

**FACULDADE DE DIREITO DE VITÓRIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO**

BRUNA TOBIAS ENDLICH

**SAÚDE MENTAL COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE
PÚBLICA NO SÉCULO XXI E A NECESSIDADE DE
POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO**

**VITÓRIA
2021**

BRUNA TOBIAS ENDLICH

**SAÚDE MENTAL COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE
PÚBLICA NO SÉCULO XXI E A NECESSIDADE DE
POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao Curso de Direito da
Faculdade de Direito de Vitória – FDV,
como requisito total para aprovação na
disciplina de Elaboração do TCC.

Orientador: Profº Dr. André Filipe P. R. dos
Santos

VITÓRIA

2021

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço aos meus pais, Cristiane e Mario Roberto, por sempre terem priorizado minha educação, o que ocasionou em tantos sacrifícios pessoais. Também sou grata pelo esforço diário em prol da minha felicidade, pelo apoio incondicional e por colaborarem tanto na construção do meu ser. As minhas conquistas não são só minhas, são nossas!

À minha família, inclusive a minha vó e tia-avó paternas (*in memoriam*). Obrigada por tanto amor, carinho, apoio e também por meramente existirem. Cada um de vocês representa uma parte de mim!

Ao Rafael, que esteve presente desde o primeiro dia da minha graduação, suportando as minhas crises de estresse e ansiedade e também comemorando cada pequena conquista comigo. Obrigada pelo incentivo, pela motivação diária e pela nossa partilha singular.

Ao meu orientador, Professor Dr. André Filipe P. R. dos Santos, pela oportunidade, pelo estímulo, amparo e por todas as correções que auxiliaram a construção da presente monografia.

À minha segunda família, meus amigos, pelo companheirismo e por sempre torceram e acreditaram em mim. Agradeço, em especial, a todos que ajudaram na divulgação do formulário. Vocês foram essenciais para o desenvolvimento deste trabalho!

Também em especial, agradeço à Ane, à Glenda e à Thamyris, por tornarem a minha jornada acadêmica mais leve e prazerosa. Obrigada pela parceria e por todas as trocas intelectuais, profissionais e pessoais.

Por último, mas não menos importante, agradeço imensamente as 518 pessoas que dedicaram um tempo de suas vidas para responderem ao formulário. E, igualmente, a todos que de alguma forma contribuíram para a conclusão desta monografia.

Sou grata por essa vida e a todos que dela fazem parte. É um privilégio chegar até aqui tão bem acompanhada.

RESUMO

Compreender a sociedade e seus fenômenos é uma temática complexa. Todavia, essa complexidade não pode ser uma justificativa para não buscar entender, analisar e sanar as obscuridades existentes dentro de uma coletividade. Nesse sentido, um dos maiores problemas sociais da atualidade mundial é o aumento do número de óbitos por suicídio, que geralmente é a saída encontrada por indivíduos que estão com a saúde mental abalada. Assim, o presente trabalho visa tratar do suicídio e da saúde mental, atestando-os como um enorme problema de saúde pública no século XXI e visou-se analisar a real necessidade e possibilidade de criação de políticas públicas efetivas e responsáveis que objetivem frear (ou ao menos diminuir significativamente) os comportamentos suicidas, ao passo que estimule ou de certo modo contribua para uma saúde mental plena. Para isso, será demonstrada a urgência de uma maior presença do Estado Brasileiro nessas questões, uma vez que ele é omissor ou ineficaz nessa temática, já que, como será visto adiante, as estatísticas só aumentam. Por fim, salienta-se que no Brasil, há garantia constitucional do primordial direito à vida, que é essencial por dar sustento a todos os demais direitos. Logo, questiona-se: de que vale a garantia dos demais direitos nas situações em que o indivíduo renuncia o precursor deles, qual seja, a vida? Até quando o suicídio e os transtornos mentais serão tratados como tabu pelo Estado e pela própria sociedade? Até quando vamos normalizar o que não deve ser normalizado?

Palavras-chave: Suicídio. Saúde Mental. Saúde Pública. Políticas Públicas. Estado. Prevenção. Direitos fundamentais. Transtornos Mentais.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| CONSIDERAÇÕES INICIAIS | 05 |
| 1 DIREITOS FUNDAMENTAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL | 07 |
| 1.1 DIREITOS FUNDAMENTAIS | 07 |
| 1.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E SUA IMPORTÂNCIA PARA O PLENO EXERCÍCIO DA DEMOCRACIA | 10 |
| 1.3 NECESSIDADE DA APLICAÇÃO PRÁTICA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO ÂMBITO DA SAÚDE | 12 |
| 2 SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE MENTAL | 14 |
| 2.1 SAÚDE E SAÚDE PÚBLICA | 14 |
| 2.2 SAÚDE MENTAL COMO FRAGMENTO DO PLENO ESTADO DE SAÚDE | 17 |
| 2.2.1. Do Transtorno Depressivo e da TAG | 19 |
| 2.3. SAÚDE MENTAL COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO SÉCULO XXI | 21 |
| 3 SUICÍDIO | 23 |
| 3.1 O ATO DE PÔR FIM A PRÓPRIA VIDA | 23 |
| 3.2 ANÁLISE DOS DADOS REFERENTES A PESQUISA SOBRE TRANSTORNOS MENTAIS E SUICÍDIO | 27 |
| 3.3 O PAPEL DO ESTADO NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO E A NECESSIDADE DE CRIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS VISANDO SUA PREVENÇÃO | 34 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 39 |
| REFERÊNCIAS | 41 |

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O início do século XXI trouxe consigo diversos avanços científicos e tecnológicos, no entanto, esqueceu-se de trazer um dos pilares da convivência humanitária: a empatia. O advento das redes sociais e dos variados meios de comunicação, além da facilidade de transporte, sob um primeiro olhar, poderiam ensejar numa união maior entre os indivíduos, em razão da simplicidade em demonstrar pensamentos e sentimentos e de mostrar apoio físico e remoto para com o próximo. Contudo, a realidade é outra.

Apesar dos variados pensamentos, sentimentos e ideologias existentes dentro de uma sociedade, há uma temática que deveria ser igualmente observada por todos: o aumento dos casos de transtornos mentais (como a depressão e a TAG), alinhados ao aumento dos casos de óbitos por suicídio no Brasil.

Todavia, lamentavelmente, há um nítido receio social em se falar sobre isso, fazendo com que essas questões tão relevantes ainda sejam tratadas como tabus. E como se não bastasse, há ainda uma ausência clara de divulgações de notícias e informações sobre suicídios por parte do Governo e da imprensa brasileira, que parece quererem mascarar essa realidade, implicando numa ilusória sensação de que os mesmos não ocorrem ou que as ocorrências são baixas.

E para piorar, indiretamente, estamos cada vez mais aceitando essa nova realidade. Como será demonstrado no decorrer do trabalho, os diagnósticos clínicos de depressão e ansiedade, além de outros transtornos mentais, são cada vez mais frequentes. E, não por coincidência, tais transtornos passaram a ser normalizados e banalizados como “o novo normal”. Para alguns, é, ainda, algo a ser satirizado e objeto de piada em meios sociais.

Nesse liame, é fato que a área da Psicologia e da Psiquiatria agregam extrema contribuição nessa questão. No entanto, o Direito, como uma área que visa a ordem e harmonia entre seus indivíduos, impondo regras e princípios norteadores de comportamentos sociais na tentativa de gerar uma melhor harmonia da convivência entre eles, igualmente possui relevante papel nessa temática.

Portanto, por meio de uma revisão quanto ao assunto, analisando direitos fundamentais, políticas públicas, saúde pública, saúde mental e o próprio suicídio, objetiva-se verificar se há possibilidade do Estado ser a peça-chave na tentativa de impedir o ato de acabar com a própria vida, preservando a vida e o pleno gozo da saúde mental de seus cidadãos, e como isso pode ser feito.

Entende-se que o Direito deve acompanhar a sociedade, ao passo que ela evolui e traz à tona novos problemas sociais a serem tratados. Saúde mental é um direito e uma necessidade, é necessário parar de tratá-la como privilégio e buscar meios mais efetivos para devidamente protegê-la, até porque não se previne algo deixando-se de falar sobre.

Dessa forma, questiona-se: como que o Estado, se atentando ao princípio da dignidade da pessoa humana, ao direito à saúde e à vida, pode agir de forma responsável e efetiva na prevenção ao suicídio, estabelecendo primeiramente a saúde mental e os transtornos mentais como um problema de saúde pública?

1 DIREITOS FUNDAMENTAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

1.1 DIREITOS FUNDAMENTAIS

Em 1988, a Carta Magna concedeu no seu Título II, que compreende os art. 5º ao art. 17, os direitos e as garantias fundamentais. Esse título é subdividido em 5 capítulos, quais sejam: “dos direitos e deveres individuais e coletivos”, “dos direitos sociais”, “da nacionalidade”, “dos direitos políticos” e “dos partidos políticos”.

Os direitos considerados como fundamentais são essenciais e indispensáveis à pessoa humana, isto porque eles são necessários para assegurar a todos uma existência justa, digna, livre e igual. Logo, não basta ao Estado reconhecer esses direitos formalmente, deve buscar concretizá-los e incorporá-los no dia a dia dos cidadãos e de seus agentes (PINHO, 2020).

Dessa forma, eles dão concretude a ideia de construção de uma sociedade livre, justa e igualitária, que promova o bem de todos, sem qualquer tipo de preconceito, com a redução de desigualdades sociais e regionais e o direito fundamental à dignidade da pessoa humana, que são preceitos encontrados no art. 1º, III e art. 3º da CF/88.

Nesse ponto, é importante mencionar que a doutrina frequentemente alega que os direitos fundamentais se manifestaram em gerações (ou dimensões), que segundo a maioria doutrinária se divide em: 1) os direitos de liberdade, ou seja, os direitos civis e políticos; 2) os direitos sociais, culturais e econômicos, bem como os direitos coletivos; 3) os direitos de fraternidade, que têm como destinatário o gênero humano, como o direito ao meio ambiente, por exemplo (CÂMARA, 2006).

Tem-se ainda pela doutrina, a divisão dos direitos fundamentais em duas categorias: os direitos negativos e os direitos positivos, conforme lhes correspondam abstenções ou prestações estatais, respectivamente. Dessa forma, como exemplo, seria um direito fundamental negativo a propriedade, a que corresponderia um dever estatal de abstenção e seria positivo o direito à educação, que exigiria a prestação estatal de

ensino. Noutra giro, importante salientar que todos os direitos fundamentais aparecem sob a forma de princípios, e são tão importantes que sua outorga (ou não) não pode ficar nas mãos de uma simples maioria parlamentar (CÂMARA, 2006).

Nesse sentido, dá-se enfoque aos direitos fundamentais à saúde, à dignidade da pessoa humana e à vida. Primeiramente, a saúde é encontrada, sobretudo, na “Seção II– Da Saúde”, da Constituição Federal, que abrange os artigos 196 a 200, contudo, são os artigos 6º, 23, II e 196 que a elencam como um direito e como um cuidado, de competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Para o presente trabalho, dá-se um enfoque maior ao art. 196 da CF/88, que elenca a saúde como um direito de todos e dever do Estado, devendo este garanti-la por meio de políticas sociais e econômicas que objetivam a redução do risco de doenças e demais agravos, ofertando ações e serviços para a devida promoção, proteção e recuperação da saúde. Salienta-se que, ainda conforme o artigo, essas políticas devem ter o acesso universal e igualitário a todos os cidadãos (BRASIL, 1988).

