

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA**

GRACIELLA PIMENTEL RANGEL KOCK

**A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO EM UNIVERSIDADES FEDERAIS
DO SUDESTE E SUL DO BRASIL**

**VITÓRIA-ES
2019**

GRACIELLA PIMENTEL RANGEL KOCK

**A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO EM UNIVERSIDADES FEDERAIS
DO SUDESTE E SUL DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão do Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Gestão Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marilene Olivier
Ferreira de Oliveira

VITÓRIA-ES
2019

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

K76p KOCK, GRACIELLA PIMENTEL RANGEL, 1982-
A prevenção do suicídio em universidades federais do Sudeste e Sul do Brasil. / GRACIELLA PIMENTEL RANGEL KOCK. - 2019.
128 f. : il.

Orientadora: Marilene Olivier Ferreira de Oliveira.
Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão Pública) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas.

1. Suicídio- Prevenção. 2. Suicídio. 3. Saúde Pública- Administração. I. Oliveira, Marilene Olivier Ferreira de. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas. III. Título.

CDU: 35

GRACIELLA PIMENTEL RANGEL KOCK

**A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO EM UNIVERSIDADES FEDERAIS DO
SUDESTE E SUL DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública do Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão Pública.

Aprovado em 30 de julho de 2019.

COMISSÃO EXAMINADORA



Profa. Dra. Marilene Olivier F. de Oliveira
Orientadora



Profa. Dra. Taciana de Lemos Dias
Membro Interno



Profa. Dra. Leila Massaroni
Membro Externo

Para todos que choram de saudade
daqueles que decidiram partir por não
suportarem mais sofrer.

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor meu Deus, que me acolhe, me protege, me sustenta, me guarda, me fortalece e me encoraja todos os dias de minha vida. Sem Seu amor por mim não seria possível seguir.

Ao Lu, meu esposo, amigo e companheiro pelo carinho e cuidado comigo, por sempre acreditar em mim e em minha capacidade, mesmo quando eu mesma duvidava.

À minha filha, minha Clara, minha luz! Por me inspirar a ser uma pessoa melhor a cada dia.

À minha família por todo o apoio. À minha mãe pelas orações e à minha irmã pelo incentivo.

À minha orientadora, professora Marilene Olivier, por me aceitar como orientanda, acreditar na minha proposta e contribuir sobremaneira para o aperfeiçoamento deste trabalho.

Às minhas amigas queridas que sempre torcem pelo meu sucesso.

Aos meus colegas de trabalho do Centro de Ciências da Saúde, pela torcida e estímulo. Ao Igor Eler e à professora Glaucia pelo grande apoio que possibilitou uma maior dedicação à pesquisa.

Aos meus colegas de curso que fizeram com que o percurso ficasse mais leve, especialmente aos queridos Aline, Carol, Luanda, Flavio, Felipe, Talita e Laís.

À Universidade Federal do Espírito Santo e aos que compõem o Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública pela oportunidade de qualificação profissional.

Aos participantes da pesquisa, especialmente, aos professores Tarcísio Mauro Vago, Teresa Cristina da Silva Kurimoto e Alessandro Fernandes Moreira.

*“Quando não houver saída
Quando não houver mais solução
Ainda há de haver saída
Nenhuma ideia vale uma vida*

*Quando não houver esperança
Quando não restar nem ilusão
Ainda há de haver esperança
Em cada um de nós
Algo de uma criança*

*Enquanto houver sol
Enquanto houver sol
Ainda haverá
Enquanto houver sol
Enquanto houver sol*

*Quando não houver caminho
Mesmo sem amor, sem direção
A sós ninguém está sozinho
É caminhando
Que se faz o caminho [...]”*

Enquanto houver sol- Sérgio Britto

RESUMO

Introdução: Esta dissertação foi iniciada a partir do assunto morte que ainda causa grande desconforto ao homem. O tema ainda continua sendo um tabu em diversas culturas e se transformou em algo sobre o qual não se fala de forma espontânea. Tal distanciamento acentua-se ainda mais quando a morte decorre do suicídio, talvez pelo fato da quebra do ciclo de vida natural do homem. O **problema** estudado partiu da constatação do crescimento do número de pessoas que eliminam a própria vida, em diferentes regiões do mundo, como também no Brasil. Percebendo o suicídio como problema de saúde pública a Organização Mundial de Saúde propôs um plano de Ação para Saúde Mental com meta de redução em 10% da taxa global de suicídio. O Brasil tornou-se signatário desse planejamento e implementou uma Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção de Saúde, para o quadriênio 2017-2020. Nessa proposta o segmento da educação foi inserido como ator e agente de intervenção, dado que o número de extermínio da vida atinge também crianças, jovens adolescentes e universitários. Diante disso, é imperioso o debate sobre a saúde mental nesse ambiente, possibilitando conhecer o problema, buscar soluções e potencializar, por conseguinte, a prevenção do suicídio. O **objetivo** principal desta dissertação foi demonstrar como universidades federais das regiões Sudeste e Sul do Brasil estão atuando na prevenção do suicídio de estudantes e demais agentes, como os servidores, a elas vinculados. Dessa forma, foi necessário também mapear a atuação dessas instituições na prevenção do suicídio, descrevendo e conhecendo as políticas de prevenção e/ou ações adotadas por essas universidades. Em **termos teóricos** a pesquisa foi amparada em argumentos sobre o sofrimento do ser humano, a partir de argumentos propostos pela psiquiatria, sociologia e psicologia. Quanto aos métodos e procedimentos foi utilizada a abordagem mista quantitativa e qualitativa, configurando-se a pesquisa com descritiva, documental e bibliográfica. A **coleta de dados** foi realizada por meio de um questionário respondido pelos Pró-Reitores de Assuntos Estudantis e de Gestão de Pessoas de quinze universidades federais das regiões Sudeste e Sul do Brasil. Também foram realizadas entrevistas com representantes de uma instituição que possui uma Política Institucional de Saúde Mental, a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O **tratamento dos dados** ocorreu por contagem (frequência absoluta) do número de respostas por grau da escala tipo *Likert*, com a elaboração dos gráficos representativos desses números e, por fim, com a descrição detalhada do caso estudado. **Os resultados** mostraram que algumas ações de forma simples ou combinada, têm logrado êxito na promoção da saúde mental e prevenção do suicídio. A maioria das universidades que participaram da pesquisa realizam campanhas isoladas de prevenção do suicídio e apenas uma dentre as pesquisadas possui política institucional de saúde mental norteadora dessas ações de prevenção, a UFMG. A partir dos resultados, como **produto tecnológico**, foram elaboradas sugestões para a implementação de um Programa de Prevenção do Suicídio para a UFES. A presente pesquisa está inserida na área de **Inovação Tecnológica e Operações no Setor Público**.

Palavras-chave: Gestão Pública. Suicídio. Prevenção. Saúde Pública. Universidades Federais.

ABSTRACT

Introduction: This research was started from the subject death which still causes great discomfort to humankind. The subject matter remains a taboo in various cultures, it has turned into something that is not spoken spontaneously, and such detachment accentuates even more when the death stems from suicide, perhaps by the fact that the natural life cycle of man is broken. The researched **problem** arose from the observation of the growing number of people who kill themselves, in different regions all over the world, as well as in Brazil. Since they identify suicide as a public health problem, the World Health Organization proposed an Action Plan for Mental Health aimed at reducing of 10 percent the overall suicide rate. Brazil became a signatory of this action plan and implemented an Agenda for Strategic Actions for Suicide Surveillance and Prevention and Health Promotion encompassing the four-year period 2017-2020. In this proposal, the education segment was inserted as an actor and intervention agent, since the number of extermination of life also affects children, adolescents and university students. Thus, it is imperative the debate on mental health in the university environment, allowing knowing the problem, seeking solutions and thereby increasing the prevention of suicide. The main **objective** of this study was to demonstrate how federal universities in Southeastern and Southern regions of Brazil are acting for the prevention of suicide of students and other agents, such as the servers, linked to them. By mapping the actions of these institutions for suicide prevention, describing and knowing the prevention policies and / or actions adopted by these universities. In **theoretical terms**, the research was supported by arguments about the suffering of the human being, based on arguments proposed by psychiatry, sociology and psychology. Regarding methods and procedures, the quantitative and qualitative approach was used, with descriptive, documental and bibliographic research. **Data collection** consisted of a questionnaire answered by the Pro-Rectors of Student Affairs and People Management from fifteen federal universities in the Southeast and Southern regions of Brazil. Additionally, representatives of an institution that has an Institutional Policy on Mental Health, the Federal University of Minas Gerais, were interviewed. **Data treatment** occurred by counting (absolute frequency) the number of responses using Likert scale, drawing the graphs that represented these numbers and finally making a detailed description of the case studied, namely UFMG. **The results showed** that some actions in a simple or combined way have been successful in promoting mental health and suicide prevention. Most of the universities that participated in this research carried out isolated suicide prevention campaigns and only one of those surveyed has an institutional mental health policy that guides these prevention actions. From the results, as a **technological product**, suggestions were made for the implementation of a Suicide Prevention Program for UFES. The present research belongs the area of **Technological Innovation and Operations in the Public Sector**.

Passwords: Public Management. Suicide. Prevention. Public Health. Federal Universities.

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
1.1	TEMPORALIDADES.....	14
1.2	INTRODUÇÃO.....	15
1.3	CONTEXTO E PROBLEMA.....	18
1.4	OBJETIVOS.....	24
1.5	PRODUTO TÉCNICO.....	25
1.6	DELIMITAÇÃO E JUSTIFICATIVA	25
2	APORTE TEÓRICO.....	29
2.1	TEORIAS.....	29
2.2	CICLO DE VIDA: DO NASCER AO MORRER	34
2.3	SUICÍDIO.....	40
2.3.1	O suicídio ao longo da história: olhares diversos	42
2.3.2	O suicídio na contemporaneidade	46
2.3.3	Suicídio na população jovem: enfoque no contexto universitário.....	51
2.3.4	Suicídio e saúde pública no Brasil.....	58
3	MÉTODOS E PROCEDIMENTOS.....	62
3.1	ABORDAGEM E TIPO DE PESQUISA	62
3.2	FONTE DOS DADOS E AMOSTRA	64
3.3	COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	66
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	69
4.1	POLÍTICAS E PROGRAMAS DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NAS UNIVERSIDADES FEDERAIS	69
4.2	ANÁLISE DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO IDENTIFICADO NO BRASIL.....	73
4.2.1	A semana de Saúde Mental.....	73
4.2.2	A Rede de Saúde Mental da UFMG	74
4.2.3	A Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis – PRAE e o Núcleo de Escuta e Acompanhamento de Estudantes	79
4.2.4	A criação da Comissão Permanente de Saúde Mental.....	83
4.3	ALGUMAS INFORMAÇÕES DE PROGRAMAS DE PREVENÇÃO INTERNACIONAIS A TÍTULO DE ILUSTRAÇÃO.....	86
4.3.1	Universidade Estadual da Carolina do Norte-EUA.....	86
4.3.2	Universidade do Arizona-EUA	89
4.3.3	Universidade do Norte do Arizona-EUA	90
4.3.4	Universidade Estadual de Ohio-EUA	91
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
	REFERÊNCIAS	99
	APÊNDICES.....	109

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Distribuição da incidência de suicídios em nível internacional	50
Figura 2- Fluxo de Urgência e Emergência na UFMG	78
Figura 3- Etapas da construção da Política de Saúde Mental da UFMG	95

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Taxas de suicídios por faixas etárias no Brasil	51
Gráfico 2 – Fatores associados ao suicídio universitário	54
Gráfico 3 – Conhecimento sobre as diretrizes nacionais de prevenção do suicídio	69
Gráfico 4 – Conhecimento sobre a inserção das instituições acadêmicas na articulação das diretrizes de prevenção do suicídio.....	70
Gráfico 5 – Casos de suicídio por categoria vinculada à universidade	70
Gráfico 6 – Programa de prevenção do suicídio dentro da Instituição.....	71

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Obras de Elizabeth Kübler-Ross.....	17
Quadro 2 – Fatores de risco	55
Quadro 3 – Sinais de Alerta	55
Quadro 4 – Ações desenvolvidas pelas universidades.....	96

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Pesquisa por descritores	26
Tabela 2 – Países com maiores índices de suicídios	50
Tabela 3 – Problemas enfrentados por estudantes universitários	53

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 TEMPORALIDADES

Meu caminho acadêmico teve início quando ingressei no curso de Direito na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), em 2004, onde tive o privilégio de ser aluna de excelentes professores e poder usufruir de uma ótima estrutura acadêmica.

Perpassei por aulas curriculares, fui estagiária na Defensoria Pública do Núcleo de Prática Jurídica da UFES e terminei minha graduação em Direito no ano de 2008. Ingressei na Ordem dos Advogados em 2009 e passei a patrocinar causas na área cível e trabalhista.

Em busca de estabilidade profissional prestei concurso público para a UFES e fui nomeada em novembro de 2011. Ao ser empossada assumi a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde. Já como servidora pública, tornei-me especialista em Gestão de Pessoas pelo Instituto de Ensino Superior Afonso Claudio em 2012.

No presente momento encontro-me como aluna do mestrado do Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública. Voltar à sala de aula após um grande período longe dela foi desafiador. Decidir abordar o tema suicídio na dissertação foi ainda mais. As leituras sobre tantos casos de suicídio e a constatação de que tal morte violenta tem crescido silenciosamente a cada dia foi algo que trouxe bastante inquietação no desenvolvimento desta pesquisa.

Diante desse problema tão grave, todo conhecimento que possa ser compartilhado e todas as formas de prevenção que possam ser discutidas e implementadas tornam-se de extrema importância não só para nossa convivência dentro da academia como também fora dela. Foi com esse intuito que o presente trabalho foi desenvolvido, buscando uma reflexão sobre o suicídio e as formas de prevenção para que as pessoas não cheguem a consumá-lo.

1.2 INTRODUÇÃO

Num ambiente ideal o nascimento de um bebê desperta os melhores sentimentos em seus pais e familiares. Aquela nova vida faz surgir novos sonhos, novos horizontes e, sem perceber, cheios de expectativas, os pais já começam a fazer planos, cheios de expectativas para aquele novo ser.

O natural para os seres humanos é o cumprimento do seu ciclo de vida, que se inicia com o nascimento, passando para o desenvolvimento, pelas fases da adolescência, pela fase adulta e pela velhice, até a morte. No entanto, apesar de haver conhecimento sobre esse caminho natural e sobre seu término com a morte, há uma evitação em se falar dela. O homem não se prepara para a sua morte, nem para a perda de familiares e amigos (KOVÁCS, 2005).

Embora Freud (2010, p. 230), em sua obra “Considerações atuais sobre a guerra e a morte” o psicanalista afirma que

Cada um de nós deve à natureza uma morte e tem de estar preparado para saldar a dívida, em suma, a morte é natural, incontestável e inevitável. Mas, na realidade, agimos como se as coisas fossem diferentes. Pomos a morte de lado. Eliminamos a morte da vida.

Freud (2010), no bojo de sua teoria, postulava que o ser humano necessita da imortalidade. Diante desse fato, como seria possível ele aceitar se preparar para morrer? Para o autor, seria necessário a todo sujeito pensar na própria morte todos os dias.

Mas em sua dificuldade em lidar com a morte, o ser humano, sabedor que um dia sua vida chegará ao fim, faz diversos questionamentos, devido ao desconhecimento e à incerteza quanto ao morrer, como aponta Kovács (2005, p. 485)

Considerando nossa existência terrena, quanto tempo viveremos e como será nossa vida? Teremos controle e poder sobre o nosso existir? Teremos o direito de saber sobre a nossa morte, como e quando será? Podemos nos preparar para esse momento?

Nesse sentido, é importante destacar o trabalho da psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross, que se tornou pioneira na compreensão dos sentimentos e questionamentos, pelos quais passa uma pessoa adoentada, ao tomar conhecimento de que se encontra em

fase terminal, fruto de seu longo trabalho junto a esses pacientes, a partir de seu interesse por seu sofrimento. Sua primeira obra foi intitulada “Sobre a Morte e o Morrer” na qual descreve os questionamentos feitos por pessoas adoentadas, ao tomarem conhecimento de que se encontram em seus últimos dias de vida, os quais classificou em cinco fases, quais sejam: negação, raiva, barganha, depressão e a aceitação (KÜBLER-ROSS, 1998).

De acordo com a autora no primeiro estágio era muito comum que a negação fosse utilizada como forma de defesa temporária, sendo logo substituída por uma aceitação parcial, passando em seguida para o segundo estágio, a raiva.

Para Kübler-Ross (1998, p.62):

Quando não é mais possível manter firme o primeiro estágio de negação, ele é substituído por sentimentos de raiva, de revolta, de inveja e de ressentimento. Surge, lógica, uma pergunta: “Por que eu?”

No terceiro estágio ocorre um processo denominado barganha, que na maioria das vezes é feita com Deus, na tentativa de adiamento da morte (KÜBLER-ROSS,1998, p.95). Quando o doente percebe que não há como sair da situação em que se encontra, entra em estado depressivo, que depois de um certo tempo é substituído pela aceitação.

No entanto, o que a autora percebeu foi que o ser humano com uma doença incurável não aceita facilmente seu diagnóstico e seu inevitável destino, percorrendo as quatro primeiras fases até chegar à aceitação, que é um estágio de quase fuga de sentimentos, tornando-se o momento de cessar a luta e de repousar (KÜBLER-ROSS,1998, p.127).

Todo o trabalho dessa autora mostra que, à época, o assunto morte ainda ocasionava muito desconforto aos ouvidos das pessoas. Ela encontrou evidências de que o homem, por não saber desvencilhar-se do fim inevitável, procura afastar-se desse tema, razão pela qual escreveu diversas obras (Quadro 1), por meio das quais pretendeu trazer luz, esclarecimentos, que pudessem auxiliar tanto os profissionais da saúde, quanto aos doentes e seus familiares, a lidar com o fim da vida. A autora expressa esses sentimentos em diversas de suas obras, dentre as quais se pode citar:

Eu quero lhe garantir que é uma bênção sentar-se ao lado da cama de um paciente moribundo. Morrer não precisa ser triste e horrível. Em vez disso você pode experimentar muitas coisas maravilhosas e amorosas. O que você aprende com pacientes moribundos, você pode passar para seus filhos, amigos e vizinhos. Talvez assim nosso mundo se transforme novamente em um paraíso. Eu acredito que agora é hora de começar (KÜBLER-ROSS, 1991, p. 20).

Quadro 1 – Obras de Elizabeth Kübler-Ross

Ano	Título da obra
1969	On Death and Dying
1974	Questions & Answers on Death and Dying
1975	Death: The Final Stage of Grow
1978	To Live Until We Say Good-bye
1979	The Doughy Letter – A Letter to a Dying Child
1981	Living With Death & Dyi
1982	Working It Through
1982	Remember the Secret
1983	On Children & Death
1987	AIDS : The Ultimate Challenge
1991	On Life after Death
1995	Death is of Vital Importance
1997	The Wheel of Life

Fonte: Elaboração própria

No entanto, apesar de todas as publicações em torno da morte, de acordo com Rodrigues (2006) o tema ainda continua sendo um tabu em diversas culturas.

Complementando, pode-se dizer que a morte

Ainda escapa ao âmbito daquilo com que conseguimos lidar racionalmente. O limite da ciência médica, ou daqueles que a praticam, é a luta pela vida. Em todos os colóquios que tive com médicos no ambiente hospitalar, a morte foi assunto evitado, contornado, silenciado (SILVA, 2015, p. 338).

Em seu aspecto sociopsicológico, Ariès (2012, p. 88) relata que a sociedade atual vive um interdito da morte que ocorre, “[...] após um período de vários séculos em que a morte era um espetáculo público do qual ninguém pensaria em esquivar-se [...]”. Esse interdito tem como origem

[...] a necessidade da felicidade, o dever moral e a obrigação social de contribuir para a felicidade coletiva, evitando toda causa de tristeza ou de aborrecimento, mantendo um ar de estar sempre feliz, mesmo se estamos no fundo da depressão. Demonstrando algum sinal de tristeza, peca-se contra a

felicidade, que é posta em questão, e a sociedade arrisca-se, então, a perder sua razão de ser. (ARÊS, 2012, p. 88).

Assim, a morte se transformou em um tabu, em algo sobre o qual não se fala de forma espontânea, ou seja

[...] o medo da morte passou a ser um balizador invisível de nossas existências. Como remédio, ou alívio, para este medo, ou como consequência dele, muitos discursos são produzidos. Paradoxalmente, falar diretamente sobre a morte se tornou um tabu, não é bem visto em nenhum tipo de conversa: é considerado mórbido (TEIXEIRA, 2016, p. 152).

Tal afastamento acentua-se ainda mais quando a morte está ligada ao suicídio, talvez pelo fato da quebra desse ciclo de vida natural, onde espera-se o crescimento, desenvolvimento e no fim da vida a morte.

Abordar a temática morte não é algo simples e a morte advinda de suicídio é ainda mais complexa, entretanto, diante do aumento do número de casos de suicídio em todo o mundo faz-se necessário descortinar esse assunto e deixar de tratá-lo às sombras. É preciso enfrentar o medo, a insegurança e vencer o tabu de que falar sobre suicídio pode estimular novos suicídios.

1.3 O CONTEXTO E O PROBLEMA

O suicídio sempre esteve presente na história da humanidade e é difícil precisar quando ocorreu pela primeira vez. Registros históricos identificam essa ocorrência no período da Antiguidade, no ano de 2.500 a.C., em que indivíduos, mediante à prática de envenenamento, proporcionaram a própria morte. Além disso, documentos sacros, como a Bíblia, mencionam que personalidades religiosas retiraram suas próprias vidas (SILVA, 1992).

Ao longo da história, diferentes posicionamentos existiram acerca do suicídio, sendo que, em alguns períodos e contextos, tal prática era aceita e, em outros momentos, era reprimida, tanto pela sociedade como pela concepção divina (SILVA, 1992). Assim, com o passar dos anos, a prática suicida passou a ser considerada como pecado, crime, mal, patologia e loucura. Em termos da academia, a preocupação com essa questão aumentou, quando as Ciências Sociais ganharam corpo e os estudos

direcionaram-se ao sujeito e seu contexto, suas relações pessoais, familiares e laborais, chegando aos aspectos do seu sentir e viver (SÃO PEDRO, 2017).

