

OMNIA

SAÚDE

Faculdades Adamantinenses Integradas (FAI)
www.fai.com.br

RIBEIRO, Luciane Soares Lopes; SANTOS, Ana Vitória Salimon Carlos.
Suicídio: um desafio à saúde pública. *Omnia Saúde*, v.6, n.2, p.29-40, 2009.

SUICÍDIO: UM DESAFIO A SAÚDE PÚBLICA

SUICIDE: A PUBLIC HEALTH CHALLENGE

Luciane Soares Lopez Ribeiro
Psicóloga (FAI)

Ana Vitória Salimon Carlos dos Santos
Mestre em Psicologia (UNESP)

RESUMO

O presente artigo teve como objetivo refletir e propiciar reflexões sobre o suicídio na atualidade e formas de prevenção. Para isto utilizamos como instrumento de pesquisa a realização de um levantamento bibliográfico, através da identificação e leitura de autores de referência na área. Partimos da contextualização da questão do suicídio até chegarmos às intervenções possíveis no campo da saúde pública. Os dados levantados nos permitiram perceber que apesar dos esforços e avanços já realizados pela saúde pública em relação à prevenção do comportamento suicida, tal avanço ainda é lento mediante ao grande índice de tentativa de suicídio no Brasil, representando um sério desafio a saúde pública de nosso país. Para tal, existe a necessidade de construção de políticas públicas de atenção ao suicídio, uma vez que este número vem crescendo gradativamente, o que aponta a urgência de medidas preventivas. Encontra-se em fase de planejamento e implantação um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, o que significa um grande avanço para o nosso sistema de saúde e, ao mesmo tempo, um dos primeiros passos de uma longa caminhada.

Palavras-chave: Suicídio. Saúde Pública. Estratégias de intervenção.

ABSTRACT

The present article had as objective, to reflect and to propitiate reflections on the suicide in the present time and forms of prevention. In order to contribute for one better qualification of the services of attention to the health of people in on situations to the suicide. For this we use as research instrument the accomplishment of a bibliographical survey, through the identification and reading of authors of reference in the area. We leave of the contextualização of the question of the suicide until arriving at the possible interventions in the field of the public health. The data raised in had allowed them to perceive that although the efforts and advances already carried through by the public health in relation to the prevention of the suicidal behavior, such advance still is slow by means of the o great index of suicide attempt. Representing a serious challenge the public health of our country. For such, the necessity of construction of public politics of attention to the suicide, a time exists that this number comes

gradual growing, the one that points the urgency of writs of prevention. National plan of Prevention of the Suicide that was foreseen for the year of 2007 still was presented, however certainly already it means a great advance for our system of health, one of the first steps of a long one walked.

Key-words: Suicide. Public health. Strategy of intervention.

INTRODUÇÃO

A morte em nossa sociedade ainda é um tema que desperta medo e curiosidade, quase sempre é negada e evitada. Porém, ela faz parte do desenvolvimento natural dos seres humanos, nós nascemos, crescemos, procriamos e morremos. Não há como evitá-la, é a única certeza que realmente temos.

Tanto em tempos atuais, como em tempos mais remotos a morte chama-nos atenção, porém, chama muito mais quando esta morte se dá pela tentativa de suicídio. Questionamentos são freqüentes acerca do por quê, sendo difícil compreender tal fenômeno. Quais seriam os motivos? Existe realmente um motivo específico? É possível a prevenção?

No decorrer deste trabalho abordamos assuntos como o suicídio, fatores de risco e proteção, bem como estratégias de prevenção. É um trabalho de levantamento bibliográfico, que busca a reflexão crítica sobre a ocorrência de suicídios e estratégias de prevenção com vistas a melhorar a prática profissional, divulgar conhecimentos e favorecer a existências de estratégias de prevenção.

O comportamento suicida

Desde as épocas mais remotas o suicídio é um fenômeno existente na história da humanidade. A partir da mitologia grega podemos observar alguns exemplos deste fenômeno, como “Narciso” que se apaixona pela própria imagem refletida na água e se joga, suicidando-se. Já não mais num passado tão remoto Adolf Hitler em 1945 com um tiro em sua própria cabeça tira a vida, desolado pelas metas não alcançadas. Na área da saúde encontramos o exemplo da psicanalista argentina Arminda Aberastury, que em 1972 ingeriu grandes quantidades de barbitúrios. (BAPTISTA, 2004).