Não obstante, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) dispõe, no seu artigo 25º, 1, que toda pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à assistência médica, dentre outros serviços (ONU, 1948).

Em sequência, a dignidade da pessoa humana e o direito à vida são encontrados juntos no art. 230, da CF/88, que dispõe sobre a defesa da dignidade e bem estar de pessoas idosas no intuito de garantir o seu direito à vida, sendo um dever da família, da sociedade e do Estado. Bem como no art. 227, do mesmo dispositivo, que elenca o direito à vida, à saúde e à dignidade da criança, do adolescente e do jovem igualmente como um dever da família, da sociedade e do Estado (BRASIL, 1988).

Ademais, encontra-se a dignidade no inciso III, do art. 1º, da CF/88, que elenca a dignidade da pessoa humana como um fundamento para o Estado Democrático de Direito do Brasil e também no §7º do art. 226, do mesmo dispositivo, que menciona explicitamente o princípio da dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988). Bem como, há sua menção no art. 1º, da DUDH, que dispõe que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos (ONU, 1948).

Já o direito à vida é encontrado ainda no caput do artigo 5º, da CF/88 que garante de forma igualitária, sem distinção de qualquer natureza, aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no Brasil, dentre diversos direitos, a inviolabilidade do direito à vida (BRASIL, 1988).

Não obstante, o Brasil é signatário dos Tratados Internacionais, os quais tutelam sobre esse mesmo direito, estando, dentre eles, o Pacto Internacional de direitos Civis e Políticos que, em seu art. 6º,1, versa que o direito à vida é inerente à pessoa humana e, em razão disso, deverá ser protegido por lei (ONU, 1966). E o art. 3º, da já citada DUDH, que aponta a vida como um direito de todos os indivíduos (ONU, 1948).

Assim, esses três direitos se correlacionam ao passo que o pleno estado de saúde é requisito necessário para a existência humana (e, portanto, a vida), logo, preservá-los se constitui como um respeito à dignidade da pessoa humana. Não por coincidência, aparecem correlacionados em dois artigos da Constituição Federal, quais sejam, os arts. 227 e 230, associados justamente aos dois grupos societários mais vulneráveis: crianças e idosos.

Brevemente, o princípio da dignidade humana é entendido como um princípio solar em nosso Ordenamento Jurídico. A noção jurídica de dignidade traduz um valor fundamental de respeito à existência humana, segundo as suas possibilidades e expectativas, patrimoniais e afetivas, indispensáveis à sua realização pessoal e à busca da felicidade (GAGLIANO, 2017, p. 116).

Assim, é um princípio fundamental constitucional e inerente à pessoa no intento de preservar e respeitar a sua existência. E, ao passo que isso se materializa, observa-se a construção de uma “sociedade livre, justa e igualitária”, uma vez que este molde ideal de sociedade dificilmente existirá sem o respeito e preservação da pessoa humana.

Em contrapartida, o direito à vida consiste no direito de estar vivo, de lutar pelo viver, de defender a própria vida e de permanecer vivo. É o direito de não ter interrompido o processo vital senão pela morte espontânea e inevitável (SILVA, 1999, p. 201). Tavares complementa elencando que é o mais básico de todos os direitos, no sentido de que surge como verdadeiro pré-requisito da existência dos demais direitos

consagrados constitucionalmente. Sendo assim, é o direito humano mais sagrado (2010, p. 569).

Logo, o direito à vida se constitui como o próprio direito de viver, se utilizando de todos os instrumentos necessários e úteis para promoção de uma vida saudável e justa, tendo o Estado um dever com esse fim, agindo positivamente no sentido de protegê-lo.

Por sua vez, o direito à saúde será melhor explicado durante o decorrer do presente trabalho. Contudo, demonstrou-se a relevância dos direitos fundamentais na prática, pois se mostram como diretrizes essenciais para a garantia da vida digna a todo e qualquer cidadão, ao passo que se constitui como um dever do Estado em devidamente efetiva-los.

1.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E SUA IMPORTÂNCIA PARA O PLENO EXERCÍCIO DA DEMOCRACIA

Por outro lado, importante discutir acerca das políticas públicas. A Carta Magna de 1988, ao passo que instaurou os direitos e princípios fundamentais, também restaurou o Estado Democrático de Direito no país. Isto porque dentre diversos dispositivos, instituiu uma série de mecanismos para envolvimento dos atores sociais, políticos e econômicos no processo de formulação e gestão de políticas públicas, ao ampliar os instrumentos de controle, participação e transparência nas decisões públicas (GOMIDE; PIRES, 2014, p. 18).

Não há uma definição única, exata e ideal para conceituar política pública. Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a

definição de política pública como "o que o governo escolhe fazer ou não fazer" (SOUZA, 2006).

Informalmente, podemos definir políticas públicas como as ações governamentais (como a instituição de programas) tomadas visando o bem-estar da população, objetivando a solução, ou a tentativa de solução, de diversos problemas de variados setores tido como essenciais, como educação, transporte, lazer e claro, saúde.

Nota-se assim, que os direitos fundamentais estão diretamente atrelados as políticas públicas, pois estas visam justamente a execução e concretização do disposto na Constituição, como os princípios e as garantias governamentais.

Assim, atesta-se que

a efetividade das garantias constitucionais implica na obrigação do poder público de tomar providências para dar respostas aos preceitos fundamentais em favor dos cidadãos estabelecidos pela Constituição. Pamplona e Porto (2012, p. 109-110) afirmam que na década de 90, com o advento da Carta de 1988, o debate sobre as políticas públicas surgiu como questão de exercício da democracia, com a incorporação de discussões envolvendo áreas da educação e do meio ambiente, possibilitando uma maior participação popular nas mesmas. Neste sentido, referidos autores escreveram que as políticas públicas “[...] surgem, neste contexto, como projetos de governo estabelecidos com o intuito de promover uma melhora na prestação de um serviço ou a fim de atender a uma necessidade da população”. (PAMPLONA; PORTO, 2012, p. 110) (PAMPLONA, et. al., 2020, p. 116).

Percebe-se ainda que dentre os fatores que causaram esse aumento da importância e da visibilidade das políticas públicas e estando diretamente atrelado aos países em desenvolvimento e de democracia recente, como é o caso do Brasil, nota-se certo grau de complexidade em conseguir formar coalizões políticas capazes de solucionar minimamente a questão de como formular políticas públicas capazes de impulsionar o desenvolvimento econômico e de promover devidamente a inclusão social de grande parte de sua população (ANDRADE, 2019, p. 304).

Como será visto adiante, essa questão é bem evidente no campo da saúde. como exemplos, tem-se o §1º do art. 227, da CF/88, que dispõe que o Estado promoverá programas de assistência integral (isto é, políticas públicas) à saúde da criança, do adolescente e do jovem (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal de 1988 ao reconhecer a saúde como direito social fundamental, trouxe para o Estado obrigações de prestações positivas, isto é, à elaboração de políticas públicas sociais e econômicas destinadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, de acesso universal e igualitário (conforme elencando pelo próprio artigo 196), como a criação do SUS. Dessa forma, nota-se o Estado como detentor de poder, autoridade e competência para frear situações e comportamentos indesejáveis num meio social.

1.3 NECESSIDADE DA APLICAÇÃO PRÁTICA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO ÂMBITO DA SAÚDE

Ainda na perspectiva do direito fundamental à saúde em harmonia com a elaboração de políticas públicas nesse sentido, nos artigos 197, 198 e 200, da “Seção II – da Saúde” da Carta Magna, tem-se, respectivamente, a menção da relevância pública das ações e serviços de saúde, sendo o Poder Público o responsável pela regulamentação, fiscalização e controle dos mesmos. Adiante, aponta essas ações e serviços como integrantes de um Sistema Único de Saúde e elenca as diversas competências atribuídas a esse Sistema (BRASIL, 1988).

Nota-se assim, que o legislador transferiu ao Sistema Único de Saúde (SUS) a concretude da coordenação e execução das políticas públicas visando o acesso à saúde em todos os seus níveis de serviço, exposto no art. 196, da Carta Magna.

Contudo, ressalva-se que foi necessário a criação da Lei nº 8.080 de 1990, para dispor das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Como também a promulgação da Lei nº 8.142 de 1990 para dispor sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Conforme o art. 4º da Lei nº 8.080/90, o SUS representa o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e

municipais e conforme o art. 5º, da mesma lei, essas ações objetivam a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde e a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do dever e direito à saúde (BRASIL, 1990).

O caput do art. 2º da referida Lei reforça a saúde como um direito fundamental do ser humano, o qual aponta o Estado como responsável em prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Não obstante, no seu §1º aponta esse dever como a devida execução de políticas econômicas e sociais que assegurem o acesso universal e igualitário as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

Ademais, os incisos I e IV, do art. 7º da Lei 8.080/90, apontam que no desenvolvimento das ações e serviços públicos de saúde que integram o SUS, deve haver a observância e respeito do princípio da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e o princípio da igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (BRASIL, 1990).

Logo, o SUS visa o acesso a todo e qualquer cidadão brasileiro, sem distinção de qualquer natureza, aos serviços de saúde. E, considerando as diferenças de poder econômico no país, esse serviço público deve ser gratuito.

Notadamente, tem-se a criação do SUS como o maior exemplo de política pública dentro da área da saúde. Conforme notícia divulgada pelo UOL, que por sua vez se utilizou de dados da Pesquisa Nacional de Saúde, divulgada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) em 4 de setembro de 2020, 7 em cada 10 brasileiros, ou seja, mais de 150 milhões de pessoas, dependem privativamente do SUS, uma vez que 71,5% dos brasileiros não possuem plano de saúde, tanto médico, tanto odontológico.

Inclusive, sua importância é percebida pela jurisprudência. Como exemplo, no julgamento de uma Apelação Cível, o juiz reconheceu que a saúde impacta na dignidade e na vida, e, portanto, é direito individual indisponível. Em razão disso e conforme o art. 196, da CF/88 e outras legislações que garantem a obrigação juridicamente vinculante de garanti-la, a Administração Pública não pode se esquivar

desse seu dever. Ademais, apontou que o SUS se funda no princípio da cogestão, com a cooperação simultânea dos entes federativos, competindo a todas e a cada esfera estatal a garantia à saúde, constituindo obrigação conjunta e solidária, conforme o art. 23, II, da CR/88 (BRASIL, 2021).

Dessa forma, é possível aferir o Estado como protagonista no acesso de toda a população, sem qualquer tipo de distinção (principalmente de renda) aos serviços de saúde. Não por coincidência, o modelo do SUS é reconhecido mundialmente pela sua eficiência e qualidade.

Contudo, mesmo que já tenha atingido aparentemente o seu ideal, tendo sido felizmente capaz de preservar e salvar diversas vidas no decorrer de quase 30 anos, ainda há um desafio a ser solucionado, que dada a sua importância e relevância, é objetivo do presente trabalho e será demonstrado nos próximos capítulos.

2 SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE MENTAL

2.1 SAÚDE E SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Essa foi a definição dada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ainda em 1946 para definir “saúde”. Ademais, preceitua na sua Constituição de mesmo ano que o gozo do melhor estado possível de saúde é um direito fundamental de todo ser humano, sem distinção alguma de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social (OMS, 1946).

