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_prevencao_suicidio_saude_mental.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde lança Agenda Estratégica de Prevenção ao Suicídio. Brasil, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 648, de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

CONTE, Marta et al . **Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 17,n. 8,p. 2017-2026, Aug. 2012 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000800013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800013&lng=en&nrm=iso)>. access on 26 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800013>.

DURKHEIM, Emile. **O suicídio Estudo Sociológico**. Editorial Presença, 2001.

GONÇALVES, Ludmilla R. C.; GONCALVES, Eduardo; OLIVEIRA JUNIOR, Lourival Batista de. **Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional**. Nova econ., Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p. 281-316, Aug. 2011. Available from &lt;[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-63512011000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-63512011000200005&lng=en&nrm=iso)&gt;. access on 10 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-63512011000200005>.

LOVISI, Giovanni Marcos et al. **Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006**. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo , v. 31,supl. 2,p. S86-S93, Oct. 2009 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462009000600007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000600007&lng=en&nrm=iso)>. access on 13 Mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000600007>.

MACHADO, Marcos Fabricio; LEITE, Cristiane Kerches; BANDO, Daniel Hideki. **Políticas Públicas de Prevenção do Suicídio no Brasil: uma revisão sistemática**. Revista Gestão & Políticas Públicas, v.4, p. 333-356, 2014, Disponível em: <http://www.revistas.usp.br> Acesso em: 04 de setembro de 2018.

MACHADO, Daiane Borges; SANTOS, Darci Neves dos. **Suicídio no Brasil, de 200 a 2012**. J.Bras. Psiquiatr, v1, p. 45-54, 2015, disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v64n1/0047-2085-jbpsiq-64-1-0045.pdf>. Acesso em 11 de novembro de 2018.

MATO GROSSO. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde - PES 2016-2019**. Relatório. Mato Grosso SES-MT: Cuiabá. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10**. 10ª Revisão. Versão 2008. Volume I. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>. acesso em: dia 2 de outubro de 2018.

SANTOS, Hugo Gedeon Barros dos et al. **Fatores associados à ideação suicida em universitários**. Rev. Latino-Am.Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 25, e2878, 2017. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692017000100332&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100332&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 23 out. 2018. Epub 15 de maio de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1592.2878>.

SOARES, BAC; SCATENA, JHG, GALVÃO, ND. **Acidentes e violências na Grande Cuiabá: o que retrata a demanda dos serviços de emergência**. Epidemiol Serv Saúde 2009; 18(3):265-276.

SOUZA, Celina. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura**, Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45 disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>> acesso em: 07 de maio de 2017.

TAVARES, R. C. & SOUSA, S. M. G. (2009). **Os Centros de Atenção Psicossocial e as possibilidades de inovação das práticas em saúde mental**. *Saúde em Debate*, 33(82), 252-263.