Alguns autores se preocuparam com o tema, entre eles destaca-se Émile Durkheim, para quem o suicídio pode ser conceituado como “[...] todo o caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima [...]” (DURKHEIM, 2000, p. 15). O autor destaca que o praticante tem a intenção de ocasionar o fim da vida e que, quanto maiores os laços sociais de uma comunidade, menores seriam as taxas de suicídio.

Embora a prática suicida seja um ato dos primórdios, nas últimas décadas do século XX, pode ser observado o crescimento do número de pessoas que eliminam a própria vida, em diferentes regiões do mundo, como também no Brasil, estando a causa dessas mortes ligadas a diferentes fatores.

A esse respeito, estudo desenvolvido no ano de 2013, demonstrou que 804 mil pessoas cometem suicídio todos os anos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 2017). Denota-se que os índices de suicídio estão crescendo em todo o mundo, sendo a segunda principal causa de mortes entre os jovens entre 15 e 29 anos (OMS, 2017). Diante disso, essa organização reconheceu o suicídio como problema de saúde pública e colocou a sua prevenção como imperativo global, incentivando os países a desenvolver ou fortalecer estratégias de prevenção desse ato numa abordagem multissetorial de saúde pública.

Conforme dados descritos no Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, publicado em 2017, há estimativa de que, por ano, 800 mil pessoas morrem pela via do suicídio. No contexto brasileiro, os casos registrados comprovam a elevação dessa incidência. Os dados apresentados nesse documento são preocupantes, pois o Brasil, atualmente, encontra-se entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídios. Aproximadamente, um total de 11 mil pessoas cometem suicídio todos os anos no Brasil. Só entre 2011 e 2015, ocorreram 55.649 mil suicídios no país (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A partir da elevação do número de suicídios em diversas partes do mundo, muitas iniciativas foram tomadas no sentido de reduzir essas ocorrências, destacando-se entre elas as ações preventivas, que se mostraram como as melhores opções. Por

isso, em 2013, a OMS adotou o primeiro Plano de Ação para Saúde Mental (2013-2020), cuja meta é reduzir a taxa de suicídios em 10% até o final do período nos países que têm um sistema de informação qualificado e estratégias desenvolvidas. Ademais, o documento também menciona a necessidade do engajamento de instituições sociais e profissionais de diferentes áreas, com o intuito de oferecer apoio a pessoas vulneráveis e àqueles que fizeram, pelo menos uma tentativa contra sua vida. Em linhas gerais, essas medidas podem trazer conforto a pessoas que perderam alguém para o suicídio e também podem ajudar a combater o estigma (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017).

Ainda no âmbito do Plano de Ação da Saúde Mental da OMS, destaca-se a necessidade de os países estabelecerem e gerenciarem os sistemas de informação acerca das ocorrências de suicídio, de modo a evitar novas tentativas. Nesse aspecto, o Brasil conta com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), os quais disponibilizam dados epidemiológicos sobre as tentativas de suicídio. As estratégias e políticas governamentais, no país, tem por objetivo fornecer informações sobre o fenômeno do suicídio e caracterizá-lo como um problema de saúde pública, destinando recursos para a prevenção, preservação e melhoria da qualidade de vida dos cidadãos (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Essa proposta foi ratificada por D'Oliveira (2017) ao afirmar que o enfrentamento do suicídio se configura como um problema de saúde pública importante, pois apesar de ocorrer com um indivíduo ele afeta também o meio em que esse indivíduo vivia. Por conseguinte, afeta, também, o espaço social, famílias e até a comunidade, gerando implicações tanto na vida privada quanto na pública.

Além disso, enxergar o suicídio como questão de saúde pública coloca o tema em destaque e promove um novo olhar sobre a questão, aproximando a sociedade da temática, possibilitando a utilização dos instrumentos da saúde pública como medidas de prevenção. Assim, ampliar a discussão sobre o tema tende a promover “[...] o pensamento acerca do porquê ocorre aumento significativo desse tipo de agravo ao longo dos anos e o motivo que o leva a ser tratado com tanto pudor pela sociedade [...]” (CRUZ; CAMARGO, 2017, p. 14).

Seguindo essa tendência mundial, percebendo o suicídio como um problema de saúde pública, o Brasil passou a preocupar-se com o aumento dos casos de suicídio e, por meio do Ministério da Saúde, adotou medidas para alterar a realidade e reduzir os números de casos aderido às propostas da OMS, tornando-se signatário, sobretudo no que tange ao Plano de Ação para Saúde Mental (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Nesse contexto, em 2005, por meio da Portaria GM/MS nº 2.542, de 22 de dezembro de 2005, instituiu um grupo de trabalho, com o objetivo de elaborar e implantar a estratégia nacional para prevenção do suicídio com a participação de várias instituições nacionais que à época tratavam do tema.

Em 2006, nova Portaria foi publicada, sob o nº 1.876, em 14 de agosto de 2006, instituindo Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Em linhas gerais, as exigências dessa portaria visam a

[...] Art. 2º estabelecer que as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio sejam organizadas de forma articulada 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, permitindo:

I - desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos;

II- desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido [...] (BRASIL, 2006, não paginado).

Considerando o aumento do número de suicídios em nível mundial e no âmbito brasileiro, e com o intuito de prevenir essa ocorrência, por meio da adoção de medidas legais e de políticas públicas direcionadas para esse fim, com participação de diferentes instituições e agentes da sociedade brasileira, alguns estudos têm sido desenvolvidos e publicados sob essas perspectivas, tais como:

- o Grupo de estudos e pesquisa em suicídio e prevenção (GEPeSP), que atua a partir do Laboratório de Análise da Violência da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (LAV-UERJ) e a Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro, desde abril de 2013, atuando em três frentes: a) Suicídio, prevenção e

segurança pública, b) juventude e violência e, c) comunicação e saúde mental, com diversos resultados de pesquisa disponibilizados no próprio site (GEPeSP, 2017);

- Fundação Oswaldo Cruz, por meio do Grupo de Pesquisa sobre Suicídio (PESQUESUI) que investiga situações diversas;
- Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio (ABEPS), criada em 2015, cujo objetivo principal “ [...] é lutar por políticas públicas eficazes e efetivas para a prevenção do suicídio [...] uma vez que ainda não há políticas públicas nacionais [...] que tratam do assunto. Para atingir esse objetivo, realiza pesquisas e congressos que são abertos a pesquisadores individuais, cujo II Congresso Brasileiro de Prevenção ao Suicídio foi realizado em Vitória-ES, em 2018;
- Outros.

Outra questão que muito inquieta a comunidade científica brasileira, no âmbito do suicídio, diz respeito, especificamente, ao aumento de número de suicídios em ambientes específicos, tais como as universidades, entre universitários, cujos pesquisadores têm atuado tanto no aspecto da prevenção quanto da pós-venção

Segundo Pereira e Cardoso (2015) o jovem chega à universidade com uma dimensão criativa potencializada, mas também com a carga de constrangimentos econômico-sociais e de sonhos paternos. Ao mesmo tempo em que a entrada na universidade traz novas perspectivas, também pode trazer frustrações. Além disso, conforme as características pessoais, sociais e culturais, a adaptação do jovem no meio universitário pode não lograr êxito, acarretando uma vulnerabilidade de sua saúde mental.

Mediante a análise da literatura da área de Psicologia e campos correlatos, observa-se que há escassez no que tange a trabalhos que versam e foram publicados, até o atual momento, sobre o tema suicídios em universidades brasileiras. No entanto, não são raras as notícias veiculadas na mídia e redes sociais sobre ocorrências em algumas universidades, como, por exemplo, na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (BHAZ, 2018) e na Universidade de Brasília (UnB) (KLEIN, 2018).

Nessas duas universidades, os fatos se deram dentro do campus universitário. Na UFMG, em maio de 2017, um aluno cometeu suicídio dentro do seu quarto na moradia estudantil. Às vésperas de completar um ano desse acontecimento, a UFMG registrou mais dois casos de suicídio entre estudantes, os quais ocorreram no período de uma semana, no mês de abril de 2018. Em junho do mesmo ano, na UnB, uma aluna estudante de ciências sociais dessa universidade subiu no topo de um dos edifícios da instituição e se jogou de uma altura de 15 metros. No ano de 2019 até o dia 21 de maio já havia ocorrido dois casos de suicídios na UFMG.

Por meio de um levantamento realizado em sites de jornais, utilizando a ferramenta *Google* ainda que não exaustivo, foram noticiados 15 casos de suicídios de estudantes de universidades federais entre o período de 2016 e 2018, incluindo-se diferentes instituições, tais como:

- Universidade do Recôncavo Baiano (UFRB) em 2016,
- Universidade Federal de Minas Gerais, em 2017, 2018 e 2019,
- Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), em 2016 e 2018,
- Universidade Federal do Acre em 2018,
- Universidade Federal do Tocantins em 2017, dentre outras.

Mesmo esse número sendo preocupante, sobretudo no que tange ao curto tempo em que se sucedeu, acredita-se que ele está subestimado. Isto porque, em pesquisa nas redes sociais, o número de casos citados sobre suicídio de universitários foi muito maior do que os publicados em sites de veículos de comunicação.

Ao se expandir a pesquisa incluindo universidades estaduais esses números tendem a aumentar, visto que somente na Universidade de São Paulo (USP), entre os meses de maio e junho de 2018, foram registradas quatro mortes de estudantes por meio do suicídio, o que levou à criação imediata do escritório para acolhimento dos discentes (INFOMAR, 2018)

Considerando esse ambiente, foi encontrado um estudo de Dutra (2012, p. 925) que comunga dessa ideia acerca da obscuridade que permeia a prática do suicídio em determinados locais, como o acadêmico. Para a autora, o suicídio entre jovens é comum e ocorre nas mais diferenciadas regiões do Brasil e “[...] embora o registro de

tais ocorrências não corresponda à realidade. Sabe-se mais pelas notícias veiculadas na mídia e internet (redes sociais e blogs) do que por registros oficiais [...]”. Dessa forma, percebe-se que, em muitos casos, o problema acaba sendo ignorado, visto “[...] os preconceitos e significados que permeiam esse fenômeno, como por exemplo, valores religiosos e morais [...]”, os quais impedem que o ato seja identificado, reconhecido como problema e que soluções possam ser implementadas.

Diante dessa conjuntura, a UFMG decidiu estudar o tema e desenvolver ações relacionadas aos fatos, criando a Comissão Institucional de Saúde Mental (CISME) que produziu um relatório para constituir uma agenda de discussão e propor diretrizes para uma política institucional de saúde mental no âmbito da universidade. Depois desse trabalho foi instituída a Comissão Permanente de Saúde Mental (UFMG, 2018).

Importante considerar que, embora os casos de suicídios veiculados na mídia ou registrados refiram-se a estudantes universitários, as instituições, ao elaborarem suas políticas de prevenção, precisam caracterizar as ações dessas políticas como não-excludentes, de modo que, tanto alunos quanto as demais categorias inseridas no ambiente acadêmico, como professores e servidores, também sejam amparadas pelos programas.

Neste contexto, diante do aumento de casos no número de suicídios, principalmente entre os jovens, e considerando as diretrizes nacionais de prevenção do suicídio envolvendo as instituições acadêmicas, questiona-se:

Como as universidades federais têm pensado e formulado políticas de prevenção do suicídio?

1.4 OBJETIVOS

A partir do cenário anteriormente exposto e das razões que levam ao suicídio e suas consequências, faz-se mister considerar que uma das diretrizes para prevenção do suicídio inclui a articulação entre Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e instituições acadêmicas. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo: **Demonstrar como universidades federais do Sudeste e Sul do**

Brasil estão atuando na prevenção do suicídio de estudantes e demais agentes, como os servidores, a elas vinculados.

Para alcançar o objetivo geral supramencionado, foram adotados os seguintes objetivos específicos:

- Mapear como as universidades federais das regiões Sul e Sudeste estão atuando na prevenção do suicídio;
- Descrever os programas de prevenção do suicídio implementados nas universidades;
- Conhecer as políticas e/ou ações de prevenção adotadas pelas universidades das regiões delimitadas.

1.5 PRODUTO TÉCNICO

O produto técnico final foi o mapeamento dos programas de prevenção ao suicídio nas universidades do sudeste e sul do Brasil, do qual foram retiradas sugestões, para subsidiar a Universidade Federal do Espírito Santo em suas ações afirmativas no sentido de, em futuro próximo, conseguir elaborar um Programa de Prevenção do Suicídio para a UFES.

1.6 DELIMITAÇÃO E JUSTIFICATIVA

O tema de investigação proposto para este estudo (prevenção do suicídio) restringe-se ao ambiente universitário, especificamente, as instituições de ensino superior brasileiras em âmbito federal. No Brasil, existem, atualmente, 63 universidades pertencentes a essa modalidade de ensino.

Essas instituições estão distribuídas espacialmente da seguinte forma: cinco na região Centro-Oeste, 18 na região Nordeste, 19 na região Sudeste e 11 na região Sul. Conforme o censo da educação superior de 2016, há nas universidades 110.619 técnicos administrativos, 94.328 docentes e 1.083.050 registros de matrículas efetuadas em cursos de Graduação presencial e a distância. (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO

TEIXEIRA - INEP, 2018).

Esses números mostram que há uma grande população inserida no ambiente universitário, ou seja, cerca de 1.287.997 pessoas, considerando-se técnico-administrativos, docentes e alunos de Graduação, os quais têm em seus relacionamentos famílias e amigos. Portanto, quando ocorre um caso de suicídio, muitas outras pessoas são afetadas, trazendo implicações emocionais, sociais e econômicas, e uma vez consumado, a única coisa a ser feita é prestar amparo e apoio à família. No entanto, essa ação manifesta-se como uma medida reativa, ou seja, estabelecem-se intervenções, a partir da ocorrência do fenômeno. Sendo assim, o cerne da questão se encontra na prevenção, que pode evitar a perda de uma vida e o sofrimento de outras.

Na base Scielo, entre os títulos da área das ciências da saúde, foram buscados descritores que pudessem ser utilizados para o levantamento de material sobre o assunto, obtendo-se os resultados apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Pesquisa por descritores

Descritor	Quant.	Pertinência
Suicídio assistido	03	Nenhuma
Suicídio de homens idosos	01	Nenhuma
Suicídio de idosos	01	Nenhuma
Suicídio e ideação	01	Nenhuma
Suicídio juvenil	01	Nenhuma
Suicídio por adição	01	Nenhuma
Suicídio/ psicologia	01	Nenhuma
Suicídio, prevenção e controle	01	Nenhuma
Suicídio bancário	01	Nenhuma
Suicídios	02	Parcialmente
	04	Nenhuma
Suicidologia	01	Nenhuma
Total	18	

Fonte: Elaboração própria a partir da base Scielo (2018)

Nas fontes de pesquisa bibliográfica não foi localizada produção científica significativa sobre o suicídio e taxa de suicídio de estudantes universitários no Brasil. No entanto,

notícias veiculadas na mídia sobre ocorrências de suicídios em algumas universidades, já tem sido objeto do jornalismo.

Abordar o suicídio no meio universitário é importante, visto que, atingirá grande parte da faixa etária, em que os dados estatísticos demonstram o crescimento dos casos, que se situa entre 15 e 29 anos. Além disso, precisa-se construir uma consciência sobre o suicídio e os fatores de risco para assim chegar a uma política de prevenção efetiva, pois de acordo com Gonçalves, Gonçalves e Oliveira Junior (2011), além dos estudantes, o suicídio também pode permear outros agentes envolvidos com o ambiente universitário, considerando que esse fenômeno tem natureza específica, influenciado por diferentes fatores e, principalmente, é eminentemente social.

Assim, neste contexto, num primeiro momento, precisa-se desconstruir o estigma e o tabu sobre o tema, pois esse problema impede a detecção precoce do suicídio, e conseqüentemente, a prevenção da ocorrência. Além disso, é preciso considerar as perdas oriundas com a prática do suicídio, seja para as instituições, como para o desenvolvimento do país, que segundo Gonçalves, Gonçalves e Oliveira Junior (2011), sob o ponto de vista econômico, referem-se aos gastos dos recursos públicos, os quais poderiam ser investidos em outras causas, como também a perda de capital humano para a sociedade.

Sobre a questão dos estigmas e preconceitos que envolvem o suicídio, considera-se que, durante séculos, por convicções religiosas, culturais e morais, esse ato foi considerado como imperdoável (pecado), talvez seja por isso que até os dias atuais esse assunto não é tratado com clareza. O medo, a vergonha e a falta de informação sobre o assunto fazem com que esse tabu continue arraigado na sociedade e sabe-se que para mudar esse traço cultural será necessário um grande esforço que precisa ser enfrentado, dado que a luta contra esse tabu é fundamental para que a prevenção seja bem-sucedida (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014).

Sendo assim, vislumbra-se ser o meio acadêmico um importante cenário para debate sobre o suicídio, pois a partir da abordagem e discussão sobre o tema, aos poucos o assunto poderá sair das bordas da estigmatização. Por decorrência, há maiores possibilidade de os fatores de risco serem notados, levando a maior efetividade os objetivos de programas de prevenção.

Embora o tema seja permeado por estigmas e preconceitos, aliado à falta de divulgação das ocorrências, é de suma importância romper esses entraves, sobretudo pelo fato de ser considerado como caso de saúde pública. Por isso, justifica-se a adoção de medidas preventivas, com vistas a desmistificar a ideia de que a pessoa que se mata, se mata porque quer. É preciso ter em mente que as pessoas que pensam em suicídio são ambivalentes sobre viver ou morrer, pensam nos dois com a mesma intensidade, daí a importância do suporte emocional no momento certo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2017).

Além disso, é preciso considerar o elevado índice de suicídios ocorridos no Brasil, a cada ano, 11 mil ocorrências, conforme Boletim publicado pelo Ministério da Saúde, em 2017. E muito embora pareça pequeno o número de suicídios que ocorrem em ambientes universitários, cerca de 15 divulgações, nos últimos anos, conforme levantamento prévio realizado em sites institucionais e redes sociais, nenhuma vida pode ser desconsiderada. (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

Assim, a presente pesquisa se justifica pela possibilidade de evitar que pessoas sucumbam pelas próprias mãos, a partir de trabalhos de prevenção nos ambientes universitários federais.

2 APORTE TEÓRICO

2.1 TEORIAS

A ocorrência do suicídio tem sido constatada ao longo da historiografia humana, manifestando-se em todos os períodos históricos, sendo analisada de diferentes formas, com base no contexto sociocultural de cada época. Por acompanhar as civilizações ao longo dos tempos e considerando os diferentes fatores que justificam a ação ou comportamento em se autodestruir a vida, o suicídio tem sido tema de investigação em diversas áreas de conhecimento, sendo considerado, na atualidade, como um fenômeno social complexo (BERENCHTEIN NETTO, 2007).

A gravidade desse fenômeno e as implicações múltiplas que desencadeia à sociedade, promovendo impactos de ordem individual, social e econômica, despertaram o interesse de pesquisadores, com diferentes abordagens e enfoques, de modo a encontrar razões para a causa do suicídio, como também, medidas preventivas que desencadeiam a construção de políticas públicas para enfrentamento desse grave problema social (FERREIRA JUNIOR, 2015).

Surgem, portanto, diversas teorias, apoiadas em concepções e princípios dos mais diferenciados, seja com abordagem filosófica, sociológica e/ou psicológica, dentre outras. Segundo Louzã Neto e outros (1995), sobre uma percepção histórica, é possível extrair três correntes de pensamento acerca do tema suicídio, que são:

- **Doutrina Psiquiátrica:** associa a prática do suicídio a problemas psiquiátricos, sobretudo casos de depressão. Trata-se de uma doutrina muito defendida por pesquisadores ligados às áreas da saúde, e que tem suas origens na Filosofia de Hipócrates, cujos estudos consideram o suicídio como fruto de enfermidades mentais;
- **Doutrina Sociológica:** os estudos que se apoiam nessa teoria consideram o meio externo como agente determinante das práticas de suicídio, sobretudo momentos de conturbação que afeta a vida do sujeito, especificamente o contexto socioeconômico, como períodos de guerras, crises, dentre outros;

- **Doutrina Psicológica:** pauta-se no fundamento de que os problemas sociais (doutrina sociológica) e os problemas de enfermidade (doutrina psiquiátrica) não ocasionam, por si só, a ocorrência do suicídio. Logo, os estudiosos dessa corrente consideram que problemas de ordem interna (pessoal/individual) são os principais influenciadores que levam uma pessoa a atentar-se contra a própria vida.

Embora essas teorias se sustentem em argumentos diferentes, é importante destacar que elas foram elaboradas, a partir do momento histórico vivenciado pelos criadores de cada uma delas.

A doutrina psiquiátrica tem em Freud o pressuposto de que o suicídio é consequência da incapacidade do sujeito de fugir de uma situação na qual o sofrimento é tão intenso, que se torna insuportável. Dessa forma a tríade angústia, sofrimento e melancolia envolvem o sujeito em laços tão complexos que ele não vê alternativa a não ser se suicidar. Isso porque, a passagem ao ato se dá como uma tentativa de sair da cena (CREMASCO; BRUNHARI, 2009). Já na doutrina sociológica de Durkheim, o suicídio é fruto de forças externas que regulamentam o indivíduo, o que fez o autor considerar esse fenômeno como um laço social. Por sua vez, na doutrina psicológica, os estudos apoiam em evidências científicas, as quais são passíveis de fornecer pistas para compreensão do ato suicida (RAMOS, 1974).

Para a referida autora, as teorias possuem seus fundamentos e são consequências das lutas sociais e dos momentos históricos e culturais inerentes a cada sociedade humana, as quais precisam ser analisadas de forma plural e não singular. Portanto, a diversidade de teorias e os diferentes argumentos em que se apoiam e as possíveis relações entre elas “[...] devem ser entendidas em termos de sociedades peculiares, ligadas por padrões hierárquicos em suas relações sociais, levando em consideração seus diferentes níveis de desenvolvimento” (RAMOS, 1974, p. 91).

