

POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO: OBSERVAÇÕES E PERSPECTIVAS NO CONTEXTO DE PANDEMIA

Carlos Stavizki Junior¹

Resumo: Este trabalho apresenta uma discussão sobre as políticas de prevenção ao suicídio no Brasil e suas capacidades de intervenção na conjuntura atual. Considera-se o histórico de inclusão desta problemática nas agendas de políticas públicas do Estado brasileiro, tomando como principal acontecimento a criação das Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio, em 2006. Analisa-se, empiricamente, a contemporaneidade destas diretrizes, relacionando-as com estratégias de prevenção ao suicídio desenvolvidas no estado do Rio Grande do Sul. Através da análise bibliográfica, percebe-se que as ações governamentais são incipientes frente a dimensão do problema no território e pouco eficazes no contexto da pandemia de COVID-19. Entende-se que as ações preventivas devem considerar diferentes aspectos da vida humana, tendo uma abordagem biopsicossocial para o fenômeno e suas expressões. Conclui-se que a prevenção ao suicídio deve abarcar diferentes políticas públicas, especialmente aquelas ligadas à distribuição de renda, fortalecimento de direitos trabalhistas e à qualificação dos serviços de saúde mental.

Palavras-chave: Suicídio. Pandemia. COVID-19. Políticas Públicas.

1 INTRODUÇÃO

A discussão em torno da prevenção ao suicídio vem ganhando destaque no âmbito internacional, sendo pauta de tratados bilaterais de saúde, políticas públicas estatais e de movimentos sociais em diferentes territórios. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio se tornou uma das dez principais causas de morte no planeta, chegando próximo à marca de 1.000.000 de óbitos anualmente. Além disso, as taxas de suicídio vêm aumentando em diversos países, incluindo o Brasil, especialmente entre os jovens, sendo atualmente a segunda causa de morte na faixa etária de 15 a 24 anos (OMS, 2019).

No contexto da pandemia, causada pela doença COVID-19, a problemática do suicídio ganha ainda mais notoriedade, diante da conjuntura econômica, social e sanitária causada pelos reflexos da pandemia e sobre o risco de aumento dos distúrbios mentais, como depressão, ansiedade e ideação suicida. A preocupação com um possível aumento de casos de suicídio e

¹ Assistente Social; Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional; Universidade de Santa Cruz do Sul (PPGDR/UNISC); Membro do grupo de estudos e pesquisa em Democracia e Políticas Públicas (GEDEPP/UNISC); Membro do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul; E-mail: cstavizki@hotmail.com.

de tentativas de suicídio durante a pandemia está presente em publicações oficiais da OMS, referendadas por organizações nacionais e pesquisadores de diferentes áreas do conhecimento.

Apesar do tema se manter vinculado às ciências da saúde, especialmente à psiquiatria e psicologia, percebe-se um crescente movimento de inclusão das ciências sociais aplicadas e ciências humanas nas discussões sobre prevenção ao suicídio. No Brasil, estudos apontam que as políticas de prevenção devem articular as ações de saúde mental com outras políticas públicas, entendendo que a diminuição das taxas de suicídio depende da valorização da vida humana e da promoção de acesso aos direitos sociais (BANDO; BARROZO, 2010; AMARAL, 2019; STAVIZKI JUNIOR, 2020). Entretanto, o debate sobre as determinações sociais relacionadas ao suicídio ainda é incipiente no Brasil e necessita de maior diálogo na sociedade e no âmbito do Poder Público.