Tais exemplos demonstram que o suicídio é um fenômeno que não impõe barreiras, pois, abarcam pessoas de todas as classes sociais, etnias, religiões, pessoas de grandes centros até pessoas de pequenas aldeias, como é o caso dos índios. (KOVÁCS, 1992).

Tal fenômeno desencadeia diversos pensamentos, sentimentos e questionamentos na sociedade em geral. Historicamente é possível visualizar como a sociedade tratou este fenômeno e como isso se alterou no decorrer dos tempos, o suicídio enquanto questão política foi tratado de diferentes maneiras pelo estado.

“Na antiguidade, entre gregos e romanos, o suicídio era fato punível, pois tomava o caráter de violação de um dever para com outrem ou para com o estado. Sobre o cadáver do suicida recaíam ou a pena de infâmia ou a prática de mutilação ou de outros tratamentos impiedosos” (NOGUEIRA, 1995, p.119).

Na idade média a vida era compreendida como sendo um dom de Deus e somente ele poderia tirá-la, o suicida, portanto, era privado dos sacramentos e de uma sepultura eclesiástica. (NOGUEIRA, 1995).

Tais pensamentos favoreceram para uma compreensão preconceituosa do ato suicida, bem como das pessoas que o cometem.

“Atualmente o suicídio deixou de ser punido como crime até mesmo com a proibição de sepultura eclesiástica, pois com a evolução dos costumes e as conquistas modernas percebeu-se que esse gesto, impensado ou não, da criatura humana merece mais caridade do que punição. Por isso passou-se a punir o ato de outrem que instiga, induz ou auxilia, colaborando, moral ou materialmente, para que alguém se suicide” (NOGUEIRA, 1995 p. 121).

Há vários tipos de posicionamentos em relação a este ato, existem sociedades que abominam e rejeitam (como a nossa sociedade ocidental), e sociedades que incentivam por fins ideológicos ou religiosos, como o caso das sociedades orientais (quase sempre de forma camuflada) onde o suicídio é uma alternativa de solução para determinadas circunstâncias da vida, como por exemplo, os guerreiros samurais que se suicidavam diante da derrota ou ainda hoje quando o jovem japonês não consegue alcançar o sucesso escolar esperado (CASSORLA, 1998).

Só podemos considerar o ato como suicídio se houver por parte do suicida a intenção consciente de por fim a própria vida. Há a necessidade da intenção deliberada de si matar, isto é comportamento doloso (NOGUEIRA, 1995).

“Para delimitar o campo do suicídio, temos ainda de acrescentar varias opiniões a respeito do suicídio como incidente, considerando que o suicídio na doença mental ou perturbação depressiva grave não é um ato de suicídio, mas um incidente ou erro de julgamento. Para valorizar o ato suicida, deve haver tanto um nível de decisão racional quanto uma opção pessoal através da vontade, consciência, intenção e lucidez. Tentamos assim, excluir o suicídio simbólico ou atos de automutilação parcial – somente considerando o ato auto-agressivo global. O suicídio deve ser realizado pelo autor, de uma maneira consciente, acreditando que a maneira escolhida deve ser causa eficiente e suficiente para alcançar sua finalidade” (CASSORLA, 1998, p. 122).

A palavra suicídio deriva do latim e significa sui - de si mesmo e Caedes - ação de matar, isto é, a morte de si mesmo. (LEVY, 1979 apud KOVÁCS, 1992). Caracteriza-se por um desejo da própria pessoa em por fim a sua vida, a fim de escapar de uma dor ou a um sofrimento que chega as raias do insuportável:

“Em sentido estrito é considerado como uma auto-eliminação consciente, voluntária e intencional. Num sentido mais amplo o suicídio inclui processos autodestrutivos inconscientes lentos e crônicos” (LEVY, 1979 apud KOVÁCS, 1992).

