

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC

CURSO DE DIREITO

MANUELA RAMPINELLI

QUANDO A VONTADE DE VIVER ACABA – SUICÍDIO

**CRICIÚMA
2018**

MANUELA RAMPINELLI

QUANDO A VONTADE DE VIVER ACABA – SUICÍDIO

Monografia de Conclusão de Curso apresentada para obtenção do grau de Bacharel no curso de Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.

Orientador: Prof. Me. Michel Alisson

**CRICIÚMA
2018**

MANUELA RAMPINELLI

QUANDO A VONTADE DE VIVER ACABA – SUICÍDIO

Monografia de Conclusão de Curso aprovada pela Banca Examinadora para obtenção do grau de bacharel no curso de Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.

Criciúma, 10 de julho de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Michel Alisson D a Silva - Mestre - UNESC – Orientador

Prof^a. Rosângela Del Moro – Especialista - UNESC

Prof. Jean Gilnei Cústodio - Especialista - UNESC

Ao meu pai, Leonor, que sempre me incentivou a concluir a graduação, assim como minha irmã Lais, minha tia Cleusa e meu namorado Cassemiro, que da mesma forma me incentivaram nesta etapa e compreenderam a minha ausência por vezes, para a realização deste trabalho que tanto significa.

AGRADECIMENTOS

Cada um que passa em nossa vida passa sozinho, mas não vai só nem nos deixa só. Leva um pouco de nós mesmos, deixa um pouco de si mesmo. Essa é a maior responsabilidade de nossa vida, e a prova de que duas almas não se encontram ao acaso.

(Antoine de Saint-Exupéry).

Desde o início dessa caminhada muitas pessoas passaram em minha vida e contribuíram para que hoje eu pudesse estar realizando esse trabalho de conclusão. A minha gratidão é extrema a todas as essas pessoas, de modo que fico receosa em esquecer alguém, mas de forma geral, tentarei transmitir meu carinho a algumas dessas pessoas.

Assim, não poderia ser diferente, em primeiro lugar, agradeço à minha família, por ser minha base, me apoiar, me incentivar e me fazer seguir em frente, agradeço imensamente tudo o que sempre fizeram por mim. Obrigado, Cassemiro, por ser meu parceiro em todos os momentos de minha vida, nas horas boas e nessa hora que pediu um pouco mais de tolerância e paciência, a minha irmã Lais que sempre esteve ao meu lado, ao meu pai: Leonor, e minha querida mãe de coração, minha tia Cleusa, que foi a maior incentivadora para a conclusão dessa graduação.

Jamais deixaria de agradecer as pessoas que convivi no meu trabalho, que desde logo me ampararam e me fizeram amar a minha profissão na época, incentivadores do amor pelo direito penal, Sandra Regina Machado e Frank Willy Vieira, os quais me fizeram despertar a vontade de ajudar ao próximo quando possível na resolução de um caso. Fica aqui meu imenso agradecimento a vocês por terem me ensinado tanto!

A todos os profissionais da Universidade do Extremo Sul Catarinense, em especial ao meu orientador o professor Michel Alisson, que de pronto aceitou me orientar, o meu agradecimento, pelo comprometimento em me ajudar, e ser sempre solícito no que precisei, contribuindo e me assistindo na construção do presente trabalho, mesmo diante de tantos compromissos profissionais e pessoais.

A todos os amigos que a vida acadêmica me deu, minha eterna gratidão.
Muito Obrigada!

RESUMO

O conteúdo deste estudo permitiu que fosse realizado um paradigma entre a vontade de viver e seu oposto, a cessação da vida por vontade única e exclusiva do indivíduo por meio do suicídio. Traz-se o direito à vida, amparado pela Constituição Federal Brasileira, assim como se faz uma análise do direito de interromper a vida por questões meramente pessoais. Analisaram-se os impactos que o suicídio traz à sociedade, mas sem deixar de mencionar que não há no ordenamento jurídico proibição do ato, apenas defesas diante da vida. De maneira importante, traz-se a influência da mídia no tocante à informação relativa ao suicídio, sua abordagem ao transmitir o fato à sociedade. Pretendeu-se ainda, demonstrar que a falta de políticas públicas na prevenção do suicídio podem contribuir para o número de casos registrados, sendo que o suicídio já é entendido como problema de saúde pública. Diante de dados coletados visa-se compreender os fatores que contribuem numericamente para o suicídio, de forma que se utiliza uma determinada região para a elaboração do estudo e a partir desse norte buscam-se entender quais são as características que contribuem para o cometimento do suicídio. Para tanto, o método de pesquisa utilizado no presente trabalho foi o dedutivo, em pesquisa teórica qualitativa e quantitativa com emprego de material bibliográfico e estudo de campo.

Palavras-chave: Suicídio. Direito a vida. Políticas Públicas. Extremo Sul Catarinense.

ABSTRACT

The content of this paper, allowed the creation of a paradigm, between the will to live and its opposite, the cessation of life by the only and exclusive will of the individual by suicide. It is brought the right to life protected by the Brazilian Federal Constitution. An analysis is made on the right to interrupt a life by merely personal matters. The impacts that suicide brings to society are analyzed, noting that there is no prohibition of the act in the legal order, only the defense of life. It is brought, in an important manner, the influence of the media on the subjects related to suicide, its approach on transmitting the fact to society. It was also intended, to demonstrate that the lack of public policy for suicide prevention contributes to the number of registered cases, whereas suicide is already accepted as an issue of public health. In light of collected data, a certain geographic areas studied, presenting specific factors contributing to suicide. Using this information, the characteristics contributing to suicide were sought. Therefore, there search method used in the present paper was deductive, using theoretical qualitative and quantitative research, with the use of bibliographic material and field research.

Keywords: Suicide. Right to life. Public Policy. South Catarinense.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Suicídios por sexo na AMREC – de 2011 a 2017	56
Gráfico 2 – Suicídios por Enforcamento – de 2011 a 2017	57
Gráfico 3 – Suicídios por Ingestão de Medicamentos – de 2011 a 2017	58
Gráfico 4 – Suicídios por Arma de Fogo – de 2011 a 2017.....	58
Gráfico 5 – Suicídios por precipitação – de 2011 a 2017	59
Gráfico 6 – Suicídios por Envenenamento – de 2011 a 2017	59
Gráfico 7 – Suicídios por Queimadura – de 2011 a 2017.....	60
Gráfico 8 – Suicídios por Afogamento – de 2011 a 2017	61
Gráfico 9 – Suicídios por Atropelamento – de 2011 a 2017	61
Gráfico 10 – Suicídios por Decapitação por Trem – de 2011 a 2017	62
Gráfico 11 – Suicídios por Arma Branca – de 2011 a 2017	62
Gráfico 12 – Total de Suicídios entre 2011 e 2017 – de 2011 a 2017.....	63
Gráfico 13 – Taxa de suicídios até os 19 anos de idade – de 2011 a 2017.....	63
Gráfico 14 – Taxa de suicídios dos 20 aos 29 anos de idade – de 2011 a 2017	64
Gráfico 15 – Taxa de suicídios dos 30 aos 39 anos de idade – de 2011 a 2017	64
Gráfico 16 – Taxa de suicídios dos 40 aos 49 anos de idade – de 2011 a 2017	65
Gráfico 17 – Taxa de suicídios dos 50 aos 59 anos de idade – de 2011 a 2017	66
Gráfico 18 – Taxa de suicídios dos 60 aos 69 anos de idade – de 2011 a 2017	66
Gráfico 19 – Taxa de suicídios dos 70 aos 79 anos de idade – de 2011 a 2017	67
Gráfico 20 – Taxa de suicídios a partir dos 80 anos – de 2011 a 2017.....	67
Gráfico 21 – Totalidade da Taxa de suicídios por idade – de 2011 a 2017.....	68
Gráfico 22 – Taxa de suicídios em Criciúma – de 2011 a 2017	69
Gráfico 23 – Taxa de suicídios em Içara – de 2011 a 2017	69
Gráfico 24 – Taxa de suicídios em Orleans – de 2011 a 2017.....	70
Gráfico 25 – Taxa de suicídios em Urussanga – de 2011 a 2017	70
Gráfico 26 – Taxa de suicídios em Forquilha – 2011 a 2017	71
Gráfico 27 – Taxa de suicídios em Lauro Müller – 2011 a 2017	71
Gráfico 28 – Taxa de suicídios em Balneário Rincão – 2011 a 2017	72
Gráfico 29 – Taxa de suicídios em Cocal do Sul – 2011 a 2017.....	72
Gráfico 30 – Taxa de suicídios em Morro da Fumaça – 2011 a 2017.....	73
Gráfico 31 – Taxa de suicídios em Nova Veneza – 2011 a 2017.....	73
Gráfico 32 – Taxa de suicídios em Siderópolis –2011 a 2017	74
Gráfico 33 – Totalidade da Taxa de suicídios por cidade – de 2011 a 2017.....	75

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 O DIREITO À VIDA E À MORTE	11
2.1 DIREITO À VIDA NO ORDENAMENTO JURÍDICO.....	11
2.2 O SUICÍDIO: SEUS ASPECTOS HISTÓRICOS, SOCIOLÓGICOS E JURÍDICOS	16
2.3 CARACTERÍSTICAS DO SUICÍDIO	19
2.4 INFLUÊNCIA DA MÍDIA	24
3 POLÍTICAS PÚBLICAS	27
3.1 O SUICÍDIO: OS PROBLEMAS SOCIAIS, A FALTA DE SEGURANÇA E A SAÚDE PÚBLICA.....	31
3.2 A IMPORTÂNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO	35
4 O SUICÍDIO NA REGIÃO CARBONÍFERA	43
4.1 A REGIÃO DA AMREC	44
4.2 AÇÕES ADOTADAS NA CIDADE DE CRICIÚMA VOLTADAS À PREVENÇÃO E COMBATE AO SUICÍDIO.....	49
4.3 AS MEDIDAS ADOTADAS QUE PODEM SER INTRODUZIDAS PARA A DIMINUIÇÃO DOS ÍNDICES DE SUICÍDIO.....	52
5 DADOS REGIONAIS	56
5.1 A QUANTIDADE DE SUICÍDIOS ENTRE OS ANOS DE 2011 A 2017 NOS MUNICÍPIOS DA AMREC	56
5.1.1 Sexo	56
5.1.2 Causa da Morte – Meio Empregado	57
5.1.2.1 Enforcamento	57
5.1.2.2 Ingestão de medicamentos	57
5.1.2.3 Arma de Fogo	58
5.1.2.4 Precipitação	59
5.1.2.5 Envenenamento	59
5.1.2.6 Queimadura	60
5.1.2.7 Afogamento	60
5.1.2.8 Atropelamento e Decapitação por Trem	61
5.1.2.9 Arma Branca	62
5.1.2.10 Totalidade	62
5.1.3 Faixa Etária	63
5.1.3.1 Até 19 anos	63
5.1.3.2 De 20 anos a 29 anos	64
5.1.3.3 De 30 anos a 39 anos	64
5.1.3.4 De 40 anos a 49 anos	65
5.1.3.5 De 50 anos a 59 anos	65
5.1.3.6 De 60 anos a 69 anos	66
5.1.3.7 De 70 anos a 79 anos	67
5.1.3.8 De 80 anos ou mais	67

5.1.3.9 Totalidade	68
5.1.4 Cidades	68
5.1.4.1 Criciúma	68
5.1.4.2 Içara	69
5.1.4.3 Orleans	70
5.1.4.4 Urussanga	70
5.1.4.5 Forquilha	71
5.1.4.6 Lauro Müller	71
5.1.4.7 Balneário Rincão	72
5.1.4.8 Cocal do Sul	72
5.1.4.9 Morro da Fumaça	73
5.1.4.10 Nova Veneza	73
5.1.4.11 Siderópolis	74
5.1.4.12 Treviso	74
5.1.4.13 Totalidade	74
5.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS	75
6 CONCLUSÃO	75
REFERÊNCIAS	80

1 INTRODUÇÃO

Para a inicialização do presente trabalho monográfico não se pode deixar de relatar que se trata de um tema que carrega em si o direito considerado mais essencial e o fundamental, o direito à vida.

Em primeira oportunidade, passa-se a discorrer sobre os aspectos que envolvem o suicídio desde os tempos remotos, suas características e como o suicídio é compreendido pelo mundo do ordenamento jurídico. Destaca-se o direito fundamental disposto na Constituição Federal, que traz e garante a dignidade da pessoa humana e a autonomia da vontade, bem como a influência da mídia em abordar o tema.

Em seguinte, o trabalho aludido busca definir e mensurar a importância das políticas públicas frente à prevenção do suicídio, contextualizando o dever do Estado em garantir essas ações positivas na sociedade. Ainda, enfatiza-se o problema de saúde pública que se tornou o suicídio, frente a números alarmantes e com consequências tão graves a toda a população.

No terceiro momento, o contexto traz definições mais específicas do suicídio na região carbonífera sul catarinense. Busca-se demonstrar a relação dos índices de suicídio na região com os fatores físicos e sociais, e ainda, as medidas de prevenção criadas no Município de Criciúma, por iniciativa pública e também de particulares em prol da prevenção ao suicídio.

No último tema a ser abordado, segue-se dados coletados junto ao Instituto Médico Legal de Criciúma (IML), referente aos casos de suicídio nas cidades pertencentes à Associação dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC). A partir da coleta de dados foram realizadas análises em cima dos números propostos, permitindo-se que fosse realizada uma avaliação não só numérica do índice de suicídios, mas de seus impactos na sociedade. Nos resultados obtidos se faz analogia aos casos, buscando suas semelhanças e diferenças, para que se possa promover políticas públicas a partir desse norte, distinguindo quais os meios mais utilizados no cometimento do ato, a idade com maior probabilidade de cometer suicídio e tantas outras características.

Para tanto, utilizar-se-á o método de pesquisa dedutivo, em pesquisa teórica qualitativa e quantitativa com emprego de material bibliográfico e estudo de campo.

2 O DIREITO À VIDA E À MORTE

Para melhor compreensão do conceito de suicídio, preliminarmente, será feita uma análise histórica pertinente ao tema, abordando sobre o direito à vida e à morte.

A palavra “vida” traz em si muitos significados e percepções. O ser humano é parte da vida, é o lapso temporal entre sua concepção e a morte. Da mesma maneira, assim como os significados da vida, os seus direitos sobre ela são inúmeros. Atualmente há pensamentos, leis, doutrinas, princípios, e até mesmo jurisprudências que claramente apóiam a vida, desde sua real origem, que é a exteriorização do feto, seu desenvolvimento e até a chegada da morte.

Com certeza em poucas palavras o artista Charles Chaplin nos deixou uma grande mensagem, onde define a vida da seguinte maneira: *“a vida é uma peça de teatro que não permite ensaios. Por isso, cante, chore, dance, ria e viva intensamente, antes que a cortina se feche e a peça termine sem aplausos”*.

E nesse contexto, traçamos que as situações em que a vida se encontra em risco perante a morte são infinitas, podendo ser motivadas por causa natural, do próprio corpo, ou ainda, por desejo único do indivíduo que a detém.

Superadas essas premissas, para que seja mais bem compreendido o tema, se iniciará discorrendo sobre o direito à vida no ordenamento jurídico.

2.1 DIREITO À VIDA NO ORDENAMENTO JURÍDICO

Como bem destacado no item anterior, o direito à vida é reconhecido no ordenamento jurídico, e cada vez mais discutido nos tribunais de justiça. Exposto e compreendido o que é a vida, segue-se enfatizando que tanto é reconhecido pelo ordenamento jurídico como foi instituído na Constituição Federal de 1988, através do artigo 5º, onde diz:

Art. 5º. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a **inviolabilidade do direito à vida**, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal de um país é o ponto de seu maior alcance da população que a compõe, assim, demonstra o quanto é importante a vida do ser humano. O direito à vida é reconhecido como o bem mais relevante de todo ser humano. A própria constituição fundamenta o direito da dignidade da pessoa humana, que só possui validade se houver vida! Sem vida, não há de se falar em dignidade!

O autor Paulo Gustavo Gonet Branco, em um de seus livros, que trata sobre o Direito Constitucional, bem enfatiza o dito acima, veja-se:

A existência humana é o pressuposto elementar de todos os demais direitos e liberdades disposto na Constituição e que esses direitos têm nos marcos da vida de cada indivíduo os limites máximos de sua extensão concreta. O direito à vida é a premissa dos direitos proclamados pelo constituinte; não faria sentido declarar qualquer outro se, antes, não fosse assegurado o próprio direito estar vivo para usufruí-lo. O seu peso abstrato, inerente à sua capital relevância, é superior a todo outro interesse. (BRANCO, 2010, p. 441).

Pra embasar o contexto fático acima, trazemos trecho da Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1988) que afirma:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

I - a soberania;

II - a cidadania;

III - a dignidade da pessoa humana.

Em que tese não haver tipificação no ordenamento jurídico ao suicídio, há sobre a vida, ou seja, como bem mencionado trata-se aqui de um direito fundamental, um direito à vida que está diretamente ligado à dignidade da pessoa humana e de sua autonomia de viver.

Não há expressamente nenhuma proibição do ato suicida, até mesmo porque a natureza do ato não permitiria qualquer punição, pois se trata de um agente que deixou de existir, ou ainda, aquele que não obteve êxito com sua ação estaria mais incentivado com a punição para novas práticas. O impacto social traz ao ordenamento jurídico a concepção de que a punibilidade acarretaria maiores influências.

Obviamente, não se pode trabalhar com a hipótese de que se não há previsão legal que faça a proibição do ato, automaticamente queira dizer que

toleramos o suicídio. Tirar a própria vida está de fato relacionado a um ato lícito, mas não por não haver previsão legal, e sim por se tratar de uma problemática bem maior do que uma simples tipificação. Trata-se de questões psicológicas, e que por vezes serão bem mais estruturadas com ações de prevenção do que punições.

Em que pese os fatos acima mencionados, o Código Penal traz a punição a quem induza ou instiga ao suicídio (BRASIL, 1940):

Induzimento, instigação ou auxílio a suicídio:

Art. 122 - Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça:

Pena - reclusão, de dois a seis anos, se o suicídio se consuma; ou reclusão, de um a três anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave.

Parágrafo único - A pena é duplicada:

Aumento de pena

I - se o crime é praticado por motivo egoístico;

II - se a vítima é menor ou tem diminuída, por qualquer causa, a capacidade de resistência.

No mesmo sentido, segue trecho de uma obra de bastante relevância em relação ao tema, onde esclarece:

A justiça brasileira, seguindo as demais, não impõe penas a quem tenta o suicídio, mas somente aqueles que induzem alguém a praticá-lo, e que estão sujeitos a uma pena de dois a três anos de reclusão, segundo o artigo 122 do Código Penal. (GUILLON; BONNIEC, 1990).

Essa tipificação traz consequências punitivas a quem opta por auxiliar o indivíduo em seu suicídio. É importante mencionar que de modo diverso da punição ao agente principal da conduta, esse terceiro envolvido que auxiliou ou instigou o suicídio contribuiu para a cessação da vida de outrem, e assim descaracteriza-se o fato de o suicídio ser uma conduta de vontade própria e exclusiva da vítima. Poderia ser sanada a conduta se não houve auxílio de terceiro, e essa punição a este não acarreta riscos, de modo que pudesse incentivar novas tentativas, pelo contrário, é uma forma de evitar novos episódios, uma vez que a seguir serão expostos os principais sinais que o indivíduo demonstra antes de cometer o ato, e a importância dos amigos e familiares auxiliarem na desistência da ideia de cometimento do ato.

Nos dias atuais é frequente que os temas relacionados à eutanásia e a ortotanásia estejam presentes, principalmente em alguns países, onde o direito de morrer é tutelado. O sujeito exerce o direito de morrer, e ainda pode contar com a

ajuda de terceiro se desejar. E talvez nesse âmbito, de fato, seja mais fácil caracterizar o suicídio, visto que há elementos que embasem o ato, pois diante de uma dor ou sofrimento, de doenças incuráveis ou condições médicas/físicas irreversíveis é mais claro o desejo de acabar com a vida. A vontade de viver acaba, e por mais difícil que seja, nesses casos se tornam mais compreensíveis.

Para que se possa compreender um pouco mais sobre o conceito das palavras, o advogado Guilherme Gouvêa Pícolo destaca:

A eutanásia é entendida, de maneira ampla, como a provocação intencional da morte a determinada pessoa que sofre de enfermidade extremamente degradante e incurável, visando privá-la dos suplícios decorrentes da doença (a raiz é grega e significa “a boa morte”, uma maneira digna de morrer). Já na ortotanásia (que etimologicamente significa a morte da maneira natural), a morte se dá sem a interferência ativa de nenhum agente, sem um prolongamento artificial executado pelo aparato tecnológico próprio da medicina contemporânea. É o famoso “desligar os aparelhos”, com o qual se cerram as cortinas do espetáculo da vida. (PÍCOLO, 2012).

Nesse mesmo contexto, Guilherme Gouvêa Pícolo aponta os países que já inseriram a eutanásia em seu ordenamento jurídico:

A Holanda é o país mais liberal quando o assunto é o direito de morrer. Lá, a eutanásia está amparada pela legislação desde 1993. A forma passiva, por sinal, não é considerada eutanásia, mas simples decisão médica, confundindo-se com a conduta restritiva de ortotanásia ou com a recusa terapêutica – e deste modo é mero fato atípico; quanto à forma ativa, é excludente de ilicitude, devendo observar três requisitos: que o doente seja mentalmente capaz (adolescentes de doze a dezesseis anos podem recorrer à eutanásia se houver concordância dos pais), que reitere expressa e voluntariamente seu desejo de morrer, seja acometido de doença incurável e suporte sofrimento agonizante, atestado por médico. O pedido é submetido a uma comissão multidisciplinar que, em caso de deferimento do pedido, o encaminha para ratificação e acompanhamento do Ministério Público. A Bélgica copiou a legislação holandesa em meados de 2002, inclusive quanto aos requisitos e procedimentos. A eutanásia é acolhida também pela legislação uruguaia a partir da vigência do Código Penal de 1933, através da criação da figura conhecida como “homicídio piedoso”, permitindo ao juiz de direito isentar de pena o agente que provocar dolosamente a morte de terceiro, mediante três pressupostos: bons antecedentes, motivos altruístas direcionados a condições objetivas de padecimento da vítima e a manifestação reiterada da mesma pelo fim de sua vida. Como contradição e crítica do sistema uruguaio, pesa o fato de que a instigação e auxílio ao suicídio não prevê a possibilidade de perdão judicial em caso de eutanásia. A despeito de não possuir hodiernamente dispositivo legal a descriminalizar a eutanásia, a Suprema Corte da Colômbia também determinou a exclusão da penalidade correspondente para os médicos que cometessem a “eutanásia piedosa, permitindo ao paciente uma morte digna”. Na China, desde 1998, o governo comunista autorizou a prática da eutanásia em pacientes terminais, deixando a discricionariedade a critério dos médicos e estabelecendo como condição única a terminalidade do paciente. Não nos parece, neste caso, tratar-se de

uma medida progressista, que privilegia os direitos individuais do paciente e sua família, buscando poupar-lhe de sofrimento inútil. Ao contrário, é medida meramente administrativa, autoritária, motivada por razões econômicas e demográficas locais, à base da insegurança jurídica característica das ditaduras. (PÍCOLO, 2012).

No Brasil, a eutanásia ainda não é permitida, e não há em nosso ordenamento jurídico previsão legal. Todavia, qualquer conduta que seja realizada nesse sentido vai estar amparada pelo Código penal, no artigo 121, que versa sobre o homicídio, mais especificadamente homicídio privilegiado, ou ainda, tipificado pelo artigo 122 do mesmo código, como já mencionado anteriormente, tratando sobre o auxílio ou instigação ao suicídio.

Art. 121. Matar alguém:

§ 1º Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço. (BRASIL, 1940).

Igualmente ocorre com a ortotanásia no Brasil, contudo é uma conduta atípica frente ao Código Penal, pois trata-se de um processo natural. Destaca-se o conceito de ortotanásia:

Desta forma, diante de dores intensas sofridas pelo paciente terminal, consideradas por este como intoleráveis e inúteis, o médico deve agir para amenizá-las, mesmo que a consequência venha a ser, indiretamente, a morte do paciente. (VIEIRA, 1999, p. 90).

Os países que versam sobre o assunto em relação à eutanásia e a ortotanásia são de realidades completamente diferentes da realidade brasileira, pois o Brasil ainda possui raízes da recente democracia ligada a valores religiosos, e não leva em debate o referido tema, conservando a “prática dos bons costumes”. E para que se possa tornar lei, é necessário haver melhor compreensão do tema pela sociedade, para que se possa admitir esse direito. Até mesmo porque não pode ser o tema tratado de forma simples, uma vez que autorizada a eutanásia/ortotanásia nascem outras preocupações, como por exemplo, o tráfico de órgãos.

2.2 O SUICÍDIO: SEUS ASPECTOS HISTÓRICOS, SOCIOLÓGICOS E JURÍDICOS

Apesar de o suicídio ser algo extremamente antigo, um dos primeiros registros de consequência social foi apenas no Século V, quando Agostinho de Hipona, conhecido também por Santo Agostinho, começa a relacionar o ato suicida como “pecado”. Atravessando um pouco a histórica, na Idade Média, esses atos passam a ser tratados como crime, uma vez que lesava os interesses da coroa, e assim, havia as penalizações dos cadáveres.