Assim, este trabalho coloca-se como um promotor deste debate no âmbito das ciências sociais, trazendo considerações relevantes para a construção de políticas públicas de prevenção ao suicídio. Ao considerar o contexto da pandemia no Brasil, apresentam-se observações sobre o risco de aumento das mortes por suicídio no território e perspectivas para o trabalho de prevenção no período atual e pós-pandemia. Além da introdução, este texto apresenta uma breve sistematização das políticas de prevenção ao suicídio desenvolvidas no Brasil a partir de 2006. Em seguida, traz uma discussão sobre a problemática na conjuntura atual, considerando os reflexos sanitários, sociais e econômicos da pandemia de COVID-19. Por fim, expõe considerações sobre o debate e perspectivas para efetivação das políticas públicas de prevenção ao suicídio no Brasil.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO NO BRASIL

A relação do Estado brasileiro com a problemática de prevenção ao suicídio é recente e pouco efetiva, tendo em sua trajetória ações isoladas, promovidas especialmente por tratados bilaterais e programas voltados ao tratamento psiquiátrico. No entanto, reconhece-se que a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, abriu espaço nas agendas de Governo para demandas relacionadas à saúde mental, possibilitando a criação de políticas públicas. De lá para cá, as políticas de Saúde Mental estão ampliando seu apoio popular e instituindo no país tratamentos dignos e humanizados aos seus pacientes. É sobre este apoio popular e abertura

política que as ações de prevenção ao suicídio são introduzidas no debate político e nas agendas de políticas públicas brasileiras.

Contudo, o apoio popular não se deu por meio dos movimentos sociais, como ocorreu na construção da política de saúde mental no país, através dos movimentos de Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial (FAGUNDES, 2006). Enquanto os projetos em torno da qualidade dos serviços, ampliação de direitos e investimento estatal na política de saúde mental avançavam, desde a década de 1980, a problemática do suicídio no Brasil permaneceu distante das agendas de governo, até o início do século XXI. Em 1999, a OMS lançou o *Suicide Prevention Program* (SUPRE), sendo a primeira iniciativa a nível mundial para a prevenção do suicídio da organização. O programa consistia na elaboração e publicação de guias com orientações para a intervenção na problemática do suicídio, dirigidos a grupos sociais e profissionais específicos, que são de particular relevância para a prevenção do suicídio (OMS, 2006, p.24). Em 2000, alguns dos manuais produzidos pelo SUPRE foram traduzidos e publicados no Brasil, com guias exclusivos para médicos clínicos gerais, profissionais da atenção primária de saúde, agentes penitenciários, professores, trabalhadores da mídia e familiares. Em cada um destes manuais, apresentava-se, de forma pragmática, “o que fazer” e “o que não fazer” em casos de tentativa de suicídio (OMS, 2000; DIANI, 2015).

Mais tarde, em 2006, foi publicado no Brasil o documento “Prevenção ao Suicídio: um recurso para conselheiros”, com o intuito de instrumentalizar profissionais dedicados ao tema e que atuassem diretamente com indivíduos com ideação suicida e seus familiares. O documento trazia ainda um guia com “mitos” e “verdades” sobre o suicídio, sendo replicado até hoje em campanhas de prevenção no país. As publicações do SUPRE trazem como embasamento teórico o trabalho de pesquisadores de diferentes países, como: Cuba, Nova Zelândia, Egito, África do Sul, França, Estônia, Suécia e China (OMS, 2000, p. 2). Apesar da pouca divulgação deste programa no Brasil, o SUPRE trouxe um novo contexto para a prevenção ao suicídio, estimulando pesquisas e contribuindo para abertura política do tema dentro das agendas dos governos estaduais e federal.

Cabe ressaltar, entretanto, que a OMS assume uma linha teórica voltada ao tratamento de pacientes com “risco de suicídio”, segundo diagnósticos psiquiátricos. As soluções propostas pela Organização para diminuição dos índices de suicídio de um país, consiste, basicamente, na capacitação de trabalhadores para identificar os fatores de risco e na qualificação de dados

epidemiológicos. Apesar da importância destas ações para qualificar as intervenções profissionais, entende-se que a prevenção ao suicídio envolve diferentes políticas públicas, bem como uma variedade de serviços e profissões.

Após a divulgação do SUPRE no Brasil e de um processo de construção política no âmbito do Ministério da Saúde, cria-se, em agosto de 2006, as “Diretrizes Nacionais para Prevenção ao Suicídio”, através da Portaria nº 1.876/06. As diretrizes foram lançadas oficialmente durante o I Seminário Nacional de Prevenção ao Suicídio, realizado nos dias 17 e 18 de agosto de 2006, na cidade de Porto Alegre/RS. Durante o Seminário, foram lançados ainda o “Manual de Prevenção do Suicídio para Profissionais das Equipes de Saúde Mental” e as “Referências Bibliográficas Comentadas sobre Suicídio, Sobreviventes e Família”, além de um DVD com o registro do evento (BRASIL, 2007).