Segundo Cassorla (1998), não existe uma causa para o suicídio, o que pode ocorrer é um fator que desencadeia, ou seja, uma série de fatores vão se acumulando na biografia do indivíduo, e o que se chama de “causa” é apenas um elo final dessa cadeia. O autor aponta para uma diferença de enfoque nas diversas disciplinas quanto à constituição do suicídio. Para a psicanálise o suicídio é uma situação psicótica, entende a pessoa não como psicótica, mas

como num estado psicótico, acredita-se que no momento do ato tenha-se atualizado na pessoa núcleos e componentes psicóticos da personalidade que permaneciam neutralizados pelas partes não psicóticas de sua psique. Neste sentido o suicídio configura-se como o momento que a pessoa está fora de si, e graças a essa cisão pode atacar a si mesmo.

Numa abordagem mais social do suicídio, acredita-se que ele não pode ser explicado e entendido somente por motivações individuais do sujeito, mas por associações de fatos individuais com fatos sociais presentes na dinâmica dos valores e padrões da cultura de uma determinada sociedade.

Durkheim (1983) aponta que, a causa produtora do suicídio escapa necessariamente a quem só observa os indivíduos, porque ela é exterior aos indivíduos. Para descobri-la é necessário ir além dos suicídios particulares e aperceber o que determina as unidades destes. Para o autor o suicídio é um ato individual, porém com contribuições significativas da sociedade que as produz.

Considerar o suicídio como pessoal seria insuficiente, pois este seria resultado de uma indução social, e não de uma livre vontade do sujeito. O suicídio pode ser uma forma de rebelião ou submissão contra esta sociedade. (KALINA & KOVADLOFF, 1983 apud KOVÁCS, 1992).

De acordo com tais diferenças poderíamos buscar por uma visão mais interacionista, que não caísse numa visão dicotomizada. (CASSORLA, 1998).

“O suicídio é, portanto multideterminado por fatores que somente podem ser apreendidos a partir da focalização do indivíduo inserido no grupo social ao qual ele pertence e estabelece um intercâmbio, daí a importância de uma abordagem interdisciplinar” (CASSORLA, 1998, p. 92).

O autor aponta o suicídio como sendo multideterminado, compreendido por fatores individuais e sociais, ou seja, a junção de ambos, uma vez que o homem deve ser entendido de forma bio-psico-social, numa integralidade.

“O suicídio é um ato muito complexo, portanto, não pode ser considerado em todos os casos como psicose, ou como decorrente de desordem social. Também não pode ser ligado de forma simplista a um determinado acontecimento como rompimento amoroso, ou perda de emprego. Trata-se de um processo que pode ter tido o seu início na infância, embora os motivos alegados sejam tão somente os fatores desencadeantes” (KOVÁCS, 1992, p.173)

Uma das perguntas mais frequentes frente a este ato é o porquê, ou os motivos que levaria uma pessoa a optar pelo suicídio. Porque será que tantas pessoas portadoras de doenças graves ou pessoas que quase tiveram suas vidas arrancadas de si, seja por um assalto ou por uma bala perdida, lutam por suas vidas, enquanto o suicida busca sua morte?

“O indivíduo suicida trata apenas de consumir a morte física, pois em sua vida já ocorreram muitas mortes parciais, este já matou todas as suas potencialidades, sente-se morto porque não se realiza no trabalho ou afetivamente. Pior ainda, senti-se culpado por se sentir morto” (CASSORLA, 1998, p. 192).

Muitas pessoas tratam a pessoa que tenta o suicídio e aquelas que efetivam o ato como seres inferiores e fracos, certamente movidos por certo tipo de preconceito e até mesmo medo de seu próprio fracasso enquanto sujeito inserido no ambiente social do suicida, porém, como já foi citado, o indivíduo que comete o suicídio enfrenta motivações individuais (perda do objeto de amor, vivências prejudiciais na infância e etc..) e um ambiente social desfavorável. Sendo assim, este indivíduo não encontra guarida para seu sofrimento particular, e a sociedade apesar de não penalizá-lo sobre os olhos da Lei, penaliza-o de outras formas.

Observou-se que é maior o número de suicídios entre adultos que vivem sozinhos, principalmente os idosos, pois estes estariam em um período desvitalizante: isolamento social, desemprego, problemas econômicos e perda de pessoas queridas. (KASTENBAUM, 1983 apud KOVÁCS, 1992).