Deste modo, o suicídio passou a ser considerado pela igreja um fator alarmante que envolvia o indivíduo com o pecado. Na obra de Cassorla fica uma dúvida no trecho a seguir exposto:

Ora, se as religiões oferecem tanto após a morte, e se algumas veem até a passagem na terra como um ritual de sacrifícios, por que não acelerar a chegada aos céus, suicidando-se? Creio que por trás deste problema repousa o horror que as religiões, em geral, têm ao suicídio individual (mas que pode ser estimulado em situações especiais, como guerras santas e cruzadas, com bênçãos dos sacerdotes). Há quem diga que, se essa proibição não surgisse, não teríamos cristianismo, pois os primitivos cristãos se orgulhavam de sacrificar suas vidas pela fé. Como já vimos, o suicida é considerado um pecador pelas religiões modernas. (CASSORLA, 1984, p. 46).

Desde os tempos remotos, por meio de livros, compreendemos que o suicídio era tratado principalmente pelo catolicismo como “pecado”. Ainda, na obra de Cassorla, “O que é Suicídio”, a autora traz uma vasta noção do que ocorria com quem cometia o ato, ou tentava cometê-lo:

Na antiguidade, em Tebas e Chipre, o morto era privado das honras fúnebres. Em Atenas, no século IV, cortava-se a mão do cadáver, que era enterrada distante, como que para privar o morto de uma vingança posterior. Em Roma, apenas os enforcados eram privados de sepultura. Os únicos suicídios realmente reprovados era os dos militares e os dos condenados ou indiciados pela justiça. (p. 34). Entre os Wajagga, na África Oriental, o cadáver do enforcado era substituído por uma cabra sacrificada com o intuito de tranquilizar seu espírito, que, em caso contrário, convenceria outros a seguir seu exemplo. (CASSORLA, 1984, p. 35).

Acreditam os remotos que essas atitudes provocariam a reação dos vivos em perceber a tristeza, o remorso e a culpa, e deixariam esses de cometer o suicídio se em algum momento concretizaram a ideia.

Porém, no momento em que houve a separação da coroa e da igreja, o médico começa a desenvolver um papel importante no tocante a esse assunto, de modo que se passa a definir o suicídio como uma negatividade da morte voluntária, afastando o pecado e trazendo para o contexto a “loucura” do indivíduo que o cometeu tal ato.

Um fato histórico e importante a ser mencionado é o suicídio do presidente Getúlio Vargas, que deixou dizeres em uma carta-testamento: “*saio da vida para entrar na história*”. Compreendida por alguns justamente com a ideia supramencionada, de que o ato foi gesto de vingança frente a seus inimigos, que se sentiriam culpados e responsáveis, influenciando, com sua própria morte, os vivos a continuarem sua história.

Como relevante conhecimento, a história de Shakespeare, Romeu e Julieta se matam para vingar-se de seu ambiente. Matam-se por amor. Para permanecerem juntos em uma vida pós-morte, que eles acreditam existir. Assim, nota-se que, certamente, para alguns a morte significava uma “nova vida”, ou ainda, para outros desperta culpa ou remorso em outrem.

A partir do no século XVIII, o suicídio passa a ser visto como um problema de relevância social, de modo que a humanidade estava à mercê de um fato estritamente relacionado às questões sociais. Foi a partir do século XIX, principalmente pelas obras de Durkheim, que se começa a analisar uma mudança de pensamento em relação ao tema. Ou melhor, passe-se a ter maiores preocupações, surgindo, então, as indagações em relação ao crescimento desse problema social.

A relação do suicídio e da moralidade passa a existir, de modo que pesquisadores e teóricos à época afirmavam que esse era o fator base. Mas o número cada vez maior de ocorrências faz surgir outras correlações entre o suicídio e a sua prática. Com isso, suspeita-se de que haja relações físicas envolvidas, como o clima, modo em que vivemos ou até mesmo até a raça. Sem deixar de se levar em conta a relação que poderia haver com a desordem mental. Houve inclusive, momentos em que acreditavam que poderia haver influência do estado de transformação em que viviam, como por exemplo, o período de início do industrialismo, em função das mudanças que esse período trouxe.

Esse marco histórico comumente associado ao início do modo de produção capitalista trouxe o desenvolvimento de novas técnicas de produção de

mercadorias, com novas tecnologias e formato de divisão social do trabalho. Assim, a sociedade começa a passar por um processo de transformação, aumenta-se o consumismo, por reflexo de uma maior competitividade entre as pessoas, levando ao surgimento da desigualdade social, uma vez que os burgueses lucravam à custa dos operários, que exerciam suas atividades por valor ínfimo e em péssimas condições de trabalho.

Em palavras escritas por Tales dos Santos Pinto sobre a Revolução Industrial e o início do Capitalismo, esse bem menciona o que trouxe a revolução industrial à nossa sociedade:

Mas as condições de vida e trabalho eram péssimas. Os trabalhadores laboravam e habitavam locais insalubres e recebiam baixos salários. Dessa situação resultaram greves e lutas por melhores condições de vida, em casa e nas empresas. Os burgueses foram obrigados a aceitar algumas reivindicações e a reprimir duramente outras. Dessa experiência, os trabalhadores puderam desenvolver uma consciência econômica e política de sua situação social, formando-se enquanto uma classe social específica, o operariado. A partir desse confronto cotidiano entre burguesia e operariado foi se desenvolvendo a sociedade capitalista, dando fôlego à Revolução Industrial. (PINTO, 2018).

E desta maneira, não há como não fazer uma relação com o comportamento da sociedade, pois o crescimento urbano aparece através do processo de industrialização e, assim, os problemas ligados à condição de vida dessas pessoas.

Ainda no século XVIII, Émile Durkheim cria obras que demonstram o nascimento da ciência independente, a sociologia. Era um fato, um ato, totalmente independente, que estavam ligados às questões pessoais, psicológicas, e, mesmo sendo pessoais, demonstravam a necessidade da ligação da sociedade para a resolução de um único “problema”.

Em suas obras, principalmente “*O Suicídio*” de 1897, ficam evidente todas as questões supracitadas: são expostas as condições do suicídio e a primeira concepção do tema, a loucura. Era essa associação que se fazia, se tentava analisar o ato pela “condição mental” do agente.

Recentemente, no ano de 2002, a obra crítica de Thomas Szasz, chamada “*Libertad Fatal – Ética y Política del Suicidio*”, traz um trecho curioso sobre o tema:

[...] usamos a palavra “suicídio” para expressar duas ideias bastante diferentes: por um lado, com ela descrevemos uma maneira de morrer, ou seja, tirar a própria vida, voluntária e deliberadamente; por outro lado, no lugar de utilizarmos para condenar a ação, ou seja, para qualificar o suicídio de pecaminoso, criminoso, irracional, injustificado... Em uma palavra, mal. (SZAZSZ, 2002, p. 21).

Os trechos de obras aqui citadas nos remetem a uma breve síntese do que foi historicamente o suicídio, principalmente na parte final, mostrando que passa de um “pecado” a um ato voluntário, assim como é compreendido ou que deveria ser compreendido hoje. Esse contexto nos remete a pensar o quanto a sociedade evoluiu na definição do conceito de suicídio, de forma que apesar de ainda haver diversos tabus sobre o tema, alguns pontos já foram superados pela sociedade realista e talvez mais humana.

2.3 CARACTERÍSTICAS DO SUICÍDIO

Tratar as características deste ato tão delicado e que acarreta dor e sofrimento aos familiares e pessoas próximas não é algo fácil. Deve-se levar em consideração fatores, como os supramencionados, sociais, mentais e psicológicos. E, mesmo diante de tantos fatores e estudos, ainda não há definição de quais são as pessoas suscetíveis a cometer suicídio, visto que pessoas aparentemente felizes, com vidas felizes cometem o ato, e outras, que convivem com a depressão, por exemplo, não possuem quadros que demonstrem a vontade de morrer, de provocar a morte. Para Schmitt, Quevedo e Kapczinski (2008, p. 181) “suicídio é a morte autoprovocada, com evidências (explícitas ou implícitas) de que a pessoa tinha intenção de morrer”.

Ninguém sabe o que leva uma pessoa a querer viver ou morrer, mas o suicídio pode ser a busca da “liberdade”, que por vezes significa a ausência dela. Ou seja, o homem se sente livre de suas escolhas e mesmo havendo uma condenação social, ele busca sanar sua dor com um ato considerado pelo direito, lícito. Principalmente em situações de conflito, onde a força do instinto de morte fala mais alto. Diferentemente analisado pela religião, por exemplo, que entende que este ato é uma destruição a um direito divino, ou seja, um pecado. Todavia, apesar de não haver uma punição por parte do Estado, não se pode deixar de mencionar a punição que a própria sociedade estabelece, julgando o ato. Guillon e Bonniec no livro “O

Suicídio” (1982, p. 13), já enfatizavam: “as pessoas sérias não gostam que outros se suicidem em volta delas. O suicida tira alguma coisa, uma espécie de pacto tácito dos vivos. [...] Suicidar-se é indigno. [...] É covardia. [...] É preferir o mal ao bem”.

No contexto da obra, os autores evidenciam o direito da opção de morrer sem violência e que não afeta a dignidade da pessoa humana, dizem que somente quem comete o ato tem o conhecimento da causa que o levou a praticá-lo.

Guimarães Rosa, por sua vez, dizia que “*viver é perigoso*”, mas Camus (1982, p. 102) acrescentava que “morrer involuntariamente, implica reconhecer, mesmo instintivamente, o caráter irrisório desse hábito, a ausência de qualquer razão profunda de viver, o caráter insensato dessa agitação cotidiana e a inutilidade do sofrimento”.

É como se o sonho de viver deixasse de existir, é quando a esperança se encontra morta diante de todas as perspectivas da vida na sociedade em que vivemos. A dúvida é: Se a única certeza que temos na vida é a morte, porque provocar tantos paradigmas em cima de quem a quer cometê-la antecipadamente? Certamente, por conta do sofrimento provocado nos entes que ficam. E por que não pensar que esse sofrimento é um tanto quanto egoísta então? Já que a escolha da morte, que é certa, foi optada pelo suicida? É difícil de compreender, porque a liberdade de “desaparecer” pode ser do suicida, mas as consequências são para quem fica.

A obra “O Suicídio”, traz ainda um trecho dito por Robert Musil:

Pode ser que a vida da maioria dos homens se passe no meio de tanta opressão e hesitação, com tantas sombras imiscuindo-se na claridade – em resumo, com tanto absurdo –, que apenas a possibilidade remota de dar-lhe um fim esteja em condições de liberar a alegria que existe nela. (apud DURKHEIM, 1897, p. 18).

E isso nos remete, então, além do direito ao livre arbítrio, à própria democracia, pois como mencionado, temos certeza da morte, que um dia ela virá, e que antecipá-la talvez não deva ser algo tão injustificável assim, pelo ponto de vista humano, e não religioso, cabe ressaltar. Como fonte de curiosidade, segue uma reflexão apontada por Vigotski, psicólogo soviético, em uma de suas obras:

A morte é interpretada somente como uma contraposição contraditória da vida, como a ausência da vida, em suma, como o não-ser. Mas a morte é um fato que tem também seu significado positivo, é um aspecto particular

do ser e não só do não-ser; é um certo algo e não o completo nada. (VIGOTSKI, 1996, p. 265).

Entra-se, então, em uma questão um tanto quanto delicada: será que os suicidas esperam ter o direito ao suicídio reconhecido? Isso mudaria algo estatisticamente? Obviamente não. Não se espera um direito reconhecido, até porque, se for para sustentá-lo, ele já existe, mas medidas do Estado que amenizem as angústias e que sua liberdade não precise ser, necessariamente, a morte.

Mas como lidar com situações que não desrespeitam essas questões? Quando o sujeito ativo opta pela morte diante de uma situação que só ele conhece? Para Emile Durkheim: “Chama-se suicídio todo o caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabedora de que devia produzir esse resultado”. (DURKHEIM, 1982, p. 16).

Quem comete o suicídio conhece o resultado final, ou seja, se realizado com sucesso levará à perda da vida. Os fatores que lhe fazem chegar a essa conclusão podem ser emocionais, mentais e financeiros, mas, para Durkheim, é um fato social, que tem origem na própria sociedade. E por isso, para ele, não se confunde com a tentativa, que é quando o sujeito tem todos os elementos, mas não chega ao resultado final: “O ato assim definido, mas interrompido antes de resultar em morte”. (DURKHEIM, 1982, p. 16). Visto para alguns como uma nova oportunidade, uma nova chance de tentar compreender os problemas que lhe assombram.

Os fatores internos e externos contribuem diretamente para o suicídio, de modo que, por vezes, o interior não consegue lidar com um fato externo, o que acaba acarretando as profundas tristezas. Cassorla (1984, p. 18) traz o assunto dizendo: “O suicida não está querendo necessariamente matar-se, mas matar uma parte de si mesmo. No entanto, isso é impossível, e ele, como que num engano, acaba matando-se e morrendo inteiro”.

Indo mais fundo no que se espera ao cometer o ato, importante dizer que para cada um, a morte constitui um conceito. O que é a morte? As religiões, as crenças e as culturas estão aqui presentes, e isso enfatiza algo dito anteriormente: o suicida comete o ato para cessar a sua dor/sufrimento/aflição/angústia, com esperanças distintas, sendo que o implica é a morte. Mas os desejos posteriores são para cada um, diferentes, instintivos. Essas pessoas, por algum motivo, acabam percebendo a ideia de “sermos imortais”, que criamos ao passar de cada dia sobre a

terra, pois realizamos diariamente, momentaneamente, atitudes que parecem ter significados eternos, esquecendo que um dia a vida acabará. A vida cessará. E para quem busca a morte antecipada, esse pensamento não mais predomina. Cassorla (1984, p. 47) afirma: “é possível que a noção de vida pós-morte seja a única saída para anular a angústia do defrontar-se com o nada”.

Mesmo sem conhecer o limite, o pós-vida, o indivíduo acredita que será o melhor no momento. O importante é cessar essa vida, esse sofrimento. E para compreender-se melhor essa situação cita-se:

É, sim, a fuga, a fuga desesperada de algo insuportável e, como vimos, quando se foge de algo, não importa para onde se fuja, o importante é livrar-se disso. O corpo e a mente chegam à exaustão total e nada mais importa, desde que o sofrimento cesse. O indivíduo, na verdade, não quer morrer – quer e precisa parar de sofrer. (CASSORLA, 1984, p. 48).

Existe o que é conhecido por desintegração psicótica, que é quando o indivíduo perde as referências. E essa desintegração é vivenciada sem que percebamos, e só conseguimos nos dar conta do sofrimento, sem pensar na causa, ou cura, e essa angústia toda nos transporta a criações irreais, como delírios e alucinações. Com esses sentimentos aflorados, o suicídio pode ser a única forma visível de cessar a angústia, e por vezes, não busca a morte em si, no sentido literal, mas sim a fuga de algo aterrorizante.

As motivações para cometer o suicídio são mais profundas do que se pode imaginar, além, é claro, da dor que atua nos familiares e amigos, a razões maiores para tal. Às vezes se engana quem acaba por achar que o suicida comete o ato exclusivamente pensando em si, pela forma que ocorre, mas às vezes nada mais é do que um ato de “se sacrificar” para cessar com o que ele acredita incomodar não só a si, mas aos outros também, seria um suicídio “solidário”. Cassorla exemplifica de forma clara o que foi exposto acima:

A notícia de um jornal, de novembro de 1982, é bem ilustrativa: “pelo menos 35 refugiados ruandeses, em sua maioria velhos e enfermos, cometeram suicídio coletivo em Uganda, tomando um carrapaticida, para que a escassa comida pudesse ser dada as crianças”, disse ontem um funcionário da ONU. (CASSORLA, 1984, p. 48).

Na mesma obra, o autor traz essa característica através de um trecho que menciona o seguinte:

Infelizmente, em quadros de melancolia, às vezes, o suicida em potencial imagina que com sua morte deixará de fazer sofrer a família ou pessoas próximas e acredita que cometerá um suicídio altruístico. Isso não é verdade, pois a análise cuidadosa demonstrara que esse é apenas um mecanismo, de autoengano, para justificar o ato, que tem motivações muito mais profundas. (CASSORLA, 1984, p. 24).

O principal ponto, entretanto, é de que a ameaça ou a tentativa do suicídio são rejeitadas e castigadas pela própria sociedade. A incompreensão dos leigos tem influência sobre os atos suicidas. Criam-se teorias e tenta-se achar explicações ao ato, através de indícios, mas os motivos são mais longos do que se imagina, pois o elo final está associado a um longo conjunto de fatores que interagiram entre si. Todavia, é importante ressaltar que todos esses conflitos não são descobertos pela sociedade em geral porque nem mesmo o indivíduo tem noção da proporção dos fatores, que ocorrem no inconsciente, e apenas percebem algumas características que desencadeiam o sofrimento.

Nesse tocante, existe aquele indivíduo que felizmente vai perceber as características de seu sofrimento, e então procurar ajuda, auxílio, e assim irá compreender melhor seus sofrimentos, para talvez encontrar uma saída que não seja o ato suicida.

Em que pese cada indivíduo ter seu suicídio motivado por questões distintas e particulares, existem alguns fatores que contribuem para todos, principalmente na sociedade moderna em que vivemos hoje. As grandes mudanças na era moderna acabam por cobrar muito das pessoas, provocando sentimentos de ansiedade e frustração, e para quem evidencia o ato suicida, geralmente possui falta de habilidade para lidar com os problemas. David S. Holmes (1997, p. 201) enfatiza: “Especificamente, estes indivíduos sofrem de rigidez cognitiva, o que significa que eles carecem de flexibilidade para encontrar soluções alternativas para seus problemas, encontrando no suicídio a resolução para estes”.

Como já pronunciado, cada qual possui um real motivo para justificar sua morte provocada. E nesse sentido, Vomero (2003) diz que “não existe uma personalidade suicida, e sim uma vulnerabilidade emocional. O indivíduo que possui uma estrutura de ego frágil pode não suportar uma grande perda ou um momento de crise e, num impulso, cometer o suicídio”.

2.4 INFLUÊNCIA DA MÍDIA

Pelo medo de incentivar o suicídio, por vezes, os meios de comunicação evitam falar sobre o assunto. Dependendo do ponto de vista, pode até ser uma decisão compreensível. Ocorre que, no tocante à prevenção do suicídio, em nada ajuda. A maneira em que isso é abordado é o que implica.

A mídia, desde tempos remotos, é agente fundamental no que se refere a este assunto:

Em 1978, uma advertência do Ministro da Justiça cita a lei de imprensa em que figura desde 1955 a interdição de publicar qualquer texto, qualquer ilustração envolvendo o suicídio de menores, em livro, na imprensa, no rádio, no cinema ou de qualquer outra maneira. Trata-se de evitar em torno destes dramas uma publicidade que suscite novos atos de desespero. (GUILLON; BONNIEC, 1990)

Desta forma, pode-se perceber que a prática de inibir a publicação no tocante ao suicídio é construída há muitos anos, de modo que, mesmo tendo havido pequenas mudanças, atualmente ainda predominam pensamentos retrógrados.

Na época havia quem erradicava a publicação, como Icard Séverin, na *Nouvelle Revue*, em 1902, que dizia: “Matar o mal provocando o silêncio em torno dele”, continua ainda dizendo: “Nada se espalha tão rápido como uma ideia nociva”.

Mas, em contrapartida, Ernest Coeurderoy rejeitava a ideia de contágio e defendia:

Não me digam que o odor e a visão do sangue são contagiantes [...]. A imagem da morte violenta não é tão perniciosa como a das doenças incuráveis. Se a cabeça do suicida é tão horrível de se ver, ela desviará os homens do suicídio ao invés de atraí-los. Sejam coerentes com vocês mesmos, criminalistas! Vocês não matam os assassinos para incutir o horror na sociedade? (apud GUILLON; BONNIEC, 1990).

Em que pese na época existirem esses pensadores, se cria uma visão contrária à publicação, esses tinham como dito e certo que o número de suicídios aumentava quando havia publicidade. O que ocorria, entretanto, era a forma errada que esses fatos eram expostos na sociedade, pois, por vezes as notícias provocam um contágio negativo, que desvirtua o real sentido da imprensa na sociedade, o de mostrar a prevenção, e não a forma. E, mesmo falando em prevenção apenas, é

importante ter cautela no contexto, uma vez que a mensagem final exposta ao leitor ou ouvinte deve ser criteriosa. Como bem enfatiza Bruna Romera (2017):

O suicídio ainda é visto como assunto *tabu* pela imprensa, em razão da dificuldade de sua abordagem. Há uma espécie de senso comum entre as grandes mídias de que o tema é muito perigoso para ser veiculado, pois, quando não é feita da maneira devida, a notícia pode induzir à ação.

Não é necessário, e nem mesmo ético, mostrar a imagem para instigar a visão, nem mesmo o método que o suicida utilizou para cometer o ato, e sim criar métodos informativos, que tragam sustentação sobre a importância na prevenção dos atos suicidas, e seus números, que quantitativamente vão implicar na situação que a sociedade se encontra nos dias atuais, e assim, poder criar no Estado um desejo de contribuir para a redução destes números, e não mais trata-los como um problema individual, mas sim social, que acarreta, diariamente, milhares de consequências.

A especialista em saúde mental Maria Fernanda Cruz Coutinho, em uma pesquisa realizada por um grupo de prevenção de suicídio – Pesque Sui enfatiza que:

"Falar sobre suicídio não provoca o suicídio". Colocar a questão em pauta na mídia, nas escolas e instituições permite que se converse mais sobre isto. É preciso fazer circular, de modo global, informações a pacientes, familiares e profissionais da saúde. (apud MARTINS, 2014).

Pode-se afirmar que os motivos que a pessoa possui para atentar contra sua própria vida só dizem respeito a ela mesma, e por esta razão, não teria conexão com o mundo jornalístico, mas em contrapartida, a própria Organização Mundial da Saúde (OMS) já declarou que a prevenção é importante, e o assunto é preocupante, pois as taxas de suicídio só aumentam, e assim sendo, tornou-se assunto de interesse social, que vai além de um problema de caráter pessoal.

Principalmente nos dias atuais, onde a mídia tem tanta relevância na vida das pessoas, uma vez que a imprensa cria certo imaginário coletivo, que além de quebrar tabus, pode criar novos métodos para que sejam entendidos os acontecimentos, para então contribuir na mudança.

Para embasar o tema aqui abordado é trazida uma frase dita pelo fundador da rede “*Legião da Boa Vontade*”, Alziro Zarur, que em 1940 disse: **“Uma palavra pode salvar uma vida. Uma palavra pode perder uma vida”**.

Ainda falando sobre a importante forma em que é relatado o suicídio pela mídia, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou um manual para profissionais da mídia, falando sobre a prevenção do suicídio. A OMS resume em um quadro uma série de recomendações sobre o que não deve ser feito nos casos de exposição do suicídio pela mídia, para evitar o ato (IBES, 2016):

- Não publicar fotografias do falecido ou cartas suicidas.
- Não informar detalhes específicos do método utilizado.
- Não fornecer explicações simplistas.
- Não glorificar o suicídio ou fazer sensacionalismo sobre o caso.
- Não usar estereótipos religiosos ou culturais.
- Não atribuir culpas.

Com tantas instruções e estudos, a imprensa, de modo geral, possui orientações de como apresentar as notícias de modo compreensível e eficaz, uma vez que abordar o tema ficou mais fácil, preservando o direito à informação e contribuindo para a prevenção de novos casos.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS

Para que possamos compreender a origem das políticas públicas, destacamos o surgimento do “Estado do Bem-estar”, também conhecido por “*Welfare State*”, instituído após a Segunda Guerra Mundial, justamente pelo processo de industrialização, que gerou diversos problemas sociais. Ocorre que, em seguinte, veio o que denominaram de crise do “*Welfare State*”, onde o Estado começa a avaliar as ações sociais na realidade da sociedade.

No final do século XX, com o aprofundamento da crise do welfarestate, com as convulsões econômicas, sociais e políticas enfrentadas, principalmente a partir do final da década de 1970, junto com o movimento da nova administração pública, o Estado é fortemente questionado tanto em suas funções quanto na real eficácia de suas ações interventoras na realidade social. Aceitando-se que a compreensão do sucesso e do fracasso das políticas públicas é fundamental para o melhor desempenho da administração pública, passa-se a algumas considerações sobre o “Estado em ação”. (TREVISAN; VAN BELLEN, 2008).

A história mostra que as primeiras aplicações de políticas públicas surgiram nos Estados Unidos, e era para o Estado como uma “saída”, uma instituição de ciência pública, criando métodos e formas através de estudos para a realização eficaz das medidas adotadas. Vislumbra-se o que Klaus Frey (2000, p. 211), traz em sua obra:

Nos Estados Unidos pesquisas em políticas públicas começaram a se estabelecer no início dos anos 1950, sob a designação de *policy science*, enquanto na Europa, especialmente na Alemanha, a preocupação com campos específicos de políticas somente toma força a partir do início dos anos 1970. Nesse período, a unidade de análise torna-se a própria definição das políticas públicas, o que conferiu destaque aos aspectos dinâmicos do *policy process* e aos distintos atores, estatais e não-estatais, geralmente envolvidos.