Compreende-se que a realização deste Seminário marca o início do processo político que traria protagonismo para o debate sobre o suicídio no país, criando as oportunidades para a implementação de uma política pública nacional. Entretanto, na prática, as Diretrizes Nacionais limitaram-se a instruir profissionais e serviços de saúde mental, incorporando-se, mais tarde, na própria Política Nacional de Saúde. Apesar de não assumir o protagonismo esperado e nem se transformar em uma política de Estado, as Diretrizes trouxeram importantes avanços para o debate destacados em seu texto.

[...] Considerando o aumento observado na frequência do comportamento suicida entre jovens entre 15 e 25 anos, de ambos os sexos, escolaridades diversas e em todas as camadas sociais; Considerando o impacto e os danos causados pelo suicídio e as tentativas nos indivíduos, nas famílias, nos locais de trabalho, nas escolas e em outras instituições; Considerando a possibilidade de intervenção nos casos de tentativas de suicídio e que as mortes por suicídio podem ser evitadas por meio de ações de promoção e prevenção em todos os níveis de atenção à saúde; Considerando a necessidade de organizar uma rede de atenção à saúde que garanta linha de cuidados integrais no manejo dos casos de tentativas de suicídio, com vistas a reduzir o dano do agravo e melhorar o acesso dos pacientes ao atendimento especializado, quando necessário; Considerando a importância do suporte oferecido pelas organizações da sociedade civil na área de Prevenção do Suicídio, como os Centros de Crise e outros [...] (BRASIL; Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006).

Nota-se que a Portaria considera questões ainda contemporâneas sobre o suicídio, como: a incidência entre os jovens; os danos causados pelas tentativas de suicídio; a ideia de que o suicídio pode ser evitado através da promoção e prevenção; e a importância da sociedade civil na prevenção. Isto demonstra que as Diretrizes sustentam uma visão ampla sobre o problema e

considera as principais características do fenômeno do suicídio no Brasil. Além disso, a Portaria destaca os trabalhadores rurais como indivíduos vulneráveis ao suicídio, considerando os riscos à saúde mental causados pelo manejo de agrotóxicos (TRAPÉ; BOTEGA, 2006).

Em suma, as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio servem, até hoje, como um guia de intervenção para serviços de saúde mental, sendo utilizado como base para elaboração de políticas de prevenção em alguns estados e municípios; mas não para a construção de uma política pública nacional. O debate político iniciado em 2005/2006 perdeu espaço na agenda governamental, criando uma lacuna que se estendeu até a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)² no âmbito do SUS, a qual instituiu redes de atenção que envolviam os hospitais, serviços de emergência, atenção primária e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Entende-se que a RAPS vem qualificando o atendimento de pacientes com ideação suicida, promovendo um trabalho interdisciplinar e integral aos pacientes. Contudo, esta vinculação da prevenção ao suicídio aos serviços de saúde, dificulta a participação de outras políticas públicas no trabalho de enfrentamento ao aumento do suicídio no território nacional.

Neste sentido, entende-se que o processo de construção de uma política de prevenção ao suicídio no Brasil é lento e marcado por visões antagônicas sobre o fenômeno. Até hoje, não há uma experiência nacional exitosa neste sentido, mas reconhece-se os avanços desta discussão na academia e na sociedade. Além disso, muitos estados vêm desenvolvendo ações e implementando políticas públicas focalizadas na problemática, considerando as características próprias do suicídio em seus territórios.