Especificamente, no que tange à teoria psicológica, ela permitiu o desenvolvimento de um vasto campo de investigação, com enfoques diferentes das teorias psicanalítica e sociológica e, ao mesmo tempo, considerando questões convergentes dessas duas teorias. Por outro lado, segundo Silva e Couto (2009), as teorias psicanalítica e sociológica nasceram em um mesmo período, final de século XIX, e, embora se

constituíram sobre um mesmo objeto de estudo, qual seja, os homens em seus enlaçamentos sociais, essas correntes “[...] se mantiveram como campos divergentes e tidos como irreconciliáveis até pouco tempo [...]” (SILVA; COUTO, 2009, p. 1).

Embora a abordagem sociológica tenha uma concepção direcionada às questões de conflito externo, e as possíveis interferências desses no comportamento do indivíduo, ela não é a única a considerar esses fatores e as relações com as exigências psíquicas individuais de cada sujeito. Assim, “[...] tanto para Durkheim quanto para a Psicanálise, os desencontros entre os interesses do indivíduo e da sociedade são matéria-prima para compreender os fenômenos sociais, entre eles, o suicídio” (SILVA; COUTO, 2009, p. 59).

A importância em se estudar o suicídio sobre a perspectiva psiquiátrica se apresenta pelo fato de que, na maioria dos casos, encontra-se no indivíduo um tratamento psiquiátrico subjacente (TENG; PAMPANELLI, 2015). Desse modo, em todas as ocorrências, manifesta-se a presença do sofrimento que acomete o indivíduo, independente das origens desse sofrimento.

[...] Apesar de tantas incertezas, vemos que prevalece sempre algo que racionalmente pode-se chamar de instinto de sobrevivência, que se impõe a estes questionamentos: nem sempre é preciso ter um motivo claro e definido para querer viver. No entanto, quando falamos em provocar a própria morte, temos na grande maioria das vezes uma raiz comum: o sofrimento (TENG; PAMPANELLI, 2015, p. 42).

A teoria psiquiátrica, a princípio, sustentou-se em acontecimentos relativos à vida amorosa, em que a impossibilidade de se conseguir a pessoa amada levava as pessoas a um impulso de ataque contra a própria vida. Além disso, propugnava a existência de dois instintos que podem se sobrepor: o instinto da morte e o instinto da vida ou reprodução. Esses instintos se sobrepõem à medida que determinadas condições (tristeza e/ou realização) interferem para que um ou outro estímulo se sobressaia. Decorre daí, a interferência das condições externas do indivíduo, ou seja, o contexto social e individual (FREUD, 1996).

Para Freud (1996), com base nos diagnósticos de pacientes, existem inúmeras ocorrências que levam o indivíduo a perder o amor sobre si próprio, sendo essa condição adequada para a autodestruição da vida. As condições que levam à perda do amor estão ligadas à sexualidade, à perda da autoestima, à impossibilidade de se

obter um objeto almejado, o que gera sentimentos de angústia e melancolia ao indivíduo, desencadeando, por conseguinte, o embate entre amor e ódio e, por sua vez, esses sentimentos podem gerar a prática do suicídio.

A ação ou comportamento de se autodestruir a vida é corroborada na teoria sociológica, em que o filósofo Durkheim (2000) traz à discussão a influência do conflito social com o comportamento dos indivíduos. Para o referido teórico, o ser humano reflete o contexto social, histórico e cultural da sociedade em que está inserido. Logo, a sociedade e as diversas formas de coletividade existentes são o que determinam as atitudes individuais e que, nesse processo, manifesta-se uma consciência coletiva.

Para o sociólogo citado, existe algo muito mais profundo do que as questões internas que permeiam o psíquico do sujeito, tal como preconizado por Freud. Existem, também, as ocorrências sociais, pautadas no posicionamento que o indivíduo ocupa na sociedade, as relações que exerce com ela, os reflexos e impactos oriundos da cultura a que o indivíduo pertence, os reflexos do momento histórico vivenciado por uma época ou sociedade (DURKHEIM, 2000). Essa árdua relação firmada entre indivíduo e a sociedade, as quais não podem ser negligenciadas na formação dos comportamentos individuais da pessoa, é o que o sociológico denomina de laços sociais.

Nesse contexto, existem vínculos estabelecidos entre o indivíduo e seu meio social, sendo que o conjunto de leis, normas, preceitos, valores e tradições que são impostas acabam por atuar como forças coercivas, que impactam na forma de viver e nas diferentes reações do sujeito com seu meio social. Assim, é a própria sociedade, por meio dos laços sociais que acaba por “[...] plasmar sua visão de mundo e, até mesmo, a determinar o seu lugar no meio social [...]” (VARES, 2017, p. 34).

Ao realizar uma releitura da obra de Durkheim, Teixeira (2002) reforça o caráter interdisciplinar do suicídio e as inúmeras possibilidades de estudos científicos relacionados à causa desse ato e possíveis consequências, sendo impossível dissociar a relação entre suicídio e meio social. Assim, “[...] o ato individual de um suicida pode ser assunto para a psicologia; para a sociologia, temos que fazer a passagem do fato singular para o conjunto dos suicídios cometidos numa sociedade [...]” (TEIXEIRA, 2002, p. 149).

Constata-se, portanto, forte relação entre as três principais teorias mais apontadas na literatura que estudam o fenômeno suicídio, como apresentado na obra de Louzã Neto e outros (1995). Em todos os casos, o fator social está presente em cada uma dessas teorias, sobretudo na teoria psiquiátrica e sociológica, visto que “[...] apesar de opostas, estas teorias têm algo em comum: ambas relacionam as ações do indivíduo com forças poderosas (a sociedade, no inconsciente), sobre as quais têm fraco domínio e um conhecimento incompleto” (FERREIRA, 2008, p. 10).

Independente da abordagem teórica a ser considerada, o suicídio não pode ser estudado fora do contexto em que ocorre, em que questões adversas podem ter, de alguma forma, interferido na escolha do indivíduo em se autodestruir. Não faz sentido, segundo Gammone e outros (2016), caracterizar o suicídio como uma perda instantânea da vontade de viver, um impulso imediato gerado pelo isolamento.

Os estudos são unânimes ao caracterizar o ato como subjetivo, tanto na ideação como na atuação. Em linhas gerais, assim como apontou o estudo de Teng e Pampanelli (2015), há algo em comum nas ocorrências de suicídio, que é a convicção de que a vida “[...] seja então um espaço e um tempo habitados somente pela dor e pela infelicidade, tendo perdido todas as possibilidades de ser uma oportunidade de individuação e realização. O viver torna-se um esforço insuportável, uma pena sem fim” (GAMMONE et al., 2016, p. 258).

As inquietações acerca do ato suicida ao longo dos séculos, aliadas às diferentes abordagens dos estudos psiquiátricos, sociológicos e psicológicos, despertaram o interesse em estudar esse fenômeno, o qual se apresenta como multifatorial, o que requer a atenção por parte da ciência, dos governos e demais agentes envolvidos com as causas sociais (FERREIRA JUNIOR, 2015).

Mesmo com o desenvolvimento de pesquisas científicas, e com atenção especial das instituições sociais e órgãos governamentais, o número de suicídios não parou de crescer, visto que na sociedade contemporânea, ele se manifesta como um grave problema de saúde pública (CRUZ; CAMARGO, 2017). Como descrito por Barbosa, Macedo e Silveira (2011, p. 235), “[...] pensar em suicídio é se entregar a uma busca incansável dos porquês. É refletir sobre quais sentimentos, faltas, lacunas ou mistérios [...]” permeiam esse ato de autodestruição.

A preocupação com o suicídio se intensifica, sobremaneira, nas sociedades democráticas, rompendo os preconceitos e tabus que, durante séculos, foram considerados por muitas instituições, como a Igreja e o Estado, e até mesmo por estudiosos do assunto. Assim, muitas indagações ainda persistem, como: “[...] por que as pessoas se matam, o que aconteceu com aquela pessoa para desistir de viver e se matar, etc. [...]”. Com efeito, a ciência moderna, sobretudo pela influência da interdisciplinaridade, desenvolve estudos com múltiplas abordagens, a fim de esclarecer muitas questões ainda nebulosas e propor medidas de enfrentamento e prevenção ao ato suicida (BARBOSA; MACEDO; SILVEIRA, 2011, p. 235).

A discussão é ampla, pois, mesmo que o suicídio seja visto como uma prática consciente, que objetiva pôr fim à própria vida, considera-se que, nem sempre, o objetivo dessa ação seja a autodestruição da vida (SCHLÖSSER; ROSA; MORE, 2014). Assim, outras questões precisam ser esclarecidas, tal como o ciclo natural da vida, as formas de controle da morte, os motivos que podem influenciar nesse ato violento, dentre outros aspectos, cujo intuito dessas reflexões seja o de proporcionar mais consistências às teorias e estudos desenvolvidos sobre o problema do suicídio.

2.2 CICLO DE VIDA: DO NASCER AO MORRER

Os ciclos de vida são conceituados como formas de organização dos estágios evolutivos do ser humano, partindo-se do preceito biológico de que os seres vivos nascem, crescem, se desenvolvem e morrem. Em uma visão mais psicológica, esses ciclos são estabelecidos considerando, especificamente, os estágios de desenvolvimento da personalidade e do comportamento intelectual dos sujeitos (OLIVEIRA, 2004).

Esses ciclos ou estágios são permeados por fases em que o indivíduo experimenta entre o nascimento e a morte. Tais fases são dispostas “[...] em uma sequência que acompanha a idade da pessoa e apresentam algum grau de previsibilidade quanto a seu início e/ou encerramento, e, conseqüentemente, quanto à sua duração [...]” (CAMARANO; MELLO; KANSO, 2006, p. 31). Ao longo do ciclo natural da vida, ocorrem diferenciados eventos, que demonstram a transformação do corpo, quanto da formação psíquica e, aliado a esses eventos, tem-se, também, as ocorrências

naturais do fazer humano. Assim, por um lado, manifestam-se eventos biológicos, como “[...] puberdade, menarca, reprodução, menopausa, viuvez, senilidade, morte etc. [...]”, já, por outro lado, aparecem eventos de ordem social, fruto das relações estabelecidas com o meio externo, tais como: “[...] formatura, primeiro emprego, parentalidade, casamento, aposentadoria etc. A delimitação das fases da vida depende dos momentos em que acontecem cada um desses eventos [...]” (CAMARANO; MELLO; KANSO, 2006, p. 31).

Nesse contexto de múltiplas transformações no decorrer do ciclo vital – de acordo com Oliveira (2004) - embora o desenvolvimento psicológico do sujeito esteja diretamente relacionado ao desenvolvimento biológico, permeado pelas mudanças fisiológicas no organismo (nascimento dos dentes, desenvolvimento da sexualidade, envelhecimento do organismo, etc.), a questão psicológica é muito mais abrangente, visto que envolve um conjunto de fatores relativo às circunstâncias histórico-culturais e às peculiaridades da história e das experiências de cada sujeito.

Psicologicamente, é preciso desmistificar o fato de que os ciclos da vida estejam devidamente isolados. Ao contrário, não há como separar ou delimitar essas etapas, sendo fundamental, compreender a interferência que cada fase desempenha no desenvolvimento da outra, de modo que a formação da personalidade constitua o somatório de vida do indivíduo em todos os estágios evolutivos. Com efeito, na fase adulta, diferente do que acontece nos estágios anteriores, há predominância de um comportamento cògnito e afetivo muito mais complexo (FIERRO, 2004).

A determinação das etapas do ciclo da vida coloca o ser humano diante de uma realidade em que o “normal” seja perpassar por todas as etapas: infância, adolescência, vida adulta e velhice. Essa última é entendida como a fase de cumprimento das obrigações, ou seja, manifesta-se como a plenificação do ciclo vital, devendo ela ser entendida, afirmada e vivida, como um processo natural do ciclo (PESSINI, 2006).

Considerada como fase final da vida, a morte estabelece o cumprimento de um longo ciclo, desde que se manifeste na velhice, podendo ela ser causada por diferentes fatores, a maioria ligada a problemas de fragilidade do organismo. Portanto, quando a vida é interrompida por um ato suicida, ou seja, o indivíduo comete um homicídio de

si mesma, questões mais complexas, permeadas por fatores psicológicos quanto sociais, precisam ser analisadas com mais profundidade (RAFAEL, 2014).

Estudos comprovam que o pensamento suicida permeia todas as fases do ciclo da vida, não se limitando, tão somente, a uma ou outra fase. Nesse percurso, os comportamentos podem se manifestar de formas variadas, caracterizando-se como uma prática intencional, com intuito de pôr fim à vida, e contemplando ideias, desejos e condutas, as quais acarretam a morte (suicídio consumado) ou apenas a tentativa do ato (SCHLÖSSER; ROSA; MORE, 2014).

O ciclo da vida é delimitado pelo nascer e pelo morrer. Intervenções que promovam a morte, sem a chegada da velhice, representam a ruptura desse ciclo. De qualquer forma, se a morte é desencadeada por ato suicida, esse fato tem o intuito de romper o sofrimento, como uma forma de libertar o indivíduo, mas não está relacionado a exterminar a vontade da vida, conforme discorrido por Petry (2006).

Assim se vê que, sendo a morte algo desejável e digno diante da cruel existência que acompanha todo e qualquer indivíduo, o meio de fazê-la efetiva não é o suicídio. Este, claramente, põe fim à vida, **mas não acaba com a essência dela, qual seja, a vontade**. Esta, ao invés de ser negada, é fortemente afirmada, fazendo do ato daquele homem infeliz um esforço completamente inútil para o fim que tanto almejava, que era a eliminação total dos sofrimentos que pensava provir do mundo externo a ele [...] (PETRY, 2006, p. 52, grifo nosso).

Semelhante à tese defendida por Petry (2006), Silva e Barbosa (2016) também dissertam acerca da dualidade entre vida e morte e a interferência do suicídio nesse processo. Para as autoras, o suicídio, nesse contexto, é considerado como um tipo de morte, no sentido de que põe fim à vida de forma violenta, de modo a interromper o desenvolvimento humano, o que foge à construção natural do morrer imposta pela sociedade.

De qualquer forma, negar o suicídio como uma questão problemática que precisa ser desmistificada, uma vez que não trata-se de um processo natural, mas um tipo de morte provocada por um fator externo ou interno que poderia ser evitado, representa romper o tabu que permeia os termos morte e suicídio, tendências essas que ainda permeiam a sociedade contemporânea (SILVA; BARBOSA, 2016).

Portanto, segundo Gonçalves, Gonçalves e Oliveira Júnior (2011), conhecer a forma com que a morte tem sido encarada ao longo dos tempos, como também o suicídio,

representa uma forma de estabelecer medidas de controle para esse problema, além de identificar os determinantes espaciais e socioeconômicos interferentes na autodestruição da vida.

Especificamente, no que tange à morte, ela foi encarada como um evento de emancipação, de libertação, sobretudo nas sociedades antigas, em que a ocorrência da morte de alguém era acompanhada de um ritual fúnebre específico de cada cultura, tendo interferência os rituais religiosos (COMBINATO; QUEIROZ, 2006). Proferem esses autores que, embora, nessa época, o sentimento perante a morte era o de aceitação, conformidade, principalmente pela interferência religiosa, isso não quer dizer que não havia tristeza ou melancolia entre as pessoas, principalmente, pelo apego humano e o valor simbólico, ou seja, o significado e valores que as pessoas atribuem às coisas. Essa dicotomia entre aceitação e rejeição da morte variou no decorrer da história, tendo o aspecto cultural como maior interferente nesse processo.

A partir do desenvolvimento das ciências humanas e, mais intensamente, a contribuição das pesquisas realizadas no âmbito da Psicologia Analítica, a morte deixa de ser considerada como parte do destino de cada indivíduo, para ser vista como “[...] uma etapa do processo do desenvolvimento humano, para que seu todo esteja completo, ou seja, a morte é parte do processo de individuação” (GUANDALINI, 2010, p. 7).

No período medieval, ao contrário do que ocorre em muitas culturas da atualidade, a morte era um momento de contemplação, em que as pessoas se mantinham confiantes na aceitação do fato, possuindo muita familiaridade para lidar com a perda da vida, independente das causas que a provocou. Os funerais dessa época aconteciam em público e muitos corpos eram sepultados em jardins e pátios das igrejas (GOUVEIA, 2017).

Com o início da Idade Moderna, a morte adquire um novo status, ganhando um estereótipo mais sério e solene, no comparativo com os povos antigos. A construção de túmulos, com identificação das pessoas mortas e a formação de jazigos é o início de uma nova era. A formação dos hospitais, com locais específicos para cuidar das pessoas enfermas também interfere no modo psicológico de encarar a morte. Ao

contrário da Antiguidade, a partir do século XIX, os enfermos ficam em hospitais, provocando um certo distanciamento dos familiares. As descobertas científicas acabam por interferir em crenças religiosas e a busca pela longevidade é outro fator fundamental para promover maior valorização e culto à vida (COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

No entendimento de Hohendorff e Melo (2009, p. 1), a maneira como a morte é compreendida é dinâmica ao longo do desenvolvimento humano. O fato cultural representou - e ainda representa em algumas culturais da atualidade - a formação de diferentes visões e formas de encarar a morte. “[...] Na idade adulta evidenciamos tal fato como algo possível de acontecer, mas é na velhice que sua possibilidade parece ser mais aceita, uma vez que tal etapa é encarada como última no ciclo de desenvolvimento humano [...]”.

A ocorrência da morte em período que não seja a velhice proporciona, nas sociedades contemporâneas, um sentimento de derrota. É por esse motivo que mortes promovidas por conflitos sociais, como guerras, fome, ou até mesmo o atentado contra a própria vida, têm sido muito negligenciadas em alguns contextos. Para Combinato e Queiroz (2006, p. 210, grifo nosso), a sociedade ocidental moderna considera a morte como “[...] sinônimo de fracasso, impotência e vergonha. Tenta-se vencê-la a qualquer custo e, quando tal êxito não é atingido, ela é **escondida e negada**”.

Nesse contexto, observa-se que os estudos científicos acerca do fenômeno morte colocam o ser humano em um estágio de instabilidade, ou seja, a morte passou a ser renegada, cabendo às pessoas a busca por aproveitar o momento em que estão vivas (MELO, 2004). Para a autora, os estudos médicos e psicológicos foram fundamentais para esclarecer dúvidas e inquietações, tanto a pacientes quanto profissionais que lidam com pessoas em estágio terminal. Ainda acrescentam as autoras, que as dificuldades de aceitação estão relacionadas com a incapacidade humana de representar psiquicamente a morte.

Aceitar a morte como um fenômeno inerente ao estágio final do ciclo da vida, como também promover formas de prolongamento da vida é um objetivo idealizado pelas sociedades humanas. A compreensão dos fenômenos que acarretam possibilidades de comprometer a vida é, sem dúvida, a busca incessante de estudiosos, nas mais

diferentes áreas do conhecimento, além do envolvimento de ações por parte do Estado. Assim, unindo esforços de todos os agentes sociais, de modo a trabalhar em termos de prevenção das mais diversas formas de morte, ou seja, buscar a prevenção de doenças e agravos de saúde, de acidentes de trânsito, de homicídios e suicídios tende a se manifestar como a alternativa mais adequada para aceitação da morte na sociedade contemporânea (LIMA; PARANHOS; WERLANG, 2009).

Juridicamente, a morte pode ser classificada em três grandes grupos, considerando a forma em que ocorre, a saber:

- **Morte Natural:** provocada por doença (morte patológica) ou por problemas congênitos (morte teratológica);
- **Morte Violenta:** decorre de algum tipo de violência, em que o cadáver passa por um processo de perícia, a fim de identificar os motivos que levaram à ocorrência da morte. Nesse tipo de morte, os fatores mais frequentes que a provocam, são: os traumas, suicídios, homicídios e acidentes;
- **Morte súbita:** ocorre de forma repentina e, normalmente, não são determinados os fatores que a motivaram (ROBLEDO, 2014).

Observa-se que o suicídio é classificado como um tipo de morte violenta, embora não haja consenso na literatura de que o suicídio seja um tipo de morte. Para Robledo (2014), os suicídios, homicídios e acidentes são, na verdade, fatores que impulsionaram a ocorrência da morte, sendo, portanto, causa jurídica.

Em linhas gerais, o suicídio está relacionado à morte, visto que a intenção do praticante é eliminar a vida. Todavia, é preciso considerar a complexidade que permeia essa causa jurídica de morte, uma vez que, o objetivo do suicida, “[...] não é propriamente a morte, ela é apenas o caminho mais rápido utilizado para alcançar tal propósito [...]”. A morte representa o seu objetivo almejado, com o intuito de se eliminar os problemas que permeiam sua vida. Assim, o agressor, na verdade, tem a intenção de eliminar “[...] o conflito em que está vivendo e a morte é o meio usado de forma mais eficaz para alcançar o seu desejo; então, o suicida é um homicida que extermina um objeto interno torturante que o ameaça e o perturba” (SILVA; BARBOSA, 2016, p. 39).

2.3 SUICÍDIO

O suicídio ocupa o primeiro lugar, entre as diversas causas de morte por violência, permeia todas as faixas etárias e vem crescendo em todo o mundo, nos últimos anos, principalmente entre jovens. Embora existam muitas controvérsias sobre suas causas e possíveis explicações para quem realiza a autodestruição de si, é possível que fatores sociais, psicológicos e genéticos estejam envolvidos. A impulsividade e a agressividade representam os principais indícios provocadores da autoviolência (CHRISTANTE, 2010).

O ato suicida representa o espectro de interdição que permeia o fenômeno morte, caracterizado como um tabu. Algumas explicações infundadas podem levar a reflexões e conclusões errôneas, gerando sofrimento e não aceitação dessa ocorrência, nas mais diferentes classes sociais. Trata-se de uma prática voluntária, realizada de forma consciente e intencional, em que o autor da violência autoelimina a vida, incluindo, nesse processo, ações crônicas, inconscientes e autodestrutivas (KOVÁCS, 2013).