Trazendo a abordagem do tema “políticas públicas” para o Brasil, pode-se dizer que é um acontecimento consideravelmente novo, sendo marcado pelo início democracia, assim, destaca-se a década de 80, com o Estado Democrático, em que criam-se novas estruturas no governo, como por exemplo, a descentralização, que impulsiona as políticas públicas entre os entes federativos. Isto fez com que as medidas adotadas fossem estudadas, pois, simplesmente colocá-la em prática não

resolveria, criando programas de experiências e observação. Segundo Marcus André Melo, existem três motivos para a expansão das políticas públicas:

[...] Em primeiro lugar, pelo deslocamento na agenda pública. Durante os anos 1970, a agenda pública se estruturou em torno de questões relativas ao modelo brasileiro de desenvolvimento, onde a discussão limitava-se aos impactos redistributivos da ação governamental e ao tipo de racionalidade que conduzia o projeto de modernização conservadora do regime ditatorial. Eram centrais para essa agenda as questões de arranjo institucional: descentralização, participação, transparência e redefinição do mix público-privado nas políticas. A essa transformação da agenda seguiu-se uma redescoberta na agenda de pesquisas das políticas municipais e descentralização. Em segundo lugar, não obstante o fim do período autoritário, constatou-se que os obstáculos à consecução de políticas sociais efetivas continuaram existindo, o que serviu para fortalecer os estudos sobre políticas. A perplexidade e o desencantamento em relação ao Estado levaram a um maior interesse sobre as condições de efetividade da ação pública. Em terceiro lugar, a difusão internacional da ideia de reforma do Estado e do aparelho de Estado passou a ser o princípio organizador da agenda pública dos anos 1980-90, o que provocou uma proliferação de estudos de políticas públicas. As questões de arranjo institucional ganharam grande centralidade na agenda: “[...] ao tomar-se o modo e a qualidade da intervenção pública na economia e na sociedade como objeto de estudo, cria-se por extensão um programa de pesquisa de caráter empírico sobre questões relativas à eficiência de políticas e programas”. Por outro lado, se antes o encantamento da imaginação social brasileira era o Estado, nos anos 1990, esse apego passa a ser direcionado, paulatinamente, para a sociedade civil. (MELO, 1998, p. 12).

Apesar de ser algo ainda novo em nosso país, não se pode deixar de mencionar que nos últimos anos houve um crescimento no tocante aos estudos das políticas públicas, o que concretiza uma melhor aplicabilidade das medidas, pois deixam de ser apenas teoria, e tornam-se práticas. Para Marta Arretche instituem-se as seguintes medidas:

Multiplicaram-se as dissertações e teses sobre temas relacionados às políticas governamentais; disciplinas de políticas públicas foram criadas ou inseridas nos programas de graduação e pós-graduação; criaram-se linhas de pesquisa especialmente voltadas para essa área; instituíram-se agências de fomento à pesquisa, assim como linhas especiais de financiamento para a área. (ARRETCHE, 2003, p. 7).

Como em qualquer área, somente através de estudos podem-se obter resultados promissores, e talvez esse seja o ponto, a falta de capacitação, de conhecimento. Precisa-se superar o fato da baixa capacidade de conhecimento. Que as políticas públicas surgiram para efetivar a obrigação do Estado é fato, e para poder acompanhar a demanda precisam-se criar formas que demonstrem a

necessidade, e destaca-se a importância de debates públicos, com pessoas que detenham conhecimento sobre o tema.

As ações do Estado, através de programas governamentais de políticas públicas buscam mecanismos de operação que possuem impactos diretos sobre a ordem social, e conseqüentemente, econômica. Trata-se aqui de uma área vasta, e como supramencionado, desde problema até a sua transformação, há de se requerer estudos eficazes. A implementação da política pública envolve a identificação do problema e a resolução, e mais uma vez se sustenta a ideia de que para isso precisa-se de estudos, para que não se estabeleçam medidas mais quantitativas do que satisfatórias.

Celina Souza, em uma de suas obras sobre as políticas públicas afirma:

[...] A abundância de estudos setoriais, dotando a área de uma diversificação de objetos empíricos que se expandem horizontalmente, sem um fortalecimento vertical da produção. [...] Isso acontece porque a disciplina envolve, no mínimo, análises sobre a identificação do problema que vai ou não se transformar em uma política (agenda setting), a formulação, a legitimação, gestão, implementação e avaliação da política. É da essência da área a multidisciplinaridade, razão pela qual estudos setoriais transitam em diversas áreas do conhecimento, logo, em síntese, o problema do crescimento horizontal excessivo versus a falta de fortalecimento vertical decorre do crescimento da própria disciplina no Brasil, pois ela assumiu uma formação que mais gira em torno de áreas temáticas do que grupo de pesquisa. (SOUZA, 2003, p. 15).

Existem programas sociais e políticas públicas consolidadas, todavia, não é demais citar que, entre essas políticas e seus resultados, existem burocracias governamentais, pois são essas ações que estabelecem o que permanece, e o que se exclui. De modo que, por vezes, encontram-se limites e barreiras governamentais por questões até mesmo políticas. Existe uma impressão de maior potencialização no que tange às políticas públicas, mas não às áreas de conhecimento. Marta Arretche (2003, p. 8), em sua obra “Dossiê Agenda de Pesquisa em Políticas Públicas”, bem destaca esta questão quando salienta que “o programa de pesquisa brasileiro tem estado fortemente subordinado à agenda política do país”.

Além da importante referência acima apontada, sublinha-se um parágrafo fortemente mencionado por Celina Souza (2003, p. 15), com relação às pesquisas brasileiras:

Urge superar a atual geração de estudos, excessivamente concentrada nos fracassos, pouco preocupada com as questões políticas e fortemente

assentada no pressuposto de que a formulação e a implementação de políticas públicas são processos exclusivamente racionais e lineares, desvinculados dos processos políticos. Essa nova geração de estudos deve seguir na direção do desenvolvimento de tipologias analíticas, e concentrar-se na identificação das variáveis que causam impactos sobre os resultados das políticas. Isso implica na superação da dicotomia dos estudos em se analisar sucessos ou fracassos para um estágio onde se enfatize o melhor entendimento dos próprios resultados.

É de suma importância, ainda, mencionar que se atingiu um estágio de um processo contínuo, buscando sempre melhorias, principalmente no que diz respeito a cada competência federativa, de modo que se todos os entes contribuíssem para ajustar e melhor adequar suas ações consegue-se chegar ao estímo da real missão das políticas públicas, e isso está dentro de conhecer as necessidades nacionais e locais.

É necessário trazer nesse mesmo contexto, o impacto que as políticas públicas têm em relação à saúde no Brasil. A Constituição Federal de 1988 busca justamente efetivar as políticas públicas de saúde como um direito universal e igual para todos. Além da busca desse direito, a Constituição, como supramencionado, promove a descentralização da gestão entre os entes federativos.

Com esse marco, não somente tem acesso à saúde quem detém poder aquisitivo para tal, mas sim toda a população. A saúde está respaldada pelo simples fato de ser direito de todos e dever do Estado! E é nesse sentido que as políticas públicas contribuem, pois são maneiras adotadas para atender a todos, conforme suas necessidades, não só como maneira curativa, mas principalmente, preventiva, pois consegue detectar o problema e resolver, dando suporte e assistência, evitando assim, maiores complicações, até mesmo futuras, com outros indivíduos.

Em relação ao assunto acima discutido, veja-se:

A Constituição Federal de 1988 deu nova forma à saúde no Brasil, estabelecendo-a como direito universal. A saúde passou a ser dever constitucional de todas as esferas de governo, sendo que antes era apenas da União e relativo ao trabalhador segurado. O conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas. A assistência é concebida de forma integral (preventiva e curativa). Definiu-se a Gestão Participativa como importante inovação, assim como comando e fundos financeiros únicos para cada esfera de governo. (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JUNIOR, 2006, p. 13).

Todo o contexto das políticas públicas visa a proteção social, universal e democrática, de modo que, a partir da Constituição Federal de 1988, houve um novo

ideário social, tentando trazer maior justiça, equidade, e ampliação inclusive, de estruturas de cobertura e atendimento na área da saúde. O Estado passou a ser o promissor fundamental da atenção!

Destacam-se as palavras utilizadas por Alexandre de Moraes quando:

O direito humano fundamental à vida deve ser entendido como direito a um nível de vida adequado com a condição humana, ou seja, direito à alimentação, vestuário, assistência médica-odontológica, educação, cultura, lazer e demais condições vitais. O Estado deverá garantir esse direito a um nível de vida adequado com a condição humana respeitando os princípios fundamentais da cidadania, dignidade da pessoa humana e valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; e, ainda, os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil de construção de uma sociedade livre, justa e solidária, garantindo o desenvolvimento nacional e erradicando-se a pobreza e a marginalização, reduzindo, portanto, as desigualdades sociais e regionais. (MORAES, 2003).

Superado o real conceito das políticas públicas, a aplicação delas trará não só à sociedade mais dignidade como também trará maior segurança ao ordenamento jurídico, que poderá prover todos os direitos constitucionais de forma eficaz e satisfatória.

3.1 O SUICÍDIO: OS PROBLEMAS SOCIAIS, A FALTA DE SEGURANÇA E A SAÚDE PÚBLICA

É notório que o Estado trata o suicídio como fatos isolados, como um problema individual, e que não deve ser noticiado a fim de não atingir a coletividade. Entretanto, estudos e pesquisas demonstram há muito tempo que o suicídio tem ligação direta com o meio social, com as condições em que vivemos.

Para complementar, se faz imperioso mencionar os fatos trazidos pelo Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde (IBES), em um estudo disponibilizado em seu sítio virtual, com fonte baseada na Organização Pan-Americana de Saúde, com o seguinte tema: “Grave problema de Saúde Pública, suicídio é responsável por uma morte a cada 40 segundos no mundo”, dentre eles estão os seguintes:

- Mais de 800.000 pessoas morrem por suicídio todos os anos.
- Para cada suicídio, há muito mais pessoas que tentam o suicídio a cada ano. A tentativa prévia é o fator de risco mais importante para o suicídio na população em geral.
- O suicídio é a segunda principal causa de morte entre jovens com idade entre 15 e 29 anos.

- 75% dos suicídios no mundo ocorrem em países de baixa e média renda.
- Ingestão de pesticida, enforcamento e armas de fogo estão entre os métodos mais comuns de suicídio em nível global.

É importante enfatizar que se trata de um problema de saúde pública, visto que os números são crescentes em relação às tentativas e óbitos de suicídio. A Organização “Setembro Amarelo”¹ afirma:

Um problema de saúde pública que vive atualmente a situação do tabu e do **aumento de suas vítimas é o suicídio. Pelos números oficiais, são 32 brasileiros mortos por dia, taxa superior às vítimas da AIDS e da maioria dos tipos de câncer.** Tem sido um mal silencioso, pois as pessoas fogem do assunto e, por medo ou desconhecimento, não veem os sinais de que uma pessoa próxima está com ideias suicidas. (SETEMBRO AMARELO, 2016).

Segundo dados da OMS, cerca de 805 mil pessoas cometem suicídio por ano. Em 2012, foram 11.821 mortes, sendo 9.198 homens e 2.623 mulheres. É a principal causa de morte entre jovens de 25 a 34 anos e a 15.^a causa no mundo. O suicídio passou a ser tratado como problema de saúde pública em 1990. (JORNAL O GLOBO, 2018).

Como supracitado, 75% (setenta e cinco por cento) dos suicídios ocorrem em países de baixa e média renda, o que ajuda na configuração e um problema de saúde pública.

Em que pese os números alarmantes, a própria Organização Mundial da Saúde já declarou que a maioria dos casos poderia ser evitada se houvessem programas comprometidos com essa causa. Assim como a atenção de familiares e amigos próximos, pois os suicidas, em sua maioria, dão sinais a quem está em sua volta sobre a vontade de cometer o ato. De acordo com D’Oliveira (et al, 2006):

A maioria das pessoas com ideias de morte comunica seus pensamentos e intenções suicidas. Ou seja, estas, frequentemente, dão sinais de que estão próximas de cometer o ato. É importante que as pessoas ou os profissionais da saúde tenham conhecimento sobre os sinais para que a prevenção seja possível.

Para isso, precisa-se de pessoas na área da saúde capacitadas para atender os casos, principalmente para saber lidar com a situação, e, da mesma

¹ Setembro Amarelo é uma campanha de conscientização sobre a prevenção do suicídio, com o objetivo direto de alertar a população a respeito da realidade do suicídio no Brasil e no mundo e suas formas de prevenção. Ocorre no mês de setembro, desde 2015, por meio de identificação de locais públicos e particulares com a cor amarela. (SETEMBRO AMARELO, 2016).

forma os familiares, que precisam se conscientizar do que realmente é a ideia do suicídio para seu ente querido. A confirmação desta situação é enfatizada em uma pesquisa realizada pelo grupo de prevenção de suicídio (PesqueSui):

Em geral, seis meses antes de consumir o ato, pessoas com pensamentos suicidas procuram ajuda com profissionais, em especial em clínicas médicas. Esta constatação, feita pelo Grupo de Pesquisa de Prevenção do Suicídio (PesqueSui/Icict/Fiocruz), questiona o atendimento primário à saúde. "Quem já tentou o suicídio tem um risco ainda maior. Toda tentativa precisa ser olhada com atenção", diz a psicóloga Clarice Moreira Portugal, pesquisadora no grupo. (MARTINS, 2014).

Especialistas na área de saúde mental defendem que os números de suicídios podem diminuir se esse tema for mais bem debatido, de forma que possam ser evitados em tempo oportuno, até mesmo com intervenções de baixo custo. As respostas nacionais devem ser em favor da prevenção de uma forma ampla e estratégica, como contar com profissionais de diversas áreas para que haja um melhor acolhimento a quem busca, por exemplo, o Sistema Único de Saúde. A Organização Mundial da Saúde diz que "a troca de informações sobre suicídio pode ser muito útil para diminuir esses índices. A OMS estima que 90% dos casos podem ser evitados quando há oferta de ajuda" (IBES, 2016).

É necessário um estudo em massa sobre a saúde mental da população. É imprecioso que as emergências hospitalares estejam preparadas para atender os casos de tentativa de suicídio, para que aquela vida possa seja protegida, assim como para garantir que novas tentativas não ocorram. Sabemos que o atendimento nas emergências é precário em relação à assistência psiquiátrica e em suicidologia. O autor Carlos Estellita-Lins em sua obra afirma que "precisamos admitir que o suicídio é uma questão que diz respeito a todos os profissionais de saúde. Todos nós devemos buscar capacitação profissional para lidar com isto". (ESTELLITA-LINS, 2012).

O grupo de pesquisas PesqueSui complementa: "pode e deve identificar os sinais, a gradação do sofrimento, as características que o paciente com tendência suicida apresenta, seja por meio de pensamentos de desesperança, desespero ou desamparo". (MARTINS, 2014).

Como alternativa, o Ministério da Saúde, em 2005, criou a "Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio", que cria grupos de trabalho, diretrizes nacionais, seminários e o "Manual de Prevenção do Suicídio para Profissionais das

Equipes de Saúde Mental”. Com as pesquisas consegue-se desenvolver uma melhor introdução ao assunto que é tão delicado de ser tratado, assim se terá uma linguagem compreensível a toda a população interessada.

O psicólogo e psicanalista de Minas Gerais, Eduardo Lucas afirma que “é um problema de saúde pública em decorrência do número de registros. Defendo sempre que precisamos falar desse assunto, muitas vezes cercado de uma série de tabus que acabam maquiando a gravidade e a seriedade do problema”. (PORTAL G1, 2016).

Lucas afirma que o suicídio é considerado um problema de saúde pública, principalmente porque esta atitude acarretara danos sem volta. E, por vezes, esse dano é causado por questões amorosas, familiares, de emprego ou ainda, por depressão, que provocam angústias, e o agente tenta resolvê-las tomando a atitude de cometer suicídio, pois a pessoa coloca em questão se é válido, frente a tantas questões, manter a própria vida.

Está comprovado que o suicídio é de fato um problema na saúde pública, o Estado precisa se mobilizar em prover programas de assistência básica e especializada. Com os estudos realizados, o que se percebe é que a maioria das campanhas propostas em prevenção ao suicídio demandam de ações voluntárias, de pessoas que passaram, ou tiveram um ente querido que passou pelo ato suicida, e, como maneira de auxiliar, promovem essas ações. A Constituição Federal de 1988 tem como objetivos fundamentais promover o bem de todos:

Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

I - construir uma sociedade livre, justa e solidária; [...]

IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. (BRASIL, 1988)

O suicídio deveria ser amparado pelo artigo 200 da Constituição Federal, que dispõe sobre esse exato direito, o direito a saúde a todos, e nesse caso, poderia ser assegurado através dos recursos repassados à área da saúde, que promovesse um sistema de prevenção ao suicídio, contando com profissionais de diferentes áreas que pudessem contribuir nessa luta. Vejamos o que menciona o referido artigo constitucional: “Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”. (BRASIL, 1988).

Menciona-se uma frase destacada no livro “Suicídio e os Desafios para a Psicologia”, organizado pelo Conselho Federal de Psicologia e os Conselhos Regionais de Psicologia: “Há que se pensar que toda e qualquer morte traz a tona algo sobre a sociedade em que ela acontece.” (2013, p. 28).

De imediato, o texto acima apresentado propõe uma análise dos problemas sociais e da falta de segurança em relação ao suicídio, que provoca um problema na saúde pública, uma vez que, como destacado em diversos trechos deste trabalho monográfico, o ato de suicídio pode ter influência direta do meio onde vivemos.

3.2 A IMPORTÂNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

Se o suicídio de fato é reconhecido com um problema de saúde pública e as políticas públicas já referidas acima trazem grandes experiências satisfatórias, não há de se falar na prevenção do suicídio sem prover essas políticas públicas que podem dar resultados positivos, além de auxiliar na resolução desse problema que afeta a sociedade como um todo.

Em pesquisas a métodos já criados para a prevenção do suicídio, começa-se por citar uma campanha criada no ano de 2014 pelo Centro de Valorização da Vida (CVV), Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que entrou na agenda nacional do Ministério da Saúde, em que setembro foi o mês escolhido para tratar do assunto, sendo, inclusive, que o dia 10 do referido mês é considerado o dia mundial de prevenção do suicídio.

É claro que é preciso se atentar para todos os possíveis casos de suicídio, mas é preciso falar e dar ênfase às medidas utilizadas após a tentativa da prática, no intuito de evitar novos atentados. A psicóloga Cristiane Nogueira afirma:

De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria, a tentativa prévia de suicídio é o maior fator preditivo isolado, ou seja, pessoas que tentaram suicídio previamente têm de cinco a seis vezes mais chances de tentar suicídio novamente. O cuidado e manejo pós-tentativa é fundamental. (apud PORTAL G1, 2016)

Os familiares e amigos próximos precisam estar atentos a todas as falas, desejos e atitudes da vítima, sendo que somente assim será possível à pessoa

alcançar um tratamento adequado. É necessário aceitar a situação e falar do assunto abertamente, de forma que desperte na vítima a vontade de receber ajuda, que ele entenda que existem maneiras e métodos que possam lhe auxiliar, seja qual for a frustração.

Outro método vislumbrado na obra do Conselho Federal de Psicologia e dos Conselhos Regionais de Psicologia foi a implementação de trabalhos nas escolas, de forma que as crianças sejam conscientizadas sobre a valorização à vida, cita-se:

Seguido da família, o trabalho nas escolas é tão importante quanto e deve ser iniciado desde as pré-escolas. Deve-se trabalhar, com as crianças, questões sobre a valorização da vida e as escolas podem organizar programas psicoeducativos que possam mostrar que certos valores precisam ser resgatados. A fraternidade, a harmonia e o respeito são elementos que, quando trabalhados da forma correta, preparam a criança para enfrentar as dificuldades. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 28).

Até mesmo porque as ações em prol da prevenção devem ser iniciadas pelos adolescentes e jovens adultos, conforme bem enfatiza Diekstra (1993):

Não somente em número absolutos, mas também em termos de sofrimento humano e em termos econômicos, o fenômeno do suicídio e a sua tentativa, em vários países do mundo, é um problema de saúde pública de primordial importância, particularmente entre adolescentes e adultos jovens.

Outro ponto, no tocante às medidas que podem ser instituídas para a diminuição de suicídios é a capacitação dos profissionais, principalmente na área da saúde. Esses profissionais desempenham um papel de suma importância a quem vai receber o atendimento, sendo que se trata de uma questão extremamente delicada, que envolve fatores psíquicos, emocionais, sociais e físicos. Uma vez que as tentativas de suicídio possam se tornar atos isolados, de forma que o atendimento dessas vítimas seja tão efetivo a ponto de desconsiderar essa ideia na mentalidade do indivíduo.

O Estado, enquanto garantidor do acesso à saúde, deve capacitar seus profissionais para que nos atendimentos e auxílios aos casos haja diagnóstico eficiente no combate às ideias suicidas, diminuindo os índices de mortes e melhorando os formatos de prevenção à vida.

Quando se trata de tentativas de suicídio, a atenção se volta para depois da tentativa, trabalhando formas para prevenir novos episódios, evitando a perda de mais uma vida. Pode-se destacar que os indivíduos, após uma tentativa de suicídio, são atendidos por familiares ou profissionais como bombeiros ou policiais; o atendimento geralmente é feito em serviços de emergência, atendo-se, porém, ao tratamento costumeiro desses centros, o que nem sempre garante atendimento psicológico adequado à situação das vítimas.

Nessas situações, o profissional precisa estar devidamente capacitado, como foi supramencionado, e essas experiências podem ser instituídas e incentivadas pelo próprio Estado, que é obrigado a promover a todos o acesso à saúde de forma integral.

A agressão ao ambiente, uma das motivações dos atos suicidas, e que muitas vezes leva a revide da sociedade, explica não só a desimportância que muitas pessoas dão às tentativas de suicídio como, infelizmente, não raro, desprezo das equipes de saúde, de pronto socorro ao indivíduo que é trazido por ter tentado matar-se. [...] O médico, a equipe de saúde foram treinados para salvar vidas, para enfrentar a morte, numa delegação da sociedade. Dessa forma, frente a alguém que o procura tentando preservar a vida, existe concordância de expectativas: ambos querem combater a morte. No entanto, quando o paciente tentou matar-se, destroem-se ou confundem-se, na equipe de saúde, as premissas de seu treinamento. Agora ela terá de lidar com pessoas que estão do lado da morte, e que às vezes veem o profissional como um inimigo. (CASSORLA, 1984, p. 37).

Nesse contexto, o suicídio, para alguns médicos, está na contramão da ciência, de modo que, historicamente, eles detêm papel de proteção e salvação da vida humana, e quem comete o ato, para eles, simboliza exatamente o contrário:

Busca-se fazer o possível e o impossível para se manter as pessoas vivas, independentemente das consequências que isso possa trazer para as próprias pessoas. [...] Os suicídios vêm na contramão da ciência. Isso porque a ciência vem se desenvolvendo justamente no intuito de fazer a manutenção da vida. [...] Médicos, historicamente, foram se apropriando de um poder sobre a vida e a morte e que o suicídio é visto por muitos deles como um questionamento, uma contestação desse suposto poder. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 16).

O fato acima discutido vem evidenciado na Constituição Federal (BRASIL, 1988), que é dever do Estado prestar a assistência necessária a esse agente. Cita-se:

Art. 196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido 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 sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197: São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

E está aí a importância da boa relação do profissional com a vítima, de modo que se esse profissional for instruído aos procedimentos necessários e eficazes, a solução será benéfica. Através de estudos já ficou comprovado que a prevenção pode ocorrer SIM! E o Estado, enquanto protetor da saúde pública, pode fazer capacitações através de cursos, seminários, palestras, demonstrando os cuidados que devem ser levados em consideração com essas vítimas.

Talvez, diante de um atendimento despreparado, o desprezo acaba sendo o passo seguinte. A ocorrência é finalizada, e a vítima volta ao seu ambiente normal, de convivência, o que pode significar a retomada da vontade anterior. Esse indivíduo precisa sair do atendimento com medidas que possam lhe auxiliar daquele momento em diante. Com assistência psicológica, que dê efetividade à prevenção.

Nesse mesmo sentido, os Conselhos Federal e Regional de Psicologia, destacam que é de suma importância a capacitação dos profissionais que tenham contribuição direta ou indireta para com esses indivíduos, afirma-se:

É fundamental que se possam fazer trabalhos de treinamento com as equipes de saúde, com as equipes de educação, com engenheiros, arquitetos, com pessoas da área do Direito, com bombeiros e policiais, dentre outros profissionais. Se esses profissionais estiverem preparados e souberem identificar qualquer coisa que estiver relacionada ao comportamento suicida, já poderão intervir. É importante, também, frisar que, para se identificarem e intervirem no comportamento suicida, os profissionais devem trabalhar em rede. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 28).

Um fato que é importante destacar, além do trabalho da prevenção que esses profissionais devem realizar, é a própria caracterização do suicídio diante de uma morte, como por exemplo, nos casos em que policiais e bombeiros fazem atendimentos. A falta de capacitação e informação pode levar o profissional a tratar o óbito como sendo um acidente de trânsito, mas que na realidade trata-se um suicídio, de um acidente provocado, e essa descaracterização pode não entrar nas estatísticas, e ser tratado como um mero acidente.

No desenvolver deste presente trabalho monográfico, e principalmente no que tange às políticas públicas, percebemos o quão importante é o trabalho voluntário de pessoas engajadas em promover o bem, de auxiliar nas tentativas de prevenção ao suicídio. Pois, apesar de o tema ser considerado um tabu, ele vem passando por mudanças na vida da sociedade ao longo dos anos, tornando o cidadão mais consciente e esclarecido ao falar sobre o suicídio.