Para este trabalho, apresenta-se a experiência do estado do Rio Grande do Sul como exemplo, sendo historicamente o estado com o maior índice de suicídio do Brasil (CEVS, 2018). Em 2015, após iniciativa de pesquisadores da Escola de Saúde Pública (ESP/RS) e membros do Centro Estadual de Vigilância em Saúde do estado (CEVS/RS), criou-se o “Comitê Estadual de Promoção da Vida e de Prevenção do Suicídio”, vinculado à Secretaria Estadual de

² A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída no Brasil pela Portaria nº 3088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, tendo como objetivo principal a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral, promovendo a vinculação das pessoas com transtornos mentais e suas famílias aos serviços de Saúde Mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Além disso, um dos princípios da RAPS é garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando a assistência por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências psiquiátricas (BRASIL, 2011).

Saúde. Este Comitê, formado por atores políticos, trabalhadores e sociedade civil, surge com a finalidade de “elaborar e de implantar a Política Estadual de Prevenção do Suicídio” (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

O Comitê Estadual assume a vanguarda deste trabalho a nível estadual, tendo como primeira tarefa a coleta de dados sobre o suicídio nos municípios e regiões e a promoção de capacitações para as equipes de saúde do estado. Em 2017, o Comitê realizou dezenas de atividades formativas, com foco na divulgação de dados e elaboração de materiais de apoio para as equipes de saúde mental. Através de encontros e seminários, os membros do Comitê visitaram os municípios com maior incidência de casos de suicídio no estado, fazendo uma jornada de capacitações sobre formas de intervenção, “mitos” e “verdades”, instrumentos de notificação e estratégias de prevenção ao suicídio. Além disso, o Comitê assume a tarefa de organizar a campanha Setembro Amarelo³ no estado, promovendo uma série de atividades para promoção do debate na sociedade, em parceria com os municípios e regionais de saúde (CEVS, 2018).

No entanto, é necessário destacar que a criação do Comitê Estadual, insere-se em um contexto maior, que contempla a retomada e ampliação deste debate no âmbito nacional e internacional. Na esfera do governo federal, a discussão sobre a criação de uma política pública de prevenção ao suicídio volta a ganhar força a partir do ano de 2014, com a inclusão da obrigatoriedade de registro das tentativas de suicídio, por meio da Portaria nº. 1,271, de junho de 2014. Com a modificação proposta pela Portaria, o Sistema Único de Saúde passa a coletar informações qualificadas sobre os índices de mortalidade e de casos de tentativa de suicídio no território – fato essencial para estabelecer parâmetros de intervenção e planejamento das políticas públicas. Já em 2015, o Governo Federal firma uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Centro de Valorização da Vida (CVV), para promoção de um serviço de apoio emocional gratuito, através da linha telefônica “188”, em todo o território nacional. Segundo Fogaça (2019), esta parceria reconhece o trabalho do CVV como “serviço de utilidade pública”, viabilizando sua atuação em todos os estados e no Distrito Federal (FOGAÇA, 2019, p. 190).

³ O setembro Amarelo[®] é uma campanha promovida pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e Conselho Federal de Medicina (CFM). Surgiu em 2014, com o intuito de promover o debate sobre a prevenção ao suicídio na sociedade. Atualmente, a campanha é realizada em todo território nacional.

Ademais, em 2017, o Governo Federal lançou a “Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil (2017-2020)”, o que marcou a retomada dos trabalhos de prevenção ao suicídio em nível nacional. Ainda em 2017, foi instituído o Comitê Gestor para elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil, através da Portaria nº 3.479/2017, alinhado com as Diretrizes Nacionais para Prevenção ao Suicídio, de 2006. A principal diferença entre as propostas é “o incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde, direcionados para prevenção do suicídio” (FOGAÇA, 2019, p. 189), não previstos anteriormente. Com isso, os estados com maior incidência de casos receberiam recursos federais para executar ações de prevenção ao suicídio em seus territórios⁴. E o Estado do Rio Grande do Sul foi um dos contemplados.