Semelhante a Kovács (2013), Bahia e outros (2017) definem o suicídio como uma autoviolência, conduzida por ato intencional, em que o indivíduo é, simultaneamente, agressor e agredido, cujo intento dessa violência é eliminar o sofrimento, a angústia ou quaisquer outros problemas enfrentados pelo indivíduo. A única possibilidade de eliminar essas ocorrências é executar a própria vida. Nesse pensamento, Durkheim (2000, p. 12) define suicídio como “[...] toda morte que resulta imediata ou imediatamente de um ato positivo ou negativo, realizado pela própria vida”

O suicídio atesta a vontade de interromper o próprio percurso existencial. Quase sempre há uma dor considerada insustentável, a vida perde o sentido e o futuro torna-se uma ameaça, dissemina-se preocupações e angústias insuperáveis, não é mais o tempo da oportunidade e torna-se o tempo de um sofrimento sem fim (GAMMONE, 2016, p. 258).

Por ser considerado um tipo de morte, ou ainda, para muitos, o fator que provoca a morte por violência, o suicídio representa uma forma de fuga da realidade, em que o agressor não pretende eliminar a vida, mas a dor, angústia, tristeza, má sorte, dentre outros impactos que infringem a sua existência (SILVA; BARBOSA, 2016, p. 39). Tanto a morte quanto o suicídio, segundo essas autoras, ainda são ignorados pela sociedade atual, considerados como um tabu, o que dificulta o desenvolvimento de

estudos científicos sobre a temática a as possíveis intervenções que poderiam ser realizadas para controle desse evento traumático. Portanto, essa negligência acaba por dificultar a possibilidade de o homem, sobretudo pesquisadores, incluir o tema nas redes de pensamento e simbolizá-los.

Do ponto de vista filosófico, o suicídio pode ser considerado o “homicídio de si”, visto que ocorre a eliminação da vida do próprio homicida. Decorre de um conjunto de fatores que interferem ou incomodam a existência do sujeito, de modo que a única alternativa é a autoexterminação. As circunstâncias de vida criam um ambiente fechado, camuflado, o que evidencia ao agressor uma única possibilidade de desfecho para tal situação vivenciada (ANDRÉ, 2018).

Na percepção psicológica, o suicídio é “[...] um comportamento extremamente autodestrutivo, motivado pelo estado psicológico do indivíduo, suas crenças e normas sociais, caracterizado pela resolução psicótica bastante má de escolher morrer [...]”. Envolve, portanto, diferentes fatores ou causas que podem, de alguma forma, motivar a realização da autoviolência. Portanto, o sujeito que tira a própria vida, normalmente, atribui culpa à família e/ou à sociedade, o que denota ser o suicídio uma questão sociológica (SILVA, V., 2018).

Na visão de Roman Toro e outros (2013, p. 411), no âmbito dos estudos psicológicos, o suicídio adquire características mais específicas, relativos ao estado psíquico do indivíduo, em que pese sentimentos e comportamentos inerentes a uma pessoa, tendo a individualidade papel de destaque nesse contexto. Sendo assim, o suicídio pode ser compreendido como “[...] resultado de uma intensa dor psíquica, um ato inserido no campo da psicopatologia. A palavra patologia derivada do grego *pathos*, que significa ‘sofrimento’, mas também se relaciona às palavras ‘paixão’ e ‘passividade’ [...]”.

Sociologicamente, o suicídio não se caracteriza como um problema moral, mas social, o qual exige respostas da sociedade para ser solucionado. A prática suicida envolve o descontentamento do indivíduo com as circunstâncias sociais, ocorrências essas que interferem, de alguma forma, na vivência do indivíduo e sua adaptação no meio social. Essa inconformidade gera sentimentos de frustração, evidenciando que, a única alternativa para essa angústia é a autodestruição (NUNES, 1998).

Com efeito, o conceito que melhor representa o suicídio, na atualidade, é aquele que congrega fundamentos de diferentes campos do conhecimento, em que mescle questão filosófica, sociológica e psicológica, além da abordagem psiquiátrica. Independente dos fatores que o desencadearam, o suicídio está relacionado à dor e à angústia, consolidando o rompimento do ciclo natural da vida. Assim, caracteriza-se como “[...] o tipo de morte que rompe de uma forma violenta o vínculo do desenvolvimento humano, fugindo da construção natural do morrer imposta pela sociedade, intensificando assim, a dificuldade da aceitação e elaboração do luto dos sobreviventes [...]” (SILVA; BARBOSA, 2016, p. 39).

Na visão de Moura (2011), o suicídio é um fenômeno complexo, oriundo de diferentes causas e que acarreta traumas e transtornos, além de suas vítimas, aos familiares e pessoas ligadas ao suicida. Envolve também profissionais de saúde e de outros setores que direta ou indiretamente lidam com o problema no seu cotidiano. Portanto, entender as causas que permeiam esse fenômeno é de fundamental importância para permitir o seu enfrentamento.

Para a citada autora, o suicídio, na atualidade, tem despertado a atenção de especialistas e gestores públicos, haja vista a gravidade do problema e seu crescimento nos últimos anos. No entanto, a forma com que tem sido abordado ao longo dos séculos não tem sido a mesma, havendo diferentes concepções e julgamentos, a maioria diluída a questões religiosas, ideológicas, culturais, dentre outras.

2.3.1 Suicídio ao longo dos tempos: olhares diversos

A análise à história da humanidade permite constatar que o suicídio é uma ocorrência frequente, em todos os períodos e contextos históricos, além de envolver todas as classes e grupos sociais. Essa prática de autodestruição “[...] tem sido relatada desde os primórdios da humanidade, sendo ora condenado, ora tolerado, dependendo da sociedade e do período em que estava inserido” (GONÇALVES; GONÇALVES; OLIVEIRA JÚNIOR, 2011, p. 285).

Na Antiguidade, muitas civilizações eram adeptas da prática do suicídio, enquanto outras o consideravam como ato impuro, o qual desonrava a moral social. Entre os gregos, por exemplo, o suicídio representava uma infração moral como também legal.

Já em outros povos, o ato de se matar representava uma possibilidade honrosa, visto que a velhice era considerada como uma fase vergonhosa. Entre os romanos, a questão foi tratada de forma politizada e econômica, relacionada ao status social ocupado pelo indivíduo; logo, o suicídio de escravos era proibido, visto que representava uma perda econômica para a civilização (TOTA; BASTOS, 1994).

No período medieval, o suicídio era considerado como uma fraude ou desavença aos preceitos divinos, uma afronta a Deus. Atribuía-se a esse ato, uma causa demoníaca, em que o suicida se manifestava como louco, em virtude de seu afastamento ou desrespeito e aceitação à fé religiosa. Para a Igreja, “[...] matar-se era desprezar o poder da penitência, [...] para o Estado, matar-se era privar o império de novos súditos e soldados numa época em que a baixa natalidade romana favorecia os bárbaros” (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA, 2018, p. 27).

As sociedades cristãs atribuíam ao suicídio uma culpa imperdoável, sendo o corpo do suicida exposto ao público, muitas das vezes, arrastado pelas vilas e as famílias eram torturadas, sendo os bens empossados pelo Estado. Considerava-se ato ofensivo a Deus, não merecedor de perdão, havendo castigo imposto tanto ao corpo da vítima e suas famílias quanto à alma do suicida (ASSUMPÇÃO; OLIVEIRA; SOUZA, 2018).

Em todos os casos, é preciso considerar a interferência do fator cultural sobre a forma de como o suicídio é tratado. Entre os povos islâmicos há dois entendimentos de acordo com suas crenças. Para o Islã Fundamentalista exterminar a própria vida é um ato heroico, sagrado e digno de recompensas celestiais, já o Islã Tradicional entende o suicídio como um crime pior que o assassinato (ASNIS, 2007)

Na cultura japonesa havia o chamado suicídio honroso, denominado Seppuku, que significa cortar o ventre, conhecido no ocidente como *haraquiri*. Trata-se de uma prática da cultura tradicional que inclui o ritual suicida japonês, que só era permitido aos guerreiros, notadamente, os samurais (PIERRE, 2014), sustentado pela máxima “o caminho do samurai é a morte”, considerada uma verdade honrosa e patriótica (LÚCIO SOBRINHO, 2014).

No Japão atual, a predominância de altas taxas de suicídio está diretamente ligada a essa questão cultural da honra. Desde tenra idade, as crianças são orientadas pelo melhor desempenho, pelo cumprimento de normas sócias, por exigências da cultura

nipônica. Aliando-se isso, às pressões da sociedade contemporânea, em face da competitividade, os jovens, quando não conseguem responder adequadamente a esses reclames, sente-se incapaz e envergonhado diante de parentes e amigos, buscando no suicídio uma solução para sua situação (HIRANO, 2015).

No que tange aos conceitos relacionados ao suicídio dentro de determinadas culturas, entende Christante (2010) que a cientificidade atribuída ao tema suicídio na atualidade, não teve representatividade nas sociedades antigas. Foi somente a partir do século XVI, que as questões religiosas e filosóficas passaram a ser questionadas e a ciência interveio no sentido de encontrar as razões e possíveis formas para controlar esse tipo de comportamento. E, foi somente no decorrer do século XIX, que o suicídio chamou a atenção do psiquiatra francês Jean-Étienne Dominique Esquirol, que, àquela época o associou ao conceito de doença ou distúrbio mental.

Posteriormente, aliadas aos estudos psicológicos, pesquisas relacionadas à genética e a questões sociais entraram em cena, desenvolvendo diferentes fundamentos para o aprofundamento dos estudos científicos sobre o suicídio. A fusão entre fatores hereditários e pressões oriundas do ambiente, sobretudo a influência da sociedade e a resposta do indivíduo a esses estímulos são consideradas como marcos decisivos para ampliar os olhares sobre o suicídio, desmistificando sua relação, tão somente, com questões religiosa e filosófica (FERREIRA, 2008).

A correlação entre suicídio e pressões sociais foi reforçada com os estudos de Durkheim, para quem, cada sociedade, ao estabelecer o sistema de regras para controle social proporciona limitações e exigências que acabam por interferir na conduta dos indivíduos, gerando, com esse processo, sentimentos que podem ser tanto positivos, quanto negativos. Assim, para este autor, aqueles que não conseguem controlar seus impulsos em face dessas pressões podem estar fadados a cometer suicídio (DURKHEIM, 2000).

O fenômeno suicídio só pode ser devido à causa extra sociais de grande generalidade ou à causas propriamente sociais. As primeiras referem-se às disposições orgânicas, psíquicas e à natureza do meio físico, relacionadas a acontecimentos naturais, como condições climáticas, dentre outras. Por sua vez, as causas propriamente sociais

dizem respeito às condições econômicas, políticas, dentre outros eventos de natureza humana (DURKHEIM, 2000).

Assim como o citado sociólogo, outro teórico que se interessou e apoiou a questão do suicídio ligado a questões sociais foi Karl Marx, o qual apresentou três relatos de pessoas que sacrificaram a própria vida. Nos casos estudados por esse pesquisador, constatou-se que, as mortes estavam relacionadas, sobretudo, à opressão e à luta de classes, elementos esses gerados e, em muitos casos, mal administrados pelas próprias sociedades capitalistas (MARX, 2006). Dessa forma,

O número anual dos suicídios, aquele que entre nós é tido como uma média normal e periódica, deve ser considerado um **sintoma da organização deficiente de nossa sociedade**; pois, na época da paralisação e das crises da indústria, em temporadas de encarecimento dos meios de vida e de invernos rigorosos, esse sintoma é sempre mais evidente e assume um caráter epidêmico. [...] Embora a miséria seja a maior causa do suicídio, encontramos-lo em todas as classes, tanto entre os ricos ociosos como entre os artistas e os políticos. A diversidade das suas causas parece **escapar à censura uniforme e insensível dos moralistas** (MARX, 2006, p. 23-24, grifo nosso).

Os fundamentos sociológicos relativos à prática do suicídio reafirmam as responsabilidades do Estado em prol de melhorar a gestão da sociedade, como também, a própria sociedade precisa policiar-se e se reconhecer como responsável pelos altos índices de suicídios, sobretudo com o crescimento industrial das sociedades modernas, o que implicaria na elaboração de políticas sociais e no engajamento de instituições e profissionais envolvidos com as causas sociais (MOURA, 2011).

A partir dos discursos sociológicos sobre o suicídio, uma discussão mais ampla consolidou-se e perdura até os tempos atuais, em que a responsabilização social se tornou o principal foco de discussão. Isso se justifica, pois, é notório que, se o sujeito está enredado na tendência ao autoextermínio, “[...] não há escolha pessoal em jogo, existe uma consequência coletiva, pois o suicídio é sim um problema sociológico, que nos mostra algo a respeito da **condição sempre negativa de uma sociedade**” (SILVA; BARBOSA, 2016, p. 39, grifo nosso).

No entanto, nenhum dos discursos apresentados até aqui, se tornaram centrais em relação ao tema, visto que diversas teorias foram desenvolvidas, especificamente, a partir do século XIX. De acordo com Roman Toro e outros (2013), prevalece a

condensação desses estudos, visto que um interfere no outro (abordagem sociológica, psicológica e filosófica). Logo, eles não podem ser analisados isoladamente, por serem complementares entre si.

O desenvolvimento social, político, econômico, tecnológico, dentre outros resulta em um mercado altamente globalizado e competitivo. Por conseguinte, os fatores sociais manifestam-se como pressões externas que acometem os indivíduos inseridos nesse contexto mutante. A dificuldade em acompanhar essas transformações e de se autorrealizar na sociedade é um dos fatores que gera problemas patológicos e psíquicos, com destaque à depressão, estresse, Burnout, ansiedade, e síndromes diversas, problemas esses que, se não cuidados, podem ocasionar a prática da autodestruição, como apontado no estudo de Hirano (2015).

Em meio a esse emaranhado fatores e sintomas, Christante (2010) destaca que

A chave para o mistério está no que os especialistas chamam de binômio impulsividade/agressividade, um traço de personalidade que também tem forte caráter hereditário, mas cuja carga genética é independente daquela associada à depressão. [...] O comportamento impulsivo e agressivo é ainda mais importante para explicar o suicídio entre jovens, bem como em pessoas que o fazem com métodos violentos, como queda livre ou arma de fogo [...] (CHRISTANTE, 2010, não paginado).

Nesse contexto, a nova realidade imposta pelo meio social interfere em novas práticas de suicídio, o que reforça ainda mais a associação entre suicídio e questões sociais. A tendência de isolamento ou distanciamento muito comum no mundo contemporâneo instiga a internalização dos estímulos recebidos, por conseguinte, torna o sujeito propenso a novas modalidades de suicídio, considerando o ambiente em que pode acontecer, ou seja: público, nos entornos das cidades, ou privado, no interior das residências (MARQUETTI, 2014).

Por fim, conforme apresentado no estudo citado, o suicídio é um fenômeno emergente, que assume múltiplas características, está imerso nos comportamentos e padrões de nossa cultura, e, por fim, aparentemente subverte muitas regras, gerando diferentes formas de se manifestar e relacionado a diversos fatores.

2.3.2 Suicídio na contemporaneidade

O suicídio na contemporaneidade tem se tornado um problema público, intensificado, talvez, pela falta de robustez de estudos científicos sobre suas causas e possíveis

soluções ao longo do tempo. Assim como tem sido constatado em todas as sociedades e no decorrer dos tempos, nos dias atuais, o suicídio continua permeando todo o contexto global, com diferenças marcantes entre os países e, dentro desses, com expressões significativas em seus territórios (SILVA, B., et al., 2018).

Segundo Sgobin (2013) à medida em que os casos de suicídios são estudados, sobretudo os de natureza sociológica têm sido identificados diversos tipos de consequências negativas. Essas perdas são abrangentes, não se limitando apenas ao contexto familiar do suicida, mas atingindo instâncias econômicas, políticas e sociais. Ademais, a perda de capital humano para a sociedade proporciona um atraso no desenvolvimento das sociedades.

Para Hirano (2015) o processo de globalização da economia tem levado a população a uma mudança de comportamento, diante da sobrecarga de trabalho e da responsabilidade de administrar a própria vida em um mundo extremamente turbulento (HIRANO, 2015).

Dessa forma, pode-se dizer que as instabilidades e pressões da sociedade globalizada impactam diretamente na vivência e convivência organizacional, tornando difícil a relação entre os gestores e os trabalhadores, devido às cobranças cada vez maiores e mais intensas, o que interfere na qualidade de vida dos indivíduos, como mostrado no estudo de Santos e Siqueira (2010). Para esses autores,

[...] as organizações se auto intitulam perfeitas e acima de qualquer suspeita, terceirizando ao indivíduo a culpa por conflitos ou desordens psíquicas. A psicodinâmica inerente à nova organização do trabalho apresenta características que, em função de práticas criticáveis de gestão empresarial, podem contribuir para a desestabilização física e mental de trabalhadores, levando a casos extremos de suicídios (SANTOS; SIQUEIRA, 2010, p. 1).

Porém, não se pode esquecer que o transtorno oriundo da prática do suicídio ou das tentativas não estão restritos ao mundo dos negócios. Há de se considerar o que a pesquisa de Marquetti (2014) evidenciou acerca dos processos de internalização, os quais se manifestam em contextos fechados, como nas residências, ou em outros locais que provocam, mesmo que indiretamente, o isolamento do indivíduo. Isso faz com que sejam reduzidas as possibilidades de identificação de problemas nos sujeitos e as possíveis intervenções que muitos profissionais poderiam realizar.

Nesse contexto, o suicídio na atualidade é considerado como a mescla do conjunto de ações e fatores que ocasionam a consolidação de um transtorno psicossocial, de etiologia multifatorial, que inclui as de ordem biológica, psíquica, social e cultural. Essas causas manifestam-se de forma complexa, aproximando ou afastando as pessoas do abismo psíquico. Além disso, “[...] a doença mental não tratada está presente na maioria dos casos, principalmente na forma de depressão e de transtorno bipolar. O abuso de drogas, principalmente do álcool, é um ingrediente bastante comum” (CHRISTANTE, 2010, não paginado).

Sobre a depressão e estresses, fatores muito comuns na vivência cotidiana, de modo geral com origem nas relações estabelecidas no mercado de trabalho, a pesquisa de Viapiana (2017, p. 132) apontou a incidência de diversas patologias nos indivíduos que, comumente, sofrem algum tipo de coerção no ambiente de trabalho. Reforçam que, nesses contextos a intolerância conduz as pessoas a desenvolverem um esvaziamento que pode influenciar em patologias mais graves, como: depressão maior, perda da autoestima, sentimento de inutilidade, dentre outros. Nas palavras do autor, a humilhação vivenciada e as cobranças intensas “[...] também podem atingir a autoestima, levando a sentimentos de insignificância, inutilidade e descartabilidade, além da frequente reação de raiva e do esforço para conter a dor psíquica [...]”.

Voltando ao pensamento de Hirano (2015, p. 14), novamente, reforçam-se as pressões a que as pessoas estão sujeitas na atual sociedade e que podem contribuir para o agravamento de traumas e transtornos psicossociais nos indivíduos. Na atualidade, “[...] o mundo está cada vez mais dinâmico e competitivo. A aquisição daquilo que faz parte da essência do indivíduo e da sociedade perdeu sua importância para aquilo que é material e consumível [...]”. O autor ainda reforça sobre a perda dos valores morais em detrimento à busca incessante pelo lucro, como também, a falta de comunicação sobre as possibilidades de se pedir e/ou oferecer auxílios àqueles que precisam, lembrando parte da obra de Erich Fromm, ao afirmar que: “[...] O “ter” tornou-se mais importante que o ‘ser’. E essa troca de valores ocorreu ao mesmo tempo em que os mais diversos meios de comunicação se desenvolveram, mas a garantia da qualidade da informação ainda é questionável [...]”.

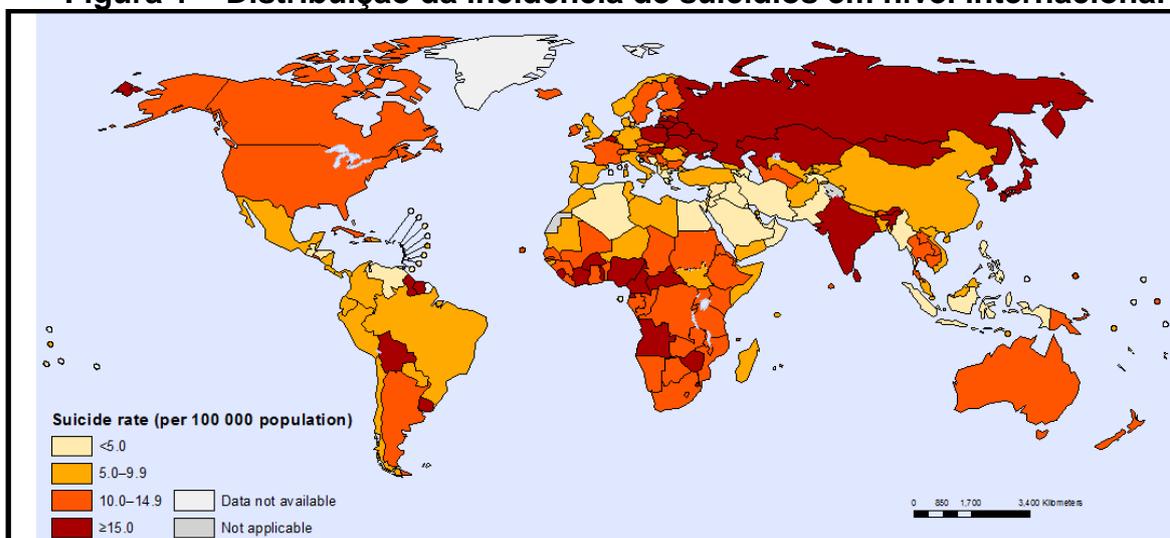
Segundo Marquetti e Marquetti (2017) as taxas de suicídios têm crescimento em diversas regiões do mundo, não estando o Brasil, fora dessa realidade. Isso quer dizer

que o suicídio permeia todas as classes sociais, atingindo, principalmente jovens, cujas causas mais frequentes estão relacionadas à ansiedade, angústia e depressão, como relatado por Moreira e Bastos (2015). Parte dessas características já haviam sido detectadas por Ferreira (2008, p. 1, grifo nosso) ao afirmar que

[...] este é um fato que lentamente vai aumentando o seu número nas estatísticas, especialmente na **faixa etária dos jovens**, o que o transforma num problema social preocupante não só pelos efeitos sobre a pessoa que o comete, como também pelas consequências psicológicas nefastas que pode provocar nos familiares e pessoas próximas ao suicida.