Segundo Kovács (1992), os homens se suicidam muito mais que as mulheres e a hipótese para isto seria que, estes apresentam um menor índice de tolerância à frustração. A medicina foi a profissão em que se encontrou o maior índice de suicidas, segundo a autora existe a influência de dois fatores que podem estar associados a este fato, o primeiro estaria ligado à tensão da profissão, na qual decisões rápidas devem ser tomadas em caráter imediato e com o alto grau de responsabilidade. O segundo fator estaria ligado a facilidade que os médicos teriam em relação às drogas, o que facilitaria a ingestão delas em dose letal.

Os meios mais utilizados seriam: o enforcamento como o meio mais comum entre homens e mulheres, seguido por arma de fogo e envenenamento nos homens. (CASSORLA, 1998). A incidência de suicídio é maior em lares em que está presente uma arma de fogo, sendo o método mais escolhido (86%) nesse contexto. (KELLERMANN, 1992 apud PIETRO & TAVARES, 2007).

Segundo Baptista (2004), a Organização Mundial de Saúde (2001), afirma que um milhão de pessoas no mundo comete suicídio anualmente, e entre 10 e 20 milhões tentam suicidar-se. Para o autor estes dados por si só já são suficientes para alertar os profissionais para este problema de Saúde Pública Mundial.

O suicida recusa um mundo que não tem lhe parecido bom, assim matar-se significa a recusa do mundo real e a ilusão de que pelo menos na morte, poderá impor sua visão de mundo, na verdade o que se torna diferente para estes suicidas não é a visão da morte, mais sim a visão de vida. (CASSORLA, 1998).

Fatores de risco e de proteção

Os fatores de risco são alguns sinais presentes na história biopsicosocial do indivíduo que indica se, determinada pessoa apresenta risco para o comportamento suicida.

O Ministério da Saúde em (2006) apontou que, o risco em relação ao suicídio se apresenta como: baixo, médio e alto risco. A pessoa identificada com baixo risco se caracteriza por alguns pensamentos suicidas, como “eu não consigo continuar”, “Eu gostaria de estar morto”, porém, não realizou nenhum plano para efetivá-lo. O médio risco se caracteriza pelos pensamentos suicidas e os planos, porém, o indivíduo não pensa em cometê-lo imediatamente. O paciente com alto risco tem um plano definido e os meios para fazê-lo prontamente, dando a impressão de estar se despedindo.

“Os fatores de risco são inúmeros, inter-relacionados, tais como: isolamento social, abandono, episódios de depressão, transtorno de ansiedade (pânico), uso de álcool ou outras drogas, estresse, problemas econômicos que acarretam crises financeiras, migrações, perda de um membro da família, dor física intolerável e prolongada decepção amorosa, histórico psiquiátrico pregresso etc” (CASSORLA, 1984; PORDEUS, FRAGA E OLINDA 2002; HOCHGRAF *et al.*, 1990; CORRÊA, 1996; VALENÇA *et al.*, 1998; BOTEGA *et al.*, 1995 apud BAPTISTA, 2004, p. 28)

Um dos grupos de maior risco para o suicídio é o grupo de indivíduos que já tentaram o suicídio. (SUOMINEN *et al.*, 2004 apud BOTEGA *et al.*, 2006). Sendo 100 vezes maior o risco de uma nova tentativa em relação à população em geral. (OWENS; HORROCKS e HOUSE, 2002 apud BOTEGA *et al.*, 2006).

Existem alguns fatores de risco para pacientes suicidas em potencial, como por exemplo, ser homem, não ter um relacionamento afetivo mais próximo, estar na faixa etária de 20 a 40 anos e ter baixa escolaridade (apenas o curso primário). Quando mulher, estar casada, ter escolaridade elevada e mais do que 61 anos seriam alguns fatores protetivos para o suicídio. (SILVA *et al.*, 1999 apud BAPTISTA, 2004).

Em um estudo realizado, constatou-se que no ano anterior a tentativa de suicídio, consecutivamente, ocorrem alguns eventos na vida do indivíduo tais como: briga com pessoa próxima; problemas amorosos, como infidelidade ou desentendimentos; dificuldades nos relacionamentos familiares; luto, separação ou abandono; problemas financeiros graves, como despejo, fome e desemprego; dificuldades na vida social ou no ambiente de trabalho; problemas com a justiça; doença ou incapacidade física; gravidez indesejada ou aborto provocado; problemas escolares e dificuldades religiosas. (BOTEGA *et al.*, 1995 apud BAPTISTA, 2004).