Apesar da criação do Comitê de prevenção ao suicídio do Rio Grande do Sul anteceder o envio dos recursos federais e a própria criação do Comitê Gestor do Ministério da Saúde, ambos processos estão conectados ao contexto internacional e à ampliação deste debate na sociedade e dentro do Poder Público. Neste sentido, entende-se que a promoção do debate no contexto atual, considerando os reflexos da pandemia de COVID-19 no país e as medidas de austeridade fiscal do Governo Federal, que limitam a ação das políticas sociais, contribui para a construção de políticas públicas de prevenção ao suicídio. Por fim, destaca-se que a produção científica em torno do tema ainda é limitada, não contemplando as diferentes interpretações que envolvem a problemática do suicídio. A própria avaliação de políticas de prevenção no Brasil é recente e não possui um número suficiente de publicações, capazes de garantir a veracidade e efetividade das ações desenvolvidas no país.

2.1 PREVENÇÃO AO SUICÍDIO NO CONTEXTO DE PANDEMIA

O suicídio é um fato social e uma expressão do sofrimento humano (DURKHEIM, 2000; MARX, 2006). Considerando-o como uma expressão da questão social, entende-se que as taxas de suicídio tendem a aumentar em conjunturas desfavoráveis ao desenvolvimento humano ou que tragam maior sofrimento aos indivíduos. Sendo assim, o contexto de uma pandemia deve ser visto como um fator de risco, por afetar diretamente a saúde mental e as

⁴ Em 2018, foram repassados R\$ 220.000,00 aos estados do Amazonas e Roraima e R\$ 250.000,00 aos estados de Santa Catarina, Mato Grosso do Sul, Piauí e Rio Grande do Sul (FOGAÇA, 2019, p. 189).

condições materiais de reprodução da vida, especialmente para as classes trabalhadoras e/ou pauperizadas.

A pandemia de COVID-19, que perdura a mais de seis meses e que ultrapassa a trágica marca de 150 mil óbitos no Brasil (MS, 2020), traz consigo uma crise do sistema capitalista sem precedentes no século XXI. A recessão econômica mundial, evidente em anos anteriores, mas agravada pelas medidas de enfrentamento à pandemia, vem ampliando a desigualdade social no país e empurrando uma parcela significativa da população para a miséria. Além disso, esta crise tende a piorar a qualidade de vida de diferentes classes sociais, inclusive nas classes médias, criando um ambiente que facilita o desenvolvimento de distúrbios mentais, como: depressão, ansiedade, abuso de álcool e drogas e ideação suicida. Visando o aumento das doenças ligadas à saúde mental em países da América Latina, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) vem instruindo governos e Estados a desenvolverem estratégias de prevenção ao aumento das taxas de suicídio durante a pandemia.

Neste ano de 2020 nos encontramos em circunstâncias muito inesperadas e desafiadoras devido ao enfrentamento da pandemia da COVID-19. O impacto do novo coronavírus provavelmente afetou o bem-estar mental de todos. E é por isso que neste ano, mais do que nunca, é fundamental que trabalhemos juntos para prevenir o suicídio (OPAS, 2020, s/p).

A preocupação exposta pela OPAS é compartilhada por entidades e pesquisadores ligados à problemática do suicídio. Entende-se que as mudanças abruptas nas rotinas das famílias, o isolamento social, as incertezas sobre trabalho e renda, as informações contraditórias dos governos e o próprio medo de se contaminar pela doença, fazem da pandemia um fator de grande estresse para as pessoas. Lima et al. (2020), ao analisarem os efeitos da pandemia na saúde mental, destacam que “os impactos físicos, psicossociais, econômicos e educacionais são incalculáveis” e afirmam que “políticas bem estruturadas devem ser criadas com intenção de minimizar esses impactos” (LIMA et al., 2020, p. 7). Segundo os autores, “o medo é responsável por intensificar a ansiedade e sintomas mentais em indivíduos hígidos e principalmente na população vulnerável” (2020, p. 6).