Estudo epidemiológico desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2015, constatou que dos 172 países integrantes dessa entidade, apenas 60 apresentam condições favoráveis, estando os demais incluídos (cerca de 72%) nas estatísticas preocupantes, que tornam a morte voluntária um problema de saúde pública em todo o mundo. Por ano, há uma estimativa de mortes de 800 mil pessoas, o que equivale a uma morte em cada 40 segundos, a maioria ocorrendo em países de renda média e baixa, conforme demonstrado na Figura 1.

Figura 1 – Distribuição da incidência de suicídios em nível internacional



Fonte: Organização Mundial da Saúde (2015).

Conforme apresentado na Figura 1, as maiores ocorrências de suicídios estão na Europa e Sudeste Asiático, com valores entre 14,1 a 12,9% a cada 100 mil habitantes, acompanhada por alguns países da África, América Central e Sul da Ásia. Com um total entre 9,5 a 8,8% aparecem países da América Latina, América do Norte, África e Oceania. No Brasil o índice está em 6,3 suicídios para cada 100 mil habitantes, e com índices menores que 5,0, destacam-se alguns países africanos, asiáticos e Oceania.

No entanto, os índices acima descritos não exprimem a realidade, haja vista que, no mundo inteiro existe subnotificação, ou seja, grande parte das ocorrências não é oficialmente registrada. Especificamente, no âmbito brasileiro, as estatísticas oficiais indicam que o número de suicídios tem crescimento ao longo dos anos. O país, em pouco tempo, modificou a sua posição no ranking daqueles que apresentam as maiores taxas desse tipo de morte, estando, atualmente, entre os primeiros lugares, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 – Países com maiores índices de suicídios – número por anos

Ordem	País	Número total
1	Índia	258 mil
2	China	120 mil
3	Estados Unidos	43 mil
4	Rússia	32 mil
5	Japão	29 mil
6	Coreia do Sul	18 mil
7	Paquistão	13 mil
8	Brasil	12 mil
9	Alemanha	11 mil
10	Bangladesh	10 mil

Fonte: Organização Mundial da Saúde (2017).

Os estudos desenvolvidos pela OMS (2015), revelam que a média mundial corresponde a 10,7 mortes para cada 100 mil habitantes, a média nas Américas é de 9,6 e a do Brasil 6,3. Esses dados demonstram o quanto o país precisa investir em políticas públicas que possam conter esse crescimento e, posteriormente, fazer com que o índice diminua. De acordo com Moura (2011), a situação é alarmante, o que faz o país caminhar para medidas preventivas, socioeducativas e de maiores investimentos para controlar o caso da autodestruição.

No entanto, para Silva, B. e outros (2018), argumentam que o silêncio ainda representa um dos entraves que atrapalha o desenvolvimento de iniciativas de prevenção, aliado ao fato de que o suicídio ainda representa um tabu na sociedade brasileira. Ademais, mesmo diante desse quadro, poucos estudos se dedicam a tratar do assunto (SILVA, B., et al., 2018, p. 565).

Os números de suicídios presentes no Brasil estão diluídos nas diversas regiões do país, havendo prevalência de diferentes fatores que motivam essa ação, sobretudo em adolescentes e jovens, como demonstrado na revisão sistemática de literatura realizada por Moreira e Bastos (2015). De acordo com dados do boletim epidemiológico publicado pela Secretaria de Vigilância e Saúde em Saúde (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017), a região que apresentou maiores taxa de mortalidade por suicídio é a região Sudeste, precedida pela região Sul.

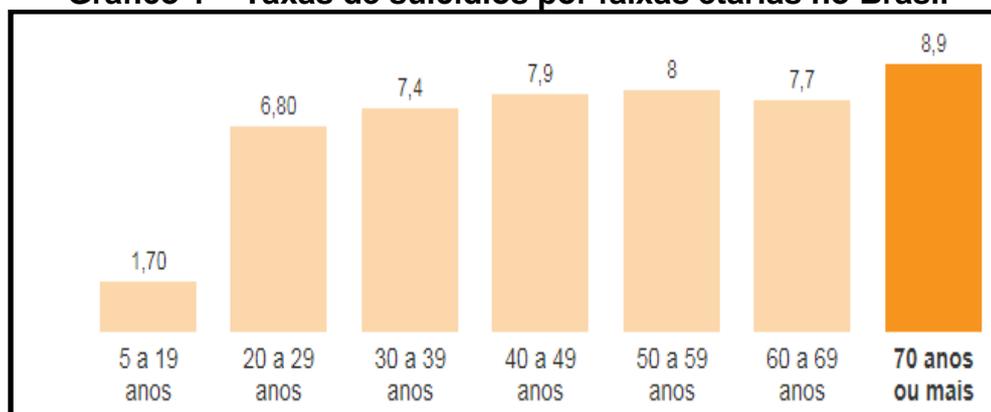
2.3.3 Suicídio na população jovem: enfoque no contexto universitário

O suicídio no Brasil, como dito anteriormente, tem se manifestado como um grave problema de saúde pública, constituindo um assunto complexo, o qual precisa ser investigado com mais profundidade. No entanto, mesmo em face dessa constatação, o assunto ainda é ignorado pela maioria da população e demais agentes sociais. As maiores incidências, para o suicídio, quanto para as tentativas de suicídio, no âmbito do Estado de São Paulo, por exemplo, perfazem pessoas brancas, solteiras e que sofrem de depressão, embora essa não represente a totalidade do país, visto as divergências socioculturais existentes em cada região (CRUZ; CAMARGO, 2017).

Os homens representam 79% dos casos, “[...] cuja taxa de ocorrência nesse tipo de morte é de 8,7 por 100 mil habitantes. Já entre mulheres é de 2,4/100 mil habitantes. A principal causa dessas mortes (62%) é por enforcamento”.

É importante destacar, também, que entre jovens o suicídio se manifesta de forma considerável no Brasil, visto que corresponde a 6,8 a cada 100 mil habitantes (FOLHA DE SÃO PAULO, 2017, não paginado). Esses dados podem ser vistos no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Taxas de suicídios por faixas etárias no Brasil



Fonte: Folha de São Paulo (2017).

A respeito da ideação suicida na população adolescente e jovem do país, o estudo de Moreira e Bastos (2015) constatou que

A prevalência de ideação suicida é alta e está significativamente relacionada a fatores como: depressão, uso de álcool e drogas, violência física, problemas de relacionamento com os pais, tristeza e solidão. A ideação suicida associada à depressão em adolescentes é prevenível desde que o adolescente seja devidamente tratado. Há necessidade de investimentos em pesquisas no Brasil, dado o crescimento das taxas de suicídio entre adolescentes, sobretudo do sexo masculino (MOREIRA; BASTOS, 2015, p. 445).

Ainda segundo a Folha de São Paulo (2017), no Brasil, a taxa de suicídio entre adolescentes e jovens teve um acréscimo de, aproximadamente, 30% nos últimos 25 anos, o que corresponde a um crescimento maior do que o da média da população nacional. Para Dutra (2012), embora o número de suicídios entre jovens seja expressivo, a literatura até então publicada, como também, os bancos de dados para registros dessa ocorrência não são comunicados, a respeito da ocorrência de suicídios entre jovens universitários ou pessoas inseridas no ambiente acadêmico. Os poucos estudos realizados têm demonstrado que essa prática, quando ocorre, é realizada por estudantes ligados às áreas médicas.

A respeito dos suicídios entre jovens universitários, os quais estão se preparando para a inserção no mercado de trabalho, é provável que o medo de não se alcançar os objetivos almejados, e o anseio da família pelo sucesso do jovem, sejam, *a priori*, as causas mais frequentes de gerar desconfortos aos estudantes, levando-os, em muitos casos, ao isolamento, por conseguinte, à autodestruição (DUTRA, 2012). Aliado a isso, destacam-se, também, as dificuldades existentes no atual mercado de trabalho, em que, “[...] o jovem, além de ter de lidar com todos os conflitos de seu desenvolvimento, sua identidade e seu sentimento de onipotência, ainda precisa lidar com esse mundo exigente e rival” (HIRANO, 2015, p. 14).

Estudando outros aspectos, Medeiros (2012) identificou que os jovens suicidas, inseridos no âmbito acadêmico, sofrem pressões de forças externas, específicas do ambiente acadêmico, como rendimento escolar adequado para aprovação, realização de estágios e adequação ao perfil profissional, dentre outros. Considera-se, além desses fatores, outros de ordem individual, tal como exigência da família, formação e identificação da sua personalidade etc. A fusão desses diversos fatores pode exercer

uma pressão altamente comprometedora à dimensão psíquica e à capacidade de controle do indivíduo.

Na mesma de linha do estudo anterior, Pereira e Cardoso (2015) identificaram que o suicídio na população que frequenta as universidades tem crescido. As causas encontradas foram semelhantes às encontradas por Medeiros (2012). A mudança de contexto de vida e as exigentes atividades a serem realizadas ao longo da vida acadêmica geram intensas inquietações e alterações de comportamento nos jovens.

Como se pode ver, o suicídio é “[...] maioritariamente causado pelas representações de natureza afectivo-emocional, onde se destacam os conflitos na educação, criação e conduta familiar dos indivíduos [...]” (FERREIRA, 2008, p. 11). Além disso,

O sentimento de culpa imposto por chantagens emocionais, agressões, castigos exagerados, criação e imposição de uma autoimagem irreal ao indivíduo, abandono ou superproteção são fatores que influenciam os jovens a pensarem em pôr fim à sua vida. **O somatório destas causas resulta na desorganização** da personalidade e conseqüentemente, vários desequilíbrios de ordem mental, que por vezes desencadeiam o ato suicida (FERREIRA, 2008, p. 11-12, grifo nosso).

Em relação a essas desordens, estima-se que no mundo, pelo menos, 12% das pessoas sofram algum tipo de adoecimento mental, sendo 2% referentes a casos graves. Na população universitária, esse percentual é muito mais elevado, visto que 60% dessa população apresenta algum tipo de distúrbio que necessita de um diagnóstico específico, conforme pesquisa realizada pela Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (ANDIFES, 2018). Ainda segundo essa pesquisa, constatou-se que 10% dos universitários apresentam ou apresentaram em algum momento, pensamento suicida ou ideação de morte (Tabela 3).

Tabela 3 – Problemas enfrentados por estudantes universitários

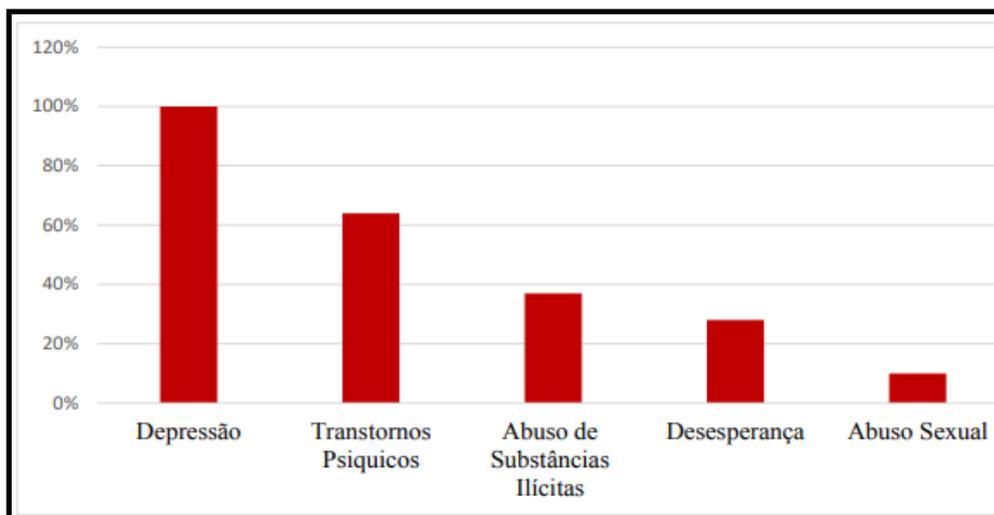
Problemas constatados	Percentual
Ansiedade	58%
Desânimo e falta de vontade	44%
Insônia	32%
Pensamento suicida e ideação de morte	10%

Fonte: ANDIFES (2018).

Outros fatores que podem levar ao suicídio foram encontrados por Almeida, Benedito e Ferreira (2017, p. 647) por meio de revisão de literatura, afirmando que “[...] fatores

intrínsecos a instituição de ensino superior como também fatores pessoais podem causar a depressão evoluindo para o suicídio desses estudantes [...]”. Os resultados alcançados com essa investigação demonstraram que a depressão é a principal manifestação em estudantes, seguida dos transtornos psíquicos, conforme ilustrado no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Fatores associados ao suicídio universitário



Fonte: Almeida, Benedito e Ferreira (2017, p. 653).

No âmbito dos principais fatores desencadeadores da depressão em universitários, o estudo citado identifica como mais recorrentes, conforme dados da revisão de literatura: pressão/estresse, socioeconômico, sexualidade, religião, problemas de saúde. Essa realidade, segundo os autores, tem sido cada vez mais evidenciada no contexto das universidades brasileiras, embora muitas ocorrências ainda sejam negadas, não sendo até mesmo divulgadas, como também, é preciso maiores investimentos no âmbito das políticas de assistencialismo estudantil.

Na visão de Dutra (2012), alguns fatores de risco do suicídio e das tentativas de suicídio são evidenciados em pesquisas científicas, tanto em nível nacional quanto internacional, embora, no Brasil, o tema ainda seja estudado de forma incipiente. Dentre os principais fatores que permeiam a vida dos universitários, citam-se como principais: transição de vida do jovem, na tentativa de tornar-se independente da família; o afastamento de familiares e amigos íntimos; além da adequação aos modismos e tendências do ambiente acadêmico. Para Dutra (2012), esses são alguns indícios de uma provável manifestação de depressão ou altos níveis de angústia.

Neste contexto, suicídio e comportamentos suicidas decorrem de uma complexa interação entre fatores sociais, individuais (psicológicos, genéticos, biológicos) e ambientais (por exemplo, acesso à arma de fogo). Pode-se dividir esses fatores em duas categorias - fatores de risco e sinais de alerta. Fatores de risco tornam o indivíduo mais suscetível a pensamentos e comportamentos suicidas. Alguns fatores de risco podem ser vistos no Quadro 2.

Quadro 2- Fatores de risco

• História prévia de comportamento suicida
• História familiar de suicídio ou tentativas de suicídio
• Comportamento suicida de um amigo ou colega
• Problemas de saúde mental como depressão ou abuso de substâncias
• História familiar de depressão ou abuso de substâncias
• Fácil acesso a métodos letais (como armas de fogo)
• Isolamento interpessoal
• Comportamentos impulsivos, agressivos ou antissociais
• História de abuso ou violência familiar

Fonte: State University (2019)

Sinais de alerta são fatores que podem sinalizar que um indivíduo se tornou suicida. Descreve-se algum deles no Quadro 3:

Quadro 3- Sinais de Alerta

(Continua)

• Conversas sobre suicídio, morte ou não ter motivos para viver
• Está preocupado com a morte e morrendo
• Tem dificuldade em comer ou dormir
• Experiências mudanças drásticas no comportamento
• Retirada de amigos ou atividades sociais
• Perde o interesse em hobbies, trabalho, escola, etc
• Prepara-se para a morte fazendo um testamento e um acordo final
• Dá posse de bens valiosos
• Assume riscos desnecessários

Quadro 3- Sinais de Alerta

(Finalização)

• Dificuldades de relacionamento, incluindo uma perda recente ou ameaça de perda significativa
• Perde o interesse em sua aparência pessoal
• Aumenta o uso de álcool ou drogas
• Expressa uma sensação de desesperança
• Enfrenta uma situação de humilhação ou fracasso
• Dificuldades de desempenho
• Problemas legais ou financeiros
• Não está disposto a "conectar" com potenciais ajudantes

Fonte: State University (2019)

Percebe-se então que, o crescimento na ocorrência de suicídio nessa fase da vida, torna esse ato um sério problema de saúde pública, visto que “[...] traz consequências negativas não só para a família da vítima, mas também para o meio social no qual o adolescente está inserido [...]” (MOREIRA; BASTOS, 2015, p. 451).

Em outra dimensão, o estudo desenvolvido por Medeiros (2012, p.7), com técnicas de investigação aplicadas a estudantes acerca dos fatores de risco do suicídio na academia, demonstrou que

[...] os níveis mais elevados de risco de suicídio encontram-se nos alunos do sexo feminino; em alunos deslocados do seu meio de residência habitual; em alunos que não praticam qualquer tipo de atividade física; alunos que tenham alguma doença em algum membro do seu agregado familiar; alunos que revelam sintomas psicopatológicos; e em alunos que apresentam depressão [...].

Medeiros (2012) ainda percebeu que, nem todos os alunos que apresentam depressão revelam presença de risco de suicídio. No entanto, isso não quer dizer que medidas preventivas deixem de ser tomadas pelos gestores das instituições, no sentido de identificar as possibilidades de ocorrências, de modo que ações possam ser realizadas de forma proativa e de acolhimento aos universitários.

Assim, reforça-se que, “[...] é através do controle dos fatores de risco associados a este fenômeno e, por outro lado, do reforço dos fatores de proteção” que o suicídio nesse contexto poderá ser prevenido (MEDEIROS, 2012, p. 7).

Portanto, as questões relacionadas à saúde mental de universitários é um tema que começou a ser explorado na literatura, mostrando a preocupação dos gestores e

educadores envolvidos com a gestão das universidades, “[...] uma vez que essas [doenças mentais] afetam diretamente o desempenho acadêmico e a permanência dos mesmos no Ensino Superior [...]”. Com efeito, não resta dúvida de que a definição de ações institucionais “[...] é fundamental para proporcionar aos estudantes o necessário apoio para superar os problemas emocionais, dar sequência ao curso de graduação e chegar à tão almejada conclusão” (WATANABE et al., 2016, p. 8).

Em suma, as universidades têm percebido a importante e urgente necessidade em ampliar os programas de saúde mental para estudantes. Isso não pode estar restrito, apenas, aos universitários dos cursos de Graduação, mas também precisa voltar-se para outros atores da universidade, como alunos de Pós-Graduação e servidores docentes e técnico-administrativos. Tais desdobramentos evidenciam a importância que as instituições devem viabilizar, “[...] não somente à questão do desempenho acadêmico dos estudantes, mas também na sua adaptação à vida acadêmica e no cuidado de seu equilíbrio emocional e saúde mental” (WATANABE et al., 2016, p. 9).

Especificamente, quanto aos investimentos realizados em prol da prevenção e redução dos suicídios entre adolescentes e jovens, é possível afirmar que a nação brasileira, sobretudo no comparativo com outros países, avançou nessa questão, “[...] porém, necessita de maiores investimentos na criação de programas e estratégias específicas voltadas à prevenção do comportamento suicida na população jovem e adolescente” (MOREIRA; BASTOS, 2015, p. 451).

No que se refere às perdas econômicas, com foco no capital humano, o Brasil contabilizou um total de R\$ 1,3 bilhão para o ano de 2001. Especificamente, quanto aos valores médios de perda de capital humano, os suicídios custam R\$ 163 mil por vítima, “[...] enquanto os homicídios e os acidentes de trânsito apresentam médias de R\$ 189,5 mil e R\$ 172 mil, respectivamente” (CERQUEIRA, 2007 apud SGOBIN, 2013, p. 35).

Como se vê, os gastos envolvidos com essa causa são expressivos, representando altas perdas aos cofres públicos, sobretudo no que tange a internações oriundas de tentativas de suicídio (COSTA et al., 2015).

Nesse sentido, reforça-se, conforme argumentam Costa e outros (2015), a necessidade de se criar e/ou melhorar, seja em termos quantitativos ou qualitativos,

os serviços de saúde mental, no âmbito da atenção primária, de modo a estabelecer estratégias de promoção à saúde e medidas preventivas, as quais serviam como mecanismos controladores dos agravos clínicos, sobretudo no que tange à depressão e à melancolia, agravos de forte interferência para concretização do ato suicida.

2.3.4 Suicídio e saúde pública no Brasil

O Brasil, no início dos anos 2000, instituiu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, por meio da Portaria nº 1.876/M de 14 de agosto de 2006, tornando-se, em 2013, signatário do Plano de Ação em Saúde Mental, lançado pela Organização Mundial de Saúde que visa reduzir em 10% o número de óbitos por suicídio até 2020 (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Ainda em 2006, lançou o Manual de Prevenção do Suicídio para Profissionais de Saúde Mental, como um dos meios de auxiliar na redução desse tipo de óbito.

Por sua vez, a Associação Brasileira de Psiquiatria produziu um manual para a imprensa, esclarecendo os jornalistas sobre termos específicos que são utilizados na área e também um livreto intitulado Comportamento suicida: conhecer para prevenir, com o intuito de orientar esses profissionais sobre como abordar o tema de forma que a gerar contribuir para a prevenção (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2014), porque os reflexos negativos gerados pelo suicídio, em quaisquer instâncias e contextos em que se manifesta, tanto em ordem pessoal/familiar, quanto no aspecto econômico/cultural, justificam a necessidade de intervenções para minimizar as incidências de autodestruição (FERREIRA, 2008).

Esse compromisso não deve ser restritivo, mas precisa envolver um trabalho colaborativo, em que envolvam esforços oriundos de diferentes instituições e agentes sociais. Especificamente, quanto ao papel desempenhado pela saúde pública, no Brasil, faz-se de suma importância “[...] o desenvolvimento de uma estratégia nacional para a prevenção do suicídio, que visa a reduzir as taxas de suicídio e os danos associados ao comportamento suicida em nossa população” (ROMAN TORO et al., 2013, p. 409).