Saúde então é o pleno gozo de corpo (físico), mente e meio social e poder gozá-la é um direito a ser resguardado, sem distinção de qualquer ordem. Mas é mais que isso. E apesar de informalmente e cotidianamente sabermos e percebemos o que é, há certa dificuldade em conceituá-la com exatidão.

Informalmente, saúde é o básico essencial da vida, é o que nos proporciona a viver de forma saudável, propiciando vivências que seriam dificultadas ou ausentes caso está estivesse afetada de alguma forma. Assim, pode-se entender saúde como o resultado imediato das condições vividas, ao passo, que também possibilita novas condições, tanto negativas, tanto positivas.

Salienta-se que saúde também é visto sob um olhar coletivo, isto porque, para o pleno estado de completo bem-estar físico, mental e social, são necessários uma série de outros direitos além do direito à saúde, que são tão essenciais quanto, como o direito à alimentação, à moradia, à educação, ao emprego, ao acesso ao saneamento básico, ao lazer e ainda, o direito à vida. Todos esses direitos são percussores e fundamentais para a garantia do pleno direito à saúde. Nesse sentido, Buss define saúde como:

Um 'conjunto de valores': vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Refere-se também a uma 'combinação de estratégias': ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde), e de parcerias intersetoriais; isto é, trabalha com a idéia de 'responsabilização múltipla', seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos (BUSS, 2004, p. 16 apud BRASIL, 2010, p. 31)

Ainda nessa perspectiva, a Política Nacional de Promoção de Saúde expõe, como objetivo geral, a necessidade de promoção à saúde com a promoção da qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006).

Esse entendimento é também encontrado na Lei nº 8.080/90, que no seu art. 3º expressa os níveis de saúde como uma organização social e econômica, abrangendo não só a saúde, mas também a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o acesso aos bens e serviços essenciais, etc. Não obstante, importante ressaltar que o §1º do referido art. 3º, aponta que o direito a saúde é respeitado quando as ações aqui mencionadas se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990).

Assim, sendo um direito isolado e ao mesmo tempo um conjunto de direitos, a saúde se torna uma temática coletiva. Isto é, sai da esfera de um estado individual e particular e passa a ser analisada sob uma ótica comunitária, virando saúde pública. Esse termo possui complexa definição, porém, tem-se que:

O conceito de saúde pública, segundo George Rosen (1994), diz respeito à consciência desenvolvida, por parte da comunidade, da importância de seu papel na promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença. Essa aquisição de consciência tem início a partir da necessidade de enfrentar problemas de saúde oriundos da condição humana. A partir da natureza da vida em comunidade (Berridge, 2000) são derivados os problemas de saúde, e sua inter-relação originou a saúde pública, tal como conhecida na atualidade (RABELLO, 2010, p. 65).

Assim, alinhando-se aos conceitos já vistos, “saúde pública” pode ser interpretada então como as questões atinentes ao bem-estar físico, mental e social dos cidadãos de um determinado país e como o Estado lida com a mesma, uma vez que se trata de problemas coletivos.

Ressalta-se que os contornos da saúde pública brasileira devem ser definidos pelas políticas públicas, conforme determinação da Carta Magna, como já visto. E a implementação das mesmas é de atribuição do Poder Legislativo e do Poder Executivo, instâncias políticas democraticamente legitimadas. Parafraseando as palavras do ministro Cezar Peluso, é o Poder Legislativo e o Poder Executivo que devem decidir quais são as prioridades da população, em termos de saúde (BARRETO JÚNIOR; PAVANI, 2013, p. 93).

Inclusive, como exemplo, cita-se a institucionalização do Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas (CAPS ad), felizmente implementando pelo SUS após 1988. Isto porque a partir desse fato, houve-se gradualmente uma atenção maior às pessoas com transtornos mentais e usuários de drogas, sendo os principais dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico na oferta de uma atenção contextualizada, por meio de propostas abertas. Pois partem do pressuposto de que a própria liberdade é terapêutica, devendo ser abordada como um dos elementos basilares da assistência (COSTA, et al. 2018).

Assim, o CAPS ad é um local de assistência à saúde mental, conquistado pela preocupação com a saúde pública, e visa a diminuição da gravidade do sofrimento

físico e mental dos indivíduos, para sua reabilitação e socialização com os demais indivíduos da sociedade.

2.2 SAÚDE MENTAL COMO FRAGMENTO DO PLENO ESTADO DE SAÚDE

Ainda dentro do conceito de saúde, entende-se que ela poder ter um aspecto momentâneo ou contínuo. Por exemplo, será momentânea ou transitória, quando o indivíduo se encontrar em um estado de completo bem-estar e de repente ser acometido por doença ou enfermidade passageira e, após devido cuidado e recuperação, retorna ao estado *quo ante*.

Com relação ao aspecto contínuo ou constante, tem-se que este advém de doença física ou enfermidade que possui longa duração, por exemplo, doenças crônicas, como a asma. Nesse ponto, nos deparamos com a saúde mental, pois, como já visto, essa fragmentação da saúde se constitui como um desdobramento do bem-estar total do indivíduo e para alcançar esse estado, é necessária a estabilidade emocional e psicológica, até para lidar com as adversidades e imprevistos da vida. E a saúde mental possui esse aspecto duradouro, contínuo, de longa duração.

Todavia, essa temática ainda é nova. Até pouco tempo atrás, no Brasil, a saúde mental era vista apenas através da especificação de pessoas acometidas por doenças e/ou transtornos mentais, sendo essas simplesmente internadas em hospitais psiquiátricos e excluídas da sociedade (MOLINER; LOPES, 2013).

Tal visão somente passou a ser superada com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS, que, como visto no capítulo anterior, foi a oportunidade em que as políticas de saúde mental começaram a ser formuladas de fato, como a formulação dos CAPS ad, mas também pela discussão da Reforma Psiquiátrica e com os Movimentos Sanitários e da Luta Antimanicomial (MSLA) nas décadas de 1970 e 1980, com a existência de atendimentos extra hospitalares e não excludentes (MOLINER; LOPES, 2013).

Esses movimentos lutavam e realizavam mobilizações sociais visando importantes conquistas políticas para reverter a situação acometida pelos usuários de drogas ou os acometidos por doenças mentais, visando uma reforma estrutural da concepção e modelo assistencial em saúde mental, com o início do fechamento dos hospitais psiquiátricos e a conformação de uma rede substitutiva, composta por serviços pautados nos direitos humanos e em direção à comunidade (COSTA, et al, 2018).

Tal questão se agrava ainda mais ao se levar em consideração casos como o Hospital Colônia, fundado no início do século XX no município de Barbacena em Minas Gerais, conhecido como “O Holocausto Brasileiro”. Nesse infeliz acontecimento, os pacientes eram submetidos a condições desumanas, conviviam com a falta de alimentos e roupas, além da superlotação, ambientes insalubres e frequentes castigos, abusos e mortes. Atesta-se mais de 60 mil mortes em decorrência do tirânico tratamento (DINIZ, 2018, p. 5). Nota-se a total afronta aos direitos fundamentais dos indivíduos que infortunadamente por ali passaram.

Dessa forma, entender atualmente a saúde mental como “parte do todo” e devidamente cuidá-la da forma como se cuida do corpo físico, por todo e qualquer indivíduo, independente de acometido de doença ou enfermidade, é complexo, principalmente, pela ausência de interesse social que o conceito deveria ter.

Apesar disso, ainda conforme a OMS, tem-se que o termo ‘bem-estar’, presente na sua definição de saúde, é um componente tanto do conceito de saúde (de forma geral), tanto de saúde mental, pois é entendido como um constructo de natureza subjetiva, fortemente influenciado pela cultura.

Assim, nessa linha, a OMS define saúde mental como "um estado de bem-estar no qual um indivíduo percebe suas próprias habilidades, pode lidar com os estresses cotidianos, pode trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir para sua comunidade" (GAINO, et al, 2018).

O Estado do Paraná, pretendendo divulgar essa temática para seus cidadãos, assim conceitua saúde mental:

A maior parte das pessoas, quando ouve falar em “Saúde Mental”, pensa em “Doença Mental”. Mas, a saúde mental implica muito mais que a ausência de doenças mentais. Pessoas mentalmente saudáveis compreendem que

ninguém é perfeito, que todos possuem limites e que não se pode ser tudo para todos. Elas vivenciam diariamente uma série de emoções como alegria, amor, satisfação, tristeza, raiva e frustração. São capazes de enfrentar os desafios e as mudanças da vida cotidiana com equilíbrio e sabem procurar ajuda quando têm dificuldade em lidar com conflitos, perturbações, traumas ou transições importantes nos diferentes ciclos da vida. A Saúde Mental de uma pessoa está relacionada à forma como ela reage às exigências da vida e ao modo como harmoniza seus desejos, capacidades, ambições, ideias e emoções. (BRASIL)

Logo, mesmo com dificuldades para conceituá-la, afere-se que saúde mental é essencial ao indivíduo, por representar uma melhor capacidade de lidar com a vida e suas ondulações. Em sentido oposto, caso a saúde mental não esteja sendo preservada e, portanto, esteja abalada em algum grau, tem-se a instabilidade da base do “bem-estar”, necessária para o pleno estado de saúde. E justamente com essa instabilidade, os indivíduos ficam vulneráveis a doenças, enfermidades e transtornos mentais.

2.2.1. Do Transtorno Depressivo e da TAG

Tristeza, desânimo, alteração no sono, perda de interesses e energia, alteração de peso e baixa autoestima. Ou cansaço, tremores, sensação de falta de ar, náuseas e suor excessivo. Respectivamente, esses são alguns dos sintomas da depressão e do transtorno de ansiedade generalizada (TAG), dois dos transtornos mentais mais comuns no século XXI.

A depressão é considerada o principal fator desencadeante para o suicídio, como doença e como resultante de aspectos relacionados à saúde e à vida social. Em razão disso, não por coincidência, é conhecida como o “mal do século”. As causas para a sua ocorrência são inúmeras e podem ser encontradas em fatores genéticos, biológicos ou psicológicos e em circunstâncias sociais e ambientais (MINAYO, et al, 2012).

Contudo, cada vez mais é vista como algo normalizado, banalizado, satirizado, ou pior, como frescura. Assim, enquanto há indivíduos que a desdenham e não lhe dão

a devida atenção, há outros que se apossam da mesma, como um autodiagnóstico, quando na realidade, felizmente, não a possuem. Esse mal causa ausência de credibilidade para com os indivíduos que realmente a possuem.

O Dr. Drauzio Varella a conceitua como:

uma doença psiquiátrica crônica e recorrente que produz uma alteração do humor caracterizada por uma tristeza profunda, sem fim, associada a sentimentos de dor, amargura, desencanto, desesperança, baixa autoestima e culpa, assim como a distúrbios do sono e do apetite. [...] Nos quadros de depressão, a tristeza não dá tréguas, mesmo que não haja uma causa aparente. O humor permanece deprimido praticamente o tempo todo, por dias e dias seguidos. Desaparece o interesse pelas atividades que antes davam satisfação e prazer e a pessoa não tem perspectiva de que algo possa ser feito para que seu quadro melhore (VARELLA)

Nota-se, portanto, que é uma condição profunda, e, apesar de acometer milhares de pessoas no mundo todo, exige certos comportamentos não tão comuns para o seu devido diagnóstico. Isto porque a tristeza momentânea, advinda de situações desagradáveis ou momentos difíceis, é transitória e normal, até porque é impossível viver sem passar por esses momentos. A tristeza encontrada na depressão é recorrente, ao ponto de a pessoa perder interesses por experiências que antes a interessava.