Além do mais, o risco de suicídio não deve ser considerado apenas para o momento atual, mas considerar também os reflexos de médio e longo prazo que a pandemia trará. Pensando nisso, pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em parceria com o Ministério da Saúde, lançaram, em maio de 2020, uma cartilha intitulada “Suicídio na pandemia

Covid-19”, com orientações pertinentes à conjuntura atual e com indicações de ações necessárias para o período pós-pandemia. Na cartilha, destacam-se os estressores causados pela pandemia, e que tendem a agravar o risco de suicídio, tais como: isolamento social e sentimento de aprisionamento, vulnerabilidade financeira, violência doméstica, uso abusivo de álcool e outras drogas, luto e solidão (GREFF et al., 2020, p. 12-13). Estas situações necessitam ser interpretadas como fenômenos conjunturais, mas que causam sequelas aos indivíduos, podendo desenvolver distúrbios como depressão e dependência química. Isto traz um novo contexto para as políticas de saúde mental do país e exigem respostas efetivas do Poder Público, em diferentes frentes de atuação.

Apesar das orientações da FIOCRUZ sobre o suicídio na pandemia estarem relacionados à saúde mental, sabe-se que políticas públicas ligadas à Assistência Social, Educação, Moradia, Trabalho e Renda, entre outras, são cruciais para garantir a valorização da vida e prevenção do suicídio. Amaral (2019), ao analisar os dados socioeconômicos e sua relação com o suicídio, afirma que “a relação direta entre taxa de suicídio e desigualdade de renda mostra que a redução do suicídio pode ser um subproduto de políticas de redistribuição de renda” (AMARAL, 2019, p. 306). Para a autora, políticas de distribuição de renda, como o Programa Bolsa Família, tendem a diminuir as taxas de mortalidade por suicídio, por fornecerem certa segurança às famílias mais pauperizadas – aquelas que mais sofrem com as crises econômicas e sanitárias do país (AMARAL, 2019; SCHNITMAN et al., 2010).

Schnitman et al. (2010), ao analisarem a relação entre suicídio e indicadores socioeconômicos nas capitais brasileiras, concluíram que a situação econômica das famílias aparece como um indicador significativo de risco para o suicídio. Segundo os autores:

Entende-se a pobreza como uma situação que pode predispor ao suicídio, já que é geradora de fatores estressores, incluindo o desemprego, o estresse econômico e a instabilidade familiar. Portanto o aumento nos coeficientes de suicídio pode refletir os problemas gerados pelas políticas econômicas junto à população trabalhadora, especialmente a seus segmentos mais vulneráveis: os extremos etários, os menos qualificados, os emocionalmente debilitados. (SCHNITMAN et al., 2010, p. 49).

A desigualdade social e o desemprego se evidenciam como as principais sequelas sociais da pandemia, além, claro, das milhares de vidas perdidas pela COVID-19. O cenário socioeconômico que se projeta para o Brasil, prevê o aumento do desemprego, da pobreza e da

fome, em diferentes regiões, afetando significativamente a capacidade de desenvolvimento humano do país (IPEA, 2020, p. 8).

Somado a este contexto, está a incapacidade do Governo Federal em lidar com esta crise de forma eficiente, pondo o país no segundo lugar do ranking de mortes causadas pela pandemia, que somam, até o momento, mais de 150.000 mortes e mais de 5.000.000 de pessoas contaminadas pela doença (MS, 2020). A gestão da crise sanitária pelo Estado brasileiro é marcada por equívocos e dificuldades na comunicação com a sociedade. Em diversas oportunidades, o Presidente da República relativizou os riscos da pandemia e fez declarações contrárias às indicações da ciência e da própria Organização Mundial da Saúde. O desalinhamento de discursos por parte do Presidente e a falta de centralidade na gestão do Ministérios da Saúde, que já trocou três vezes de Ministro durante a pandemia⁵, amplificam as consequências desta crise e expõem a população à morte e à doença. Além disso, o Governo protagoniza uma constante crise política, com episódios de confronto entre os Poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) e a falta de um plano para que o país ultrapasse esta crise, preservando o maior número de vidas possível. Tudo isso, intensifica os medos, incertezas e sofrimentos da população.