A Organização Mundial da Saúde avalia o suicídio como um problema de saúde pública, estando entre as dez causas mais frequentes de morte, além de ser a segunda ou terceira causa de morte entre 15 e 34 anos de idade. Estimativas mostram que para cada suicídio, existem pelo menos dez

tentativas suficientemente sérias que exigem atenção médica e para cada tentativa de suicídio registrada, existem quatro não conhecidas (GONÇALVES; GONÇALVES; OLIVEIRA JÚNIOR, 2011).

Em relação aos registros sobre este tipo de ocorrência, há muito se fala da subnotificação, que pode ser reduzida quando se pensa na integração dos agentes e instituições, conforme argumentou Moura (2011), reforçando ainda o importante papel desempenhado pelas redes de saúde. Assim, a partir do funcionamento de uma rede de vigilância, prevenção e controle, os vários profissionais envolvidos poderão socializar informações referentes ao assunto, ao acolhimento e ao tratamento dessas pessoas em situação de vulnerabilidade.

Cabe registrar que em 29 de abril de 2019 foi sancionada a Lei nº 13.819 que determina a notificação obrigatória pelos hospitais e estabelecimentos de ensino dos casos de automutilação e tentativas de suicídio. A finalidade da lei é promover uma política de prevenção e assistência para as vítimas e pessoas próximas. A notificação compulsória fornecerá dados que permitirão o mapeamento dos casos, para melhor atuação do Ministério da Saúde e demais autoridades. (BRASIL- SENADO FEDERAL, 2019)

Com efeito, a saúde pública não trata de problemas individuais, mas de enfermidades, condições e problemas que afetam a saúde e bem-estar das pessoas, cujo objetivo é beneficiar o maior número de envolvidos. A preocupação dos problemas de saúde está na prevenção, na segurança e nos cuidados com a população, considerando não apenas um ou outro fator, mas a totalidade que provoca as enfermidades e desconfortos (DAHLBERG; KRUG, 2007).

Conscientizar a comunidade e acabar com o preconceito é importante para que se avance na prevenção do suicídio (BOTEGA, 2015). Ademais, de acordo com esse autor, omitir e/ou negligenciar o problema do suicídio é não encarar um problema que permeia a sociedade, por conseguinte, essa negação poderá trazer surpresas, com perdas de vida, gastos econômicos e impactos sociais e culturais para a nação brasileira.

Na visão de Sena-Ferreira e outros (2014), o suicídio afeta direta ou indiretamente grande parte da sociedade, permeando diferenciados contextos e instâncias, o que requer a elaboração e gestão de estratégias de prevenção, as quais poderão ser

extremamente útil para melhorar, sobre diversos aspectos, a vida dos indivíduos que se encontram em situações de risco. Esses indicativos “[...] precisam ser identificados e acompanhados por meio de programas de prevenção e tratamento adequados [...]”. Com essa intenção, faz-se necessário e urgente, “[...] sensibilizar e capacitar os profissionais para atuarem no acompanhamento especializado dos usuários com a integralidade do cuidado e a humanização na relação com as famílias” (SENA-FERREIRA et al., 2014, p. 5).

No âmbito das universidades, a elaboração de políticas de assistência estudantil, como também, institucionalização de campanhas educativas, em conjunto com projetos que ofereçam serviços básicos de orientação e diagnóstico adequados representam iniciativas urgentes e imprescindíveis, haja vista promover a saúde mental dos utilizadores desses ambientes (MEDEIROS, 2012).

A respeito dos registros das ocorrências e da rede de socialização entre instituições e profissionais, São Pedro (2017, p. 4) reforça que a forma negativa com que o suicídio é tratado na sociedade “[...] implica uma estigmatização do sujeito que se mata voluntariamente, o que repercute em uma das dificuldades de se trabalhar com os dados sobre o fenômeno: as cifras negras e as subnotificações dos suicídios [...]”. Reforça também o fato de as informações estarem desatualizadas ou estatísticas inconsistentes, não representando fidedignamente a realidade. Esse fato se manifesta por meio de equívocos na “[...] diferenciação entre as mortes acidentais com as mortes voluntárias, pela tentativa de preservar os familiares, para evitar que ocorra imitação e inclusive para garantir o pagamento do valor proveniente do seguro de vida, uma vez que eles não cobrem suicídios” (SÃO PEDRO, 2017, p. 4).

Como há maior possibilidade de

[...] acesso a **informações e educação em saúde em escolas e faculdades**, ou seja, lugares onde existem indivíduos que estão dentro da faixa etária de risco é de grande importância, porque falar do suicídio não o estimula e sim o previne, pois incita o indivíduo que está pensando em autoextermínio a procurar ajuda (CRUZ; CAMARGO, 2017, p. 49, grifo nosso).

O papel das universidades, sobretudo com o aumento das ocorrências de autoextermínios nos ambientes universitários, é fundamental, principalmente com

programas que envolvam ações educativas e interventivas quanto à melhoria da saúde mental (MEDEIROS, 2012).

3 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

Ao iniciar este projeto, delineou-se como objetivo geral **demonstrar como universidades federais do Sudeste e Sul do Brasil estão atuando na prevenção de suicídio de estudantes e demais agentes, como os servidores, a elas vinculados**, seguido de três objetivos específicos, aqui retomados:

- Mapear como as universidades federais brasileiras estão atuando na prevenção do suicídio;
- Descrever os programas de prevenção do suicídio implementados nas universidades; e
- Conhecer as políticas e/ou ações de prevenção adotadas pelas universidades.

A questão passou a ser, então, a identificação dos procedimentos metodológicos mais adequados para a consecução dos objetivos pretendidos. A título de norteador foram listados os seguintes elementos para serem definidos: abordagem da pesquisa; tipologias necessárias; fontes de informação primárias e secundárias; tipo de amostra; variáveis, se existirem; instrumento (s) de coleta de dados; formas de tratamento dos dados coletados; dentre outros elementos acessórios.

3.1 ABORDAGEM E TIPO DE PESQUISA

Ao analisar os objetivos propostos, pode-se observar que os verbos que os caracterizam, não apresentam dimensão de mensuração, correlação, quantificação ou qualquer outra ação ligada à exigência de dados numéricos, sujeitos a tratamentos matemáticos ou estatísticos. Muito ao contrário, demonstrar, mapear, descrever e conhecer denotam por si sós a dimensão subjetiva e qualitativa dos verbos utilizados, que são vistos como os primeiros parâmetros para o campo da pesquisa.

Dessa forma, compreendeu-se que o presente estudo se configura como uma pesquisa com “[...] abordagem qualitativa, onde os elementos centrais são dados e/ou informações que permitem ao pesquisador adentrar os meandros de ambientes/

objetos/ eventos complexos que não são estáticos. Assim, ganha-se complexidade no próprio dinamismo do processo de pesquisa, à medida que o pesquisador entra em contato com o contexto ou a situação que está estudando, ampliando-se as possibilidades de análise, mediante a capacidade de identificar os diferentes fios subjetivos, específicos e em diversas nuances, únicos daquele cenário onde a ação se desenvolve (OLIVIER, 2019, no prelo).

No presente caso, esse cenário foi imaginado, inicialmente, como constituído de todas as universidades federais brasileiras. No entanto, no decorrer da pesquisa, seus elementos foram diminuindo, à medida em que o contexto se tornava mais complexo, ou seja, na proporção do nível de ações referentes à prevenção de suicídio que cada uma delas apresentava. Ao final, o cerne do objetivo proposto nesta pesquisa foi alcançado em um microuniverso de uma instituição: a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Sendo assim, ao ampliar as possibilidades de análise, por meio da abordagem qualitativa, rompe-se a possibilidade única de interpretação, o que desencadeia novos desdobramentos e possíveis considerações que poderão ser realizadas a partir da pesquisa. Conforme expresso por Bauer e Gaskell (2002, p.68), ao analisar qualitativamente, tem-se a pretensão de “[...] explorar o espectro de opiniões, as diferentes representações sobre o assunto em questão”.

Assim, esta pesquisa apresenta duas fases distintas: a primeira, quando da coleta de dados com as universidades que concordaram em participar da pesquisa, utilizando-se um questionário e, a segunda, configurada no estudo de caso da UFMG. Isso significa, portanto, que a abordagem foi mista, quanti-qualitativa, ainda que os dados quantitativos não tenham sido suficientes para um tratamento estatístico mais robusto, ou submetidos a um modelo matemático.

Dentro desse arcabouço pode-se identificar a tipologia das pesquisas que foram necessárias para a consecução dos objetivos propostos, mas aqui serão destacados apenas aqueles considerados centrais. Inicialmente pensou-se que este estudo teria as dimensões descritiva, documental e bibliográfica. No entanto, ao final, culminou também em um estudo de caso.

Na dimensão descritiva, foram mapeadas informações, sobre o objeto de análise, de modo a apresentar suas principais características e incidências. Sobre essa tipologia

de pesquisa, a finalidade principal é permitir que seja realizada a “[...] descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis [...]”, conforme dispõe Gil (2010, p. 42). Dentre os diversos estudos que são classificados como descritivos, podem-se citar, como exemplo, as formas de atendimento decorridas em instituições públicas, como também o índice de criminalidade existente em uma dada localidade, dentre outras possibilidades, assumindo, esses estudos, na maioria das vezes, a forma de levantamento de informações (GIL, 2010, p. 42). Para esta dissertação, considera-se a descrição sobre os caminhos para se prevenir o suicídio, escolhidos pelas diferentes universidades federais.

Quanto aos procedimentos técnicos utilizados na condução do estudo, recorreu-se à pesquisa documental e à pesquisa bibliográfica. A primeira no intuito de coletar dados de fontes documentais produzidas pelas universidades federais e outras fontes que pudessem trazer elementos para reflexões sobre as atividades e ações tomadas pelos gestores dessas instituições a respeito do suicídio. Por sua vez, para a pesquisa bibliográfica, foi realizada com consultas à base de dados online, como Scielo e Periódicos Capes e bibliotecas para encontrar artigos científicos e livros que versassem sobre o assunto, a fim de fundamentar os argumentos propostos no estudo em comparação com os dados gerados a partir das análises.

3.2 FONTE DOS DADOS E AMOSTRA

Para desenvolvimento deste estudo, foram utilizadas fontes de dados, tanto de natureza primária quanto secundária.

De acordo com Malhotra (2011) os dados primários são aqueles que foram coletados para uma pesquisa ou contexto específicos, e que ainda não foram devidamente tratados, tabulados e contextualizados, a ponto de gerar resultados, notadamente, informações. No âmbito desta dissertação, os dados primários foram coletados usando dois tipos de instrumentos. No primeiro momento realizou-se o levantamento por meio de um questionário enviado aos Pró-reitores de Assistência Estudantil e de Gestão de Pessoas de todas as Universidades participantes da pesquisa. Num segundo momento, após o retorno do questionário e a identificação de uma política

de prevenção implementada, foram realizadas três entrevistas para melhor compreensão e entendimento dos caminhos que levaram à institucionalização de um programa de prevenção na UFMG.

A seu turno, as fontes secundárias contemplam desde livros e artigos científicos, até documentos, fruto de outros trabalhos realizados e disponibilizados para consulta em site das instituições, base de dados, sistema de informação, dentre outros. Os livros e artigos utilizados encontram-se citados ao longo de todo o texto desta dissertação, com propósitos diversos, tais como: tecer as considerações iniciais sobre o problema objeto de estudo; elaborar o aporte teórico referente ao suicídio e prevenção de suicídio e, finalmente, o texto deste capítulo, no qual se forjou o arcabouço da pesquisa.

No que se refere à amostra, no caso de pesquisas qualitativas não há critérios únicos ou regras que determinam a formação dos elementos, pessoas ou objetos que irão compor a amostra. O pesquisador, de modo geral, procura identificar quais são suas possíveis fontes de informação ou locais/pessoas, a partir dos quais poderá obter os dados que o auxiliarão a responder seus questionamentos e atingir os objetivos propostos (OLIVIER, 2019, no prelo). Esses argumentos encontram suporte em Nobre e outros (2017, p. 2, grifo nosso), quando afirmam que

[...] ao encerrar o processo de amostragem, o pesquisador deverá ter ciência de que a amostra eleita responderá pela qualidade dos dados, bem como pela riqueza da análise e da interpretação dos resultados da pesquisa. Nesse contexto, destacam-se, **a experiência e observância do pesquisador para delimitar o campo e os sujeitos que integrarão a pesquisa**, uma vez que esta fase não é controlada por parâmetros amostrais quantitativos e, sendo assim, demanda clareza e segurança das justificativas que a embasarão.

Assim, inicialmente pensou-se que a amostra seria composta por todas as universidades federais brasileira, o que não se concretizou. Refletindo melhor a respeito percebeu-se a necessidade de fazer um recorte conforme proposto Gil (2010), optando-se por utilizar uma amostra por conveniência. Assim, definiu-se como população-alvo, as universidades federais das regiões sudeste e sul, uma vez que segundo os dados do boletim epidemiológico da Secretaria de Vigilância e Saúde em Saúde (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017), essas as regiões apresentaram maiores taxas de mortalidade por suicídio no período de 2011-2016.

Dessa forma, o convite para participar da pesquisa foi às 30 universidades federais dessas duas regiões do país (19 da região sudeste e 11 da região sul). A comunicação se deu não só via e-mail, como também por telefone.

Algumas instituições solicitaram a aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa da UFES como condição para a realização da pesquisa e informaram que sem o parecer de aprovação não tramitariam a solicitação de realização da pesquisa à Reitoria. Outras exigiram não só essa aprovação, como também solicitaram um parecer sobre o projeto de Comitê de Ética próprio.

Uma vez atendidas todas as exigências, esperava-se obter 100% de retorno. No entanto, das 30 universidades convidadas, 20 concederam a carta de anuência para coleta de dados na Instituição.

3.3 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Os projetos de pesquisas científicas exigem do pesquisador um levantamento preliminar sobre o tema objeto do seu estudo. Com efeito, foi realizada primeiramente, uma pesquisa exploratória em acervo de bibliotecas e acervos digitais, por meio da internet, a fim de se ter ideia do que estava sendo produzido sobre a prevenção do suicídio, notadamente, em universidades públicas, cujos resultados foram apresentados na Tabela 1 (p. 25), mostrando que a pesquisa realizada a partir da base Scielo utilizando diversos descritores de suicídio, resultou em 18 artigos, dos quais nenhum apresentou conteúdo relacionado diretamente ao objeto deste estudo. Com pertinência parcial ao tema a ser desenvolvido, apenas dois foram encontrados.

Quanto à pesquisa em documentos, ela ocorreu em função de três circunstâncias:

- Quando já se sabia em qual documento e local estava a informação;
- Quando já se sabia o nome do documento que continha a informação ou poderia estar, sem saber o local onde se encontrava e,
- Quando não se tinha ideia de onde encontrar.

No primeiro caso o levantamento foi fácil, rápido e objetivo, podendo ser o documento impresso ou digital. No segundo e terceiro casos, o levantamento foi feito inicialmente na internet, cujo resultado algumas vezes permitiu o acesso direto e em outras só se obtinha a referência, sendo necessário buscar a versão impressa.

No que tange à coleta de dados por meio do questionário, após a concessão da autorização foi enviado por e-mail o questionário para ser respondido pelos Pró-reitores de Assistência Estudantil e pelo Pró-reitores de Gestão de pessoas, contendo como anexos o questionário (Apêndice A), o Termo de consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) e o parecer consubstanciado de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos de nº 3.073.529.

No caso da UFMG, o questionário foi o instrumento de coleta de dados inicial. Isso porque, foi necessário estreitar a comunicação com essa universidade. Assim que recebeu o questionário por e-mail o Pró-Reitor de Assuntos Estudantis se colocou a disposição para uma entrevista, informando que havia muito a contribuir sobre a questão da pesquisa.

Assim, foi realizada uma viagem a Belo Horizonte – MG, no período de 03 a 04 de junho/2019 quando se deu a entrevista face-a-face com o Pró-reitor de Assuntos Estudantis, e também com dois integrantes da Comissão Permanente de Saúde Mental da UFMG.

O questionário enviado aos pró-reitores continha seis perguntas, sendo que para o tratamento do conjunto documental obtido pelas cinco primeiras perguntas foi utilizada a contagem (frequência absoluta) do número de respostas por grau da escala tipo *Likert* e posteriormente foi feita a elaboração dos gráficos representativos desses números.

Importante destacar que a sexta pergunta do questionário era aberta e solicitava a descrição da forma de implementação das políticas de prevenção do suicídio.

Inicialmente imaginou-se que as respostas propiciariam o tratamento dessa questão por meio de uma análise de conteúdo nos moldes da teoria de Lawrence Bardin.

No entanto, os retornos vieram de forma muito sucinta não permitindo a utilização desta técnica e sim um agrupamento das respostas. Ao contrário, devido à riqueza e

das informações, no caso da Universidade Federal de Minas Gerais foi possível realizar uma descrição detalhada da experiência da instituição.

A fim de complementar as informações para subsidiar a elaboração do projeto piloto, foram levantadas informações disponíveis na internet sobre algumas universidades no exterior, notadamente nos Estados Unidos.

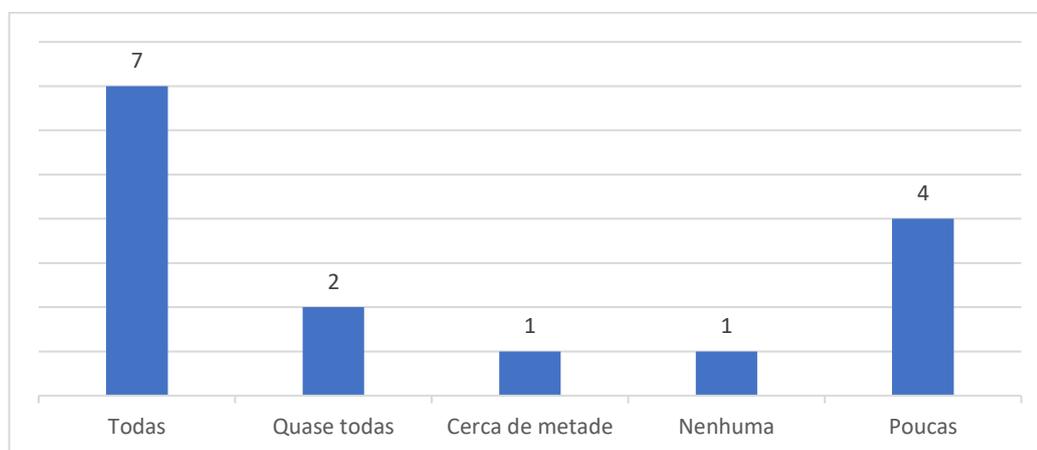
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os dados coletados, bem como os resultados das análises realizadas.

4.1 POLÍTICAS E PROGRAMAS DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NAS UNIVERSIDADES FEDERAIS.

Analisando os dados obtidos por meio das respostas grafadas no questionário, verificou-se que das 15 universidades¹ que participaram da pesquisa, listadas no Apêndice C, nove têm conhecimento sobre **todas** as diretrizes nacionais de prevenção do suicídio contidas na Portaria nº 1.876 do Ministério da saúde, de 14 de agosto de 2006. Outras seis informaram que possuem conhecimento de quase todas as diretrizes nacionais, e, apenas uma instituição registrou que conhece cerca de metade das diretrizes nacionais. O Gráfico 3 mostra esse quantitativo.

Gráfico 3: Conhecimento sobre as diretrizes nacionais de prevenção do suicídio.



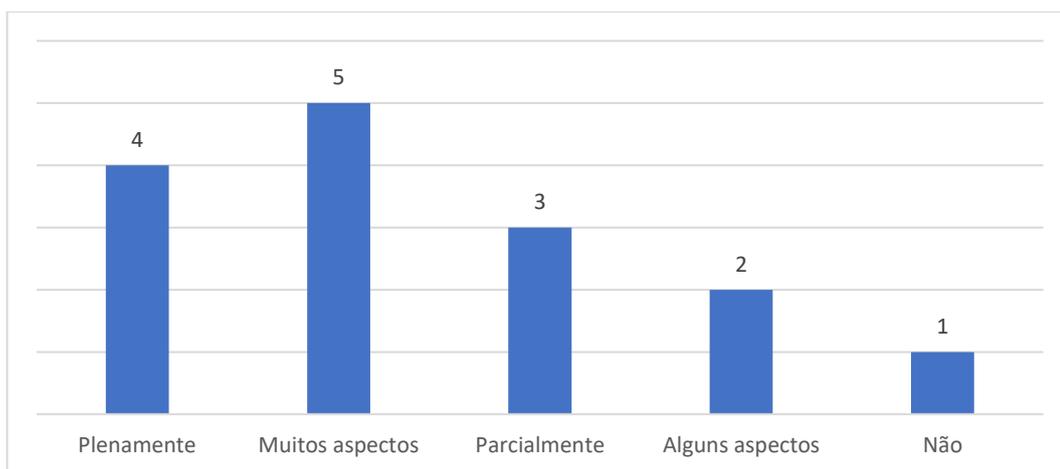
Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A segunda pergunta, ainda relacionada à Portaria nº 1.876/2006-MS, buscou saber se as instituições acadêmicas pesquisadas tinham ciência de serem consideradas.

¹ As respostas fornecidas pelos Pró-Reitores referem-se à gestão superior das universidades (Reitoria e Pró-Reitorias), mas para facilidade de leitura foram denominados “universidade(s)” ou “Instituição(ões)”.

Conforme demonstra o Gráfico 4, nove participantes, conhecem plenamente ou muito aspectos da Portaria, incluindo o fato de as universidades fazerem parte da lista de instituições consideradas relevantes para compor a rede da articulação de prevenção junto aos órgãos de saúde locais.