Segundo Clark & Fawcett (1992, apud BOTEGA *et al.*, 2006), em um estudo retrospectivo realizado de casos de suicídio, foram identificados cinco achados importantes:

- Aproximadamente 60% das pessoas mortas por suicídio nunca haviam tentado antes;
- Dos que morrem por suicídio, 50-60% nunca se consultaram com um profissional de saúde mental ao longo da vida;
- Dois terços dos que cometem suicídio comunicaram claramente essa intenção a parentes próximos ou amigos, na semana anterior;
- Metade dos que morrem por suicídio foram a uma consulta médica em algum momento do período de seis meses que antecederam a morte, e 80% foram ao médico no mês anterior ao suicídio. Mas ainda permanece correto que 50% dos que se suicidam nunca foram a um profissional da saúde mental.
- Com base nas evidências proporcionadas por entrevistas com familiares e amigos, bem como por documentos médicos e pessoais, um diagnóstico psicopatológico pode ser feito em 93-95% dos casos de suicídio, notadamente transtornos do humor (40-50% dos casos de suicídio tinham depressão grave), dependência de álcool (em torno de 20% dos casos) e esquizofrenia (10% dos casos).

Os sentimentos de “pertencer” no sentido de possuir forte ligação, seja a uma comunidade, a um grupo religioso ou étnico, a uma família, ou a algumas instituições protegem o indivíduo do suicídio” (BOTEGA *et al.*, 2006). Os autores apontam que por meio de reforço dos fatores ditos protetores e a diminuição dos fatores de risco é que se dá a prevenção. Onde vínculos afetivos, estar casado ou com companheiro fixo e ter filhos

pequenos diminuem tal risco, apresentando-se como fatores protetivos:

Famílias intactas (que não sofreram separações ou mortes de seus elementos principais) que estão emocionalmente envolvidos entre seus membros, passam tempo juntos para diversas atividades e possuem interesses em comum, propiciam menores taxas de suicídio para seus filhos. (RUBENSTEN *et al*, 1998 apud BAPTISTA, 2004).

A prevenção se dá a partir do conhecimento dos fatores de risco, bem como de sua transformação.

Estratégias de prevenção

As medidas de prevenção em saúde se dividem em: primária, secundária e terciária. As ações primárias são aplicadas na fase anterior ao início biológico da doença e as ações secundárias após o seu início. Já as ações terciárias são recomendadas em fase mais avançada da doença, na intenção de prevenir a deterioração ainda maior do estado clínico.

Em relação ao ato suicida, para cada medida de prevenção são encontradas certas características e condições que funcionariam como predispositores interacionais (psiquiátricos, biológicos/ genéticos, psicológicos, sociais, econômicos e culturais). (MARIS, 2002 apud BAPTISTA, 2004).

Na prevenção primária, as características encontradas são: ter história de depressão ou esquizofrenia, história de suicídio na família, ter tido pais punitivos, viver em um ambiente de violência social. Na prevenção secundária: ingestão de álcool e abuso de drogas, transtorno depressivo, impulsividade, inflexibilidade cognitiva, idéias de suicídio, isolamento, separação/ perturbação conjugal, problemas no trabalho. Na terciária: tratamento hospitalar, já ter tido uma tentativa de suicídio, episódio depressivo, baixas taxas de um metabólico de serotonina, excesso de consumo de álcool, problemas de saúde, desesperança, perda de pessoas queridas, aposentadoria. (MARIS, 2002 apud BAPTISTA, 2004).

O autor aponta que o conhecimento de tais características auxiliaria o profissional de saúde no diagnóstico precoce de suicidas em potencial.

Segundo o Relatório Mundial da Saúde (2001), a prevenção e o tratamento adequado de certas perturbações mentais e comportamentais podem reduzir os índices de suicídio, podendo ser direcionada tais orientações para: indivíduos, famílias, escolas, ou outros setores da comunidade geral:

“A detecção e o tratamento precoces de depressão, dependências do álcool e esquizofrenia são estratégias importantes na prevenção primária do suicídio. São particularmente importantes os programas educativos para formação de médicos e profissionais de cuidados de saúde primários para o diagnóstico e tratamento de doentes deprimidos” (RELATÓRIO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001).