Diante disto, estima-se que os reflexos da pandemia serão ainda mais drásticos no Brasil e poderão se reverter no aumento gradual das doenças e distúrbios mentais da população, bem como dos suicídios e tentativas de suicídio. Neste sentido, é necessário que os governos, nas diferentes instâncias (federal, estadual e municipal) criem estratégias e políticas capazes de prevenir o suicídio no território. Para isso, ressalta-se a importância de considerar o suicídio como uma expressão da questão social, superando conceitos que reduzem a problemática a sintomas psiquiátricos e tratamentos pragmáticos. O suicídio deve ser enfrentado por diferentes políticas públicas, compreendendo-o como um fenômeno complexo e que se expressa nas diferentes classes sociais, faixas etárias, e nas mais diversas regiões do país. Neste sentido, as políticas de prevenção ao suicídio devem focalizar na “promoção da vida” e construção de redes de cuidado, considerando o contexto e seus reflexos (STAVIZKI JUNIOR, 2020).

⁵ Luiz Henrique Mandetta (de 1º/01/2019 a 16/04/2020); Nelson Luiz Sperle Teich (de 17/04/2020 a 15/05/2020); e Eduardo Pazuello (de 16/05/2020 até o momento).

Por fim, ressalta-se, que diante do contexto e dos possíveis reflexos da pandemia no Brasil, é necessário que o Estado assuma o protagonismo das ações de prevenção ao suicídio, envolvendo nesta tarefa as diferentes políticas públicas sociais. Neste trabalho, destaca-se a necessidade de interpretar o aumento das taxas de suicídio como um indicador social, o qual deve ser analisado interdisciplinarmente e não apenas pelas ciências da saúde. A intensa crise social e econômica que se projeta para o futuro, exige que o trabalho de valorização da vida assuma um lugar de destaque nas agendas de governo e na ação direta dos Estados.

3 CONCLUSÃO

Diante do exposto, entende-se que a prevenção ao suicídio é uma temática ampla, que envolve diferentes áreas do conhecimento e que necessita de uma ação efetiva do Estado para superação de fatores de risco, especialmente aqueles relacionados à desigualdade social. No Brasil, o contexto da pandemia traz este tema para o debate público, pois estima-se que os reflexos da crise atual poderão resultar no aumento das mortes autoprovocadas, distúrbios e doenças mentais. Assim, é imprescindível que governos, movimentos sociais e sociedade civil atentem para a problemática do suicídio, a fim de encontrar soluções que protejam a vida humana e promovam um ambiente saudável e acolhedor para as famílias que mais sofrem com os reflexos da crise.

Destaca-se, a importância das políticas públicas de distribuição de renda como um fator de proteção às famílias em vulnerabilidade social e econômica, como uma forma de prevenir o suicídio e valorizar a vida. Além destas, entende-se que as políticas de educação, trabalho, moradia, acessibilidade, cultura, entre outras, promovem a qualidade de vida das famílias e podem servir como medidas de prevenção ao suicídio.

Por fim, considerando o objetivo do Seminário no qual este trabalho é apresentado⁶, ressalta-se o papel dos assistentes sociais no trabalho de prevenção ao suicídio, por serem trabalhadores capazes de mediar ações entre diferentes políticas públicas. O assistente social envolvido com o trabalho de prevenção ao suicídio, deve assumir uma visão ampliada sobre o fenômeno e promover ações que atendam os indivíduos em sua integralidade. Além disso, os

⁶ III Seminário Nacional de Políticas Públicas, Intersetorialidade e Família: Inflexões da Pandemia-COVID 19 na vida, nas políticas públicas e no trabalho. Realizado nos dias 21,22 e 23 de outubro de 2020.

assistentes sociais possuem a capacidade técnica de traduzir as expressões da questão social e confrontá-las com o contexto atual, fornecendo subsídios para que as políticas públicas sejam efetivas e eficazes em seus propósitos (STAVIZKI JUNIOR; VICCARI, 2018).

REFERÊNCIAS

AMARAL, Stefany Silva. **Suicídio no RN e sua relação com determinantes espaciais, urbanização, desenvolvimento e outros fatores socioeconômicos**. Revista Brasileira de Estudos Regionais e Urbanos; v. 13, n. 2, p. 288-308, 2019.