Então, diferentemente do que o senso comum pode nos levar a crer, o transtorno mental da depressão é específico e não deve ser confundido com a tristeza, a não ser que se tenha um padrão de comportamento nesse sentido.

Em contrapartida, há também o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) que igualmente é um transtorno mental e psiquiátrico (e, portanto, que precisa de diagnóstico clínico), caracterizado pela preocupação excessiva e constante, tão forte que causa desconfortos clinicamente significativos ou prejuízos no funcionamento social, ocupacional ou em quaisquer outras áreas importantes (BRASIL, 2015).

O Dr. Drauzio Varella assim conceitua esse transtorno:

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG), segundo o manual de classificação de doenças mentais (DSM-IV), é um distúrbio caracterizado pela “preocupação excessiva ou expectativa apreensiva”, persistente e de difícil controle, que perdura por seis meses no mínimo e vem acompanhado por três ou mais dos seguintes sintomas: inquietação, fadiga, irritabilidade, dificuldade de concentração, tensão muscular e perturbação do sono.

É importante registrar também que, nesses casos, o nível de ansiedade é desproporcional aos acontecimentos geradores do transtorno, causa muito sofrimento e interfere na qualidade de vida e no desempenho familiar, social e profissional dos pacientes (VARELLA).

Dessa forma, novamente em corrente contrária ao senso comum, o TAG também não é automático, não é a mera apreensão ou preocupação com situações corriqueiras, até porque esse comportamento é normal. É preciso uma frequência tão impactante que cause desconfortos clínicos, que podem até mesmo resultar na necessidade de ir ao hospital, em razão de sensações de sufocamento, falta de ar, desmaio etc.

Há diversos outros transtornos mentais que merecem nosso olhar e nossa atenção, pois igualmente possuem grande relevância. Contudo, para o presente trabalho, foi necessário se restringir a apenas esses dois.

Nota-se, portanto, que os transtornos tratados em tela possuem alto grau de seriedade e devem ser tratados de forma consciente. Mas por que esse debate surge apenas agora? O que causou o avanço gigantesco desses transtornos nos últimos anos?

2.3. SAÚDE MENTAL COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO SÉCULO XXI

Não há uma resposta única e exata para justificar o aumento do número dos casos de transtornos mentais, até porque, até certo ponto, cada caso tem suas particularidades. O fato é que grandes mudanças ocorreram com o passar do século passado para o atual, o que, conseqüentemente, pode ter afetado tal índice.

O mundo globalizado, a ascendência da cultura do imediatismo, os meios digitais, o entendimento maior sobre o bullying são algumas respostas possíveis para responder as questões feitas anteriormente. Como exemplo, no âmbito educacional, vivenciado nas primeiras fases da vida (infância e adolescência), tem-se a necessidade de aprovação, do aceite do outrem, a pressão quanto as escolhas profissionais, a cobrança, a competitividade, etc. Essas situações são capazes de gerar insegurança, exaustão, preocupação, ansiedade, que quando em níveis anormais, possuem força para se tornar um transtorno mental.

Como também no âmbito trabalhista, onde nota-se cobranças intensas aos profissionais, maiores responsabilidades, o temor em falhar, a competitividade, a não identificação ou insatisfação com as atividades exercidas, desânimo, sobrecarga de tarefas, etc. Nesse liame, sobrevém a autocobrança excessiva de produtividade, agilidade e perfeição. Todas essas situações também são capazes de causar os mesmos sentimentos e, conseqüentemente, os mesmos transtornos.

Nesse ponto, Sarah Rocha e Elda Bussinguer lecionam que

a saúde mental do(a) trabalhador(a) caracteriza componente indissociável da saúde do ser humano e elemento indispensável à preservação da saúde integral do(a) trabalhador(a). Sob esse viés, para concretizar o direito fundamental ao trabalho, concebendo-o como algo dotado de sentido, capaz de contribuir para a realização da dignidade humana, torna-se premente a promoção da saúde mental do(a) trabalhador(a) (2016, p. 1107).

Há outras justificativas que podem ser mencionadas, como a desigualdade social, melhor evidenciada pela ausência de oportunidades de estudos e/ou empregos, o que gera ausência de expectativas para o futuro. Ou o oposto, justamente uma grande apreensão e medo, seja por pressão familiar e/ou social, de “falhar” e não atender as expectativas geradas por si mesmo e/ou pelo outrem.

Bem como, conflitos internos, como em relação à orientação sexual e o conseqüente medo de julgamentos e de não ser aceito. Ou ainda a baixa autoestima, que causa insegurança, timidez, não aceite do próprio corpo, etc., inclusive no período da adolescência, em razão da puberdade e mudanças corporais. Por último, mas não menos importante, pode-se atribuir esse aumento dos casos de transtornos mentais à falta de tratamento efetivo e preventivo.

Não que os séculos anteriores não tivessem ocorrências e preocupações quanto aos transtornos mentais, contudo, nota-se que com o decorrer do tempo, houve um aumento gradual a nível nacional e mundial. E certo é que, à época, não havia conhecimentos e informações sobre a presente temática como há atualmente.

Assim, observa-se pelo seu número cada vez maior de acometimentos, que os abalos da saúde mental vêm se comportando como um problema de saúde pública no atual século, já que vem se tornando uma tendência. Inclusive, as ocorrências são tantas que, por vezes, são tratados como algo normal. Em decorrência disso, sobretudo pela

preocupação já existente com diversas camadas da sociedade consideradas vulneráveis, deve-se dar o seu devido reconhecimento com a adoção de medidas eficientes para sua redução total ou ao menos, parcial.

3 SUICÍDIO COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Adentraremos agora especificamente na questão do suicídio, que, por vezes, é um desdobramento dos transtornos mentais. Em seguida, será demonstrada e analisada a pesquisa feita referente a presente temática e, por fim, será visto a possibilidade de atuação estatal na prevenção do suicídio, com a criação de políticas públicas.

3.1 O ATO DE PÔR FIM A PRÓPRIA VIDA

Uma dor martirizante, insuportável, constante e sem fim aparente. Essas sensações são comuns no cotidiano de muitas pessoas que sofrem com a angústia de estar vivo. E, infelizmente, em decorrência da sua saúde mental abalada, mas não unicamente em razão dela, acabam por ceifar a própria vida.

Importante ressaltar que apesar de esse ser o ponto final, é necessário atentar também para as ideações suicidas e as tentativas de suicídio, já que estas servem de percurso para o suicídio de fato. Inclusive, conforme o Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental, elaborado em conjunto com o Ministério da Saúde, os principais fatores de risco para o suicídio são os transtornos mentais e o histórico de tentativa de suicídio (BRASIL, 2006, p. 17).

Segundo a OMS, uma pessoa morre por suicídio a cada 40 segundos no mundo. No Brasil, 24 pessoas morrem diariamente pelo mesmo motivo (BARBOSA, et al. 2011). Conforme o Boletim Epidemiológico nº 30, divulgado em 2017 pelo Ministério da Saúde, no período de 2011 a 2015, foram registrados 55.649 óbitos por suicídio no

país, com uma taxa geral de 5,5/100 mil habitantes, variando de 5,3 em 2011 a 5,7 em 2015. Não obstante, no período de 2011 a 2016, foram notificados no Sinan 1.173.418 casos de violências interpessoais ou autoprovocadas (BRASIL, 2017).

Nesse ponto, impossível não citar o prestigiado sociólogo Émile Durkheim, que dedicou grande parte dos seus estudos à pesquisa dos fatos sociais, levando-se em consideração a consciência coletiva (que segundo ele, é algo que a sociedade produz sobre os indivíduos). No decorrer suas teorias e estudos, se deparou com o suicídio e notou que os sociólogos devem ter interesse nesse fato social. Isto porque, Durkheim

sustenta a afirmação de que o suicídio não é uma causa individual, mas sim uma causa social, pois segundo ele cada sociedade tem em sua história um conjunto de indivíduos dispostos ao suicídio, onde essa disposição deve ser estudada não apenas pelos fenômenos orgânico-psíquicos ou do meio físico no qual os indivíduos estão situados, mas sim segundo as causas sociais que geram os fenômenos coletivos (DURKHEIM, 2004, apud ALMEIDA, 2018, p. 120-121).

Durkheim classifica os suicídios como: egoísta, altruísta e anômico. Antes de estudá-los, é necessário elencar que, para o autor, o suicídio está relacionado aos fatos sociais. Brevemente, esses fatos se constituem como uma coerção social exterior nos modos de agir, pensar e sentir, nos indivíduos inseridos em uma determinada sociedade e por ser algo imposto socialmente nos fazem ficar sujeitos a eles desde o nosso nascimento, independentemente das nossas manifestações individuais (DURKHEIM, 2004, apud ALMEIDA, 2018, p. 121).

Nesse ponto, Carolina Moulin e André Santos dissertam que:

as sociedades e os indivíduos que nela se inserem são grandemente influenciados pelos fatores sociais, estes compreendidos dentro de um determinado meio social, em uma dada cultura e em certo tempo. Neste sentido, os ensinamentos da estudiosa autora Maria João Cunha (2014, p. 12), corrobora com este mesmo entendimento. Para ela, a forma como os indivíduos se auto identificam, isto é, criam a imagem que tem de si, é desenvolvida, principalmente, por intermédio dos fatores sociais (2019, p. 2).

Primeiramente, o suicídio egoísta se dá quando o indivíduo se sente desintegrado da sociedade e do seu meio social, como quando há um afrouxamento das suas relações e do seu compromisso com a sociedade. Assim, o quão mais individualizado e afastado dos seus grupos sociais (que produzem determinadas maneiras de agir, pensar e sentir capazes de manter a consciência coletiva acima da consciência

individual), maior a chance do indivíduo de cometer suicídio. O sociólogo cita a questão religiosa e homens solteiros, divorciados ou viúvos como exemplos (DURKHEIM, 2004, apud ALMEIDA, 2018, p. 123-124).

Por sua vez, o suicídio altruísta é o oposto do egoísta, isto porque ele é atestado quando o indivíduo se sente na obrigação de pôr fim a própria vida em prol de algum ideal ou do bem-estar da sua sociedade ou do grupo social no qual está inserido. Por exemplo, as viúvas das antigas sociedades hindus, pois com a morte de seu marido e sem poder se casar com outro homem, perdiam sua função na coletividade e, em virtude disso, se suicidavam (DURKHEIM, 2004, apud ALMEIDA, 2018, p.124).

Por fim, o suicídio anômico, conforme o próprio autor, é o mais atestado na modernidade e está estritamente ligado as questões sociais. Esse tipo de suicídio ocorre quando a sociedade está passando por uma anomia social, uma perturbação coletiva, como por crises econômicas e políticas, tornando-se um caos social e fazendo com que tenha uma ausência de moralização sobre as pessoas (DURKHEIM, 2004, apud ALMEIDA, 2018, p.127).