O comportamento suicida pode ser prevenido e, para isso, um bom planejamento e a criação de programas envolvendo diversos profissionais qualificados para tal fim são necessários. A comunidade, evidentemente, deve ser trabalhada conjuntamente. Não só podemos trabalhar com os profissionais que estão no posto de saúde, mas também com voluntários que desenvolvem algum tipo de trabalho nos bairros, com igrejas, organizações não governamentais (ONGs). A prevenção do comportamento suicida é um grande desafio não só para a psicologia, mas para toda a sociedade, por ser um desafio social, econômico e político. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 28).

Fica claro que as políticas públicas e programas sociais são medidas efetivas na prevenção do suicídio, mas em contraponto, não podemos deixar de mencionar que em que pese haver avanços em relação a esse assunto, ainda vive-se em uma situação de “risco” com relação à saúde. A prova disso é a grande demanda judicial em prol de medicamentos e tratamentos, e é nessa esfera que se refere. O que faz o paciente, que por vezes não tem acesso à atenção básica, por falta de profissional ou até mesmo de medicamento e não tem condições financeiras de arcar com esse tratamento? Deverá postular pedido judicial, e sabe-se que essa resolução demandará tempo, e diante de um caso de risco não há tempo para esperar por essa demanda.

Pensa-se que esse paradigma só sobrecarrega os problemas e aumenta a despesa orçamentária do próprio Estado. Se não há profissionais suficientes ou capacitados para esse atendimento, psicólogos, psiquiatras ou até mesmo medicamentos, crescem as estatísticas, números, casos, aumentando cada vez mais esse problema social e de saúde que é o suicídio. Conta-se ainda, que além desse fator a demanda judicial obriga o Estado cumprir o que deixou de prestar de qualquer forma, e por vezes de forma mais cara, tendo este que acatar a decisão judicial e promover o acesso, além de como já citado, não suprimindo a necessidade do indivíduo no tempo hábil, e colaborando, assim, para a tentativa/suicídio. Se

forem instaladas políticas públicas amplamente qualificadas, resolvem-se problemas imediatos e futuros!

Já é entendimento consolidado entre os tribunais de justiça o direito ao acesso à saúde, individualizando entres os entes seus deveres em relação aos atendimentos. A Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990), que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde já prevê essas medidas:

Art 7º: As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.

A descentralização dos deveres de cada ente federativo só trouxe à prática maior eficiência, acelerando os processos em relação à saúde. Nesse sentido, destaca-se a priorização em relação à prevenção do suicídio, seja em qual esfera for, mas contando com a atenção básica como principal fonte para levar ao indivíduo maior segurança e proteção. Não restam dúvidas sobre a responsabilidade solidária entre os entes públicos, porém, é oportuno lembrar o que leciona José Afonso da Silva:

O sistema único de saúde implica ações e serviços federais, estaduais, distritais e municipais, regendo-se pelos princípios da descentralização, com direção única em cada esfera de governo, de atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, e da participação da comunidade, que confirma seu caráter de direito social pessoal, de um lado, e de direito social coletivo, de outro. (SILVA, 2002, p. 807)

A descentralização trouxe a cada serviço de saúde uma competência,

partindo-se das ações de atenção básica, comuns a todos os Municípios, em direção à assistência de média e alta complexidade, que em municípios de maior porte já são centralizadas, até chegar aos serviços de grande especialização, disponíveis somente em alguns grandes centros do país.

De acordo com o que foi disponibilizado no sitio virtual da Confederação Nacional dos Municípios, no ano de 2014, através de uma cartilha “Recursos financeiros no Sistema Único de Saúde” essa descentralização restou dividida da seguinte forma:

Municípios (e DF): Políticas públicas de âmbito local; Prestação de atendimento básico de saúde; Atendimento clínico (excluída alta complexidade); Assistência farmacêutica básica; **Estados (e DF):** Políticas públicas de âmbito regional; Prestação de atendimento de média e alta complexidade; Procedimentos cirúrgicos em geral; Assistência farmacêutica especializada. **União:** Políticas públicas de âmbito nacional; Prestação de saúde pública, expressamente selecionadas, em razão de sua complexidade; Assistência farmacêutica estratégica. (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2014).

É certo e evidente o dever de todos os entes de proporcionar programas assistenciais de prevenção do suicídio, contudo, vale ressaltar que o município, enquanto garantidor da atenção básica, deve se ater a contribuir com a sociedade de forma mais direta e significativa. Toda comunidade possui características específicas do local, e o município, diferentemente do Estado e da União, deve conhecer essa realidade. Assim, com a implantação de políticas públicas adequadas a suas necessidades, cada município poderá perceber um retorno satisfatório, com a redução dos casos de suicídio, por exemplo.

Se houver postos de atendimentos com pessoas capacitadas, a medida começa a ser introduzida, de modo que o profissional poderá avaliar o indivíduo. Segundo informações encontradas no E-Disciplinas – Ambiente de apoio às disciplinas da USP (2016), Emergências Psiquiátricas, a avaliação de risco suicida visa, basicamente:

- Identificar a existência de ideação do suicídio.
- Caracterizar a gravidade de tentativas anteriores e planejamentos futuros.
- Identificar fatores de risco e protetores.
- Caracterizar o suporte social.
- Identificar a existência de diagnósticos psiquiátricos de base.

- Instituir terapêutica inicial.
- Garantir a inserção em serviços de saúde mental.

Com a referida avaliação superada, o indivíduo poderá ser tratado da melhor forma possível, de acordo com seu quadro. Nasce à importância de manter, a partir desse momento, uma estrutura que comporte a situação, com compromissos reais, como o acesso a médicos, psicólogos e psiquiatras, medicamentos, contato familiar e, quando necessárias, internações médicas. O indivíduo tem que se sentir acolhido pelo Município/Estado, superando as premissas de ter que buscar seus direitos na justiça, mas sim tê-los ali, garantidos! O desgaste com a situação que gira em torno do suicídio já é pesado, e isso, por vezes, não garante forças para fazer com que o indivíduo tenha vontade de pedir ajuda, e menos ainda, se tiver que recorrer à justiça para atender suas necessidades momentâneas.

Quando se pensa em políticas públicas e programas sociais, não se pode deixar de levantar uma questão de suma importância, que gira em torno de adolescentes, que aparecerem de forma expressiva nas estatísticas de suicídios/tentativas: a ligação entre uso de entorpecentes e suicídio.

Assim, sublinha-se trechos das palavras ditas por Muza (et al, 1997) quando dizem que “é na adolescência que o uso/abuso de substâncias psicoativas (álcool e drogas) tem despertado uma preocupação maior em profissionais da área da saúde, uma vez que a primeira experiência com estas substâncias ocorre frequentemente nesta fase do desenvolvimento”.

A ineficácia da chamada “Lei de Drogas”, pode estar gerando consequências até mesmo para essas estatísticas. O acesso a drogas por adolescentes é um problema que assola todo o país, indiferentemente da classe econômica. A falta de políticas públicas contra o uso de drogas e medidas reais e eficazes a quem sustenta esse mercado ilícito contribui, sem sobra de dúvidas, para os números aqui apresentados. O Estado, enquanto guardião do bem-estar social, continua utilizando leis que não se aplicam à nossa realidade, tentando “esconder” ou “não enxergar” os verdadeiros problemas.

Para restar mais claro esse problema evidenciado na sociedade brasileira, veja-se:

Nesse sentido, há estudos apontando fortes evidências de que o aumento de incidência do abuso/dependência de substâncias psicoativas observado entre os adolescentes nas últimas décadas, em vários países, esteve significativamente associado ao crescimento das taxas de comportamentos suicidas (tentativas e suicídios completos) desses jovens, no mesmo período. (CRUMLEY, 1990).

Deve haver uma revisão quanto à ineficácia de tal lei, que provoca inúmeros prejuízos sociais, indo de encontro às políticas públicas criadas com o intuito de beneficiar o cidadão, mas que encontram barreiras difíceis de ultrapassar. A lei e os programas sociais precisam estar em sintonia, pois enquanto a primeira aplica uma medida jurídica, a segunda previne os atos anteriores à própria lei. Tavares contribui dizendo que:

O Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu artigo 7º estabelece: “a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”. [...] A criança e o adolescente, como qualquer outro ser humano, gozam da proteção à vida e é preceito constitucional explícito. Contudo, o que torna o dispositivo de interesse para meditação mais ampla é a imposição de políticas “que permitam o nascimento” sadio e harmonioso. Aqui, o objeto da tutela jurídica é, pois, o próprio ser em concepção.

Diante de todo o exposto, é nítida a ligação do uso de entorpecentes e álcool por adolescentes e adultos jovens com o suicídio. Por esta razão, Borges, Walters e Kessler (2000), assim como Thatcher, Reininger e Drane (2002) “sugerem fortemente que o uso/abuso/dependência de substâncias psicoativas devem ser considerados como um importante fator de risco para a ocorrência de comportamentos suicidas de adolescentes”.

O suicídio frente a um problema de saúde pública aponta entre essas faixas etárias grandes risco de aumento de índice, assim esperam-se medidas assistências com base no enfrentamento do uso de drogas e álcool por jovens como forme de assistência e recuperação.

4 O SUICÍDIO NA REGIÃO CARBONÍFERA

Para a realização do presente trabalho foram realizados estudos sobre o suicídio de forma ampla, porém, com foco principal na região carbonífera do sul do Estado de Santa Catarina, mais especificadamente na região que compreende a AMREC. Foram coletadas informações junto ao Instituto Médico Legal (IML) da Cidade de Criciúma, no período compreendido entre os anos de 2011 e 2017.

Após analisar as referidas ocorrências na região carbonífera, foram diligenciadas pesquisas que demonstram as ações adotadas para combater e evitar os resultados obtidos.

A seguir, são apresentados os dados numéricos, assim como as políticas públicas adotadas pelo município de Criciúma, principal município da AMREC, para combate ao suicídio.

4.1 A REGIÃO DA AMREC

Os municípios da AMREC estão localizados no Sul do estado de Santa Catarina, na mesorregião denominada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como Sul Catarinense. Santa Catarina é dividida pelo IBGE em seis mesorregiões: Norte, Oeste, Serrana, Vale do Itajaí, Grande Florianópolis e Sul que, por sua vez, organizam-se politicamente por Associações de Municípios.

A AMREC é uma associação composta pelos seguintes municípios: Balneário Rincão; Cocal do Sul; Criciúma; Forquilha; Içara; Lauro Müller; Morro da Fumaça; Nova Veneza; Orleans; Siderópolis; Treviso e Urussanga. (AMREC, 2014). Trata-se de uma entidade com personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de natureza civil, que visa à integração administrativa, econômica e social dos municípios da região carbonífera do Sul do estado de Santa Catarina.

A população total estimada na região para 2013, segundo o IBGE, é de 411.584, sendo que a cidade de Criciúma possui 202.395, correspondendo a 49,2% do total de habitantes da região. Criciúma é o polo regional e tem a maior densidade demográfica entre os municípios pertencentes à AMREC, com 815 hab/km². Em termos populacionais, a segunda maior cidade da região é Içara, com 51.416 habitantes. Na sequência, temos as cidades de Forquilha, Orleans e Urussanga, com 24.256, 22.171 e 20.826 habitantes, respectivamente. O município com menor

número de habitantes é Treviso, com 3.706 e densidade demográfica de 22 hab/km², também a menor da região. O total da área territorial da região é de 2.654,87 km² e a densidade demográfica média é de 155 hab/km². O município com a maior área territorial é Orleans, com 548,79 km².

Essa região ficou conhecida como região carbonífera pela extração de carvão mineral que “impulsionou” a economia das cidades que compõem a região. Para o professor de Geociência da UFSC e autor de obras sobre a bacia carbonífera do Estado, Luiz Fernando Scheibe:

A mineração iniciou no Estado em 1876 e só em 1977 surgiram os primeiros estudos mais sérios sobre a degradação ambiental causada pela atividade. A partir daí, houve certo controle do DNPM (Departamento Nacional de Produção Mineral), que até então não existia nenhum. Foram décadas de exposição de rejeitos diretamente no solo e nos rios. (apud MAGRI, 2015).

Com a narrativa pode-se ter uma pequena noção do que a intensa exploração de carvão mineral durante todo o século XX ocasionou ao solo, à atmosfera, aos rios e à vida de toda a população que a compõe. No presente trabalho vamos dar prioridade em abordar as consequências na vida das pessoas que ali habitavam, e os reflexos que perduram até os dias atuais.

Como bem mencionado nos capítulos anteriores, o indivíduo não se sustenta apenas de estímulos interiores, mas tem sua personalidade influenciada pelo meio social onde vive e convive. Seus valores são criados pelo seu modo de vida. Desta forma, quando se pensa nos fatores que podem contribuir para o suicídio, faz-se conexão com os fatos da sociedade onde este habita. Assim, Cassorla (1984, p. 15) afirma que “não existe uma causa para o suicídio. Trata-se de um evento que ocorre como culminância de uma série de fatores que vão se acumulando na biografia do indivíduo”.

Diante desta perspectiva, não se pode deixar de relatar que a região carbonífera foi profundamente influenciadora dos índices de suicídio, visto seu modo de criação e exploração. Para que se possa embasar o dito, segue trecho do texto “O Sul do Estado de Santa Catarina”, escrito por Geraldo Milioli, Marcelo Pompeo, Nadia Zim Alexandre e Vanilde Citadin Zanette (MILIOLI et al, 2004):

Além do impacto causado ao meio físico e biótico, as emissões de gases tóxicos e de material particulado causam graves danos à saúde humana. A

expressiva presença e acúmulo crônico de materiais poluentes altamente tóxicos e letais no ar, no solo e nas águas ocorre porque a pirita sofre oxidação em consequência do contato com o ar e a água, liberando ao meio ambiente gases sulfurosos (letais), compostos de ferro (sulfatos e hidróxidos tóxicos) e ácido sulfúrico (produto também corrosivo e tóxico). Seria desnecessário colocar que estes valores ultrapassam assustadoramente aqueles estabelecidos pela legislação vigente, fazendo com que os municípios de Imbituba, Tubarão, Criciúma e Urussanga apresentem maiores índices de poluição atmosférica do Estado.

Somente para que se tenha uma noção do vasto prejuízo que esses fatores proporcionaram, seguem ainda, trecho do mesmo texto:

A incidência de doenças do aparelho respiratório na Região Sul do Estado é significativamente maior que a verificada nas demais regiões, sendo que 70% das internações ocorridas nos hospitais e 2% dos óbitos, são decorrentes de doenças atribuíveis à poluição do carvão. Os estudos efetivados até a presente data, indicam que a indústria carbonífera, as coqueiras, o parque cerâmico, as estufas de fumo, a indústria carboquímica e o setor termoeletrico lançam, na atmosfera da Região Sul Catarinense, 1.144 toneladas de material particulado, 8.046 toneladas de dióxido de enxofre, 176 toneladas de hidrocarbonetos, 12.152 toneladas de monóxido de carbono, 62 toneladas de gás sulfúrico, 179 toneladas de óxido de nitrogênio, 850 toneladas de trióxido de enxofre e 31 toneladas de fluoretos. Em 1985 ocorreram muitos casos de pneumoconiose, doença provocada pelo acúmulo de poeira nos bronquíolos e alvéolos, que incapacita o mineiro para o trabalho e, num estágio mais avançado, acarreta a morte por intenso comprometimento do aparelho respiratório. (MILIOLI et al, 2004).

Essas doenças relativamente ligadas à exploração desse minério deixaram marcas nas pessoas que nesse período viveram, e certamente casos perduram até os dias de hoje. Todo esse histórico de passivo em relação à saúde e ao meio ambiente, ainda que não comprovado diretamente, certamente são fatores a serem considerados como forte influência para as características regionais do número de suicídios.

Segundo D'Oliveira (et al, 2006), "as condições médicas associadas com mais frequência a risco de suicídio são: AIDS, epilepsia, lesões medulares, lesões cerebrais, doenças orgânicas incapacitantes, dores crônicas e câncer".

Assim, se faz uma breve conexão entre as doenças que compõe a vida de uma pessoa e seus reflexos, e por se tratar de uma região com passivos tão expressivos o número de doenças fortaleceu em alguns casos a depressão, que pode ser acentuada e seguida pelo desejo do cometimento do suicídio.

A falta de médicos é um agravante frente essa situação, pois somente anos após o início da extração mineral é que se passou a fiscalizar os efeitos da

atividade mineradora na região. Um exemplo desse fato é bem evidenciado em uma revista que trata sobre o serviço médico da época:

O serviço médico da CNMCBB era composto de [...] “um médico e um enfermeiro; um pequeno consultório e uma saleta para os curativos urgentes.” E ainda: “Em caso grave é o paciente transportado para o Hospital de Tubarão que dista 60 quilômetros de Lauro Müller”. E mais: “Existe também uma modesta farmácia e um farmacêutico”. Este texto ainda nos evidencia sobre existência de duas escolas públicas, a de Lauro Müller, com 150 alunos, e a de Barro Branco com 80 alunos, com um total de 230 alunos matriculados. (MIRANDA, 2009).

A situação de frente a saúde no país sempre foi precária, e nessa época principalmente no que tange a fiscalização do trabalho, onde o trabalhador teve sua saúde prejudicada por muito tempo. O Estado, como promissor dos direitos básicos como a saúde deveria intervir e postular o dever de prover a essas pessoas atendimento básico de saúde. Talvez, esses fatos tenham contribuído para o aumento do número de doenças na época, que eram diagnosticadas com patologias relacionadas à poluição e extração de carvão.

Nesse contexto, Antonio Luiz Miranda (2009), cita um Relatório da Diretoria, Boletim nº 29 do Ministério da Agricultura, de 1936. O respectivo documento não fala a respeito de escola, ou comércio, apresentando apenas os dados citados acima, mas ainda cita que: “O estado sanitário não é dos melhores. No município de Crescuma grassam o impaludismo, a verminose e o typho”.

Não se pode deixar de mencionar ainda, um trecho de um documento escrito por Boa Nova (1953): “Pessoas usavam das mesmas lâmpadas a carbureto que utilizavam nas minas para iluminarem as casas, ou ainda pequenas lamparinas de querosene, ambas provocando fumaça e cheiro desagradável”.

Com a chegada de empresas mineradoras na região deu-se origem também às conhecidas “vilas operárias”, local onde os trabalhadores passaram a residir. Conforme Monica Peixoto Vianna (2004, p. 5) “esses modelos foram seguidos posteriormente no Brasil. Tais realizações contribuíram para a manutenção das relações paternalistas entre patrões e empregados e para o barateamento da força de trabalho”.

Além da força de trabalho que esses habitantes tinham que exercer, importante se faz salientar que esta era uma região colonizada por imigrantes, quase que em sua totalidade italianos, ou seja, pessoas que viviam da agricultura, e

não estavam acostumadas ao trabalho industrial, que demanda outro tipo de manuseio. E assim, Antonio Luiz Miranda (2009), enfatiza muito bem essa situação dizendo: “Percebe-se um forte processo de ruptura no modo de vida de uma parte da população da região. A força de trabalho não estava acostumada ao ritmo industrial, ao relógio. Neste sentido, a vila operária daria a empresa um maior controle sobre o operariado”.

Além de tantos outros fatores que auxiliaram na construção social dessas pessoas, uma vez que, além do modo de vida e de trabalho, jovens eram expostos a essa atividade muito cedo, como segue nas palavras de Carola (2002): “O trabalho de homens e mulheres nas minas de carvão de Criciúma e região começava antes dos 14 anos de idade e, em muitos casos, antes dos 10”.

Nessa época, o bem-estar da ordem social era dito pelos dirigentes das vilas operárias, ou seja, os patrões, donos de mineradoras, e os operários, trabalhadores, viviam nessas condições, acreditando que esses eram os moralizadores da sociedade. Nas palavras de Antônio Luiz Miranda (2009), nesses locais:

Onde o trabalhador é submetido a uma série de restrições e códigos de conduta que ao serem transmitidos sob o véu do assistencialismo torna os verdadeiros pretextos obscuros, fazendo-se crer que duas forças antagônicas, já classificadas por Thompson como classes continuassem em atrito sem que se houvesse um desgaste, principalmente no que se refere à imagem que o grande operariado tinha de seus dirigentes. Na busca em que as mineradoras tinham em construir um complexo urbano que atraísse mão-de-obra e ao mesmo tempo se torna um ambiente onde seria possível exercer o controle sobre o cotidiano do operariado mineiro, modelou-se um ambiente aparentemente semelhante entre os trabalhadores do carvão de toda a região sul catarinense contribuindo assim para a formação da classe operária mineira.

Contudo, basta analisar a história da região carbonífera do Sul do Estado de Santa Catarina para se deparar com as péssimas condições de vida das pessoas que passaram por essa região no início e no auge da mineração. Com isso, não se pode negar que a região traz consigo uma herança de sofrimento e trabalho, que deu origem a inúmeras doenças crônicas, assim como, um alto índice de depressão, que reflete na vida social, estando, por vezes, associada ao cometimento do suicídio. Uma região de história de bravura, mas que carrega o peso da força braçal e emocional até a atualidade.

4.2 AÇÕES ADOTADAS NA CIDADE DE CRICIÚMA, VOLTADAS À PREVENÇÃO E COMBATE AO SUICÍDIO

De acordo com os temas abordados nos capítulos anteriores, que regem sobre as políticas públicas, e como essas são de suma importância na prevenção do suicídio, e ainda, são métodos que o próprio Estado pode oferecer para diminuir as demandas judiciais futuras, a fim de diminuir o problema social que tanto está presente nos dias de hoje.

Sabe-se que grande parte das ações, no tocante à prevenção ao suicídio, dá-se por iniciativas particulares, todavia, foram coletados dados da cidade de Criciúma para se ter noção de como a iniciativa pública atualmente desenvolve seu papel.

Conforme relatórios disponibilizados pela Secretária de Saúde do Município de Criciúma por meio da Coordenadora da Saúde Mental Ana Regina da Silva Losso obteve-se a informação de que desde o ano de 2014 a cidade de Criciúma desenvolve políticas públicas que auxiliam no combate ao suicídio. A primeira campanha desenvolvida chama-se “Abraça uma Vida”. Assim, a partir dessa campanha, o governo Municipal, frente à Secretária de Saúde, com parceira de outros órgãos não governamentais, vem realizando atendimentos psicológicos e psiquiátricos.

Nos atendimentos hospitalares, quando se identifica um caso de tentativa de suicídio, é realizada uma notificação para o posto de atendimento base daquele paciente, em seu bairro, e o posto fica responsável em providenciar e acompanhar esse paciente, proporcionando um tratamento psicológico adequado. Nesta oportunidade, o município coloca o CAPS em disposição da sociedade, mas conta também com outros órgãos não governamentais. Esses atendimentos ocorrem de forma solidária entre o órgão público e as seguintes redes de auxílio à prevenção do suicídio:

- **CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA (CVV)** – O Centro de Valorização da Vida (uma das principais mobilizadoras do Setembro Amarelo) é uma entidade sem fins lucrativos que atua gratuitamente na prevenção do suicídio desde 1962, membro fundador do Befrienders Worldwide e ativo junto à Associação Internacional para

Prevenção do Suicídio (IASP), da Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio (Abeps) e de outros órgãos internacionais que atuam pela causa.

- **CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)** – O CAPS foi criado, inicialmente, como substituto dos chamados “manicômios”, e atualmente vem enfrentando esse desafio, contribuindo para a prevenção do suicídio. Oferece um tratamento farmacológico e psicológico intensivo, ao mesmo tempo em que intervém nos aspectos da vida do paciente, como apoio familiar e social. O CAPS é formado por uma equipe multiprofissional (enfermeiro, médico, psiquiatra, psicólogo e assistente social) que realiza trabalhos interdisciplinares, visando o bem-estar do paciente.

A Cidade de Criciúma conta com atendimento 24 horas, com profissionais capacitados para atender indivíduos que apresentam risco de suicídio. Inclusive, pode haver acolhimento noturno no local, se necessário. Nesse local, percebe-se que, por muitas vezes, o atendimento não é clínico, mas sim com o objetivo de salvar vidas, e essa situação só ocorre porque conta-se com profissionais extremamente capacitados.

- **ASSOCIAÇÃO CRICIUMENSE DE APOIO À SAÚDE MENTAL (CERES)** – É uma associação criada no ano de 1999, e conta com profissionais da área da saúde mental e voluntários. De acordo com informações colhidas no sitio virtual da referida associação veja-se:

Significado do mito: CERES era a grande deusa mãe para os romanos, responsável pela nutrição e desenvolvimento da humanidade, que de maneira simbólica representa o crescimento psicológico do indivíduo. Foi criada em 13 de outubro de 1999, por profissionais da área da saúde mental e voluntários. Com a finalidade de apoiar e desenvolver ações para a defesa, elevação e manutenção da qualidade de vida do ser humano, por meio de pesquisa, prevenção e recuperação da saúde, mediante trabalho psicoterápico. É uma associação sem fins lucrativos, sendo de Utilidade Pública Municipal e Estadual desde 2002. Entre suas atividades, realiza programa de prevenção e atendimento ambulatorial. O trabalho é desenvolvido através de palestras, eventos e publicações na área de saúde mental e psicoterapia de grupo. Para sua manutenção, a CERES conta com o apoio e o investimento de pessoas, instituições e empresas comprometidas com a saúde e o bem estar de nossa comunidade. O QUE FAZEMOS: Psicoterapia de grupo. A Psicoterapia em grupo é um processo onde há a interação com outras pessoas além do psicólogo. Na terapia em grupo as interações entre os membros do grupo e os terapeutas tornam-se o material com o qual a terapia é conduzida. A participação em grupos é de grande relevância para as pessoas que buscam um espaço onde há a

possibilidade de conhecer e trocar experiências com pessoas que tenham problemas em comum. Ações de prevenção. Nossa instituição realiza palestras e distribui material informativo acerca dos Transtornos Mentais, a fim de informar a população e atuar como agente de prevenção em Saúde Mental. Este trabalho é realizado em empresas, escolas, e em eventos ligados a saúde como um todo. Também participamos de programas de rádio e escrevemos artigos sobre Saúde Mental para o Jornal A Tribuna às segundas-feiras. Capacitação: Também realizamos workshops, cursos e grupos de estudos, com intuito de ampliar os conhecimentos acerca da Saúde Mental. Pesquisa: Nossa instituição também realiza pesquisas sobre a Saúde Mental e Saúde Mental do Trabalhador em parceria com empresas e instituições da Região. QUEM PODE PARTICIPAR? Para ser atendido pela Ceres é preciso entrar em contato e agendar seu atendimento, esse contato pode ser feito pelos nossos telefones ou pessoalmente em nossa instituição. É importante lembrar que por se tratar de uma instituição sem fins lucrativos atendemos pessoas com renda familiar per capita de até dois salários mínimos. (CERES, 2018).