BANDO, Daniel Hideki; BARROZO, Ligia Vizeu. **Suicídio na cidade de São Paulo: Uma análise sob a perspectiva da geografia da saúde**. 1. ed. São Paulo: Humanitas, 2010. 152 p. ISBN 8577321304.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 26 dez. 2011, 230p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, DF, janeiro de 2007, 85p.

BRASIL. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio**, Brasília, 14 ago. 2006.

CEVS – Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Rio Grande do Sul. **Boletim de Vigilância do Suicídio e Tentativa de Suicídio**. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Bol. Vig. Suicídio. v. 1. n. 1. set. 2018.

DIANIN, Irene Maria Brzezinski. **Suicídio: políticas e ações de enfrentamento a partir da política nacional de saúde pública (2006), no Vale do Rio Pardo**. 2015. 244 f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Regional). UNISC; Santa Cruz do Sul, 2015.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio: estudo de sociologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FAGUNDES, Sandra Maria Sales. **Águas da Pedagogia da Implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde**. 2006. 249 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

FOGAÇA, Vitor Hugo Bueno. **Entre Tabus e Rupturas: terceiro setor, políticas públicas e os caminhos da prevenção do suicídio no Brasil**. 2019. 303 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais Aplicadas) - Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa/PR, 2019.

GREFF, Aramita Prates et al. **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: suicídio na pandemia COVID-19**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. 24 p. Cartilha.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Brasil pós COVID-19: contribuições do instituto de pesquisa econômica aplicada**. 1. ed. Brasília: Ministério da Economia, 2020. 96 p.

LIMA, Sonia Oliveira; et al. **Impactos no comportamento e na saúde mental de grupos vulneráveis em época de enfrentamento da infecção COVID-19: revisão narrativa**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, n. 46, p. e4006, 18 jun. 2020.

MARX, Karl. **Sobre o Suicídio [1846]**. São Paulo: Boitempo. 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dados COVID-19** [Site oficial]. 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br>>; Acessado em: 10/10/2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Endereço eletrônico oficial da entidade**. 2020. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 08 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Tradução de Janaína Phillipe Cecconi, Sabrina Stefanello, Neury José Botega. Genebra: OMS, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros**. Departamento de saúde mental e abuso de substâncias. Genebra: OMS; 2006.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Folha Informativa - Suicídio** [internet]. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839>. Acesso em: 9 out. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde (SES). **Resolução nº 555/2012**. Comissão Intergestores Bipartite 2016. Porto Alegre: SES; 2016.

SCHNITMAN, Gabriel; KITAOKA, Emy Guerra; AROUCA, G.S. de Souza; LIRA, A.L. da Silva; NOGUEIRA, Diogo; DUARTE, Meirelayne B. **Taxa de mortalidade por suicídio e indicadores socioeconômicos nas capitais brasileiras**. Salvador: Revista Baiana de Saúde Pública, v. 34, n. 1, p. 44-59, 2010.

STAVIZKI JUNIOR, Carlos; VICCARI, Eunice Maria. **O Serviço Social no atendimento de emergências psiquiátricas: processos de trabalho de assistentes sociais e residentes no atendimento de pacientes adolescentes com ideação e tentativa de suicídio**. Santa Cruz do Sul: Barbarói; v.51, n.2, p. 113-132; jan./jun., 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v51i1.12913>.

STAVIZKI JUNIOR, Carlos. **Os riscos sobre o aumento dos casos de suicídio no contexto de Pandemia: perspectivas para a prevenção no estado do Rio Grande do Sul - Brasil**. Santa Cruz do Sul: Ágora; v. 22, n. 2, p. 4-21, set. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/agora.v22i2.15422>.

TRAPE, Angelo Zanaga; BOTEGA, Neury José. **Inquérito de morbidade auto-referida e exposição a agrotóxicos**. In: ETGES, V. E.; FERREIRA, M. A. F. (Orgs.). A produção de tabaco: impacto no ecossistema e na saúde humana na região de Santa Cruz do Sul-RS. Santa Cruz do Sul: Editora da UNISC, 2006. p. 116-141.