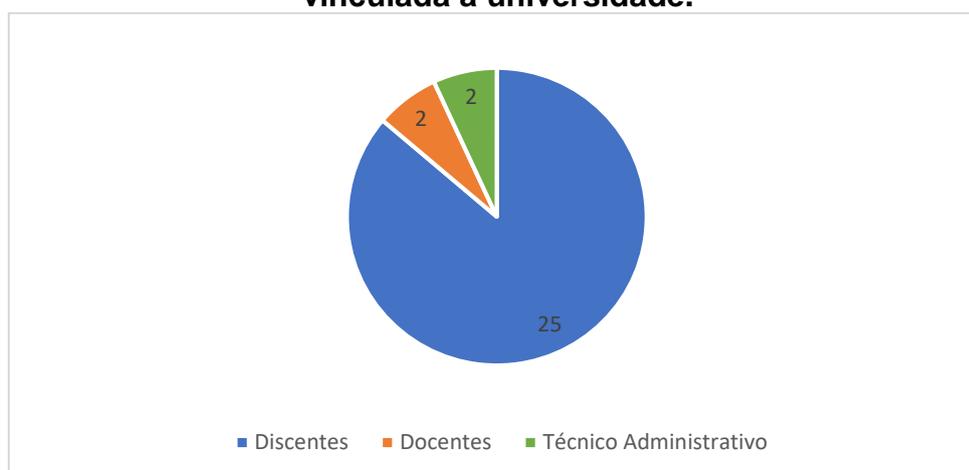
Gráfico 4: Conhecimento sobre a inserção das instituições acadêmicas na articulação das diretrizes de prevenção do suicídio.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

No Gráfico 5 pode-se ver o número de casos de suicídios conhecidos pelo Pró-Reitor respondente, na universidade que representa.

Gráfico 5: Casos de suicídio por categoria vinculada à universidade.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

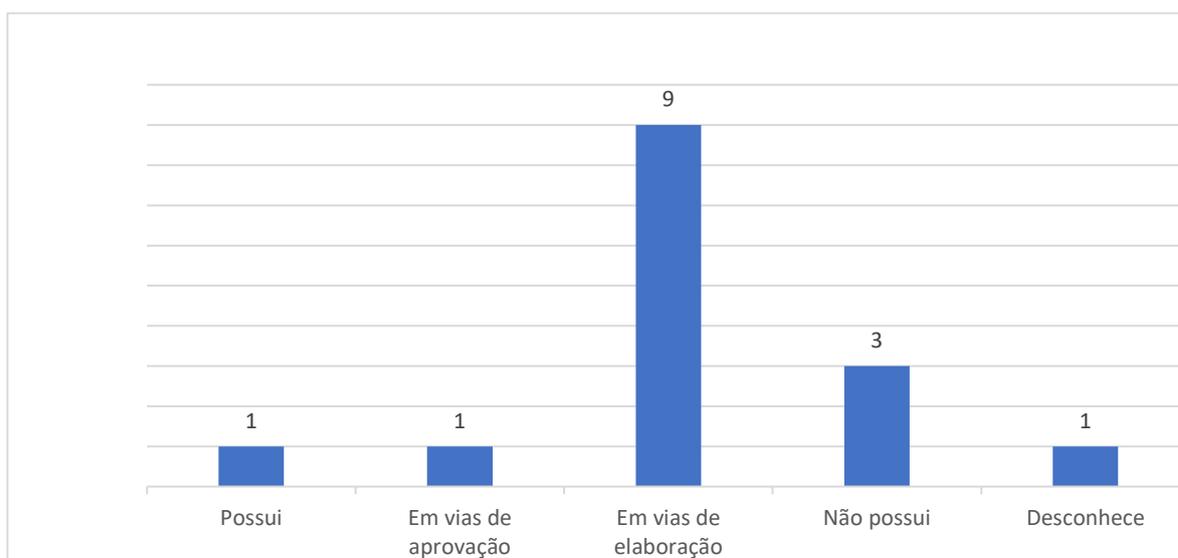
Ao analisar as respostas da pergunta três que tratava sobre o número de casos de suicídio na universidade, a pesquisa revelou que 29 (vinte e nove) pessoas, incluindo

estudantes, docentes e técnicos administrativo, cometeram suicídio nos últimos dez anos, sendo a maior incidência dos casos no corpo discente.

Tal número pode ser ainda maior, visto que não há registro oficial destas informações nas universidades pesquisadas. O número indicado no questionário foi com base nos casos de conhecimento do pró-reitor participante da pesquisa.

A pesquisa revelou que apenas uma universidade possui um programa de prevenção do suicídio aprovado na instituição (Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG). Outras nove estão com programas de prevenção em fase de aprovação ou em fase de elaboração, o que não acontece em três delas. Um pró-reitor alegou desconhecimento sobre essa informação. Os dados estão dispostos no Gráfico 6.

Gráfico 6: Programa de prevenção do suicídio dentro da Instituição.



Fonte: Elaboradora pela autora (2019).

Das 15 (quinze) universidades que responderam o questionário quatro não adotam nenhuma medida de prevenção do suicídio em suas pró-reitorias ou unidades.

Conforme citado anteriormente, apenas uma universidade respondeu que possui um Programa de Prevenção do suicídio aprovado na Instituição, a saber, a Universidade Federal de Minas Gerais.

No caso da UFMG, o Pró-Reitor de Assuntos Estudantis, ao receber o *e-mail* com o convite para participar desta pesquisa, informou que a Instituição possuía uma Política Institucional de Prevenção e que teria muitas informações a acrescentar, se colocando à disposição para uma entrevista, que foi realizada por telefone.

Diante de tantas informações percebeu-se a necessidade de agendar outras entrevistas, que foram realizadas na própria UFMG, para conhecer melhor o funcionamento do programa de prevenção daquela Instituição. Dessa forma, foram realizadas três entrevistas: uma com o Pró-Reitor de Assuntos Estudantis e outros dois membros da Comissão Permanente em Saúde Mental da UFMG. Assim, dada a relevância dos dados coletados, a análise deste programa será tratada em capítulo específico.

Por fim, a última questão do questionário solicitava que fossem descritas as medidas de prevenção do suicídio adotadas em cada universidade.

Obviamente, as respostas foram diversas, mas foi possível perceber a preocupação com a saúde mental no ambiente universitário. A maioria das instituições realizam as seguintes atividades:

- Rodas de conversa;
- Grupos de acolhimento;
- Atendimento psicológico aos estudantes e servidores;
- Palestras;
- Ações relacionadas ao “Setembro Amarelo” (mês dedicado à prevenção do suicídio);
- Atividades de promoção à saúde como oficinas e grupos terapêuticos.

Entre essas atividades, três universidades citaram a existência de grupos voltados para saúde mental.

A Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) possui uma agenda permanente de saúde mental com atividades semanais durante todo o ano. Além disso, por meio do Programa de Incentivo à Diversidade e Convivência, oferece dois projetos à comunidade acadêmica: o “Grupo de Acolhimento e Cuidado ao Estudante

(ABRACE)” e o de “Prevenção ao Suicídio Jovem: um Caminho Possível à Valorização da Vida”.

A Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) possui um grupo de saúde mental que conta com a participação de docentes e técnico-administrativos, que trabalham em ações voltadas para temática. Esse grupo está implementando um projeto de promoção à saúde do estudante, voltado para a promoção da saúde física e mental dos discentes.

Por último, a Universidade Federal da Integração Latino-americana (UNILA) possui, desde 2017, uma Comissão de Saúde Mental que tem como objetivo instituir o Núcleo de Saúde Mental do qual participam representantes de toda comunidade acadêmica.

4.2 ANÁLISE DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO IDENTIFICADO NO BRASIL

Neste item será detalhado o caminho percorrido pela Universidade Federal de Minas Gerais até a criação da Comissão Permanente de Saúde Mental.

4.2.1 A Semana de Saúde Mental

Em entrevista com o pró-reitor da Pró-reitoria de Assuntos Estudantis (PRAE) da UFMG percebeu-se que a política institucional de saúde mental implementada pela universidade foi construída ao longo de anos.

A primeira atividade formal se deu por iniciativa da professora Maria Stella Brandão Goulart, do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH), coordenadora do Programa de Extensão em Atenção à Saúde Mental (PASME), que consiste em

[...] um Programa de Extensão em Atenção à Saúde Mental composto por diversos projetos e departamentos da UFMG (Psicologia, Terapia Ocupacional, Enfermagem e Saúde Mental) e pela Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental (ASSUSSAM). Ele pretende fomentar política de formação voltada para a inclusão e para a reforma psiquiátrica, através da sensibilização da comunidade universitária e com a ampla participação daqueles que são alvo de políticas sociais inclusivas e da comunidade. (UFMG – COMISSÃO INSTITUCIONAL DE SAÚDE MENTAL (CISME), 2016).

Assim, em 2013 foi realizada a primeira Semana de Saúde Mental e Inclusão Social (SSMIS), dentro da proposta do PASME, coordenada pela professora Maria Stella. A ideia inicial foi a de organizar um evento que sensibilizasse e incentivasse a participação nas mobilizações do Dia da Luta Antimanicomial (18 de maio).

Em 2014 essa atividade foi realizada novamente, dentro dos mesmos moldes que havia ocorrido a primeira vez.

Já em 2015, o terceiro evento da SSMIS obteve grande apoio da reitoria e ganhou uma dimensão maior dentro da Universidade. Além Rede de Saúde Mental, participaram: a Pró-reitoria de Extensão (PROEX), a Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis (PRAE), a Pró-reitoria de Graduação (PROGRAD) e o Programa Polos de Cidadania da Faculdade de Direito.

Foi nesse evento de 2015, durante um debate realizado entre os setores acadêmicos de escuta e acolhimento, utilizando a técnica do “Conversatório”, onde as conversas ocorrem com a participação de todos, ficou nítido o sofrimento mental nos relatos dos estudantes (UFMG, 2019).

Neste momento, após as narrativas explícitas de pessoas que conviviam com dor e sofrimento, constatou-se a necessidade da construção efetiva de uma política de saúde mental institucional específica para a UFMG.

Dessa forma foi criada uma Comissão Institucional de Saúde Mental (CISME), com a proposta de construir uma agenda de discussão e traçar diretrizes para a constituição de uma política de saúde mental para toda a universidade.

Em 2019, no período de 13 a 17 de maio, ocorreu a VII Semana de Saúde Mental e Inclusão Social, como o tema “De mãos dadas pela democracia.”

4.2.2 A Rede de Saúde Mental da UFMG

No ano de 2014 a professora Claudia Mayorga, Pró-Reitora adjunta de Extensão, sugeriu que fosse criada uma Rede de Saúde Mental (RSM) da UFMG como um espaço para diversos atores se encontrarem, debaterem e articularem uma agenda de trabalho sobre saúde mental, políticas públicas e cidadania.

Inicialmente passaram a integrar a RSM os órgãos da administração central da universidade como a PROEX, a PRAE, a PROGRAD, a Pró-Reitoria de Administração (PROAD), a Pró-Reitoria de Recursos Humanos, o Departamento de Atenção à Saúde do Trabalhador (DAST) e o Núcleo de Acessibilidade e Inclusão (UFMG, 2019).

Contudo, a rede não ficou restrita à UFMG, pois passou a realizar contatos com pesquisadores do tema, além de envolver órgãos da Prefeitura de Belo Horizonte, órgãos do Estado de Minas Gerais e órgãos do Governo Federal (UFMG, 2019).

Em termos operacionais lançou-se mão de várias técnicas de interação e discussão, tais como: “conversatórios”; fóruns de saúde mental e reuniões ampliadas com a participação de convidados que estudam, pesquisam ou coordenam projetos de extensão temática relacionada à saúde mental. Isso tudo com o objetivo de conhecer, identificar problemas e construir propostas.

Nesta esteira, em outubro de 2016 foi entregue o relatório conclusivo da CISME/UFMG e por meio dele foi institucionalizada a Política de Saúde Mental da universidade.

Concluiu-se pelos seguintes princípios norteadores da Política de Saúde Mental da UFMG:

- I. Universidade para todos: acolhedora, flexível, acessível, inclusiva e solidária.
- II. Protagonismo das pessoas com a experiência de sofrimento mental.
- III. Respeito à vida e aos valores éticos da convivência humana.
- IV. Sintonia e defesa do Sistema Único de Saúde (SUS); da Política Nacional de Saúde Mental (Lei 10.216/2001) e todo o arcabouço legal que compõe e orienta os Programas municipal, estadual e nacional de saúde mental para o tratamento territorial/comunitário em liberdade; da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS); e, da Política de Direitos Humanos da UFMG (Resolução 09/2016 de 31/05/2016) (Relatório conclusivo da CISME/UFMG, 2017, p.56)

A partir dos princípios foram organizadas quatro diretrizes da Política de Saúde Mental da UFMG conforme relatório conclusivo da CISME/UFMG:

1. Construção permanente e participativa de uma **política de atenção em saúde mental** capaz de:
 - . contemplar a diversidade da população alvo da política de saúde mental, ou seja, estudantes (inclusive estrangeiros), servidores (docentes e TAEs), funcionários terceirizados e substitutos e os familiares diretamente envolvidos;
 - . contemplar a diversidade de manifestações do sofrimento mental em suas variadas situações;

- . articular estratégias de planejamento e captação de recursos para o desenvolvimento de projetos e ações;
 - . articular dispositivos e ou ações de promoção, atenção e reabilitação psicossocial em saúde mental, existentes ou a serem criados, por meio da definição de estratégias de coordenação em estreita sintonia com os Colegiados e a Rede de Saúde Mental da UFMG;
 - . integrar as ações de cuidado às redes de atenção psicossocial das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde de Belo Horizonte e de saúde suplementar, garantindo reinserção e continuidade do cuidado.
2. Promoção de **desestigmatização e despatologização** do sofrimento mental, de modo a:
 - . construir uma cultura inclusiva, acolhedora, antimanicomial, humanista e não violenta;
 - . estimular as iniciativas de formação, extensão e pesquisa específicas para a área de saúde mental;
 - . fomentar maior informação e comunicação sobre o sofrimento psíquico e a saúde mental;
 - . garantir visibilidade, efetiva participação e co-responsabilização das pessoas em sofrimento ou com transtorno mental na vida institucional, a partir de suas singularidades.
 3. Promoção de **qualidade de vida e ambiente não adoecedor**, de modo a:
 - . valorizar os espaços de convivência e de expressão cultural; . acolher e acompanhar as pessoas em sofrimento ou acometidas de transtornos mentais, propiciando pertencimento institucional;
 - . reestruturar a comunicação e o sistema de informativo na UFMG para garantir conhecimento institucional, acessibilidade e efetividade tanto ao acolhimento de demandas, quanto às ações promotoras de ambiente saudável;
 - . definir formas democráticas de avaliação permanente do sistema de informativo da universidade e seus recursos.
 4. Enfrentamento da **cultura de autoritarismo, individualismo e produtivismo** de modo a:
 - . contemplar estratégias de resposta ao assédio e situações que contrariem os direitos humanos;
 - . equacionar os desafios concernentes à saúde mental nas relações educacionais e de trabalho;
 - . viabilizar a flexibilização nas situações regidas pelas normas e legislações por meio do incentivo ao diálogo e à participação ativa da comunidade e das pessoas com sofrimento mental. (Relatório conclusivo da CISME/UFMG, 2017, p.57)

Após a entrega do relatório feito pela CISME/UFMG com os princípios e diretrizes para uma política de saúde mental institucional, a universidade, por meio da Rede de Saúde Mental, começou a colocar em prática as medidas previstas no documento (Figura 2).

O primeiro passo foi construir uma rede interna de acolhimento para o atendimento de pessoas da comunidade em sofrimento mental. Diante disso, foi criado um fluxo que informa à comunidade universitária o encaminhamento a ser seguido no caso de pessoas em sofrimento mental e também no caso de urgência e emergência.

O fluxo considera situações como acidentes com traumas, desmaios, intoxicação com produtos químicos ou acidentes com produtos perigosos, queimaduras, complicações cardíacas e urgência em saúde mental. Daí, diante dessas situações, sugere o acionamento imediato do SAMU, por meio do 192 e também do Departamento de Atenção à Saúde do Trabalhador (DAST) e recomenda que quando possível a ocorrência seja comunicada à chefia de departamento ou responsável pelo setor onde ocorreu o fato e que seja contatado familiar ou responsável (UFMG, 2019).

Casos não urgentes com estudantes, devem ser encaminhados à PRAE e com servidores, devem ser encaminhados à Divisão de Acompanhamento Funcional. (UFMG, 2019)

Figura 2: Fluxo de encaminhamento em casos de Urgência e Emergência



Fonte: Universidade Federal de Minas Gerais (2019)

4.2.3 A Pró-reitoria de Assuntos Estudantis – PRAE e o Núcleo de Escuta e Acompanhamento de Estudantes

O pró-reitor relatou em sua entrevista que a PRAE foi criada em 2014. Destacou que a PRAE não foi criada para ações específicas em saúde mental, mas ela está inserida na Rede de Saúde Mental da UFMG e tem um papel importante junto aos estudantes.

A PRAE atua em três eixos: ações afirmativas, apoio acadêmico e assistência estudantil com base no Programa Nacional de Assistência Estudantil (PNAES).

O Pró-Reitor destacou que ainda em 2014 a Rede de Saúde Mental, começou um trabalho para identificar o que estava sendo produzido nas Unidades em relação à saúde mental. Verificou-se, então, três iniciativas ligadas à temática da saúde mental:

- Um serviço de psicologia aberto à comunidade interna e externa, na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, por meio de um projeto de extensão;
- Um núcleo de escuta acadêmica voltado para estudantes na Faculdade de Medicina;
- O Núcleo de Apoio Psicopedagógico aos Estudantes da Faculdade de Medicina (NAPEM).

O núcleo de escuta acadêmica do Centro de Graduação da Faculdade de Medicina é um dos pioneiros dentro da UFMG e atua na escuta e no acompanhamento acadêmico dos estudantes. A título de exemplo, pode-se citar o fato de que todo estudante que solicita trancamento de matrícula é acompanhado pelo núcleo, que também orienta e acompanha casos de pedidos de Regime Especial, demandas ocasionadas por conflitos vividos no decorrer do curso e situações de adoecimento psíquico.

A Assessoria de Escuta Acadêmica (AEA) foi regulamentada pela Resolução nº 03 de 24 de junho de 2015. Ao visitar o sítio da AEA na *web* encontram-se descritos seus principais objetivos que são:

- Disponibilizar espaço para escuta diferenciada de questões que ultrapassem os trâmites puramente administrativos;
- Estreitar a relação entre estudantes, professores, funcionários e comunidade em geral, servindo de ponte, de forma personalizada, por meio de um canal de escuta e comunicação, prestando serviços de orientação;
- Receber e dar os encaminhamentos necessários às sugestões, queixas, dúvidas e elogios;

- Acompanhar e orientar os estudantes em processo de cancelamento do registro na Universidade;
- Indicar e/ou encaminhar para atendimento psicoterápico, quando for o caso;
- Acompanhar os estudantes que estão com algum tipo de dificuldade que interfira no rendimento e nas relações escolares (pessoal, psíquica, orgânica etc), no intuito de orientá-los sobre as possibilidades que a Universidade lhes oferece;
- Acompanhar os casos de trancamentos totais e parciais visando contribuir com a reflexão dos estudantes sobre os motivos que os levam a trancar. (UFMG, 2019)

Diante disso, a PRAE buscou conhecer e entender como funcionava o Núcleo de Escuta Acadêmica da faculdade de medicina e também como funcionava o NAPEM. Assim, a partir dessas inspirações, em 2016, foi criado o Núcleo PRAE de Escuta e Acompanhamento de estudantes.

Atualmente o núcleo de escuta tem um papel importante dentro da PRAE e também dentro da universidade, pois proporciona o acolhimento ao aluno e o encaminhamento conforme a demanda apresentada. Esse núcleo não é de tratamento, mas como o próprio nome já diz, faz a escuta, o acolhimento e orientação do discente que ali busca ajuda. Por isso a equipe é multidisciplinar, conta com psicólogos, pedagogos, assistentes sociais, técnico em assuntos educacionais e assistente administrativo.

Desde a criação do núcleo e a partir das diretrizes institucionais para política de saúde mental, a PRAE passou a incentivar que cada unidade administrativa criasse seu próprio núcleo de escuta e acolhimento. Atualmente a UFMG possui 20 (vinte) unidades administrativas e pelo menos 12 (doze) já possuem núcleo de escuta.

O professor pró-reitor, em sua entrevista, relatou como ocorre esse processo:

[...] em cada unidade estamos incentivando a criação do seu núcleo, sempre naquela perspectiva que não é só a dimensão psicológica. Nós queremos um núcleo que a pessoa possa sentar e conversar, se a direção for esperar ter o que ela acha que é o correto, uma psicóloga ou uma pedagoga, vai ter que fazer concurso e passam-se dois ou três anos. Então a ideia é: como aquela unidade, com a pessoas que ela tem, pode criar esse lugar de escuta, de acolhimento com os profissionais que ela dispõe? Se no caminho aparecer uma vaga para psicólogo, ótimo! A veterinária, por exemplo, não tem psicóloga, mas tem uma pessoa com uma sensibilidade pra dizer assim: O que está se passando? E aí buscar uma articulação, uma orientação. Escutar para encaminhar, escutar para orientar [...]

Denota-se que dentro da política institucional de saúde mental os núcleos têm tido um papel importante, pois é por meio deles que todas as ações acontecem: divulgação das informações; orientação e acompanhamento dos estudantes.

Durante a entrevista indagou-se ao pró-reitor como entender os limites de atuação das universidades nos casos de pessoas em sofrimento mental. Como compreender até onde vai a responsabilidade da Universidade?

A resposta veio baseada num texto, de um documento ainda em elaboração intitulado “Pensando os cuidados com estudantes da UFMG, fluxos de acolhimento e encaminhamento.” Explicou o professor que dentro dessa perspectiva cinco perguntas são feitas: O que pode a UFMG? O que pode a cidade? O que pode o estado? O que pode a União? O que pode a família?