Observa-se que as intervenções que envolvem restrições do acesso da população aos métodos de suicídio comum como: álcool, arma de fogo, pesticidas, antidepressivos e etc. reduzem o risco de suicídio. Intervenções baseadas na escola, envolvendo a gestão de crises, o fortalecimento da auto-estima, o desenvolvimento de aptidões, para enfrentar a vida e um processo sadio de tomada de decisões também reduzem o risco de suicídio entre os jovens

(RELATÓRIO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001).

Segundo Botega *et al.* (2006) a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2004; 2005) lançou as *Diretrizes da Organização Mundial da Saúde* para a prevenção do suicídio:

- Identificar e reduzir a disponibilidade e o acesso aos meios para se cometer o suicídio (ex: substâncias tóxicas);
- Melhorar os serviços de atenção à saúde, reforçar o apoio social e promover a reabilitação de pessoas com comportamento suicida;
- Melhorar os procedimentos diagnósticos e subsequente tratamento dos transtornos mentais;
- Aumentar a atenção dirigida a profissionais de saúde em relação às suas atitudes e tabus em relação à prevenção do suicídio e às doenças mentais;
- Aumentar o conhecimento, por meio da educação pública, sobre doença mental, e o seu reconhecimento precoce;
- Auxiliar a mídia a noticiar apropriadamente suicídios e tentativas de suicídios;
- Incentivar a pesquisa na área da prevenção do suicídio, encorajar a coleta de dados das causas de suicídio e evitar a duplicação dos registros estatísticos;
- Prover treinamento para indivíduos e profissionais que se encontram na linha de frente (gatekeepers) e que entram primeiro em contato com indivíduos sob risco de suicídio.

Baptista (2004), ressalta que se não houver programas específicos, dentro e fora dos hospitais para acompanhamento destes indivíduos haverá uma espécie de conivência com tal ato. Para o autor a adoção de programas de saúde pública direcionados para o problema do suicídio é fundamental para promover o salvamento de pessoas que, prematuramente, perdem suas vidas.

Segundo Abreu *et al.* (2006) não existe uma conduta padronizada ou protocolos a serem seguidos para este tipo de atendimento. A abordagem dos casos deve ser individualizada, o primeiro passo incluiria um diagnóstico e o tratamento adequado de eventuais transtornos psiquiátricos ou outros agravos à saúde. Para os autores medicamentos como Lítio em pacientes portadores de transtorno afetivo-bipolar e a clozapina em esquizofrênicos estariam associados à redução da taxa de suicídio.

Alguns fatores favorecem o tratamento ambulatorial, tais como: intencionalidade suicida relativamente baixa; capacidade de estabelecer boa aliança terapêutica; comprometimento com a proposta de tratamento; capacidade de garantir que não se agredirá; quando não há registro de comportamento impulsivo, abuso de álcool ou de drogas; ausência de suicídio no passado; quando não há fatores estressantes em casa, complicações por problemas físicos; quando o paciente prefere tratar-se em casa a internar-se; recursos de moradia e finanças adequados; quando não há isolamento e uma rede de apoio social disponível. (BOTEGA *et al.*, 2007).

Para o autor, melhorar a capacidade do médico de detectar e lidar com essas pessoas é uma forma de prevenção. Programas de treinamentos com médicos generalistas na Suécia resultaram numa melhoria da detecção e do tratamento de transtornos depressivos, sendo seguido por um decréscimo na taxa de suicídio.

Conforme o modelo de atenção pública vigente no Brasil, (Sistema Único de Saúde - SUS) o profissional que trabalha com tal população tem três possibilidades de encaminhamento:

Internação hospitalar; atendimentos em centros de referência como CAPS (Centro de Atenção Psicossocial); ou atendimento ambulatorial comum. (SCHMITT *et al*, 2008).

Para os autores os CAPS seria uma boa opção de tratamento, pois, no CAPS é possível oferecer tratamento farmacológico e psicológico intensivo. Ao mesmo tempo em que se intervém nos aspectos da vida do paciente como: apoio social e familiar. A hospitalização sempre deve ser considerada uma intervenção possível quando a segurança do paciente estiver em questão, porém não deve ser tida como absoluta.