- **NÚCLEO DE PREVENÇÃO ÀS VIOLÊNCIAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE (NUPREVIPS)** – É um serviço de assistência às crianças, adolescentes, adultos e idosos vítimas de qualquer tipo de violência: sexual, psicológica/moral, financeira/econômica, institucional, negligência, física, trabalho infantil, tortura, tráfico de seres humanos, suicídio e bullying. O NUPREVIPS atende de forma interdisciplinar e multiprofissional, buscando a integralidade da atenção. Fazem parte da equipe: 01 Assistente Social; 01 Psicólogo; 02 Enfermeiros; 01 Médico Psiquiatra; 01 Médico Ginecologista e 01 Médico Infectologista. O Governo Municipal tem parceira com a Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), sendo que o atendimento funciona nas Clínicas Integradas da Universidade.
- **SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA DA ESUCRI** – É um serviço oferecido pela Escola Superior de Criciúma (Esucri), através de seu curso de Psicologia, e vem auxiliando no atendimento a pessoas e famílias que sofrem com o suicídio. De acordo com informações colhidas no sitio virtual da referida faculdade veja-se:

Com o objetivo de oferecer atendimentos psicológicos gratuitos para toda a comunidade sul catarinense, o SPAE - Serviço de Psicologia Aplicada Esucri, programa destinado a todas as faixas etárias: crianças, adolescentes, adultos, indivíduos de terceira idade e famílias, em grupo ou individualmente. Dentro do SPAE é possível ter acesso aos seguintes atendimentos: Psicodiagnóstico; Psicoterapia Infantil, Adolescentes Adulto, Terceira Idade, Famílias; Orientação Vocacional e Planejamento de Carreira; Psicoterapia Breve para Acadêmicos e Colaboradores da Faculdade; Orientação em grupos de dependência química. Os interessados devem morar na região de Criciúma e ter renda per capita familiar de dois salários mínimos. (ESUCRI, 2018).

Todos esses índices, identificados nos hospitais e postos de saúde são os indicadores utilizados para gerar estatísticas sobre o suicídio. Todavia, o que deixa de ser identificado é reconhecido pelos profissionais da área da saúde como o que chamam de “subnotificação”, que é quando o profissional tem dúvidas sobre a tentativa ou não do suicídio, ou ainda, não consegue detectar, e por vezes esse dado não é repassado e esse indivíduo deixa de ser tratado da forma correta e eficaz e ainda, não entra nas estatísticas.

Nesse tocante, mais uma vez se fala da responsabilidade do Estado enquanto promissor do dever de garantir à sociedade a saúde na atenção básica. Um simples atendimento em um hospital ou unidade de saúde pode salvar uma vida, e, para isso, precisa-se contar com a tutela jurisdicional garantida.

Ainda, em conversas com funcionários da Secretária de Saúde de Criciúma, obtivemos o conhecimento de que os profissionais da área da saúde, policiais e bombeiros, passam mensalmente por capacitações para identificação de suicídios, todavia, essa informação só ficou a título de conhecimento, pois não encontramos materiais que comprovem tal iniciativa do governo municipal.

As capacitações auxiliariam a, além de identificar o suicídio, preveni-lo. Recentemente, as notícias em relação ao suicídio demonstram a importância atividade da corporação da segurança pública para evitar precipitações (quedas) em edifícios públicos ou particulares. Durante o ato, se o agente souber lidar com o indivíduo que está prestes a cometer o suicídio poderá estar salvando uma vida, e mais uma vez se fala aqui da obrigação do Estado em capacitar esses profissionais para saber conduzir a situação da melhor maneira possível.

4.3 AS MEDIDAS ADOTADAS QUE PODEM SER INTRODUZIDAS PARA A DIMINUIÇÃO DOS ÍNDICES DE SUICÍDIO

Toda medida implementada na tentativa de diminuição do índice de suicídio é bem-vinda. Por vezes, criam-se dúvidas de como implementar essas medidas diretamente, mas o que entra em questão são os temas abordados anteriormente, que mostram que os problemas sociais e a falta de segurança implicam na saúde pública desses indivíduos. Assim, as ações que podem ser promovidas são atitudes relacionadas ao cotidiano, que ocorrem diariamente, que formam uma sociedade. O Conselho Federal de Psicologia aponta:

Vale lembrar que para prevenir o suicídio ou promover a vida não se precisa tocar especificadamente ou diretamente no assunto do suicídio, trata-se, justamente, de promover ou valorizar entre as pessoas a questão da vida. Mas qual vida nós queremos valorizar? Quais condições de vida? Quantas vezes faz-se com que o sujeito permaneça vivo, mas sem lhes dar qualquer condição de entender por que ele está buscando a morte, por que ele está desejando essa morte. Ele simplesmente continua suportando aquela condição por achar que é um pecado, por não querer causar um transtorno ainda maior para sua família, acaba suportando essa condição miserável de vida que lhe é imposta, sem sequer questioná-la, muitas vezes por não compreendê-la, ou não saber ou acreditar que é possível mudá-la. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2003, p. 16).

Como esclarecido, esse problema social, que fere a saúde pública, pode ser evitado, a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) já reconheceu o suicídio e as tentativas de suicídio como uma prioridade na agenda global de saúde e incentiva os países a desenvolverem e reforçarem suas estratégias de prevenção com uma abordagem multissetorial, quebrando os estigmas e tabus que existem sobre o assunto.

O suicídio é uma questão complexa e, por isso, os esforços de prevenção necessitam de coordenação e colaboração entre os múltiplos setores da sociedade, incluindo saúde, educação, trabalho, agricultura, negócios, justiça, lei, defesa, política e mídia. Esses esforços devem ser abrangentes e integrados, pois apenas uma abordagem não pode impactar em um tema tão complexo quanto o suicídio. (IBES, 2016)

Os métodos utilizados para cometer suicídio são muitos, mas é importante que se destaque os mais utilizados, como envenenamento e enforcamento, para que com esse conhecimento se elabore estratégias eficazes de prevenção e para que haja, ainda, maior restrição ao acesso de meios de suicídio por familiares e pessoas próximas. Uma série de medidas que podem ser tomadas junto à população foi destacada pelo Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde (IBES) que publicou em seu sitio virtual um estudo baseado na Organização Pan-Americana de Saúde com o seguinte tema: “Grave Problema de Saúde Pública, Suicídio é Responsável por uma Morte a cada 40 segundos no Mundo”:

- Redução de acesso aos meios utilizados (por exemplo, pesticidas, armas de fogo e certas medicações);
- Cobertura responsável pelos meios de comunicação;
- Introdução de políticas para reduzir o uso nocivo do álcool;
- Identificação precoce, tratamento e cuidados de pessoas com transtornos mentais ou por uso de substâncias, dores crônicas e estresse emocional agudo;

- Formação de trabalhadores não especializados em avaliação e gerenciamento de comportamentos suicidas;
- Acompanhamento de pessoas que tentaram suicídio e prestação de apoio comunitário. (IBES, 2016).

Como título de curiosidade se faz importante revelar mitos que se criam em torno do assunto suicídio. Dentre eles:

Não falar sobre o assunto: o que deve ocorrer é exatamente o oposto, pois só assim consegue-se identificar a vontade do cometimento do ato, e por vezes, as razões que estimulam o indivíduo a buscar o suicídio. Deve-se falar do assunto SIM! De maneira adequada o assunto deve ser discutido.

O indivíduo quer chamar atenção: quando o indivíduo falar sobre o assunto não será, em hipótese alguma, para apenas chamar a atenção e provocar dúvidas. Se o indivíduo procurou mencionar o desejo, deverá este ser levado em consideração e buscar auxílio da melhor forma possível.

Sempre impulsivo: os atos suicidas podem ser impulsivos no momento do cometimento do ato, mas jamais será um ato impulsivo sem ter deixado diversas vezes sinais aos familiares e amigos da vontade de cometer o suicídio.

Se quiserem morrer já estão decididos: essa é uma frase corriqueira entre a sociedade, no entanto, é necessário, mais uma vez, discutir sobre a relevância que se tem a prevenção. O indivíduo não estará totalmente decidido até que cometa o ato. Sempre há tempo de corrigir o desejo do indivíduo, evitando o suicídio. Importante procurar ajuda psicológica.

Sinais de melhoria; está fora de perigo: quem passou por uma tentativa de suicídio, ou até mesmo por um tratamento para tirar a vontade de cometer o ato, está sempre em linha de perigo de cometê-lo de novo. É necessário o afeto familiar, além de não deixar este indivíduo sozinho.

Hereditariedade: quando se perde algum ente querido a ruptura do afeto pode provocar do indivíduo o mesmo desejo de suicidar-se que ocorreu com o ente falecido.

Somente os doentes mentais: em uma sociedade moderna esse pensamento jamais poderia ocorrer, todavia, há muitas pessoas que pensam desta maneira, o que é um equívoco, pois todos estão a mercê da vontade de cometer suicídio, não somente quem possui alguma doença mental.

Nunca ocorrerá em nossa família: parece ser um ato distante, que só ocorre com as outras pessoas, mas na realidade se trata de um ato que pode envolver qualquer família. Os motivos para o suicídio, muito bem abordados neste trabalho, demonstram que os fatores estão ligados a questões físicas, emocionais, sociais, financeiras e tantas outras.

Proibido abordar o tema na mídia: pelo contrário! A mídia atualmente possui papel fundamental na prevenção. Contribuindo de forma positiva poderá auxiliar indivíduos que pensam em cometer o ato suicida a procurarem ajuda.

5 DADOS REGIONAIS

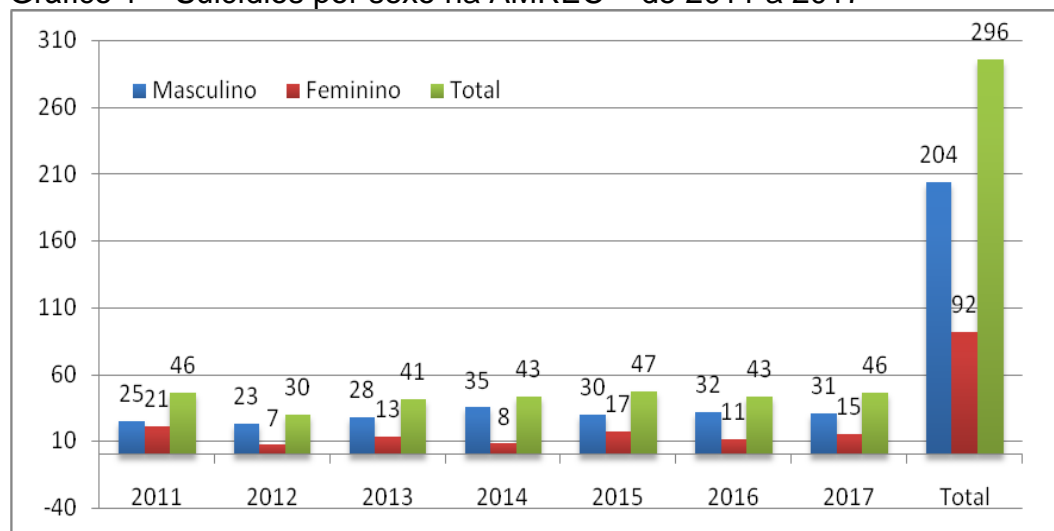
Para melhor compreensão do tema abordado, serão demonstrados, por meio de gráficos, os dados obtidos junto ao Instituto Médico Legal (IML) da Cidade de Criciúma os números de óbitos provenientes de suicídio na região da AMREC. Tais dados são referentes aos anos de 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017 e dizem respeito ao sexo, causa da morte e faixa etária.

5.1 A QUANTIDADE DE SUICÍDIOS ENTRE OS ANOS DE 2011 A 2017 NOS MUNICÍPIOS DA AMREC

5.1.1 Sexo

De acordo com o Gráfico 1, considerando os anos de 2011 a 2017, na região da AMREC percebe-se que o número de suicídios femininos em 2011 foi maior que no ano de 2017, ocorrendo, assim, uma diminuição. Diferentemente do número de suicídios masculinos, que aumentou. Nota-se que o número de suicídios masculinos é duas vezes maior que o número de suicídios femininos em sua totalidade.

Gráfico 1 – Suicídios por sexo na AMREC – de 2011 a 2017



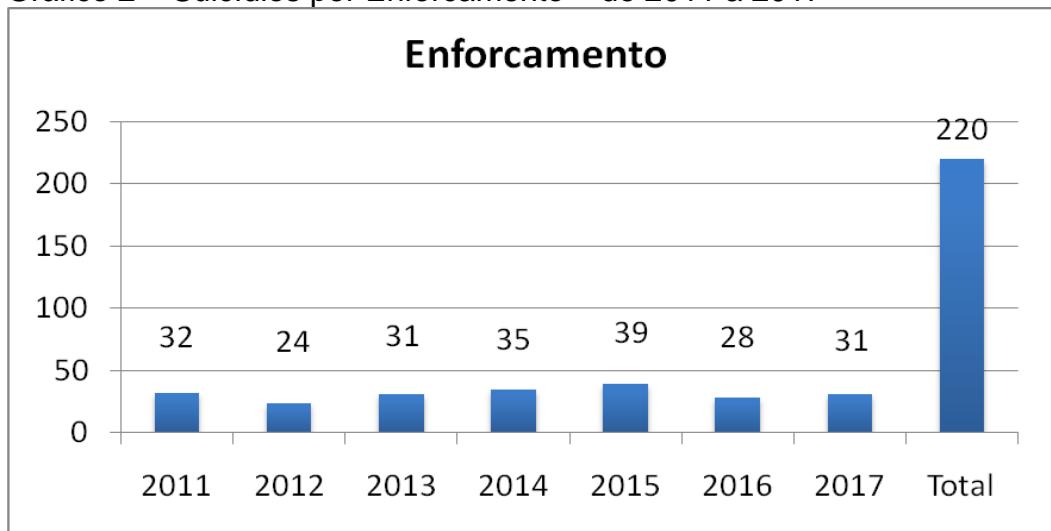
Fonte: Instituto Médico Legal, 2018

5.1.2 Causa da Morte – Meio Empregado

5.1.2.1 Enforcamento

Considerando os anos de 2011 a 2017 na AMREC, percebe-se que o enforcamento é o meio mais utilizado pelos indivíduos no cometimento do suicídio. Em que tese haver uma discrepância entre os índices; os números são um tanto quanto estáveis, de modo que no ano de 2015 houve aumento, todavia, em 2017 o número se mantém na média dos outros anos, conforme demonstrado no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Suicídios por Enforcamento – de 2011 a 2017

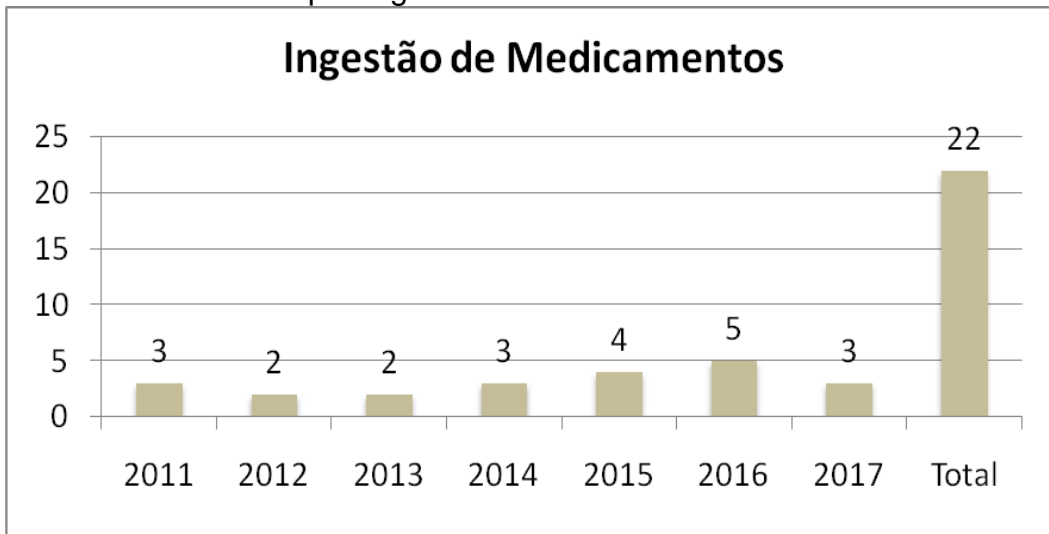


Fonte: Instituto Médico Legal, 2018

5.1.2.2 Ingestão de medicamentos

Na região da AMREC percebe-se que a ingestão de medicamentos é o segundo meio mais utilizado pelos indivíduos no cometimento do suicídio (Gráfico 3). Em que tese haver uma discrepância entre os índices, os números são um tanto quanto estáveis, de modo que nos anos de 2015 e 2016 houve um aumento, mas o ano de 2017 manteve a média do período observado, aproximadamente três casos durante o ano.

Gráfico 3 – Suicídios por Ingestão de Medicamentos – de 2011 a 2017

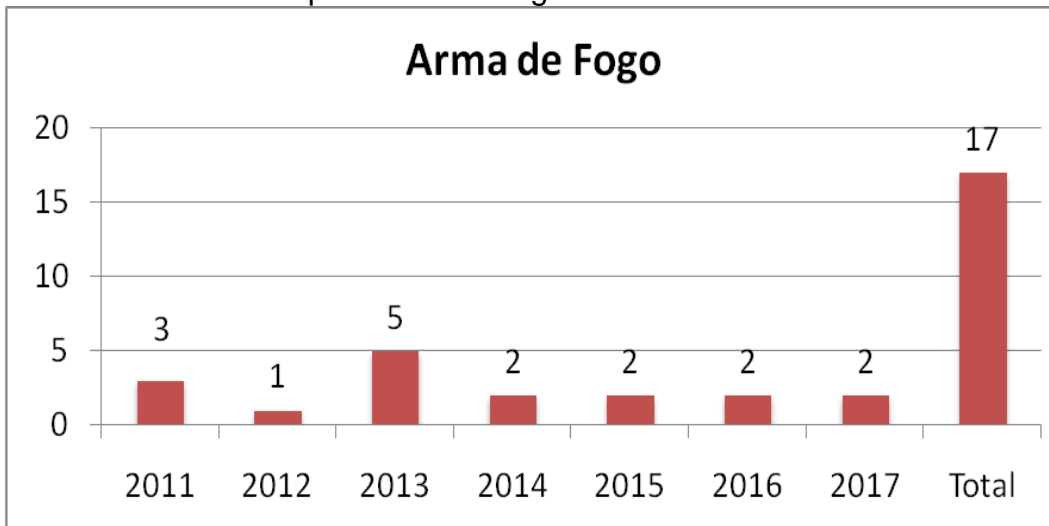


Fonte: Instituto Médico Legal, 2018.

5.1.2.3 Arma de Fogo

Como demonstrado no Gráfico 4, arma de fogo é o terceiro meio mais utilizado. Os números se mantêm quase que em sua totalidade entre um e três por ano, somente no ano de 2013 houve um aumento.

Gráfico 4 – Suicídios por Arma de Fogo – de 2011 a 2017

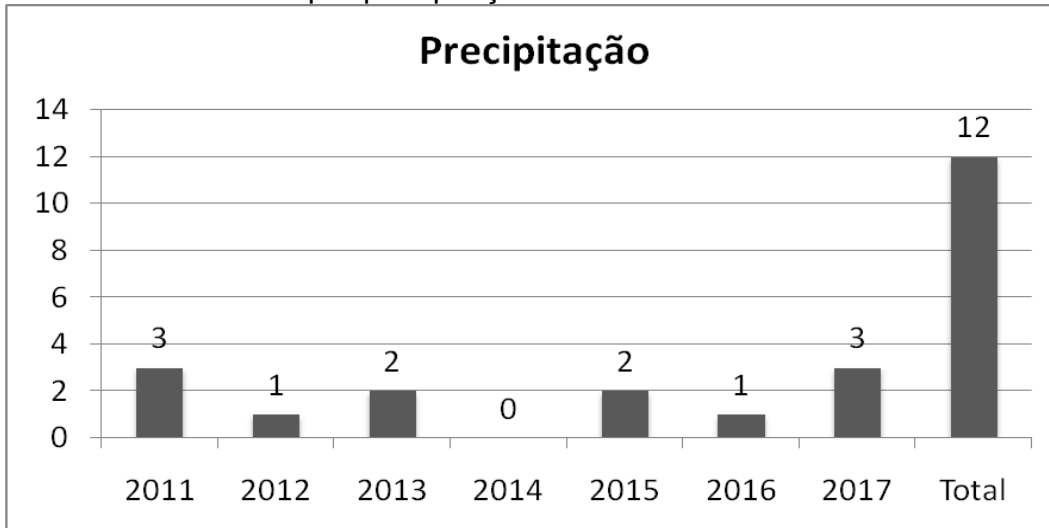


Fonte: Instituto Médico Legal, 2018

5.1.2.4 Precipitação

Precipitação (quando o corpo é lançado de um local de grande altura) aparece como quarto meio mais empregado na AMREC, durante o período observado, oscilando entre zero e três ocorrências ao ano (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Suicídios por precipitação – de 2011 a 2017

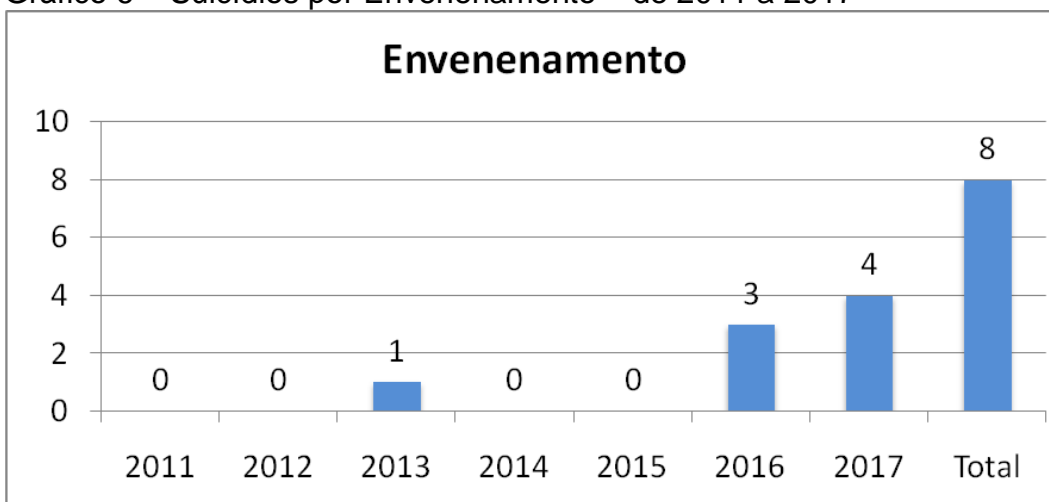


Fonte: Instituto Médico Legal, 2018

5.1.2.5 Envenenamento

O envenenamento, embora menos frequente que as formas anteriores, aparece em quinto lugar, com crescente a partir de 2016, chegando a quatro casos em 2017, conforme Gráfico 6.

Gráfico 6 – Suicídios por Envenenamento – de 2011 a 2017

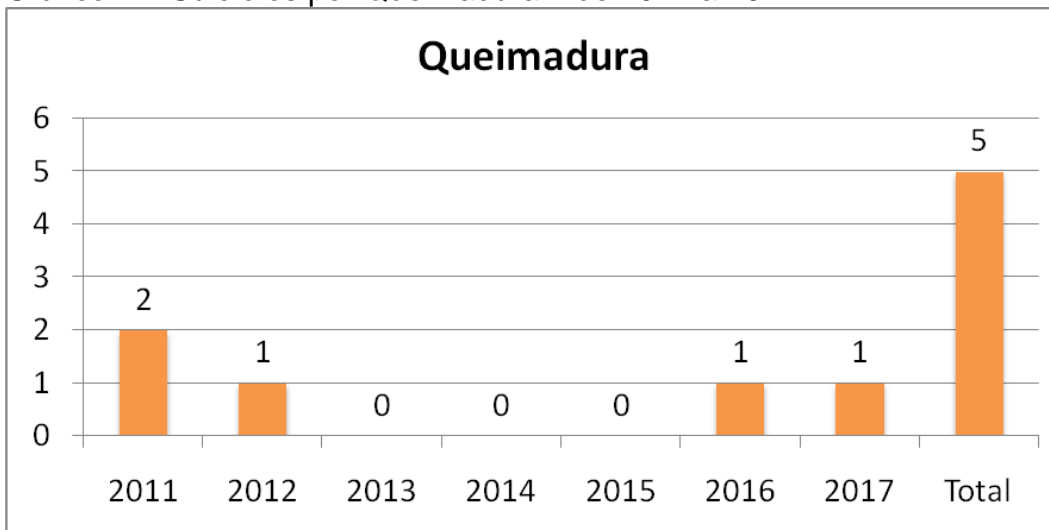


Fonte: Instituto Médico Legal, 2018

5.1.2.6 Queimadura

Considerando os anos de 2011 a 2017, na região da AMREC percebe-se que a queimadura (fogo) é o sexto meio mais utilizado pelos indivíduos no cometimento do suicídio. Sendo que, comparando o ano de 2011, com dois casos, e o ano de 2017, um caso, houve uma diminuição (Gráfico 7).