Passado esse ponto, demonstrado os fatores sociais que ensejem no suicídio, importante ressaltar que já há alguns dispositivos na legislação brasileira sobre a temática. Há o art. 122, do Código Penal, que aponta como crime o ato de induzir ou instigar alguém a acabar com a própria vida ou prestar auxílio material para o cometimento do suicídio ou da automutilação. Além das qualificadoras contidas nos parágrafos do artigo (BRASIL, 1940).

Há também a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que se constitui como uma das maiores referências legais nesse sentido, pois dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais a serem asseguradas sem qualquer forma de discriminação e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

Dá-se enfoque ao § único do art. 2º, dessa Lei, pois há explícita menção aos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, como o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde de forma coerente às suas necessidades, além do tratamento com humanidade e respeito, no intuito de beneficiar sua saúde para alcançar sua recuperação, a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração, a garantia de

sigilo das informações prestadas, direito à presença médica, em qualquer momento, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária, além do recebimento do maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento, livre acesso aos meios de comunicação disponíveis e tratamento em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

De igual relevância, observa-se o art. 3º, do mesmo dispositivo legal, que elenca a responsabilidade do Estado em desenvolver políticas públicas de saúde mental, bem como de assistência e a promoção de ações de saúde, a serem prestados em estabelecimentos próprios de saúde mental, isto é, instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001).

Há também a Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006, que dispõe no seu artigo 2º que os óbitos por suicídio podem ser evitados por meio de ações entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, as instituições acadêmicas, as organizações da sociedade civil, os organismos governamentais e os não governamentais, nacionais e internacionais (BRASIL, 2006).

Por fim, elenca-se que em 2010, a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC expediu o Protocolo de Atenção em Saúde Mental, que serviu para divulgar como identificar e definir ações e métodos para cada transtorno mental. Ao discorrer sobre o transtorno depressivo, foi elencado que a depressão é responsável por 80% de todos os suicídios e até 15% dos pacientes deprimidos se suicida. Não obstante, destacou que as mulheres tentam mais, contudo, os homens têm mais sucesso pelos métodos que usam e, atualmente, a maioria dos suicídios ocorre na faixa etária de 15-44 anos, mas o risco individual aumenta com a idade (BRASIL, 2010).

Nota-se, portanto, que o suicídio não é um fato social isolado e mesmo com o já reconhecimento estatal do direito as pessoas portadoras de saúde mental, as soluções para diminuir as ocorrências do suicídio ainda não parecem serem conhecidas.

3.2 ANÁLISE DOS DADOS REFERENTES A PESQUISA SOBRE TRANSTORNOS MENTAIS E SUICÍDIO

Diante da relevância da temática do presente trabalho, por se tratar de um problema coletivo e social, ensejou-se a necessidade de analisar todo o exposto na prática, com a realização de uma pesquisa de campo.

Assim, foi elaborado um questionário com 8 perguntas sobre o tema para os depoentes responderem, sendo que do total, 7 perguntas foram de caráter obrigatório e 1 de caráter opcional e a maioria de múltiplas alternativas. Em decorrência da pandemia do COVID-19 (2020 – período atual), a qual foi tratada como calamidade pública no Brasil e possui como principal prevenção e recomendação o isolamento social, a pesquisa foi realizada de forma virtual, pelo Aplicativo Google Formulários (pelo link: <https://forms.gle/SEu3ch91R9T8Lgo1A>).

O formulário disponibilizado para responder as questões foi aberto no dia 11 de maio de 2021 e fechado no dia 18 do mesmo mês e ano, contabilizando ao todo 7 dias no ar. Ademais, foi realizado de forma anônima, não sendo colhido nenhum dado passível de identificação do entrevistado por parte da autora. Tal escolha se deu para incentivar os indivíduos a se interessarem na participação da pesquisa, sem o receio de serem identificados.

Felizmente, foram contabilizadas 518 respostas (representando 518 depoentes) nesse período.

Inicialmente, com o mero intuito de traçar um perfil dos depoentes, foi questionado o gênero e a idade deles. Assim, foi atestado que 80,9% (419/518) dos depoentes são do gênero feminino, enquanto 18% (93/518) são do gênero masculino, 0,5% (3/518) se identificaram como não-binário, 0,4% (2/518) preferiram não responder e 0,2% (1/518) se identificaram como Queer.

A prevalência do interesse do gênero feminino, em detrimento do gênero masculino, em responder ao formulário pode ser justificada pelo fato de ser atribuído desde cedo aos homens os traços de invulnerabilidade, força e virilidade. Essas características são incompatíveis com a demonstração de sinais de fraqueza, medo, ansiedade e

insegurança, pois colocariam em risco a masculinidade e aproximaria o homem das representações de feminilidade (GOMES, et al. 2007). Assim, responder as perguntas do presente formulário, que possuem cunho estritamente pessoal, seria demonstrar seus sentimentos e, portanto, poderia significar em uma exposição de fraqueza e sensibilidade, características historicamente vistas como “femininas”.

Não obstante, a faixa etária predominante foi a de jovens, vejamos: 38, 41% (199/518) possuem idade entre 13 (menor idade aferida) e 19 anos, 42, 85% (222/518) possuem idade entre 20 e 29 anos, 7,14% (37/518) possuem idade entre 30 e 39 anos, 6,94% (36/518) possuem idade entre 40 e 48 anos, 3,66% (19/518) possuem idade entre 50 e 59 anos e por fim, 0,96% (5/518) possuem idade entre 60 e 67 anos (maior idade aferida).

Inicialmente, buscou-se averiguar o percentual de indivíduos que, infelizmente, convivem ou já conviveram com transtornos mentais, com o devido diagnóstico clínico de um profissional. Isto porque, com relação a depressão e TAG, os dois transtornos mais comuns, segundo dados da ONU divulgados em 2017, 5,8% da população brasileira possui transtorno depressivo, enquanto 9,3% possui transtornos de ansiedade.

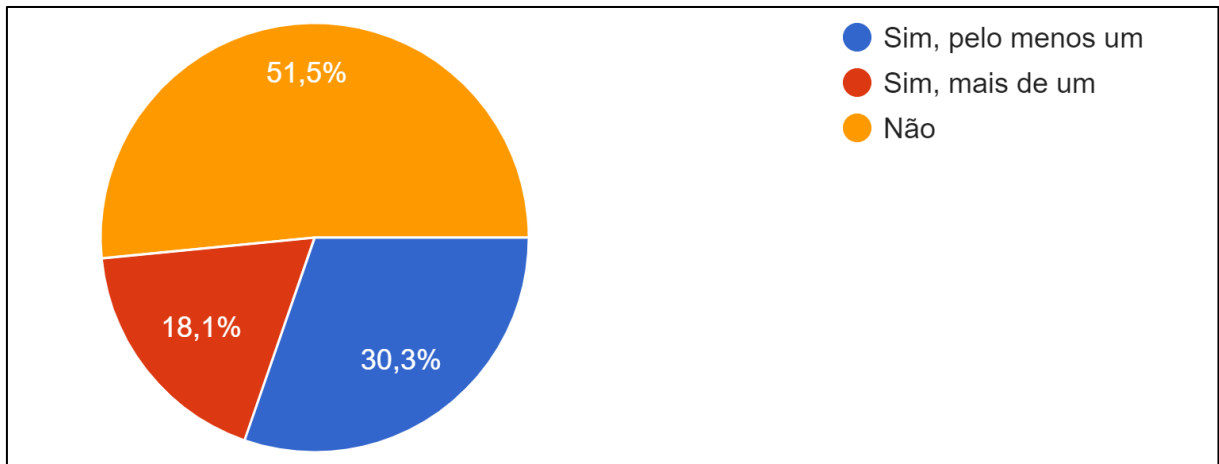
Salienta-se que há diversas síndromes psicopatológicas e transtornos psicológicos associados à ideação, tentativas e efetivação do suicídio, além da depressão e da TAG, como o transtorno do humor bipolar, a dependência de álcool ou de outras drogas psicoativas, a esquizofrenia, os transtornos de personalidade, como traços borderlines/limítrofes e histriônicos, já que todos são importantes fatores de risco. Não obstante, a situação de risco é agravada quando mais de uma dessas condições supramencionadas combinam-se, ou seja, se o indivíduo apresenta concomitância da manifestação de dois ou mais desses quadros (MAIA, et al. 2017, p. 37).

Ademais, conforme os ensinamentos de Lopes e Gonçalves (2010), o suicídio é um risco sempre presente junto aos pacientes com transtornos psiquiátricos.

Contudo, com a análise das respostas pela autora, aferiu-se que 51,5% (267/518) dos depoentes, ou seja, a maioria, nunca foi diagnosticada com algum transtorno mental. Por outro lado, 30,3% (157/518) relataram já terem sido diagnosticado com pelo menos um transtorno, enquanto 18,1% (94/518) relataram já terem sido diagnosticado com mais de um transtorno. Dessa forma, ao somar os dois últimos dados, observa-

se que 48,4% (251/518) dos entrevistados, isto é, quase a metade, possuem ou já possuíram abalos na sua saúde mental (gráfico 1).

Gráfico 1 – Percentual de pessoas que já foram diagnosticadas com algum transtorno mental, como Depressão, TAG (Transtorno de Ansiedade Generalizada), Síndrome do Pânico, TOC (Transtorno obsessivo-compulsivo), etc.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

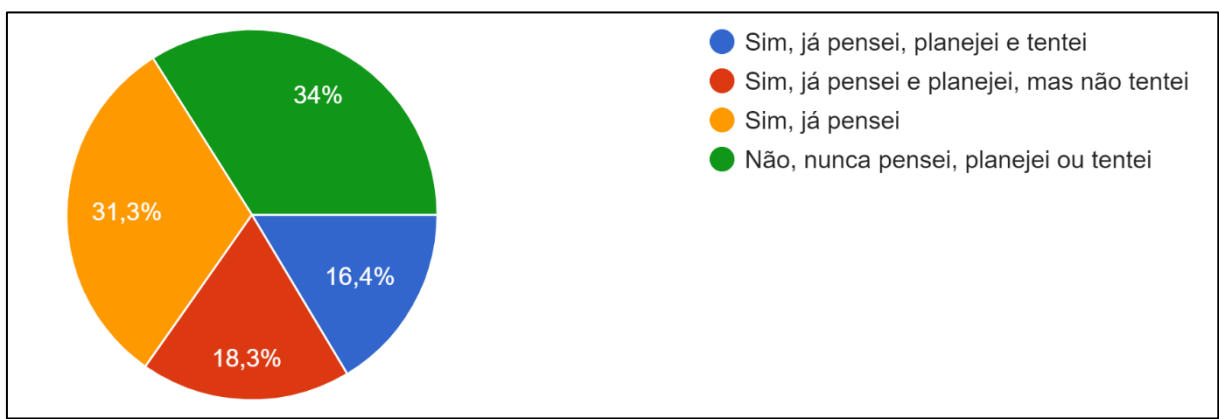
Dando seguimento, conforme Lopes e Gonçalves (2010), há diversos sinais de perigo que demonstram a intenção suicida de um indivíduo, como a apresentação de um plano de ação para execução, a presença de um diagnóstico psiquiátrico prévio (inclusive de depressão), o isolamento (como a ausência de relacionamentos, morar sozinho e o desemprego), se já houve uma ameaça ou tentativa anterior e há persistência dessa ideação, se o método utilizado na tentativa é considerado letal e se há um planejamento com antecedência.