Segundo Botega (2007), em nosso país, até há pouco tempo, o suicídio não era visto como um problema de saúde pública. No entanto, a necessidade de se discutir a violência, de modo geral, trouxe à tona o problema do suicídio. No final de 2005, o Ministério da Saúde montou um grupo de trabalho com a finalidade de elaborar um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, com representantes do governo, de entidades da sociedade civil e das universidades. Em 14 de agosto de 2006 foi publicada uma portaria com as diretrizes que deverão orientar tal plano. Dentre os principais objetivos a serem alcançados destacam-se:

- 1) Desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida e de prevenção de danos;
- 2) Informar e sensibilizar a sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;
- 3) Fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;
- 4) Promover a educação permanente dos profissionais de saúde da atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

O Plano Nacional de Prevenção do Suicídio estava previsto para o ano de 2007.

Para o autor são boas as notícias em relação aos esforços do Brasil, que tiram o suicídio da penumbra da negação e do tabu, para encará-lo como um problema de saúde pública:

“Agora é esperar o esforço final da área técnica do Ministério da Saúde, para fazer do Brasil o primeiro país da América Latina a elaborar e a executar ações de prevenção do comportamento suicida” (BOTEGA, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos esforços e avanços já realizados pela saúde pública em relação à prevenção do comportamento suicida, tal avanço ainda é lento diante do grande índice de tentativa de suicídio, uma vez que o Brasil está entre os dez países com maiores números absolutos de suicídio. Foram 7.987 mortes por suicídio em 2004 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Através do estudo realizado, pode-se perceber que o suicídio representa um grande desafio a saúde pública de nosso país.

Sabemos que falar de morte, e principalmente morte por suicídio, desperta em nossa sociedade vários tipos de sentimentos. Falar sobre este tema ainda é considerado um tabu, embora certos esforços já estejam sendo realizados. Certamente tal posicionamento reflete sobre as ações destinadas a este fim, o que aponta a necessidade de uma melhor

conscientização acerca da temática. Ainda hoje pessoas que tentaram o suicídio são encaradas com certo desprezo, preconceito devido à falta de conhecimento de nossa sociedade em relação aos fatores que levam o indivíduo a buscar este ato, bem como, o próprio aspecto negativo da morte.

É preciso que o Brasil supere o tabu e o preconceito em relação a morte por suicídio e se assuma como um país onde o suicídio já é um problema de saúde pública.

Já existem informações consideráveis de países que desenvolveram estratégias nacionais de prevenção do suicídio, como por exemplo: Finlândia, Noruega, Suécia, Austrália e Nova Zelândia. (BOTEGA, 2007).

Entendemos que a saúde pública de nosso país vem trabalhando também para isso, porém, quanto mais tempo se passa, mais vidas são desperdiçadas. Responder ao desafio é urgente!!!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, C. N. et al. *Síndromes psiquiátricas: diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde mental*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BAPTISTA, M.N. *Suicídio e Depressão: atualizações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

BOTEGA, N. J. *Prática psiquiátrica no hospital Geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

BOTEGA, N.J. Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.29, n.1, p.7-8, 2007.

BOTEGA, N.J. et al. Prevenção do comportamento suicida. *Psico*, v.27, n.3, p.213-220, 2006.

CASSORLA, R. M. S. *Do suicídio: estudos brasileiros*. Campinas: Papyrus, 1998.

DURKHEIM, E. *O suicídio*. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

KOVÁCS, M. J. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Biblioteca Virtual em Saúde, 2006. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf> Acesso em: 20/08/2008.

NOGUEIRA, P. L. *Em defesa da vida: aborto, eutanásia, pena de morte, suicídio, violência, linchamento*. São Paulo: Saraiva, 1995.

PIETRO, D.; TAVARES, M. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.54, n.2, p.146-154, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde mental: Nova concepção, nova esperança. *Relatório mundial da saúde*. Ministério da Saúde, 2002 / OMS. Disponível em <www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch3_poPdf>. Acesso em 20/08/2008.

SCHMITT, R.; QUEVEDO, J.; KAPCZINSKI, F. *Emergências psiquiátricas*. Porto Alegre: Artmed, 2008.