Gráfico 7 – Suicídios por Queimadura – de 2011 a 2017

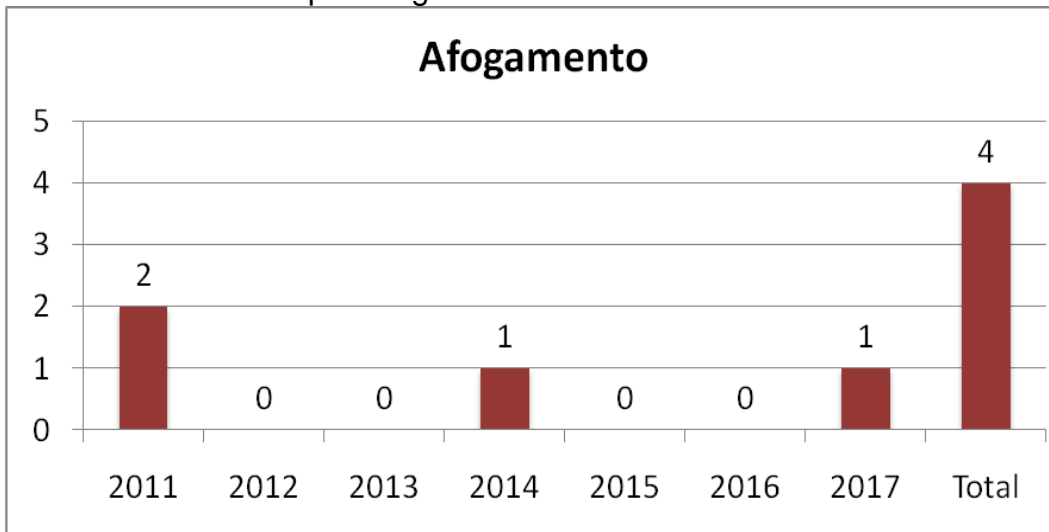


Fonte: Instituto Médico Legal, 2018

5.1.2.7 Afogamento

O gráfico 8 apresenta os 4 casos de afogamento durante o período observado, o sétimo meio mais utilizado no cometimento do suicídio. Em 2011 foram dois casos, em 2014, um caso e 2017, um caso.

Gráfico 8 – Suicídios por Afogamento – de 2011 a 2017

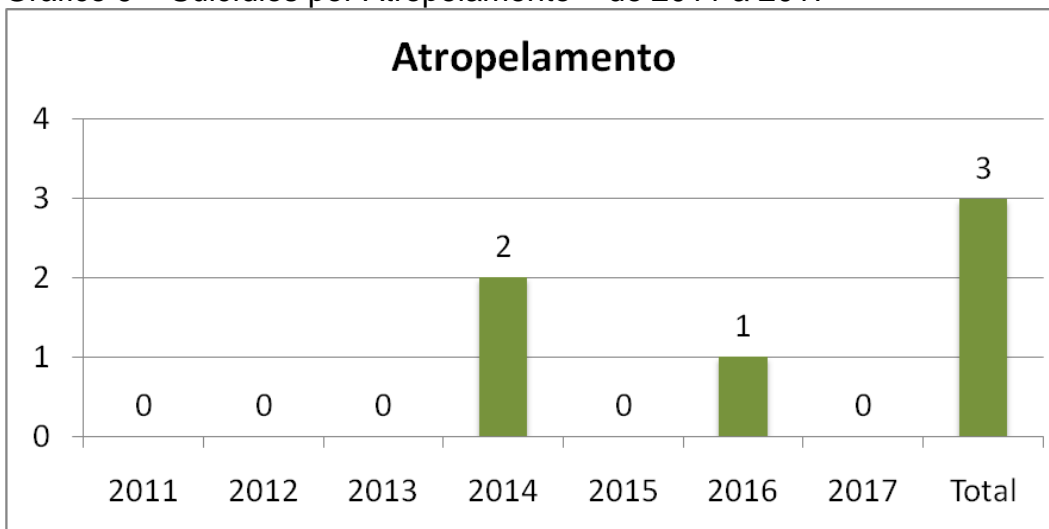


Fonte: Instituto Médico Legal, 2018

5.1.2.8 Atropelamento e Decapitação por Trem

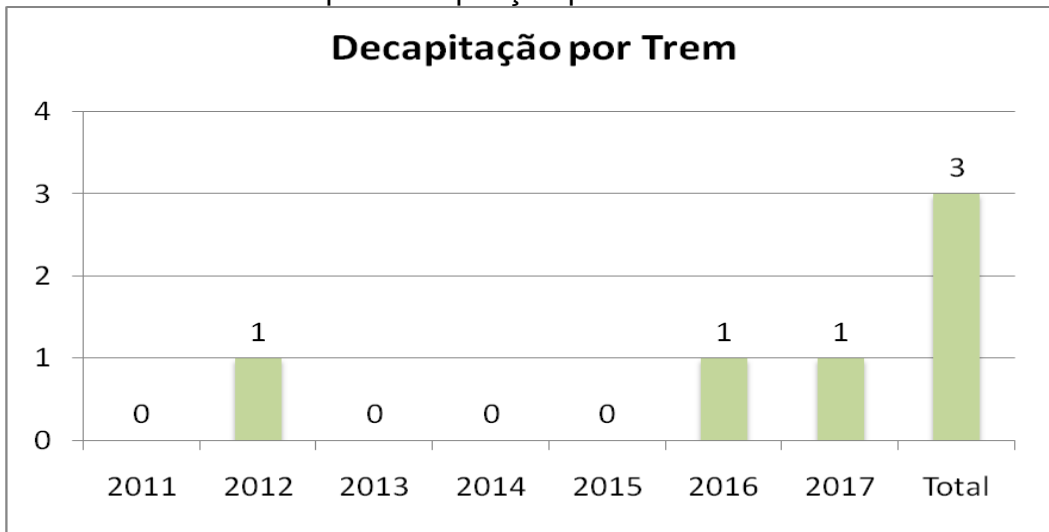
Considerando o período de 2011 a 2017, na região da AMREC percebe-se que o atropelamento (Gráfico 9) e a decapitação por trem (Gráfico 10) aparecem em oitavo lugar, como meio empregado no suicídio. No caso de atropelamento, foram registrados dois casos em 2014 e um caso em 2016. Já a decapitação por trem aparece com um caso em cada um dos seguintes anos: 2012, 2016 e 2017.

Gráfico 9 – Suicídios por Atropelamento – de 2011 a 2017



Fonte: Instituto Médico Legal, 2018

Gráfico 10 – Suicídios por Decapitação por Trem – de 2011 a 2017

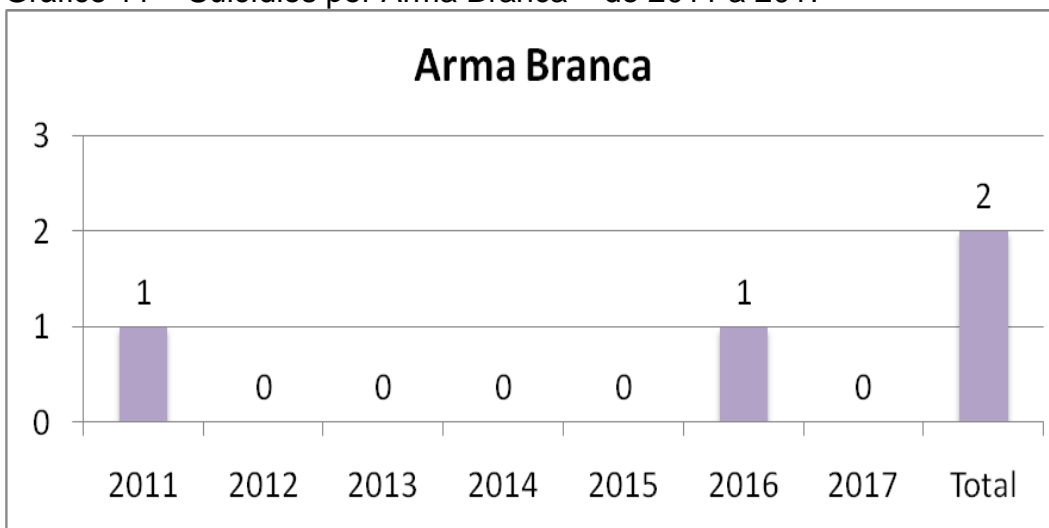


Fonte: Instituto Médico Legal, 2018

5.1.2.9 Arma Branca

No período observado, foram registrados apenas dois casos de suicídio com utilização de arma branca, um em 2011 e um em 2016, sendo este, o meio menos empregado em casos de suicídio (Gráfico 11).

Gráfico 11 – Suicídios por Arma Branca – de 2011 a 2017



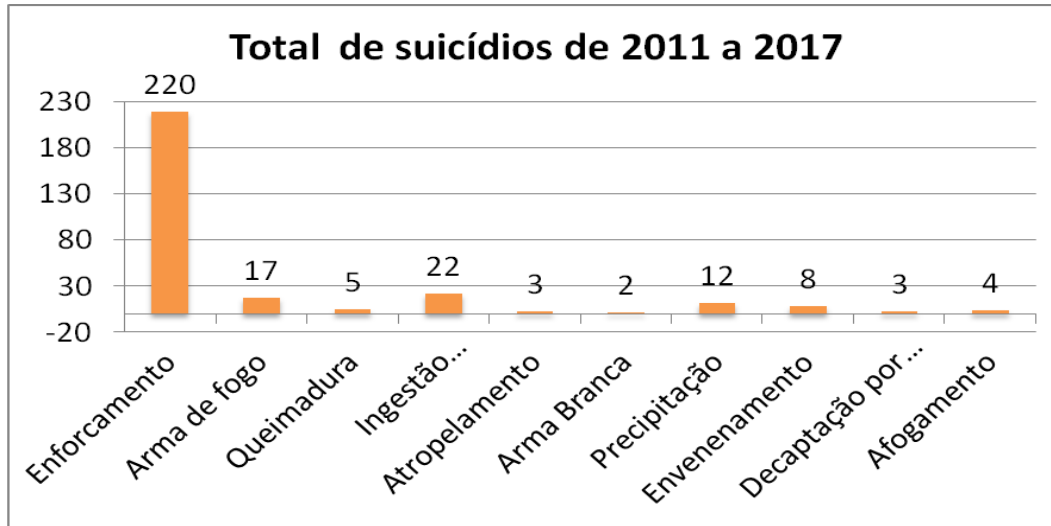
Fonte: Instituto Médico Legal, 2018

5.1.2.10 Totalidade

No Gráfico 12 percebe-se que a principal causa de morte em relação ao suicídio na região da AMREC, compreendida entre os anos de 2011 e 2017, está

ligada ao enforcamento, seguido da ingestão de medicamento, da utilização da arma de fogo, da precipitação, do envenenamento, das queimaduras, do afogamento, do atropelamento e decapitação por trem e por último, a utilização de arma branca.

Gráfico 12 – Total de Suicídios entre 2011 e 2017 – de 2011 a 2017



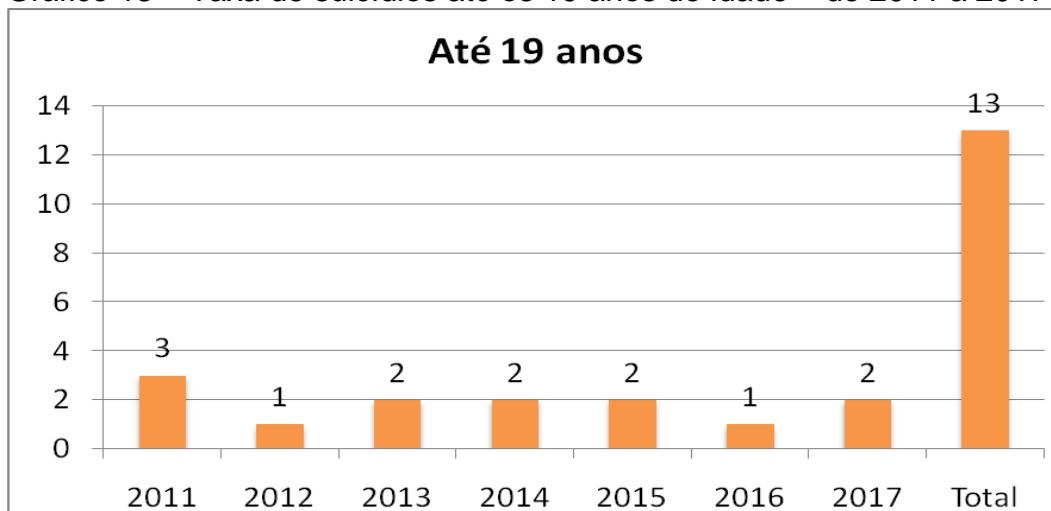
Fonte: Instituto Médico Legal, 2018

5.1.3 Faixa Etária

5.1.3.1 Até 19 anos

Considerando os anos de 2011 a 2017, na região da AMREC, conforme o Gráfico 13, o número de suicídios entre crianças e adolescentes de até dezenove anos se mantém quase em sua totalidade em dois registros anuais, demonstrando uma pequena diminuição quando comparado ao ano de 2011.

Gráfico 13 – Taxa de suicídios até os 19 anos de idade – de 2011 a 2017

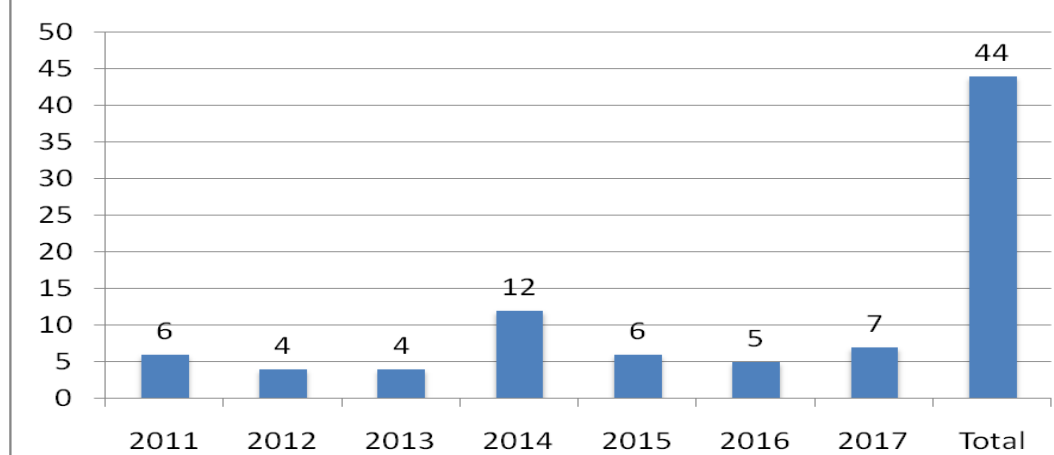


Fonte: Instituto Médico Legal, 2018

5.1.3.2 De 20 anos a 29 anos

O número de suicídios de jovens adultos entre 20 e 29 anos apresentou um aumento no ano de 2014, com doze registros, sendo que nos demais anos os registros estão entre quatro e sete casos por ano (Gráfico 14).

Gráfico 14 – Taxa de suicídios dos 20 aos 29 anos de idade – de 2011 a 2017
De 20 a 29 anos

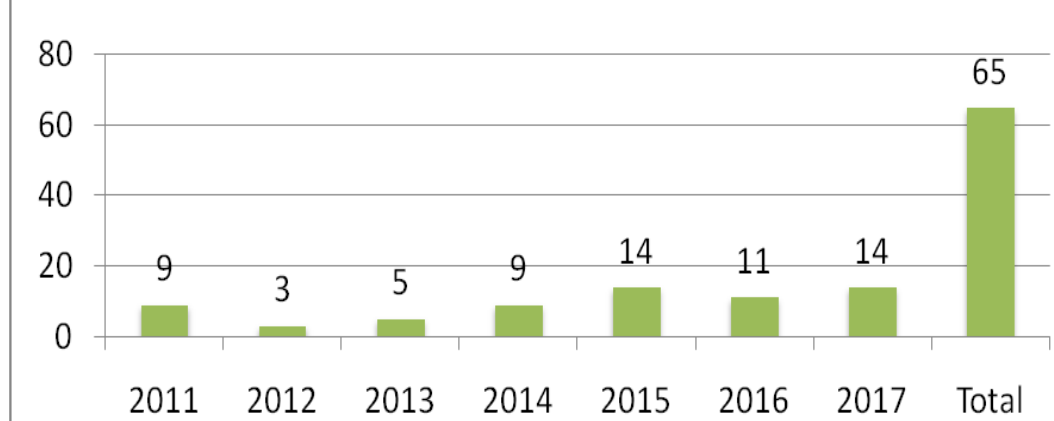


Fonte: Instituto Médico Legal, 2018

5.1.3.3 De 30 anos a 39 anos

Já entre adultos de 30 a 39 anos, o número de suicídios apresentou diminuição somente nos anos de 2012, sendo que nos anos seguintes, esses números aumentaram, uma vez que entre 2012 e 2017 houve um aumento de onze casos anuais (Gráfico 15).

Gráfico 15 – Taxa de suicídios dos 30 aos 39 anos de idade – de 2011 a 2017
De 30 a 39 anos

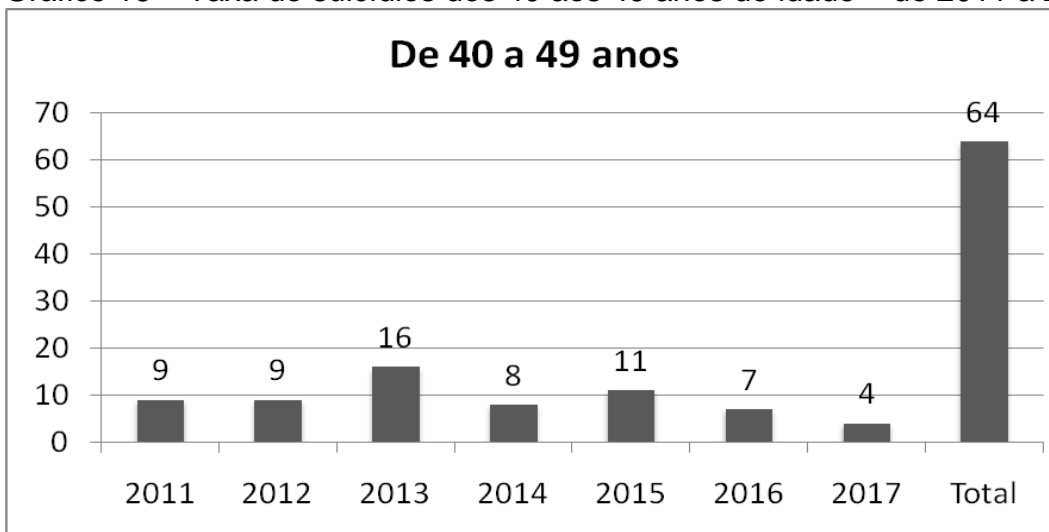


Fonte: Instituto Médico Legal, 2018

5.1.3.4 De 40 anos a 49 anos

O Gráfico 16 apresenta as taxas referentes aos suicídios ocorridos dentro do período estudado, entre 2011 e 2017 na AMREC, entre pessoas de 40 a 49 anos de idade, que apresentou queda, considerando que no ano de 2013 houve dezesseis registros e nos anos seguintes esses números diminuíram, chegando a quatro casos em 2017.

Gráfico 16 – Taxa de suicídios dos 40 aos 49 anos de idade – de 2011 a 2017

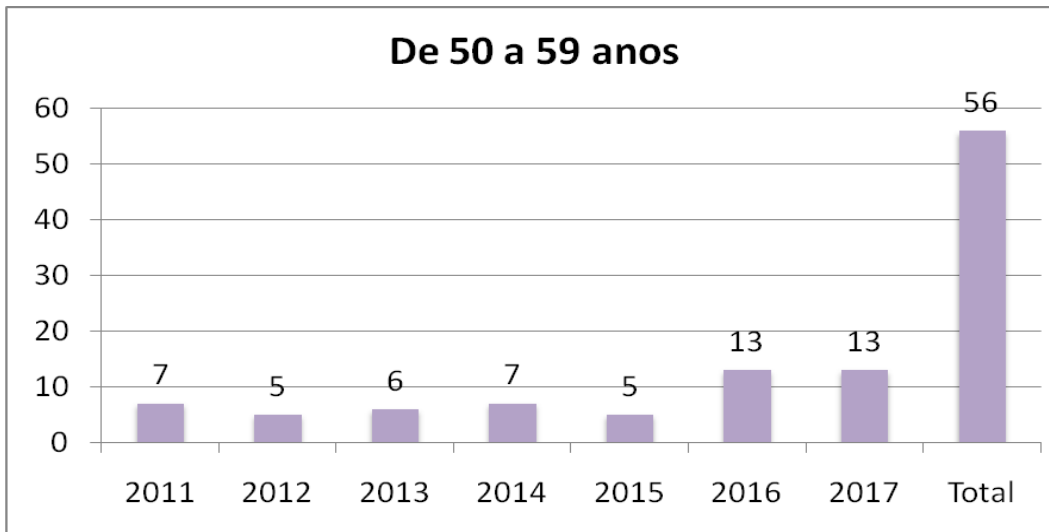


Fonte: Instituto Médico Legal, 2018

5.1.3.5 De 50 anos a 59 anos

Considerando os anos de 2011 a 2017, na região da AMREC, o número de suicídios entre adultos entre 50 e 59 anos aumentou. De modo que, nos últimos dois anos foram registrados 13 casos anuais, enquanto os anos anteriores não ultrapassaram sete casos por ano.

Gráfico 17 – Taxa de suicídios dos 50 aos 59 anos de idade – de 2011 a 2017

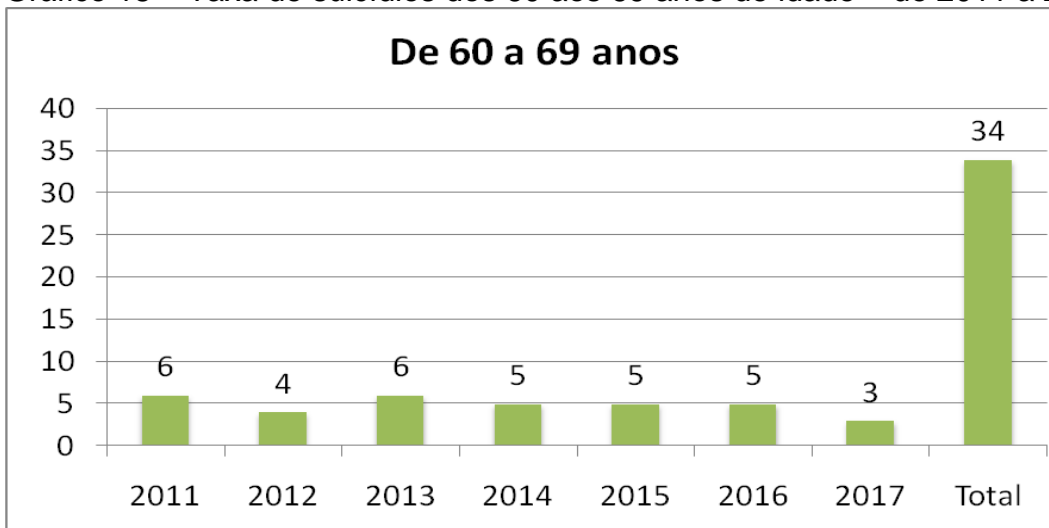


Fonte: Instituto Médico Legal, 2018

5.1.3.6 De 60 anos a 69 anos

Conforme o Gráfico 18, o número de suicídios entre idosos 60 a 69 anos diminuiu. Entre os anos de 2011 e 2016, os números se mantiveram entre quatro e seis registros anuais, enquanto 2017 registrou três casos.