Assim, lamentavelmente obteve-se infeliz surpresa ao averiguar que a maioria, isto é, 66% (342/518) dos entrevistados já pretenderam ou cogitaram cometer suicídio no decorrer de sua vida. Esse número é assim dividido: 31,3% (162/518) dos depoentes já pensaram em tirar a própria vida, 18,3% (95/518) pensaram, planejaram, mas não tentaram e 16,4% (85/518) pensaram, planejaram e de fato tentaram pôr fim a própria vida. Ao passo que apenas 34% (176/518) nunca pensaram, planejaram ou tentaram.

Por mais que o caráter desse questionamento seja considerado extremamente pessoal, foi necessária sua realização para conferir o dado ao Boletim Epidemiológico nº 30, divulgado em 2017 pelo Ministério da Saúde (já supramencionado no tópico

anterior), o qual elenca que no período de 2011 a 2016, das 1.173.418 notificações de casos de violências interpessoais ou autoprovocadas, identificaram-se 48.204 (27,4%) casos de tentativa de suicídio, sendo 33.269 (69,0%) em mulheres e 14.931 (31,0%) em homens (BRASIL, 2017). Esses dados ensejaram na motivação do segundo questionamento (gráfico 2).

Gráfico 2 - Percentual de pessoas que já pensaram, planejaram ou tentaram tirar a própria vida



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

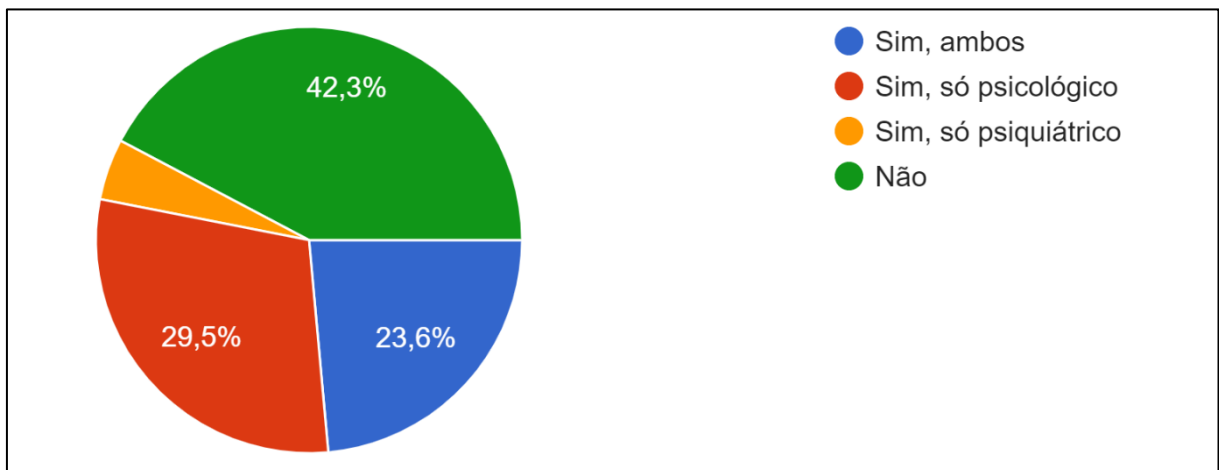
Todavia, apesar dos altos números, o percentual de indivíduos que já buscaram ajuda profissional foi positivamente surpreendente. Averiguou-se que a maioria dos indivíduos já perceberam a necessidade de auxílio profissional, uma vez que 29,5% (153/518) faz ou já fez tratamento psicológico, 4,6% (24/518) faz ou já fez tratamento psiquiátrico e 23,6% (122/518) faz ou já fez ambos tratamentos. Totalizando 57,7% (299/518) indivíduos reconhecendo a necessidade de acompanhamento profissional na busca do equilíbrio da saúde mental. Contudo, 42,3% (219/518) ainda não buscaram esse auxílio.

Esse dado foi relevante, pois partindo-se ainda do enfoque no transtorno depressivo e no transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e ainda dos dados do Protocolo de Atenção em Saúde Mental, tem-se os benefícios do tratamento na melhora do paciente. Com relação ao TAG, foi apontado que se deve oferecer tratamento imediato na atenção básica e que todas as decisões do processo de cuidado devem ser compartilhadas entre o indivíduo e os profissionais de saúde, pois essas parcerias

terapêuticas efetivas diminuem o abandono e melhoram os resultados do tratamento (BRASIL, 2010).

Por sua vez, com relação a depressão, ainda segundo o Protocolo de Atenção em Saúde Mental, um dos maiores erros clínicos e evitáveis é justamente a falha em não iniciar o tratamento, apesar de já existirem os sintomas. Ademais, uma boa aliança terapêutica está relacionada com desfechos melhores independentemente do tipo de terapia empregada (BRASIL, 2010). Logo, visou atestar se os indivíduos reconhecem esses benefícios no dia-a-dia, obtendo resultado positivo (gráfico 3).

Gráfico 3 - Percentual de pessoas que fazem ou já fizeram tratamento psicológico e/ou psiquiátrico



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

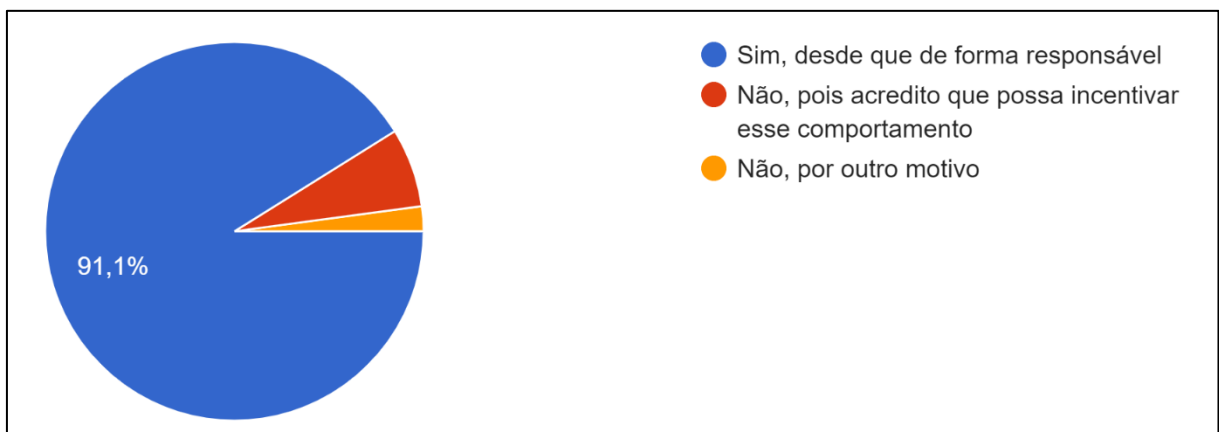
Em continuidade, de forma contrária ao esperado e ao averiguado na realidade brasileira, quase a totalidade, na verdade, 91,1% (472/518) acham que a Imprensa Brasileira e o Governo deveriam abordar o suicídio no cotidiano. Enquanto 8,9% (46/518) julgam que não deveria haver tal abordagem. Desse último número, 6,8% (35/518) pensam assim por acreditarem que essa abordagem pode incentivar esse comportamento, enquanto 2,1% (11/518) acreditam na negativa por outro motivo.

Pinheiro (apud SANTOS; KIND, 2020) ao debater sobre a integralidade avaliando os serviços de saúde quanto à oferta e à demanda dentro de uma determinada localidade, apontou a necessidade de articular a demanda e a oferta da população e dos serviços não sob um olhar mercantilista e dicotômico, mas sim cooperativo e dialógico, a partir de seus atores: usuários, trabalhadores e gestores.

Assim, a divulgação dessa temática pela Imprensa e pelo Governo Brasileiro não devem ser vistos dissociados da opinião coletiva, já que todos os agentes sociais, isto é, tanto os governamentais quanto os próprios cidadãos, devem atuar conjuntamente e solidariamente nessa questão, estando em harmonia nas decisões.

Salienta-se que uma das ações da vigilância em saúde mental, encontradas no Protocolo de Saúde Mental, é justamente o desenvolvimento de ações de educação e comunicação na grande mídia sobre práticas de prevenção que superem estigmas (BRASIL, 2010). Logo, frente a ausência dessas ações nas mídias e imprensas brasileiras, buscou-se averiguar se os depoentes concordam com essa afirmação, o qual foi surpreendentemente positiva (gráfico 4).

Gráfico 4 - Percentual de pessoas que acham que a Imprensa e o Governo deveriam abordar mais a questão do suicídio no dia-a-dia



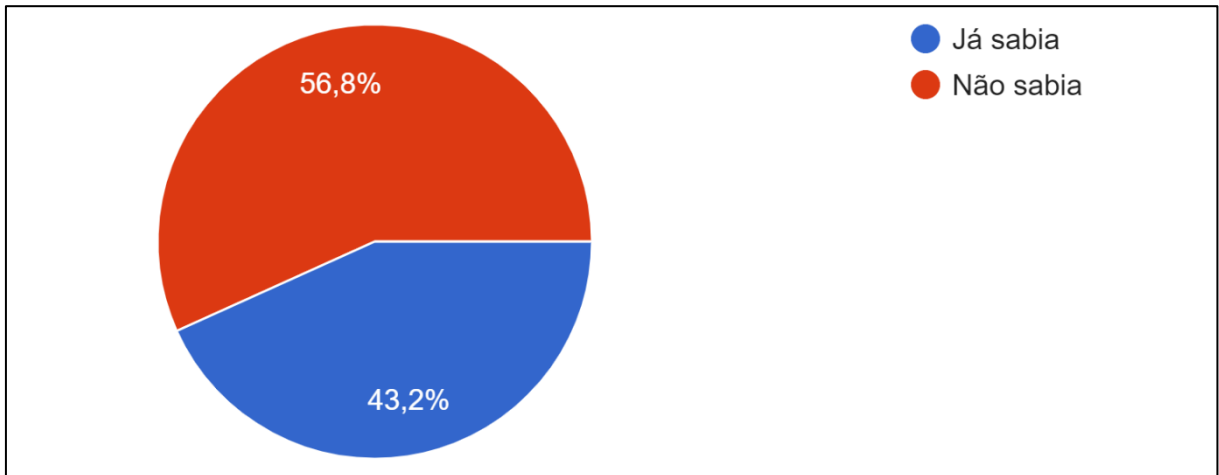
Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Por fim, foi divulgado o dado da OMS já citado no presente trabalho, referente a morte de uma pessoa por suicídio a cada 40 segundos ao redor do mundo. Diante da afirmação, como esperado, a maioria, exatamente 56,8% (294/518) não sabiam dessa informação, enquanto 43,2% (224/518), número maior que o esperado, já sabiam.

Inicialmente, pensou-se que como o dado é extremamente amedrontador, e em contrapartida, não comentado socialmente, buscou-se averiguar se há um conhecimento coletivo (ou não) do dado mais relevante sobre a temática, ao passo que informa ao entrevistador sobre ele, caso ele ainda não tenha esse conhecimento.

Segundo Schneidman (1996, apud BARBOSA, 2011) a educação é o item mais importante na diminuição nos índices de suicídio. Correlacionando a educação ao acesso à informação, afere-se que quase 300 pessoas puderam extrair a informação supramencionada pelo formulário (gráfico 5).