Gráfico 18 – Taxa de suicídios dos 60 aos 69 anos de idade – de 2011 a 2017

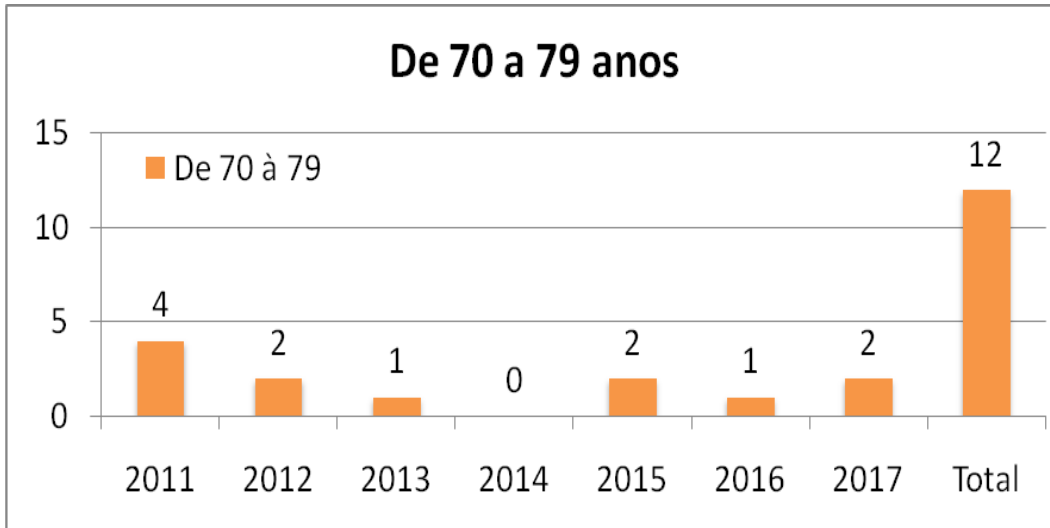


Fonte: Instituto Médico Legal, 2018

5.1.3.7 De 70 anos a 79 anos

Na faixa etária entre 70 e 79 anos, apesar de haver 4 registros em 2011, houve uma oscilação entre um e dois registros por ano entre 2012 e 2017, com exceção do ano de 2014, quando não houve registros (Gráfico 19).

Gráfico 19 – Taxa de suicídios dos 70 aos 79 anos de idade – de 2011 a 2017

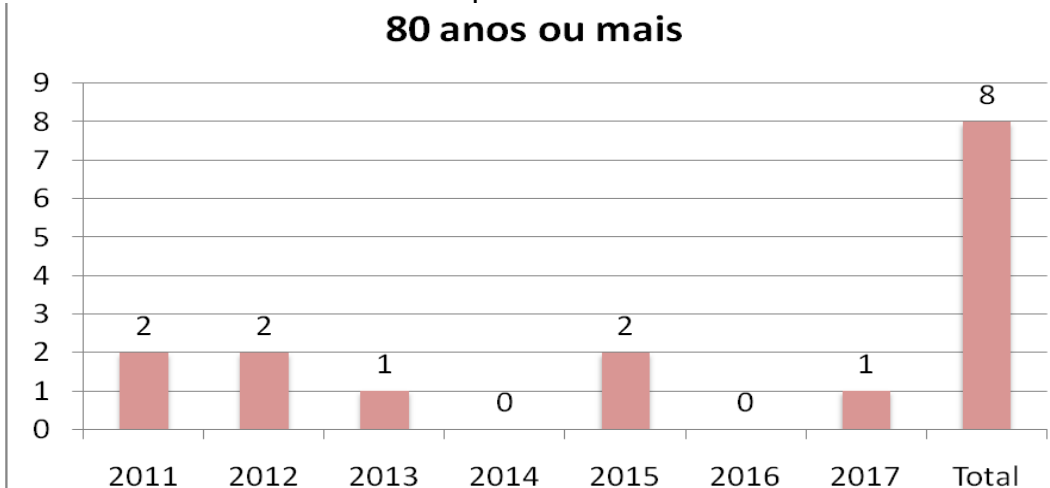


Fonte: Instituto Médico Legal, 2018

5.1.3.8 De 80 anos ou mais

Por fim, conforme o Gráfico 20, na faixa etária que compreende os idosos com idade superior a 80 anos, foram registrados 8 casos nos 7 anos analisados. Destacam-se os anos de 2014 e 2016, em que não foram registradas tais ocorrências.

Gráfico 20 – Taxa de suicídios a partir dos 80 anos – de 2011 a 2017

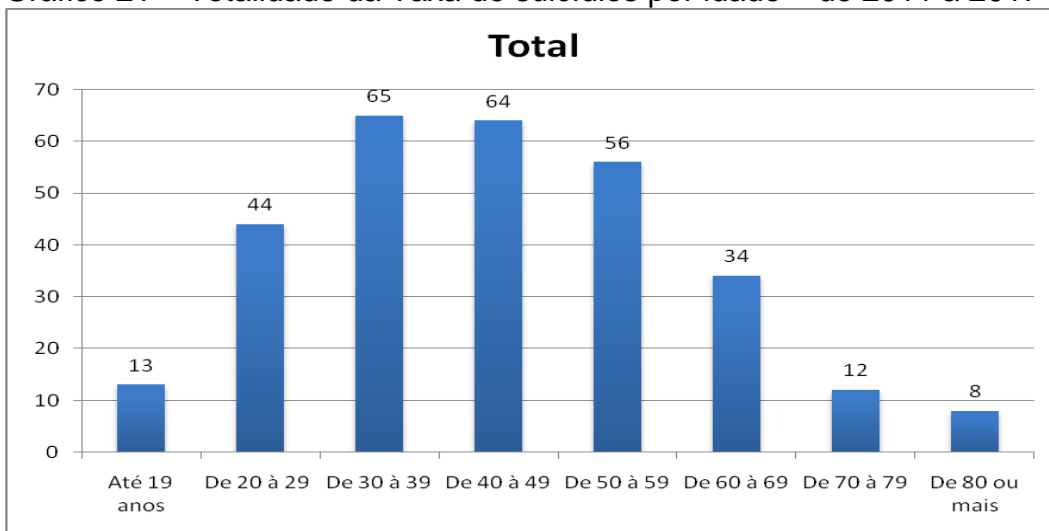


Fonte: Instituto Médico Legal, 2018

5.1.3.9 Totalidade

Analisando a reunião de dados, exposta no Gráfico 21, pode-se perceber que o número de suicídios é maior na faixa etária dos 30 aos 39 anos de idade, seguida da faixa dos 40 aos 49 anos, apresentando números praticamente idênticos. Após, estão as pessoas da faixa etária de 50 a 59 anos, seguida dos jovens entre 20 e 29 anos, além dos idosos com idade entre 60 e 69 anos. Crianças e adolescentes aparecerem em quarto lugar, seguidos de idosos entre 70 e 79 anos e, por fim, idosos a partir dos 80 anos de idade.

Gráfico 21 – Totalidade da Taxa de suicídios por idade – de 2011 a 2017



Fonte: Instituto Médico Legal, 2018

5.1.4 Cidades

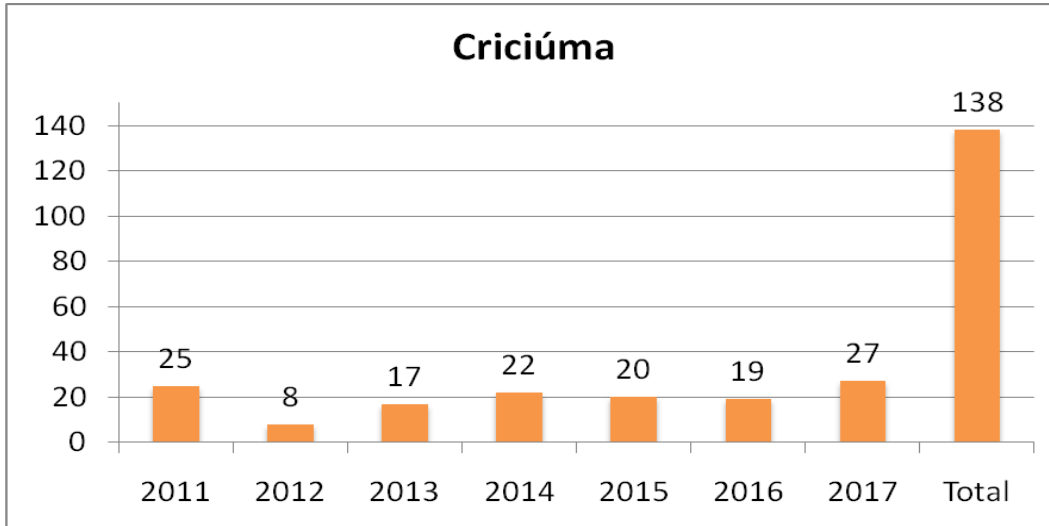
As cidades analisadas fazem parte da região conhecida como AMREC, no sul catarinense e tiveram seus dados sobre suicídios obtidos no IML de Criciúma. Foram analisados os dados disponíveis entre 2011 e 2017 sobre todas as cidades que compõe a região carbonífera, apresentadas nos subcapítulos a seguir.

5.1.4.1 Criciúma

Criciúma, conforme o Gráfico 22, apresentou menor índice de suicídios no ano de 2012, entretanto, em 2011 e a partir de 2013 os números tiveram aumento

significativo, mantendo-se acima dos 17 registros anuais, tendo seu auge registrado em 2017, com 27 casos.

Gráfico 22 – Taxa de suicídios em Criciúma – de 2011 a 2017

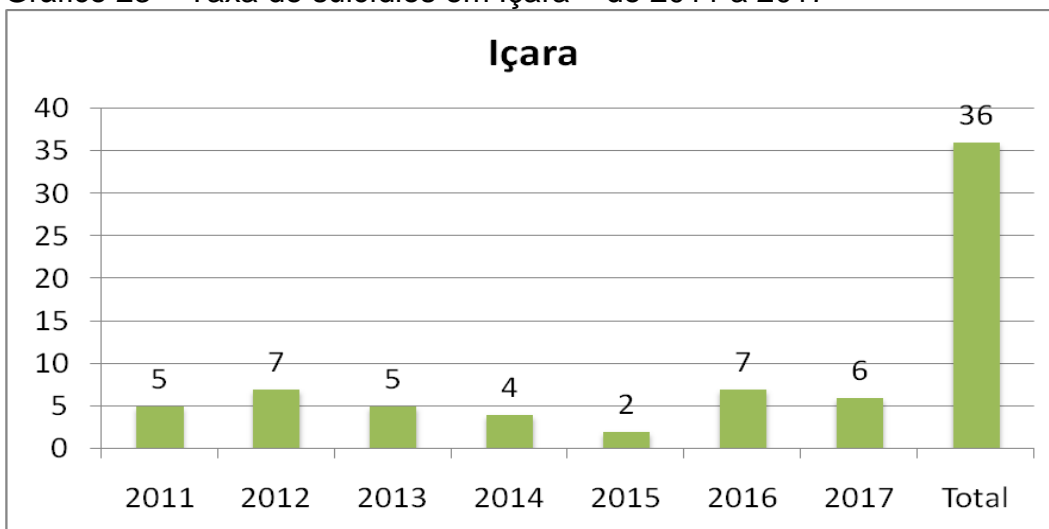


Fonte: Instituto Médico Legal, 2018

5.1.4.2 Içara

Içara registrou, no período, entre 2 e 7 ocorrências de suicídio (Gráfico 23), tendo o menor registro em 2015 e os dois maiores, em 2012 e 2016, com 7 casos cada.

Gráfico 23 – Taxa de suicídios em Içara – de 2011 a 2017

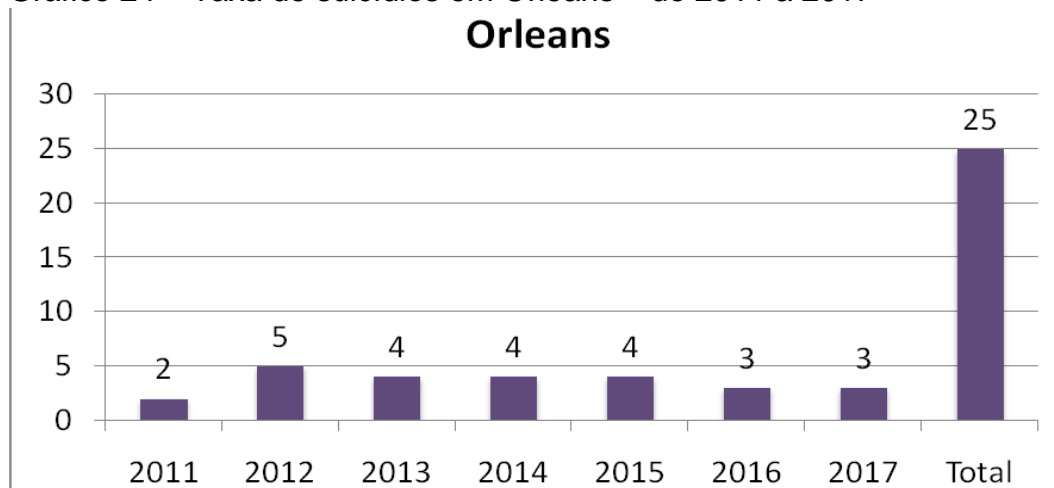


Fonte: Instituto Médico Legal, 2018

5.1.4.3 Orleans

A cidade de Orleans (Gráfico 24), após o ano de 2011 apresentou uma crescente em registros de suicídios anuais, sendo que somente no ano de 2016 e 2017 esses números diminuíram, passando de 4 registros, em média, para 3 registros anuais.

Gráfico 24 – Taxa de suicídios em Orleans – de 2011 a 2017

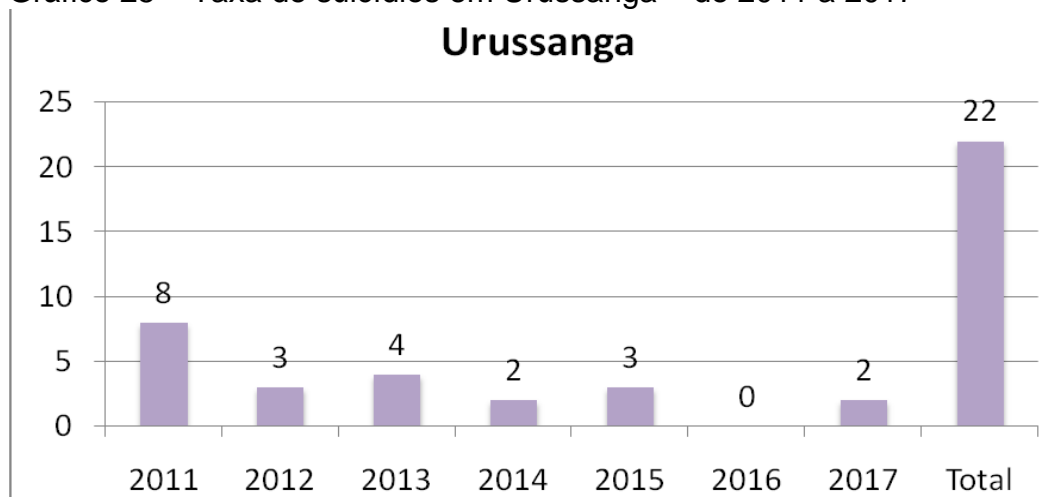


Fonte: Instituto Médico Legal, 2018

5.1.4.4 Urussanga

O município de Urussanga apresentou no número de registros de suicídios anuais uma diminuição, passando de oito registros no ano de 2011 para dois registros no ano de 2017. Destaca-se o fato de não ter havido registro de suicídio em 2016. (Gráfico 25).

Gráfico 25 – Taxa de suicídios em Urussanga – de 2011 a 2017

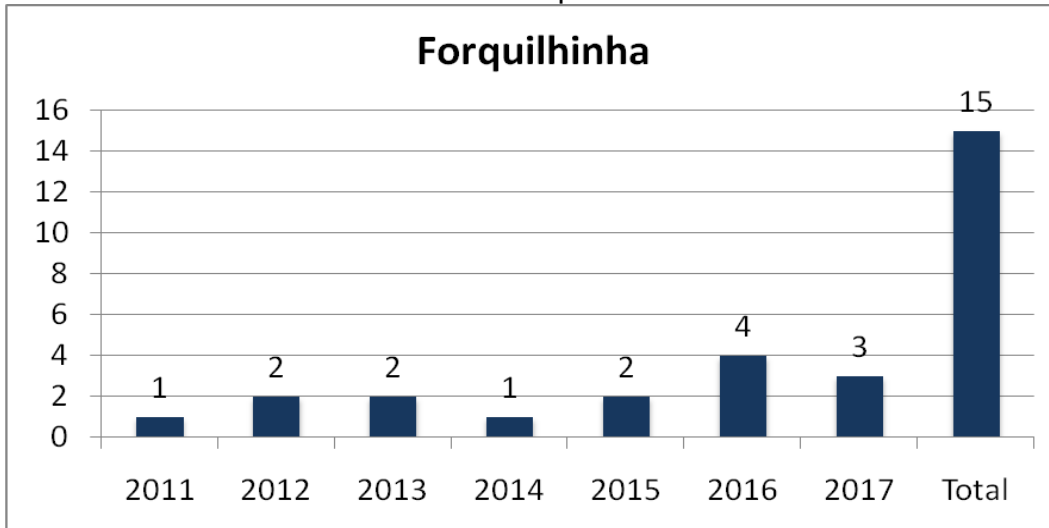


Fonte: Instituto Médico Legal, 2018

5.1.4.5 Forquilha

Considerando os anos de 2011 a 2017, a Cidade de Forquilha apresentou no número de suicídios anuais uma média de dois a quatro registros, sendo que no ano de 2016 houve o maior registro, com quatro mortes (Gráfico 26).

Gráfico 26 – Taxa de suicídios em Forquilha – 2011 a 2017

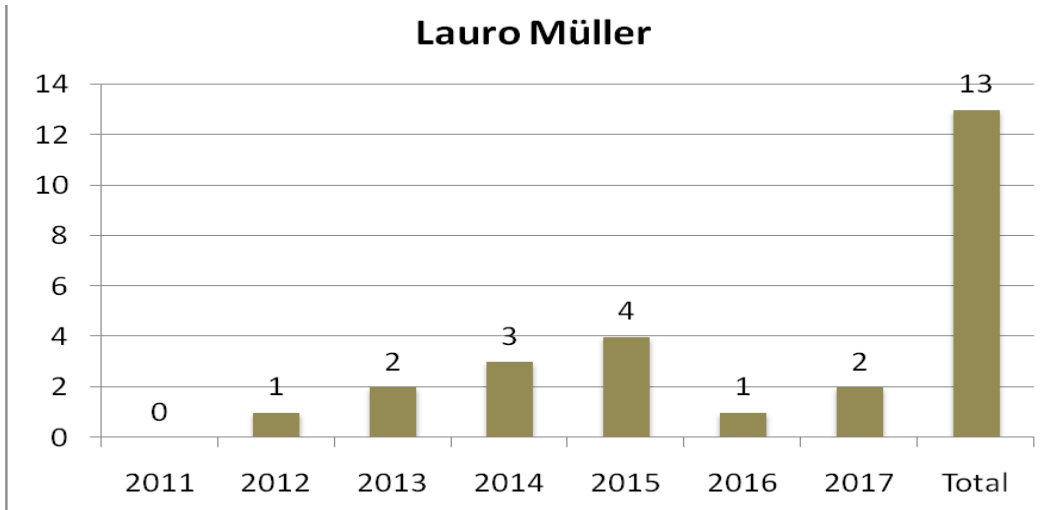


Fonte: Instituto Médico Legal, 2018

5.1.4.6 Lauro Müller

Considerando os anos de 2011 a 2017, a Cidade de Lauro Müller apresentou no número de registros de suicídios anuais uma diminuição, passando de quatro registros no ano de 2015 para um registro no ano de 2016 e dois registros no ano de 2017 (Gráfico 27).

Gráfico 27 – Taxa de suicídios em Lauro Müller – 2011 a 2017

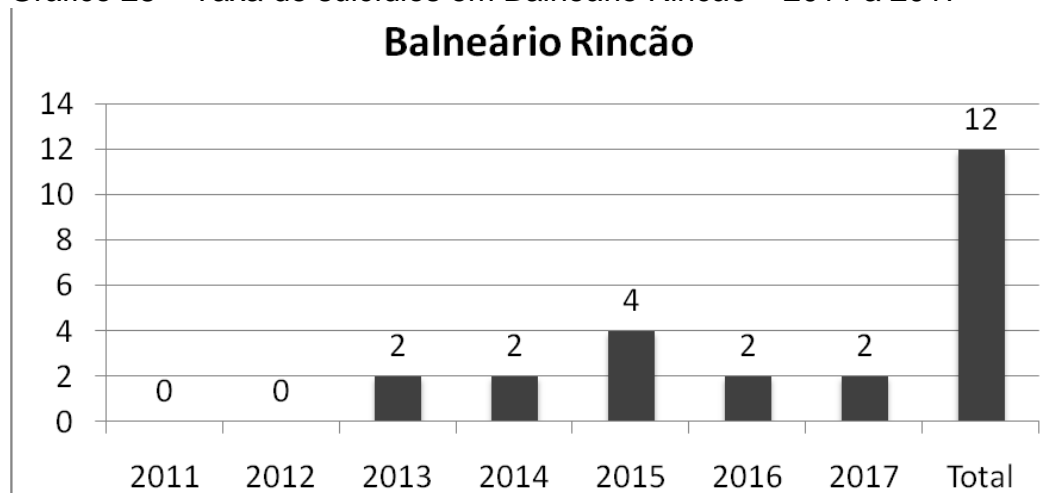


Fonte: Instituto Médico Legal, 2018

5.1.4.7 Balneário Rincão

De acordo com o Gráfico 28, a municipalidade de Balneário Rincão apresentou um crescente número de suicídios. Nos anos de 2011 e 2012 não havia registros, e desde o ano de 2013 os registros estão em dois casos por ano, com exceção do ano de 2015 que apresentou quatro registros.

Gráfico 28 – Taxa de suicídios em Balneário Rincão – 2011 a 2017

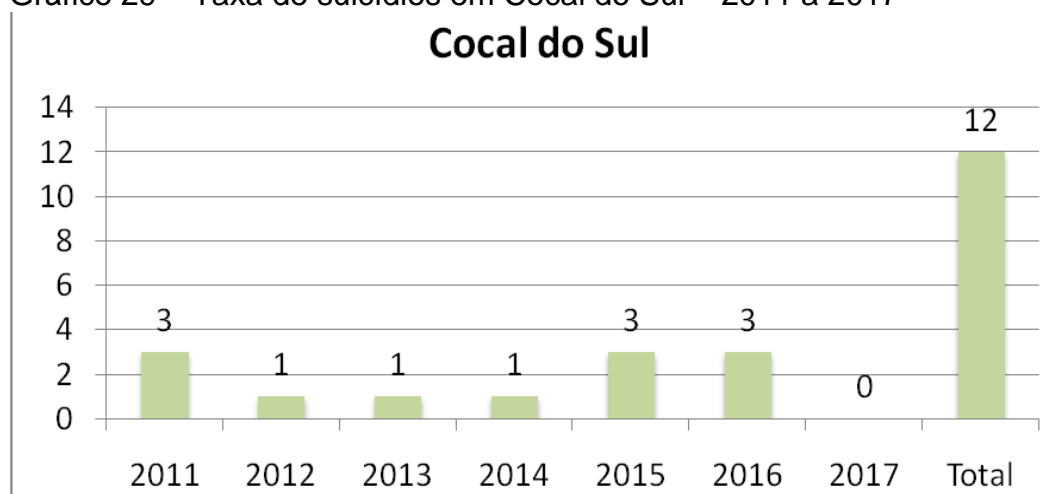


Fonte: Instituto Médico Legal, 2018

5.1.4.8 Cocal do Sul

A Cidade de Cocal do Sul apresentou nos anos de 2015 e 2016 o mesmo número de registro de suicídios do ano de 2011, ou seja, três registros. 2017 foi finalizado sem nenhuma morte. (Gráfico 29).

Gráfico 29 – Taxa de suicídios em Cocal do Sul – 2011 a 2017

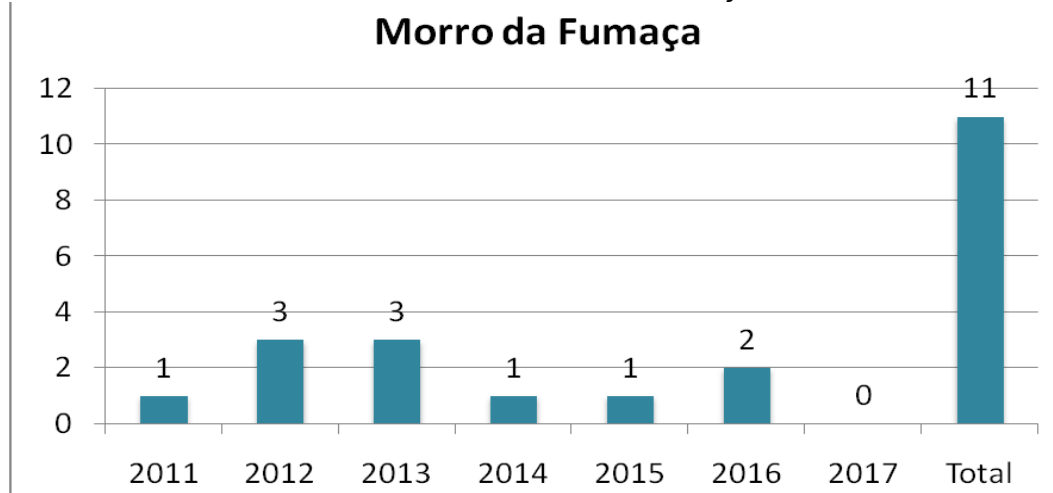


Fonte: Instituto Médico Legal, 2018

5.1.4.9 Morro da Fumaça

A Cidade de Morro da Fumaça apresentou nos anos de 2012 e 2013 os maiores números de registro de suicídios, sendo que houve uma diminuição nos anos seguintes, não havendo registros em 2017. (Gráfico 30).