Gráfico 5 - Percentual de pessoas que já sabiam ou não sabiam que, segundo a OMS, uma pessoa morre por suicídio a cada 40 segundos no mundo.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Salienta-se que houve a disponibilização de um espaço dissertativo com o título “Gostaria de falar algo?”, de caráter não obrigatório e anônimo, para que os que quisessem desabafar. Esse espaço obteve 161 respostas, contudo, dadas as particularidades dos desabafos, optou-se pela não divulgação dessas respostas.

Diante da pesquisa, percebeu-se que há um grande número de indivíduos que sofrem ou já sofreram com transtornos mentais e, infelizmente, como esperado, esse alto número também implica em um percentual elevado de pessoas que já cogitaram em acabar com a própria vida, o que, inclusive, jamais deve ser tratado como normal.

Contudo, felizmente, diferentemente do pensado, há um grande percentual de pessoas que já buscaram ajuda profissional e que julgam necessário uma maior abordagem do Governo e da Imprensa nessa questão no dia-a-dia. Não obstante, o formulário ainda serviu para transmitir o conhecimento sobre o grandioso número de mortes por suicídio a maioria dos depoentes, no intuito de chocar e transmitir informação.

3.3 O PAPEL DO ESTADO NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO DECORRENTE DE ABALOS DA SAÚDE MENTAL E A NECESSIDADE DE CRIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS VISANDO SUA PREVENÇÃO

Por todo o exposto, tendo sido observado preliminarmente os direitos fundamentais à vida, à saúde e à dignidade da pessoa humana garantidos na Constituição Federal de 1988 como um dever do Estado, em consonância com o elevado número de acometimentos de transtornos mentais na sociedade brasileira aliado ao aumento dos casos de suicídio no país, tem-se a necessidade urgente de um papel mais presente e eficaz do Estado Brasileiro nessas questões.

Inicialmente, pela criação do SUS, notou-se a preocupação do Governo no acesso universal e igualitário de ações e serviços que visem a promoção, proteção e recuperação de saúde aos cidadãos brasileiros. Assim, já se vislumbrou uma atenção estatal com a saúde pública, sobretudo a física.

Ora, considerando que a saúde mental está englobada no conceito de “saúde” e sendo a saúde pública oriunda da “necessidade de enfrentar os problemas de saúde”, como visto, não resta dúvidas de que saúde mental é um problema social de saúde pública no século XXI. Portanto, sendo o Estado garantidor da saúde e da vida de seus cidadãos, como observado com a concretude do SUS, deve haver a extensão da preocupação com a saúde para efetivamente alcançar a saúde mental.

Isto porque a saúde mental possui tanta relevância como a saúde física na garantia do pleno bem-estar de saúde. E, em razão disso, não deve ser deixada para segundo plano e muito menos ser excluída da atenção do Estado. Todavia, na realidade, observa-se que a mesma não é levada em consideração como deveria, dada a ausência de políticas públicas eficazes nesse sentido, o que aduz na necessidade de um olhar estatal mais atento.

É evidente que a sociedade possui grande responsabilidade nessas questões, até porque a construção pessoal do indivíduo está estritamente relacionada ao meio social que convive. Logo, é necessário que a mesma deixe de tratar esse assunto com tabu ou como frescura, até porque isso ocasiona no receio de diversos indivíduos em procurarem ajuda, pelo receio do julgamento e da falta de empatia de terceiros. Não

obstante, deve-se evitar ao máximo a generalização, a banalização e a romantização dos transtornos mentais e suicídio, bem como do autodiagnóstico e automedicação.

Necessário frisar que não há uma solução una e exata para a problemática aqui tratada. Na realidade, friamente expondo, acredita-se que o suicídio continuará a existir com o decorrer das gerações. O que se visa com o presente trabalho é a tentativa de recuperação da saúde mental de indivíduos que, em razão dos seus transtornos mentais (sobretudo a depressão), fielmente acreditam que o suicídio é a única saída existente. E, assim, com o devido tratamento, passariam a enxergar além dessa visão, superando a ideação ou prática suicida e, conseqüentemente, diminuindo a ocorrência de óbitos por suicídios, optando pela preservação da vida.

Não obstante, considerando as diferenças econômicas atestada no País, por vezes, esse mesmo indivíduo não possui acesso aos meios de promoção, proteção e recuperação de sua saúde mental, como os tratamentos psicológicos e psiquiátricos. Logo, o presente trabalho visou averiguar a possibilidade de atuações estatais para resguardar a saúde mental dos indivíduos.

Primeiramente, tem-se que uma forma de mudar essa realidade é a disponibilidade maior, eficiente e estruturada de psicólogos e psiquiatras, dentre outros profissionais capacitados da área, sobretudo para indivíduos que dependem exclusivamente do SUS, por não possuir condições de arcar com tratamentos particulares sem gerar prejuízos a si próprio e/ou a sua família.

Esses tratamentos demandam acompanhamento constante com os pacientes, logo, a fila de espera não pode ser extensa e as consultas não podem ter espaços longos entre elas, pois, do contrário, pode haver regressões nos tratamentos. Ressalva-se que a população de baixa renda que precisa desse tipo de acompanhamento fica mais vulnerável devido à demora em conseguir o tratamento adequado.

Não obstante, em casos de tentativas de suicídio, deve-se ter o acompanhamento pós-evento, isto porque, cerca de 15 a 25% das pessoas que tentam acabar com a própria vida, tentarão se matar novamente no ano seguinte e ainda 10% efetivamente conseguem se matar nos próximos 10 anos (BOTEGA, 2002, apud BARBOSA, et al. 2011). Logo, os profissionais de saúde devem ser capacitados para encaminhar e orientar esses indivíduos a fim de evitar novas tentativas, fazendo o monitoramento

constante das faltas as consultas ou até mesmo o abandono do tratamento, demonstrando a necessidade de um comportamento ativo desses profissionais.

Além disto, os transtornos mentais e o suicídio devem integrar o Sistema Único de Saúde como uma medida preventiva. Isto porque os atendimentos, sobretudo os psicológicos, não devem ser vistos como última opção. O não enxergar desses tipos de atendimentos como parte da preocupação com a saúde é preocupante, pois deixar sua importância ser reconhecida apenas quando o indivíduo já está com a enfermidade psíquica (ou pior, quando já está no seu limite) dificulta demasiadamente o procedimento. Logo, demanda-se pela detecção precoce de comportamentos suicidas para orientação de tratamentos a fim de aumentar a efetividade da terapia.

Outra solução é o início de debates sobre transtornos mentais e suicídio nos âmbitos acadêmicos, como nas escolas, oportunidade em que pode ser ensinado sobre saúde emocional e psicológica desde os primórdios, e também nas faculdades. Bem como, nos ambientes de trabalho, onde por vezes há preocupação maior com a atividade laboratorial do empregado frente a sua qualidade de vida. Em ambos os locais, há grande sujeição de abalos da saúde mental e mortes por suicídio e contrariamente há ausência de informações e ofertas de ajuda nesse sentido nesses locais.

Logo, esses locais, sobretudo os ambientes escolares, demandam abordagens responsáveis, pessoais e constantes feitas por profissionais capacitados, de forma a identificar e conseqüentemente orientar individualmente os indivíduos que estejam precisando. E, nos ambientes laboratoriais, deve haver a revisão de comportamentos, como cobrança excessiva, competitividade, comparações, etc.

Não obstante, deve haver também esse debate nas instituições religiosas, já que essas questões são desassociadas da fé religiosa, mas por vezes são nesses ambientes que se escuta a motivação suicida como “falta de Deus”.

Outrossim, é igualmente necessário o levantamento dessa pauta nas mídias sociais, pelo Governo e Imprensa Brasileira, com a expansão das campanhas contra o suicídio, cujo tema não deve ser restringido pelos mesmos apenas a um mês do ano (popularmente conhecido como “setembro amarelo”). Assim, deve ser verificado em cada Município (ou ao menos em cada Estado), a faixa etária que mais comete suicídios e realizar campanhas específicas pra linguagem de tal público.

Não obstante, deve ser amplamente divulgado em forma de propagandas nos canais de televisão, nas mídias sociais governamentais, etc., campanhas em prol do incentivo e da valorização da vida, da importância e relevância pessoal do indivíduo para a sua família, para o seu ciclo social e a sociedade como um todo, sem fazer qualquer menção ao suicídio em si. Isto se dá, sobretudo porque é justamente a desinformação sobre o assunto que causa os pensamentos preconceituosos, indiferentes e repulsivos já presentes na nossa sociedade. Entende-se que quanto maior o conhecimento e a informação sobre o assunto ora tratado, maiores as chances de prevenção (BARBOSA, et al. 2011).

Aliado ao exposto, surge também a necessidade de maior divulgação do CVV (Centro de Valorização da Vida), cujo número é o 188, novamente nos canais de televisão e nas mídias virtuais. Saliencia-se que o CVV presta apoio emocional gratuito a qualquer pessoa que queira e/ou precise. Essa divulgação não deve ter um enfoque suicida, mas sim como um canal aberto a todo e qualquer tempo para desabafar e ser ouvido, que muitas vezes é o que o ser humano precisa. De igual modo, não há conscientização sobre a oferta de tratamento psicológico e psiquiátrico gratuito já existentes, inclusive, os encontrados nos núcleos do curso de psicologia das faculdades e universidades, devendo estes também serem mais divulgados.

Assim, temos que divulgar mais os espaços de escuta daqueles que desejam falar da sua angústia, pois essa ausência de divulgação atrasa a busca do tratamento, fazendo aumentar quaisquer sentimentos e pensamentos que a pessoa esteja passando, sem possuir ajuda.

Contudo, ressalva-se que há diversas outras questões relacionadas, como a desigualdade econômica-social, sobretudo em um país capitalista, e a ausência de oportunidades, que necessitam de serem solucionadas não apenas no âmbito do presente trabalho, mas também para diversas problemáticas atuais.

Todo o exposto se relaciona com a visão durkheimiana. Já que Durkheim acredita que a sociedade, que é um corpo constituído por vários órgãos que operam em conjunto mantendo seu funcionamento perfeito, deve sempre operar e exercer sua coesão social nas consciências particulares dos indivíduos, evitando, assim, a anomia e os casos de suicídio que advém dela. Assim, sendo o suicídio um fato social

o que precisa ser feito é uma reforma nessa sociedade e nas instituições que a gerem e a coordenam para que ela possa voltar a seu estado normal de funcionamento, ou seja, “é preciso, sem afrouxar os laços que ligam cada parte da sociedade ao Estado, criar poderes morais que tenham sobre a multidão de indivíduos uma ação que o Estado não pode ter”. As instituições devem caminhar junto com o Estado, auxiliando, assim, na manutenção da coesão social necessária para o bom funcionamento da sociedade ((DURKHEIM, 2004, apud ALMEIDA, 2018, p. 128).

Logo, entende-se que há certo grau de dificuldade em solucionar integralmente o problema aqui tratado, contudo, essa complexidade não pode ser justificativa para não buscar impedir o ato de pôr fim a própria vida praticado por tantos brasileiros anualmente. Ressalta-se por fim que deixar de falar sobre algo não vai fazer com que o mesmo milagrosamente desapareça.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não existe vida digna sem o completo bem-estar de saúde. Não existe o completo bem-estar coletivo de saúde sem o acesso universal e igualitário as políticas públicas voltadas a saúde mental (já que está complementa a saúde). O presente trabalho se preocupou em atestar essas premissas no intuito de averiguar, a partir de uma preocupação inicial com a saúde mental, a possibilidade de intervenção estatal na criação de políticas públicas voltadas a prevenção do suicídio. Até porque antes de falar da garantia do completo bem-estar de saúde, deve-se ter a vida.