Gráfico 30 – Taxa de suicídios em Morro da Fumaça – 2011 a 2017

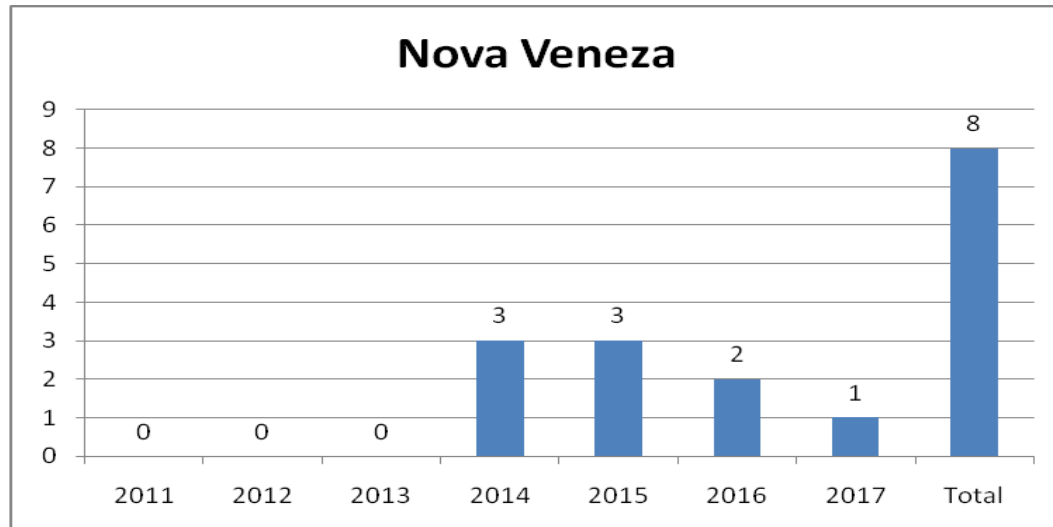


Fonte: Instituto Médico Legal, 2018

5.1.4.10 Nova Veneza

Nova Veneza não apresentou registros entre os anos de 2011 e 2013, havendo, logo após, três ocorrências em 2014 e 2015, seguido de uma diminuição de registros a partir de 2016. (Gráfico 31).

Gráfico 31 – Taxa de suicídios em Nova Veneza – 2011 a 2017

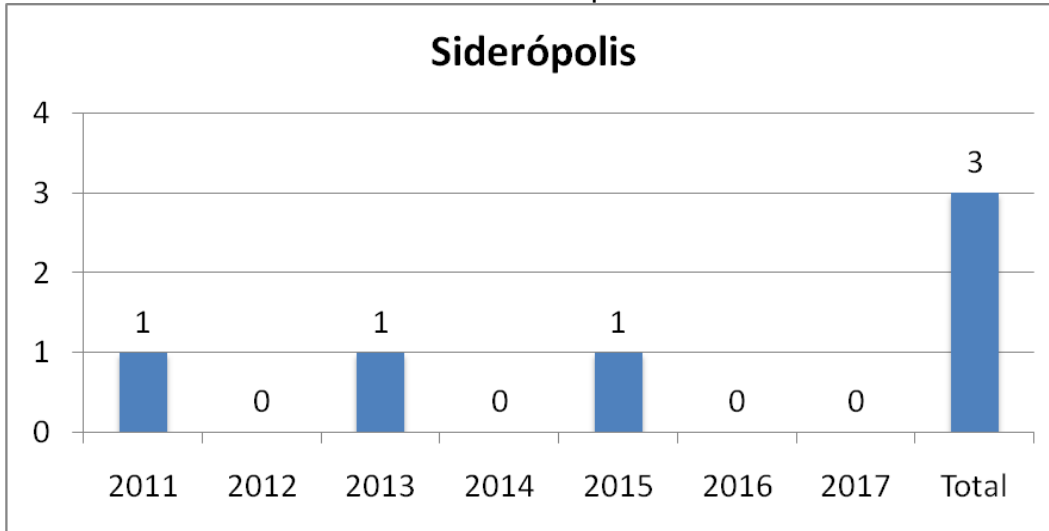


Fonte: Instituto Médico Legal, 2018

5.1.4.11 Siderópolis

Siderópolis (Gráfico 32) apresentou em seu maior número de registro apenas 1 (um) registro anual, compreendidos nos anos de 2011, 2013 e 2015, sendo que nos dois últimos anos não apresentou registros de suicídio.

Gráfico 32 – Taxa de suicídios em Siderópolis – 2011 a 2017



Fonte: Instituto Médico Legal, 2018

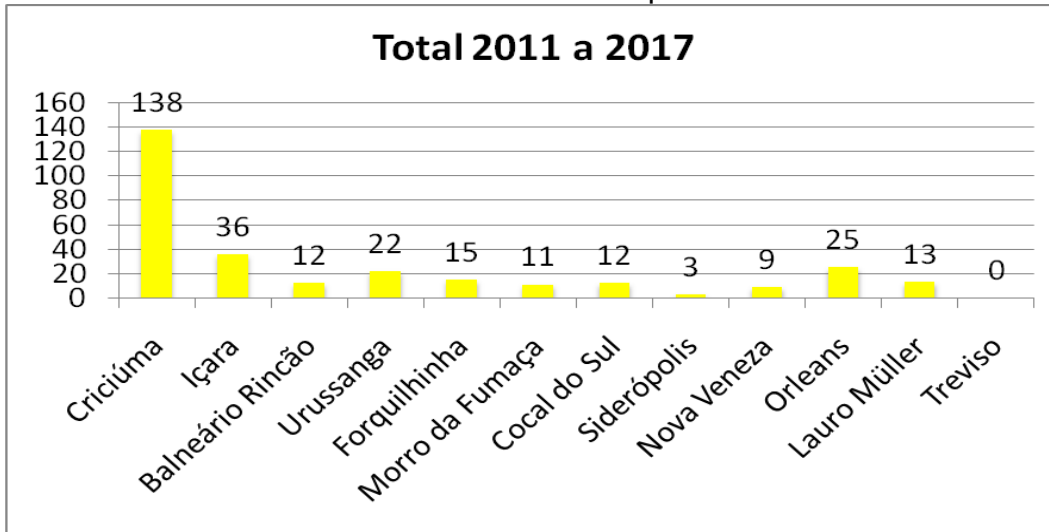
5.1.4.12 Treviso

Considerando os anos de 2011 a 2017, a Cidade de Treviso não apresentou registros de suicídios.

5.1.4.13 Totalidade

Observa-se que a Cidade de Criciúma é local que mais possui registros entre as cidades compreendidas na região da AMREC. Seguida por Içara, Orleans, Urussanga, Forquilha, Lauro Müller, Balneário Rincão, Cocal do Sul, Morro da Fumaça, Nova Veneza, Siderópolis e Treviso.

Gráfico 33 – Totalidade da Taxa de suicídios por cidade – de 2011 a 2017



Fonte: Instituto Médico Legal, 2018

5.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS

Com os dados acima expostos, oriundos do IML –Instituto Médico Legal de Criciúma, observa-se as estatísticas amparadas pelo número de registros de casos conhecidos, ou seja, os casos notificados, todavia, não se pode deixar de citar os casos de subnotificação, que são aqueles que ocorrem, mas efetivamente não são declarados e não chegam a conhecimento para compor as estatísticas, mas sabe-se que existem.

Ao analisar os dados de suicídios entre os anos de 2011 e 2017, pode-se chegar à conclusão de que trazem no aspecto gênero, um maior número nos casos masculinos, sendo eles o dobro do número de suicídios femininos, no que tange à consumação. Porém, segundo informações oriundas do próprio Instituto Médico Legal, já no tocante à tentativa de suicídio, mulheres possuem mais ideação, sendo que as tentativas femininas de suicídio são duas vezes maiores quando comparadas às tentativas por homens.

Esse fato pode ser reflexo do próprio homem, uma vez que a figura masculina historicamente demonstra ter mais “força” e estar menos suscetível a sentimentos, ao ponto que a tentativa é mais fácil de ser consumada. As mulheres, em contrapartida, são mais vaidosas, e defendidas por alguns como mais sentimentais, o que acaba provocando na tentativa um pensamento emocional, o que não a leva à consumação. Com base nesse contexto, observa-se ainda que os

meios mais utilizados pelo sexo feminino, geralmente são os menos letais, como a utilização de remédios.

Por diversas vezes foi mencionado que o meio utilizado possui relevância, e levando em que consideração que o ponto principal seja a intenção e não o meio, é necessário citar que o enforcamento na região carbonífera é o meio mais utilizado para quem evidencia o suicídio. Dado que faz menção direta ao cuidado dos familiares e amigos na prevenção, não permitindo que o indivíduo tenha acesso a locais que possam influenciar o enforcamento, e nem sejam deixados sozinhos com instrumentos que possam configurar meio para suicídio. Trata-se de uma morte lenta e dolorosa, geralmente provocado por cordas ou fios, que provocam pressão ao redor do pescoço, cortando o fornecimento de sangue para o cérebro, levando à morte.

Esse mesmo método de prevenção deve ser aplicado para o cuidado com a ingestão de medicamentos, que diante dos dados apresentados representa um número relevante de mortes. O acesso a medicamentos é fácil a qualquer pessoa, visto sua facilidade de ingestão, rápida e eficaz. Os familiares e amigos devem estar atentos a esse risco, evitando manter medicamentos em seus lares.

A outra problemática quanto ao meio gira em torno do emprego do uso da arma de fogo para o cometimento do suicídio. A posse da arma de fogo pode configurar um risco à família, por essa razão, quem possui o registro legal da arma de fogo deve tomar as medidas mais seguras possíveis, não deixando a arma em local de fácil acesso e de conhecimento dos indivíduos que se mostram favoráveis ao cometimento do suicídio. No mesmo sentido, evitar manter a posse de arma de fogo a quem possa estar com possível ideação de suicídio.

O registro de quedas possui grande impacto social, visto que geralmente essas precipitações se dão em edifícios localizados em áreas centrais, causando grande repercussão. As construções e acessos a esses edifícios devem ser pensados em prol da prevenção do suicídio. Faz-se muito importante manter uma segurança em locais de fácil acesso ao público, e essa iniciativa precisa ser cobrada do poder público, que detém o dever de zelar pela segurança da sociedade. Importante mencionar que as precipitações ocorrem de forma rápida, sendo que o resultado morte é instantâneo, conforme um estudo realizado em Hamburgo, Alemanha, que relata que 75% das vítimas morrem em poucos segundos ou minutos após a queda.

Em seguinte, o meio para atingir a morte por envenenamento traz à tona a cautela que se deve ter ao comercializar certos produtos, considerados substâncias venenosas. Esse acesso precisa ser fortemente restrito e também fiscalizado pelo poder público para a diminuição do uso inadequado de venenos. Um exemplo a ser acrescentado ao aludido trabalho, é em relação ao uso do Cianeto de Potássio, promissor de muitos suicídios, por provocar uma morte rápida e silenciosa. Além, é claro, de tantos outros, como é o caso do mercúrio e arsênico e até mesmo os mais comuns, geralmente comercializados com a finalidade de extinguir pragas.

O mesmo deve ocorrer em relação às queimaduras, pois apesar de ser um método pouco utilizado é de grande letalidade, provocando sofrimento físico e psicológico. Assim, deve-se atentar-se nas vendas de álcool e combustível. De modo que essas substâncias não cheguem ao indivíduo facilmente, e, principalmente, que não estejam à disposição de quem já apresentou estar enquadrado nos fatores de risco de suicídio.

Em relação aos afogamentos, pode-se acrescentar que se trata de uma morte não tão dolorosa fisicamente, mas uma das mais angustiantes, pois por vezes não há tempo para desistência. É necessário interromper a ida do indivíduo a praias ou locais que possam provocar os afogamentos.

O atropelamento oriundo da vontade direta da vítima de cometer suicídio só será identificado se profissionais capacitados conseguirem chegar a essa informação. Talvez por essa razão o número de óbitos não seja tão expressivo. Diferentemente da decapitação por trem, que não deixa de ser um atropelamento, todavia, certamente mais fácil de ser identificado com um ato suicida. Uma morte considerada rápida, e surpreendentemente, indolor. Para esses números, se pode pensar na prevenção de forma que as linhas férreas sejam mais protegidas.

E por último, como o meio menos utilizado, é a utilização da arma branca para cometer o ato. Os suicídios ocasionados por arma branca geralmente implicam em cortes na garganta ou pulsos, com facas, estiletes e outros objetos perfurantes. Em que pese os números de suicídios não serem altos é importante os cuidados dos familiares e amigos na guarda dos objetos. A utilização desse meio implica em sinais antes do efetivo suicídio. É costumeiro visualizar ocorrências com ferimentos nos pulsos, principalmente.

Outro fator que implica nas ocorrências de suicídio é a faixa etária. Esse fator talvez seja o mais importante, pois é a partir dessa premissa que se estabelece

quais as pessoas com a maior probabilidade de cometer suicídio para, assim, promover as medidas de prevenção.

Os dados chamam atenção no que se refere às pessoas de 30 a 49 anos que apresentam a maior incidência de suicídio. A fase da vida dessas pessoas é evidenciada pelos ganhos ou pelas perdas, sejam elas físicas, emocionais ou financeiras, e nessa etapa pode se estabelecer uma forte tristeza, o sentimento de derrota, de não conseguir superar certos problemas, desencadeando uma depressão. A idealização do suicídio certamente se instala nessas pessoas de forma mais clara, e assim, necessita-se de medidas que assegurem a esses indivíduos maior assistência.

Quando se observa as estatísticas referentes a crianças e jovens adultos (zero a dezenove anos) apesar de não apresentar um número expressivo se comparado a outros números, é alarmante. Pois esses dados referem-se a pessoas que estão no início da vida e não conseguem realizar uma progressão futura e são interrompidos pelo desejo de morrer. As políticas públicas nesse ponto têm como papel fundamental introduzir na vida social e escolar dos jovens medidas de valorização à vida. Assim como deve ser realizada assistência aos menores e aos jovens que estão em risco de vulnerabilidade a álcool e outras drogas.

6 CONCLUSÃO

O presente trabalho de conclusão de curso tem como base propulsora trazer à discussão o problema de saúde pública que o suicídio se tornou. É certo que o suicídio ainda figura como um enigma, sobre o qual nos debruçamos a entender, mas pode-se concluir que somente com a aplicação de políticas públicas poderá ser reduzido, de modo que é necessário garantir aos indivíduos que estão em risco de cometer suicídio medidas eficazes e, principalmente, acolhedoras.

A sociedade já demonstrou sua evolução diante do impacto que o suicídio traz, mas ainda há falta de conhecimento para lidar com essa problemática, que por vezes acaba acarretando maneiras inadequadas de abordar o assunto. Estudos devem ser realizados para que se possam estabelecer políticas públicas eficazes por parte do poder público, uma vez que, como bem mencionado em todo o contexto do presente trabalho, é seu dever! Está expressa essa obrigação em sua carta de altura máxima, na Constituição Federal Brasileira, não deixando, assim, dúvidas de que essas medidas farão com que o suicídio deixe de ser um problema de saúde pública.

Além de resolver essa problemática individualmente, levando a cada indivíduo mais dignidade, estará solucionando um problema coletivo, e prevenindo demandas futuras junto ao judiciário. A assistência necessária permite ao indivíduo um tratamento justo e igualitário, e na falta desta, a única maneira de provê-la é recorrendo à justiça, que demanda tempo e, por vezes, insatisfação. Não só ao agente, que detém o desejo de cometer suicídio, mas também a seus familiares, que diante de uma perda incomparável, entram em tristeza profunda, ocasionando a depressão. Essas pessoas, da mesma maneira, precisam ser atendidas e suficientemente amparadas, para que possam ter uma vida digna, e não tenham a mesma percepção do ente querido que os deixou. As políticas públicas precisam desenvolver formas de transmitir aos familiares e amigos que auxiliem na identificação do desejo suicida, e como lidar com a situação.

Os fatores influenciadores do suicídio podem ter relações internas e externas com o indivíduo, assim como o meio onde vive pode ter profunda referência com esse desejo, além de questões físicas e sentimentais de cada ser. As decepções, as insatisfações, o poder aquisitivo abalado ou até o vício são promissores da vontade de deixar de viver por ato único e unilateral.

Para cessar com a vida utilizam-se meios, métodos, formas que vão proporcionar a morte. Todavia, é importante que sejam mencionados os meios utilizados para que se possa evitar certas situações, precisa-se evidenciar a intenção e não o meio, pois, conseguindo detectar a intenção, evita-se a concretização, seja por qual meio for.

As pesquisas demonstram que toda faixa etária está na margem de risco de cometer suicídio, mas é importante destacar que conseguindo identificar os motivos mais relevantes se podem estabelecer melhores pesquisas de prevenção.

Superadas todas as tentativas de prevenção e identificação do suicídio, o dever do outro para com o próximo, está sanado. Mas, para isso, a sociedade como um todo ainda precisa evoluir, e muito. O cometimento do suicídio só pode ser julgado pelo próprio indivíduo, mesmo sabendo que essa escolha acarreta consequências sociais, e principalmente sentimentais.

Os direitos nascem com a vida, com a construção da personalidade e precisam ser exercidos com dignidade, e na falta desses pressupostos, nasce o desejo da morte.

REFERÊNCIAS

- AMREC. ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO CARBONÍFERA. **Histórico**. [online] jun. 2014. Disponível em; <<http://www.amrec.com.br/cms/pagina/ver/codMapaltem/59316>>. Acesso em 20 mai. 2018.
- BOA NOVA JÚNIOR, Francisco de Paula. **Problemas médicos e sociais da indústria carbonífera sul catarinense**. Rio de Janeiro: DNPM/ Divisão de Fomento da Produção Mineral, Boletim 95, 1953.
- BORGES, B., WALTERS, E. E., & KESSLER, R. Association of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior, **American Journal of Epidemiology**, 151 (8), 781-789. 2000
- BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 5ª Ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2010.
- BRASIL. **Código Penal**. Decreto lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Brasília, DF: 1940.
- _____. Constituição Brasileira (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- _____. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde... Brasília, 19 de setembro de 1990.
- CAMUS, A. **O Mito de Sísifo** (Ensaio sobre o Absurdo). Tradução e Apresentação de Mauro Gama, Editora Guanabara, 1982. 102 p.
- CAROLA, Carlos Renato. Dos Subterrâneos da História: as trabalhadoras das minas de carvão de Santa Catarina (1937-1964). Florianópolis. Ed. da Ufsc, 2002.
- CASSORLA, Roosevelt M. S. **O que é suicídio**. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1984.
- CERES - Associação Criciumense de apoio à saúde mental. **Nossa história**. [online]. Disponível em: <<https://www.ceressaudemental.org.br/quem-somos>>. Acesso em 20 jun. 2018
- CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS – CNM. **Recursos financeiros no Sistema Único de Saúde**. Brasília: CNM, 2014.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O suicídio e os desafios para a Psicologia**. Conselho Federal de Psicologia, Brasília, CFP, 2013. 152p.
- CRUMLEY, F. E. Substance abuse and adolescent suicidal behavior. **Journal of the American Medical Association**, 263 (22), 3051-56. 1990.

DIEKSTRA, R. F. W. The epidemiology of suicide and parasuicide. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 371 (Suppl), 9-20. 1993.

DURKHEIN, Émile. **O suicídio**. Estudo de sociologia. Tradução: Mônica Stahel. São Paulo: Martins Fontes, 1982.

ESTELLITA-LINS, Carlos (Org.). **Trocando seis por meia dúzia** - Suicídio como emergência do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Mauad, 2012.

ESUCRI. **Serviço de psicologia aplicada à comunidade**. [online]. Disponível em: <<https://www.esucri-univer.com.br/siteesucri/psicologia.htm>> Acesso em 20 mai. 2018.

FREY, Klaus. **Políticas públicas**: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. Planejamento e Políticas Públicas, Brasília, n. 21, p. 211-259, jun. 2000.

GUILLON, Claude. BONNIEC, Yves Le. **Suicídio**: modo de usar - História, técnica, notícia. Lisboa: Antígona, 1990.

HOLMES, D. S. (2001). **Psicologia dos transtornos mentais** (2ª ed.). Porto Alegre: ARTMED.

IBES. Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde. Grave problema de saúde pública, suicídio é responsável por uma morte a cada 40 segundos no mundo. 12 setembro de 2016. [online]. Disponível em: <www.ibes.med.br/grave-problema-de-saude-publica-suicidio-e-responsavel-por-uma-morte-a-cada-40-segundos-no-mundo/>. Acesso em 20 mar. 2018

JORNAL O GLOBO. Quatro motivos para falar sobre o Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio. [online]. 2018. Disponível em <<https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/quatro-motivos-para-falar-sobre-dia-mundial-de-prevencao-ao-suicidio-17442515>>. Acesso em 23 jun. 2018

MAGRI, Keli. Região carbonífera de Santa Catarina concentra o maior passivo ambiental do país. **Notícias do Dia** [online]. 12 dez. 2015. Disponível em: <<https://ndonline.com.br/florianopolis/noticias/regiao-sul-concentra-o-maior-passivo-ambiental-do-pais>>. Acesso em 25 mai. 2018.

MARTINS, Adriana. Suicídio deve ser tratado como questão de saúde pública, alertam pesquisadores. Portal Fiocruz. 07 de jan. de 2014. [online]. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/suicidio-deve-ser-tratado-como-questao-de-saude-publica-alertam-pesquisadores>>. Acesso em 20 mar. 2018

MELO, Marcus André. As sete vidas da agenda pública brasileira. In: RICO, Elizabeth Melo (Org.). Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate. São Paulo: Cortez, 1998. p. 11-28.

MILIOLI, Geraldo; et al. **O sul do Estado de Santa Catarina**. 15 de janeiro de 2004. [online]. Disponível em:

<http://www.ib.usp.br/limnologia/Sul_catarinense/Sulcatarinense/>. Acesso em: 25 abr. 2018.

MIRANDA, Antonio Luiz. A constituição do espaço urbano no sul de Santa Catarina através das vilas operárias do setor carbonífero na primeira metade do século XX: Habitação, controle e modos de vida. **Anais** do ANPUH - XXV Simpósio Nacional de História. Fortaleza, 2009. Disponível em: <anais.anpuh.org/wp-content/uploads/mp/pdf/ANPUH.S25.0037.pdf>. Acesso em 20 jun. 2018.

MORAES, Alexandre. **Direitos Humanos Fundamentais**. 5ª Ed. São Paulo: Editora Atlas, 2003.

MUZA, G., et al. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). I-Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. **Revista de Saúde Pública**, 31 (1), 21-9. 1997.

ORGANIZAÇÃO SETEMBRO AMARELO. **O suicídio**. 2016. Disponível em: <<http://www.setembroamarelo.org.br/o-suicidio/>>. Acesso em 25 jun. 2018.

PAULUS JÚNIOR, Aylton; CORDONI JÚNIOR, Luiz. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, nº 01, p. 13-19, dez. 2006.

PÍCOLO, Guilherme Gouvêa. O direito de morrer: eutanásia, ortotanásia e distanásia no direito comparado. **Portal Jurídico Investidura**, Florianópolis/SC, 21 Mar. 2012. Disponível em: <investidura.com.br/biblioteca-juridica/artigos/direito-constitucional/232395-o-direito-de-morrer-eutanasia-ortotanasia-e-distanasia-no-direito-comparado>. Acesso em: 25 Jun. 2018

PORTAL G1. "Suicídio é um problema de saúde pública", diz psicólogo de MG. 25 de setembro de 2016a. [online]. Disponível em: <g1.globo.com/mg/centro-oeste/noticia/2016/09/suicidio-e-um-problema-de-saude-publica-diz-psicologo-de-mg.html>. Acesso em 20 mar. 2018

ROMERA, Bruna. O papel da mídia na prevenção ao suicídio. **Portal Boavontade.com**. 09 de setembro de 2017. Disponível em: <<https://www.boavontade.com/pt/dia-dia/o-papel-da-midia-na-prevencao-ao-suicidio>>. Acesso em 25 jun. 2018

SCHMITT, R., QUEVEDO J.; KAPCZINSKI, F. Risco de suicídio. In J. QUEVEDO, R. SCHMITT, F. KAPCZINSKI. **Emergências psiquiátricas**. 2ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2008. p. 181-196.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 20 ed. São Paulo: Malheiros, 2002. p. 807.

SOUZA, Celina. "Estado do campo" da pesquisa em políticas públicas no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 15-20, fev. 2003.

SZAZSZ, Thomas. *Libertad fatal: ética y política del suicidio*. Espanha: Paidós, 2002. 298 p.

TREVISAN, Andrei Pittol; VAN BELLEN, Hans Michael. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Rev. Adm. Pública** [online]. 2008, vol.42, n.3, pp.529-550

USP. Universidade de São Paulo. E-Disciplinas. Apoio às disciplinas da USP. **Emergências psiquiátricas**. 2016. [online]. Disponível em: <<https://edisciplinas.usp.br/mod/book/view.php?id=1259987&chapterid=12216>>. Acesso em 20 mar. 2018

VAN BELLEN, Hans Michael. **Indicadores de sustentabilidade**: uma análise comparativa. Rio de Janeiro: FGV, 2005

VIANNA, Mônica Peixoto. Habitação e modos de vida em vilas operárias. **Monografia** final da Disc. Habitação, Metrópole, Modos de Vida. USP. 2004.
VIEIRA, Tereza Rodrigues. **Bioética e direito**. São Paulo: Jurídica Brasileira, 1999.

VIGOTSKI, L. S. (1996). **Teoria e método em psicologia** (C. Berliner, Trad.). São Paulo: Martins Fontes

VOMERO, M. F. Por que uma pessoa se mata?. **Super Interessante**, n. 184, p. 36-43. São Paulo, janeiro de 2003.