Demonstrou-se que o Estado Brasileiro elegeu os direitos à vida, à saúde e à dignidade da pessoa humana como direitos fundamentais, além de ser signatário de diversos tratados internacionais que também elencam esses direitos. Não obstante, o mesmo também apontou a adoção de políticas públicas específicas visando a concretude das diversas garantias dadas por ele mesmo. Como exemplo, felizmente, criou o Sistema Único de Saúde (SUS), que se constitui como um marco na história brasileira, sendo reconhecido, admirado e elogiado internacionalmente.

Em paralelo, percebeu-se o reconhecimento da saúde mental como integrante de “saúde”, a preocupação governamental com a saúde pública, como com a criação dos CAPs ad e a relação intrínseca entre esses conceitos. Ou seja, a necessidade de se atentar a saúde mental dentro da visão de saúde pública.

Fazendo uma ruptura com os primeiros capítulos, notou-se por fim, que apesar do Estado garantir os direitos à vida e à saúde, há anos o número de suicídios apenas aumenta no Brasil. Por vezes, em razão da falta de tratamento adequado para a recuperação da saúde mental, sobretudo dos indivíduos economicamente vulneráveis. Atestou-se, inclusive, por meio de uma pesquisa virtual, a relevância e necessidade do debate ora exposto, em razão do elevado número percentual de indivíduos que já pretenderam ou cogitaram cometer suicídio no decorrer de sua vida, representando 66% (342/518).

Logo, não restou dúvidas que o Estado não apenas possui esse poder, mas também o dever de criar políticas públicas voltadas a presente temática, apontando-se no tópico anterior as possíveis soluções para a tentativa de resguardar e preservar a

saúde mental dos indivíduos, evitando o surgimento ou agravamento de transtornos mentais, para, conseqüentemente, evitar a ocorrência de suicídios, em virtude desses transtornos.

O debate maior dessa problemática é urgente inclusive pelo histórico brasileiro de casos como o Holocausto Brasileiro. Assim, é necessário o rompimento da ideia de “tabu” do objeto ora tratado, para preservar a vida humana e também sua saúde mental, adotando-se uma solidariedade humanitária.

Elenca-se, por fim, que a humanidade não deve ser vista como meramente um conjunto de indivíduos isolados que, quando em conjunto em um determinado espaço, criam o elo humanitário comum. Como visto pela visão durkheimiana, o próprio suicídio, que sob uma análise superficial pode ser visto como algo particular, está estritamente relacionado com a convivência humana. E dada as disparidades de pensamentos, sentimentos e ideologias de cada ser, além do próprio livre-arbítrio, o Estado, numa figura paternalista, deve visar a ordem e harmonia da convivência dos seus indivíduos.

Você não está sozinho e o Estado deveria ser o primeiro a te mostrar isso.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Felipe Mateus de. O Suicídio: Contribuições de Émile Durkheim e Karl Marx para a compreensão desse fenômeno na contemporaneidade. **Rev. Aurora – Revista dos Discentes da Pós-Graduação em Ciências Sociais da UNESP / Marília**. v. 11. n. 1. p. 119-138. jan./jun. 2018. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/aurora/article/view/7306>. Acesso em: 15 maio 21.

ANDRADE, Marcella Coelho. Políticas públicas nas Constituição Federal de 1988: avanços e desafios. **CSONline - REVISTA ELETRÔNICA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**. n. 29, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/csonline/article/view/17574>. Acesso em: 23 abr. 2021.

BARBOSA, Fabia de Oliveira; MACEDO, Paula Costa Mosca; SILVEIRA, Rosa Maria Carvalho da. Depressão e o suicídio. Rio de Janeiro: **Rev. SBPH**. v. 14, n. 1, p. 233-243. jun. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000100013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 11 maio 21.

BARRETO JÚNIOR, Irineu Francisco. PAVANI, Miriam. O direito à saúde na ordem constitucional brasileira. **Revista De Direitos E Garantias Fundamentais**. v. 14, n. 2. jul./dez. 2013. Disponível em: <https://sisbib.emnuvens.com.br/direitosegarantias/article/view/263/182>. Acesso em: 23 maio 21.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 2007.

_____, Decreto-Lei nº 2.848 de 1940. **Código Penal**. Diário Oficial da União: Rio de Janeiro, 1940.

_____, Decreto nº 592, de 1992. **Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos**. 1992. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0592.htm. Acesso em: 18 abr. 21.

_____, Governo do Estado do Paraná. **Saúde Mental**. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Saude->

CÂMARA, Alexandre Freitas. Colisão de Direitos Fundamentais, Direito à Saúde e Tutela Antecipada. **Revista Magister de Direito Civil e Processual Civil nº 12**. maio/jun. 2006.

COSTA, P.; RONZANI, T.; COLUGNATI, F. No meio do caminho tinha um CAPSAD: centralidade e lógica assistencial da rede de atenção aos usuários de drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 10. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001003233. Acesso em: 10 maio 21.

DINIZ, Maria Gabriela Mourão. **“Campo de Concentração”: Do manicômio ao desastre: uma reflexão sobre o contexto da saúde mental no Brasil**. Brasília, 2018. Dissertação (Graduação em Direitos). Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais – FAJS. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/12948/1/21307300.pdf>. Acesso em: 25 maio 21.

GAGLIANO, Pablo Stolze; PAMPLONA FILHO, Rodolfo. **Novo curso de direito civil: direito de família**. 7. ed. v. 6. São Paulo: Saraiva, 2017.

GAINO, Loraine Vivian. et al. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. Ribeirão Preto: **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Ed. port.)**. v. 14, n. 2. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762018000200007. Acesso em 28 abr. 21.

GOMES, R; NASCIMENTO, E; ARAÚJO, F. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 23, n. 3, p. 565-574. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rQC6QzHKh9RCH5C7zLWNMvJ/?lang=pt#>. Acesso: 25 maio 21.

GOMIDE, Alexandre de Ávila. PIRES, Roberto Rocha C. **Capacidades estatais e democracia: arranjos institucionais de políticas públicas**. Brasília: Ipea, 2014.

LOPES, Fernanda Carvalho. GONÇALVES, Márcia. **Psiquiatria na Prática Médica – Roteiro de abordagem de quadros psiquiátricos nos serviços de urgência médica II – Tentativa de suicídio**. Psychiatry Online Brasil. v. 15, n. 9. set. 2010. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano10/prat0910.php>. Acesso em: 30 maio 21.

MAIA, Rodrigo da Silva. et al. Comportamento suicida: reflexões para profissionais de saúde. Porto Alegre: **Rev. Brasileira de Psicoterapia**. v. 19, n. 3. dez. 2017. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbp.celg.org.br/pdf/v19n3a03.pdf>. Acesso em: 21 maio 21.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, et al. Tendência da mortalidade por suicídio na população brasileira e idosa, 1980-2006. **Revista de Saúde Pública**. v. 46, n. 2. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 abr. 21.

MOLINER, Juliane de. LOPES, Stella Maris Brum. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. São Paulo: **Saúde soc.** v. 22, n. 4. dec. 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000400010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 abril 20.

MOULIN, Carolina Coutinho. DOS SANTOS, André Filipe P. Reid. “Suas fotos estão bombando no whatsapp”: um estudo de caso de violência contra a mulher em meio digital. **Crítica Social**. v. 2, 2019. Disponível em: <https://www.criticasocial.org/article/10.4322/cs.2019.2.01/pdf/gpdireitosocial-2-1.pdf>. Acesso em: 29 maio 21.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 15 abr. 21.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. USP. 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organizacao-Mundial-da-Saude/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 15 abr. 21.

PAMPLONA, Danielle et al. Direitos Fundamentais, Garantias Constitucionais e Políticas Públicas de Educação: classes hospitalares como políticas públicas de inclusão. **Revista De Direitos e Garantias Fundamentais**, v. 21, n. 1. jan./abr. 2020. Disponível em: <https://sisbib.emnuvens.com.br/direitosegarantias/article/view/1383/545>. Acesso em: 26 maio 21.

PINHO, Rodrigo César Rebello. **Teoria geral da constituição e direitos fundamentais**. 18. ed. São Paulo: Saraiva, 2020.

PMF/SC. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção em saúde mental**. Tubarão: Ed. Copiart, 2010. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf. Acesso em: 20 maio 21.

RABELLO, Lucíola Santos. **A saúde pública e o campo da promoção da saúde**. In: **Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. Disponível em: 14 <http://books.scielo.org/id/z7jxb/pdf/rabello-9788575413524-05.pdf>. Acesso em: 18 nov. 20.

RAPS, Santa Catarina. **Protocolo Clínico: Transtorno de Ansiedade Generalizada**. 2015. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/protocolos-da-raps/9217-ansiedade-generalizada/file>. Acesso em: 17 abr. 21.

ROCHA, Sarah Hora. BUSSINGUER, Eida Coelho de Azevedo. A invisibilidade das doenças mentais ocupacionais no mundo contemporâneo do trabalho. Fortaleza: **Pensar – Revista de Ciências Jurídicas**, v. 21, n. 3, p. 1104-1122. set./dez., 2016. Disponível em: <http://191.252.194.60:8080/handle/fdv/276>. Acesso em: 26 maio 21.

SANTOS, Luciana Almeida. KIND, Luciana. Integralidade, intersetorialidade e cuidado em saúde: caminhos para se enfrentar o suicídio. **Rev. Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v. 24. 2020 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/FhqsySCcnjw7ShVwjqs9ksN/?lang=pt#>. Acesso em: 20 maio 21.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 16 ed. São Paulo: Malheiros, 1999. TAVARES, André Ramos. **Curso de Direito Constitucional**. 8 ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2010.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Dossiê Sociedade e Políticas Públicas, Sociologias (16)**. dez, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222006000200003. Acesso em: 15 abr. 21.

TAJRA, Alex. 7 em casa 10 brasileiros dependem do SUS para tratamento, diz IBGE. **UOL**. São Paulo, 4 set. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas->

noticias/redacao/2020/09/04/7-em-cada-10-brasileiros-dependem-do-sus-para-tratamento-diz-ibge.htm. Acesso em: 06 maio 21.

TAVARES, Leandro Anselmo Todesqui. **A depressão como "mal-estar" contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo**. São Paulo: Cultura Acadêmica. 2010. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/j42t3/pdf/tavares-9788579831003-03.pdf>. Acesso em: 13 abr. 21.

VARELLA, Drauzio. Ansiedade (transtorno de ansiedade generalizada). **UOL**. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/ansiedade-transtorno-de-ansiedade-generalizada/>. Acesso em: 13 abr. 21.

VARELLA, Drauzio. Depressão. **UOL**. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/depressao/>. Acesso em: 13 abr. 21.

WHO, World Health Organization. (Organização Mundial da Saúde). **Depression and Other Common Mental Disorders**. 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/?jsessionid=1E412CB1D503FDA9E2F8724878E73AE9?sequence=1>. Acesso em: 28 abr. 21.