[...] a UFMG pode muita coisa, mas poder muita coisa não significa poder tudo. Chega num ponto em que nós não temos as condições para o acompanhamento, ele precisa de um acompanhamento de longa duração. Quem vai fazer isso? Existem órgãos públicos pra isso. O que pode a cidade de Belo Horizonte? Com essa cidade que precisamos dialogar [...] a UFMG não deve deixar de fazer o que ela pode, mas deve reconhecer o seu limite [...]

O professor ressaltou que há vários serviços públicos na cidade e que são com eles que a Universidade deve dialogar:

- Serviço do SAMU,
- Atenção Primária à Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte:
 - Centros de Referência em Saúde Mental- CERSAM
 - Serviço de Urgência Psiquiátrica-SUP
 - Centro de Referência da Assistência Social- CRAS.

Todos esses serviços devem ser mobilizados e incluídos na rede de atendimento que ultrapassa os limites da universidade.

O Estado de Minas Gerais também deve ser acionado por meio do Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Defensoria Pública, Programa Estadual de Assistência Farmacêutica.

Destaca o professor que o contato com a família é importante, pois é preciso envolvê-la na construção de uma solução. Mesmo que a família em alguns casos não aceite contribuir é essencial fazer o contato e deixar formalizado a tentativa do seu envolvimento.

Ficou claro que a universidade tem atuado na escuta e acolhimento aos estudantes, contudo, compreende os seus limites e diante disso tem procurado uma aproximação com os órgãos públicos na absorção da demanda que ultrapassa esses limites institucionais.

Um momento importante durante da entrevista foi a fala do pró-reitor sobre a nova “cara” da universidade. Num breve histórico relatou que a partir do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), e com as mudanças dos meios de acesso à Universidade, com a Lei nº 12.711/2012- Lei de Cotas e também com o SISU (Sistema de Seleção Unificada) mudaram os sujeitos que frequentam a instituição e segundo ele:

[...] novos sujeitos, novas políticas [...]

É preciso primeiro conhecer quem são esses sujeitos e suas necessidades para que seja possível estabelecer políticas capazes de os fazerem ter o sentimento de pertencimento à Instituição.

O pró-reitor destacou que após essas mudanças a universidade cresceu em cursos e conseqüentemente em números e que essas políticas públicas de inclusão mudaram completamente o perfil do corpo discente. Destacou ainda a importância do PNAES para a permanência desses alunos na universidade.

[...] sem o PNAES não tem permanência, simples assim! Se o Governo Federal acabar com o PNAES, acabou com a inclusão dessas pessoas.

Segundo o pró-reitor estão chegando estudantes com uma origem social muito humilde. De acordo com seu relato, dos 32 mil alunos da UFMG, cerca de 10 mil estão em algum programa de assistência estudantil, sendo que entre esses, em torno de 3 mil estudantes precisam de uma política de assistência que envolva moradia, transporte, alimentação e material didático, ou seja, todas as formas de assistência que a PRAE possa oferecer. Sem isso, não há condições desse aluno permanecer na universidade.

Ainda sobre o perfil dos novos alunos o pró-reitor disse que os alunos entram na universidade em torno de 18 anos e trazem consigo experiências familiares e sociais. Em alguns casos essas experiências são tranquilas, já em outros as experiências são muito marcadas por opressões, experiências dramáticas em casa. Somado a isso, com a entrada na universidade, surge a pressão acadêmica.

Nesse momento da entrevista o pró-reitor lembrou que certa vez, quando ocorreu dois suicídios em datas bem próximas surgiu a frase “A UFMG mata!

Segundo ele foi necessário um amplo debate com os alunos sobre isso. Precisou-se conversar sobre a vida acadêmica dos alunos de forma ampla, sem negar os problemas existentes, pois em sua visão há problemas na UFMG como há na sociedade de modo geral, pois a universidade é uma parte dessa sociedade. Portanto, dentro desse universo existem professores opressores, racistas, homofóbicos, de tal modo como há técnicos e estudantes com esse mesmo perfil e por outro lado também há pessoas que lutam contra essas mazelas. Mas sobretudo, não se pode esquecer que antes de entrar na UFMG o aluno, técnicos e docentes já tem suas experiências de vida, ou seja, nem se pode desconsiderar o período anterior à entrada na instituição.

Ficou evidenciado na entrevista que com a mudança de perfil do corpo discente a universidade passou a contar com uma parcela maior de pessoas com vulnerabilidade econômica e social, o que coopera em muitos casos para uma fragilidade da saúde mental. Por isso é importante pensar numa rede apoio para essas pessoas, com ações afirmativas, apoio acadêmico e assistência estudantil.

4.2.4 A criação da Comissão Permanente de Saúde Mental

A Política de Saúde Mental instituída pela Universidade Federal de Minas Gerais não foi premeditada em suas nuances e especificidades. Ela foi construída a partir de eventos, detecção de demandas e união de esforços.

Denota-se que a UFMG em um dado momento possuía a Rede de Saúde Mental, A PRAE, os núcleos de escuta, até caminhar para as diretrizes institucionais da política

de saúde mental, mas ainda faltava um órgão que congregasse todos as unidades, todos os que promovem a saúde mental no dia-a-dia.

Desta forma, em 2018 foi criada a Comissão Permanente de Saúde Mental com o objetivo de se constituir um fórum permanente para discussão e formulação de ações relacionadas à saúde mental. (UFMG, 2019)

Para conhecer um pouco melhor o trabalho da Comissão Permanente de Saúde Mental entrevistou-se dois membros desta Comissão, que chamaremos de entrevistado 1 (E1) e entrevistado (E2).

Durante a entrevista indagou-se sobre qual o principal objetivo da Comissão Permanente dentro da UFMG e o entrevistado 1 respondeu:

[...] Tornar permanente ações de bem-estar.

O E1 destacou que a UFMG busca uma institucionalização da política de acolhimento e para isso é necessário que ações de bem-estar sejam permanentes dentro da universidade.

Atualmente a Comissão Permanente é composta por dez pessoas sendo um representante docente, um representante técnico administrativo, um representante dos núcleos de escuta, esses indicados pela Rede de Saúde Mental. Acompanhados de um representante dos estudantes, um representante da PROGRAD, um representante da Pró-reitoria de Pós-Graduação, um membro da Divisão de Apoio Funcional e um da Departamento de Atenção à Saúde do Trabalhador, um representante da Escola de Enfermagem e o vice-reitor.

As primeiras medidas tomadas pela Comissão Permanente estão relacionadas à consolidação do fluxo de urgência e emergência e também do fluxo de rotina dentro de toda a universidade.

Para isso a Comissão iniciou o processo de visitas em todas as unidades administrativas da UFMG para ouvir o que as pessoas daquela unidade têm a dizer, para entender a demanda específica de cada unidade no que tange à saúde mental e por conseguinte divulgar as diretrizes da política de saúde mental da instituição.

O entrevistado 2 explicou o trabalho de visitação às unidades. Destacou que inicialmente o objetivo da visita é apresentar a Comissão Permanente, divulgar o canal de comunicação com a Comissão, como o e-mail institucional, esclarecer as funções da Comissão Permanente, além também de divulgar os princípios e diretrizes da política institucional de saúde mental, contudo, ao iniciar esse processo percebeu-se a importância desse trabalho, pois as pessoas têm demonstrado bastante interesse pelo assunto.

[...]o convite é enviado à cada Unidade e nós deixamos à vontade para que a própria Unidade organize e faça a divulgação do encontro. A acolhida tem sido muito boa. [...] há ainda aqueles que não conhecem a Política de Saúde Mental institucional, já outros conhecem e contribuem com relatos pessoais, de angústias e dificuldades, sugestões, soluções [...] mas também aparecem coisas do tipo “Será que temos que dar conta disso também? Já não chega dar conta de ensino, pesquisa e extensão?” [...] Aparecem pedidos de ajuda, apoio [...] [...]aparece de tudo [...]

A Comissão também tem buscado a melhoria da comunicação, visto que, verificou-se que muito do que é produzido dentro da universidade não é devidamente divulgado e a informação não chega para todos. Isso também inclui a comunidade externa.

O entrevistado 1 destacou como é importante que a comunidade externa conheça a universidade e tudo de bom que ela promove e por isso está sendo elaborado um “pacote” de informações em saúde mental para contribuir na divulgação das ações realizadas pela instituição.

Continuando a sua fala, o E1 disse que os desafios são grandes e que já identificou algumas dificuldades dentro da atual estrutura da saúde mental. Uma delas é a questão das pessoas que trabalham nos Núcleos de escuta.

[...] Temos uma questão a resolver que é: Quem vai escutar, quem escuta? Pois identificamos que quem escuta, às vezes, também pode precisar ser ouvido [...] [...] mas ainda não chegamos à uma conclusão, a Comissão ainda vai conversar sobre isso para tentarmos uma solução[...]

Perguntado se ele já visualiza resultados positivos decorrentes da política de saúde mental respondeu:

[...] os resultados positivos podem ser vistos pela consolidação das ações da Rede de Saúde Mental e também pelo fato de a UFMG já possuir diretrizes institucionais sobre saúde mental que direcionam toda a universidade [...]

Durante o encontro o entrevistado 2 compartilhou alguns casos de suicídio e de tentativa de suicídio ocorridos ao longo dos anos. Ela destacou que a ocorrência de um caso desses afeta muito a comunidade onde a pessoa estava inserida, portanto também é importante realizar um trabalho de pós-venção junto a essas pessoas.

[...] A DAST, divisão de atenção à saúde do trabalhador tem sido chamada em situação de urgência, não para acolher a urgência em si, porque nesses casos se chama o SAMU, mas para acolher a equipe. Porque a equipe entra em pânico. Porque quando tem uma situação grave que envolve a saúde mental a equipe fica mal, principalmente se forem unidades acadêmicas nada afeitas ao campo da saúde mental.

O entrevistado 2 fez alguns relatos emocionantes sobre casos de tentativas de suicídio entre alunos. Entre os casos citados há o de uma aluna que tentou suicídio dentro do banheiro do prédio onde estudava. Quando estava quase indo a óbito, pela perda excessiva de sangue, foi encontrada e socorrida. Essa aluna sobreviveu, conseguiu se restabelecer, seguir em frente e concluir o curso.

Já em outro caso relatado, o aluno deu sinais de ideação suicida e seus amigos procuraram ajuda no núcleo de escuta. Contudo, mesmo diante de esforços envolvendo a comunidade acadêmica, amigos e a família não foi possível demovê-lo da ideia de atentar contra a própria vida, culminando com a consumação do ato. O que gerou uma grande comoção de toda a turma, pois já estavam no último período do curso.

4.3 ALGUMAS INFORMAÇÕES DE PROGRAMAS DE PREVENÇÃO INTERNACIONAIS A TÍTULO DE ILUSTRAÇÃO

Após uma pesquisa exploratória encontrou-se em algumas universidades internacionais política as voltadas para a saúde mental e programas de prevenção. Desta forma, esta pesquisa trará alguns dados dessas universidades para corroborar que a preocupação com o suicídio tem um caráter global.

4.3.1 Universidade Estadual da Carolina do Norte- EUA

A Universidade da Carolina do Norte (UECN), possui um Centro de Aconselhamento Universitário que acredita que uma vida emocional saudável é a base para o sucesso

pessoal, acadêmico e profissional. Dessa forma, tem como missão fornecer suporte e apoiar os alunos na busca de seu equilíbrio emocional e, ao mesmo tempo, alcançar seu potencial. (UNIVERSIDADE ESTADUAL DA CAROLINA DO NORTE-UECN, 2019)

As pessoas que atuam nesse Centro de Aconselhamento são generalistas qualificados para responder a uma ampla gama de questões típicas de um centro universitário de aconselhamento. Os conselheiros também possuem habilidades e interesses individuais que os ajudam a atender às necessidades e questões da comunidade diversificada de estudantes. A equipe é composta pela parte administrativa, parte clínica com vários conselheiros licenciados, psicólogos e assistentes sociais, estagiários (alunos da pós-graduação) e a parte médica com psiquiatras (UECN, 2019).

Assim, estruturam suas atividades em torno das seguintes ações:

- Aconselhamento breve individual, de grupo e de casais
- Avaliação e tratamento psiquiátrico
- Resposta à crise de 24 horas
- Referências no campus e na comunidade
- Faculdade, pessoal, e consulta de estudante
- Programa de educação em saúde mental
- Treinamento de prevenção em suicídio

Uma das ações em destaque é o treinamento de prevenção em suicídio, pois uma pessoa com treinamento pode reconhecer sinais de alerta e ajudar o aluno a obter o apoio de que precisa.

Segundo dados no sítio da universidade na web a prevenção do suicídio é importante porque é a segunda maior causa de morte de estudantes universitários, de acordo com as estatísticas ocorrem:

- 24.000 tentativas de suicídio em *campi* universitários por ano em todo o país; suicídios de estudantes universitários concluídos ocorrem por ano em todo o país. (UECN,2019)

O Centro de Aconselhamento está organizado em torno de seis programas que serão detalhados a seguir:

Workshops sobre os temas abaixo, que podem ser organizados de acordo com a solicitação da comunidade acadêmica:

- Gerenciamento de estresse
- Ajudando os alunos com problemas de saúde mental
- Relacionamentos saudáveis
- Assertividade
- Controle de raiva
- Consciência de estupro / agressão sexual
- Conscientização da diversidade
- Comer desordenado
- Auto estima
- Gerenciamento de tempo
- Resolução de conflitos
- Preocupações com a identidade
- Serviços do centro de aconselhamento (UECN,2019)

Grupos *Drop in* (Basta aparecer, tradução livre)

Esse grupo funciona no estilo “Basta aparecer”. No convite para participação deste grupo destaca-se a possibilidade de aprender novas estratégias de enfrentamento e melhorar seu crescimento pessoal. Além de tratarem sobre tópicos de saúde mental e de bem-estar em um ambiente de apoio e interativo. Não há necessidade de se inscrição prévia, basta aparecer! (UECN, 2019)

Pare o Stigma

Esse programa visa informar e conscientizar os estudantes sobre problemas de saúde mental no campus, ajudá-los a entenderem como essas questões são comuns e auxiliá-los a se beneficiarem do tratamento disponível na universidade e na comunidade em geral. (UECN, 2019)

Prevenção do suicídio

O Centro de Aconselhamento oferece o treinamento em Pergunta, Persuasão e Referência (QPR) fundamentado para estudantes, corpo docente e funcionários. Ele se baseia em conseguir que um aluno ou amigo em dificuldades esteja conectado com suporte adicional ou encaminhado para ajuda profissional. O treinamento fornece orientações sobre como **questionar** uma pessoa sobre pensamentos suicidas, **persuadi-los** a obter ajuda e **encaminhar** a pessoa para ajuda. O Centro de Aconselhamento juntou-se a mais de 160 (cento e sessenta) universidades na oferta do QPR. (UECN, 2019)

Programa Embaixador de Saúde Mental

Na universidade há um grupo de estudantes de graduação e pós-graduação com uma afinidade pela conscientização em saúde mental e educação em bem-estar. Esses embaixadores ajudam no desenvolvimento e apresentação de vários tópicos para apresentações em sala de aula, parceiros do campus e eventos da comunidade. Um dos objetivos é apoiar a redução do estigma em torno da saúde mental, da busca de ajuda e do autocuidado. (UECN, 2019)

Conforme dados coletados no site da universidade, os alunos que quiserem participar do grupo recebem treinamento nas seguintes áreas:

- Introdução ao Centro de Aconselhamento e como encaminhar um amigo
- Gerenciamento de Estresse
- Gestão do Tempo e Habilidades Acadêmicas
- Relacionamentos Saudáveis
- Diversidade e Conscientização Multicultural
- Habilidades de Comunicação e Assertividade / Resolução de Conflitos
- Estratégias de Redução da Ansiedade e Depressão
- Ajudar com QPR (Pergunta, Persuadir e Referir) Programa de Prevenção ao Suicídio
- Exames de Saúde Mental e Eventos Tabelares, incluindo Vigil de Prevenção ao Suicídio, Pare os Eventos do Estigma, feiras de informação e Feira da Terra. (UECN,2019)

Educação continuada para provedores de saúde mental licenciados

O Centro de Aconselhamento oferece programas de educação aprovados pela Associação Americana de Psicologia e pelo Programa de Educação Continuada. (UECN, 2019)

4.3.2 Universidade do Arizona-EUA

A Universidade do Arizona implementou programa de prevenção do suicídio com objetivo de desenvolver modelos de trabalho que reduzam substancialmente tanto os suicídios quanto as tentativas de suicídio entre estudantes universitários. A ênfase especial é direcionada a três grupos específicos: nativos americanos, veteranos

militares e suas famílias, e estudantes lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros ou LGBTI. (UNIVERSIDADE DO ARIZONA-UA, 2019)

A Universidade do Arizona utiliza o mesmo programa implementado na Universidade da Carolina do Norte: o Pergunta, Persuasão e Referência (QPR). Além disso, com os investimentos financeiros, oferecerá duas vezes por semestre um treinamento denominado Primeiros Socorros de Saúde Mental, abrangendo uma gama mais ampla de problemas relacionados à saúde mental, além do suicídio. Um terceiro programa oferecido na instituição, pelo Centro Nacional de Recursos para a Prevenção do Suicídio, é específico para profissionais de saúde mental como maneira de aperfeiçoar suas habilidades e atualizá-las com as melhores abordagens. (UA, 2019)

4.3.3 Universidade do Norte do Arizona-EUA

A Universidade do Norte do Arizona (UNA) possui Centro de Aconselhamento que prestam apoio em diversas áreas como:

- Aconselhamento individual;
- Aconselhamento de casais;
- Aconselhamento em grupo;
- Avaliação relacionada ao comportamento;
- Transtornos dos usos de substâncias;
- Programas de extensão e oficinas
- Serviços de triagem
- Cuidados trans (serviços relacionados ao gênero) (UNA,2019)

Na Universidade do Norte do Arizona há um Programa de Saúde Mental com utilização de dois sistemas *online*. O primeiro é um auto-avaliador, *Self Evaluator*, e faz uma triagem das treze condições de saúde mental mais comuns pelas quais passam os estudantes universitários. Essa triagem não fornece um diagnóstico, mas identifica problemas que podem estar afetando pensamentos, sentimentos e comportamentos dos estudantes, além disso fornece informações sobre essas condições e mostra como buscar ajuda. (UNA,2019)

Outro software utilizado pela universidade na prevenção do suicídio é o Kognito. Esse sistema usa ambientes virtuais e avatares para interagir com os participantes do programa para orientá-los durante o treinamento. Uma das vantagens é a possibilidade de treinar professores, funcionários e alunos em seus computadores

pessoais e em seu próprio tempo sem precisarem comparecer a apresentações em local determinado. (UNA,2019).

Além disso, a universidade entendendo como importante que o corpo docente e a equipe da instituição ofereça ajuda aos alunos que precisam de aconselhamento e serviços psicológicos desenvolveu um guia para docentes e funcionários. (Apêndice D) (UNA,2019).

4.3.4 Universidade Estadual de Ohio- EUA

A Universidade Estadual de Ohio (UEO) possui Programa de Prevenção do suicídio com o *REACH*, que é um programa de treinamento em prevenção do suicídio oferecido a alunos, professores e funcionários para aprender os riscos, sinais de alerta e como intervir para evitar o suicídio. A universidade também possui o treinamento Kognito, o mesmo utilizado na Universidade do Norte do Arizona e o Buckeyes que é um questionário anônimo de stress e depressão, concebido para identificar estudantes em risco de suicídio e encorajá-los a obter ajuda. (UEO,2019)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo de todo o percurso para a elaboração desta dissertação foram encontrados muitos percalços, muitas dificuldades, mas chegou-se ao fim. Cumpre assim, traçar as considerações a que se pode chegar.

Em primeiro lugar é mister destacar que o suicídio consiste em um fenômeno nefasto que ocorre em nível mundial e que tem preocupado não só os governos federais, como todos os segmentos que trabalham em políticas de prevenção. Entre eles encontra-se a educação, aqui representada pelas universidades brasileiras e, também, de outros países.

É consenso que o sofrimento é o gatilho que leva as pessoas a desistirem da vida, pela percepção de uma impossibilidade de solucionar o problema que a aflige. Esse sofrimento por se manifestar por meio de diversos sintomas, destacando-se a depressão, o fracasso, a frustração, as relações interpessoais, perdas e baixa autoestima, dentre outros.

Ficou claro, ao longo do estudo que é possível identificar comportamentos e ideias suicidas, se as pessoas forem capacitadas, o que implica envolver aqueles que estão mais próximos a quem vive essa situação tão difícil. Além disso, existe um espectro de ações que podem ser adotadas de forma simples ou combinada, que tem logrado êxito na demissão da ideia de suicídio. Pode-se dizer que essas ações se configuram em duas dimensões: médico-psicológica e de apoio. No primeiro caso, são utilizados medicamentos para tirar a pessoa da crise a fim de estabilizá-la e obter um tratamento psicológico que surta efeito. No segundo, estão diversas ações que vão desde o esclarecimento dos alunos e servidores quanto ao processo de depressão e outros, que conduzem ao suicídio, oferecendo oportunidades dessas pessoas receberem acolhimento e apoio por meio de seminários, simpósios, rodas de conversa, debates, oferecimento de apoio e atendimento psicológico por meio de núcleos de atenção à saúde tão citados como medidas necessárias nesse contexto.

Para dar seguimento a essas considerações é preciso rememorar, trazer aqui o objetivo principal da pesquisa realizada que foi demonstrar como universidades federais das regiões sudeste e sul estão atuando na prevenção do suicídio de

estudantes e demais agentes, como os servidores, a elas vinculados. Tendo esse objetivo como norteador, foram traçados os seguintes objetivos específicos:

- Mapear como as universidades federais do sudeste e sul do Brasil estão atuando na prevenção do suicídio;
- Descrever as medidas de prevenção do suicídio implementados nessas universidades;
- Conhecer as políticas e/ou ações de prevenção adotadas pelas universidades das regiões delimitadas.

Embora não se tenha conseguido obter retorno de todas as universidades às quais foram enviadas a carta convite, o caso específico da Universidade Federal de Minas Gerais foi muito esclarecedor, servindo de *benchmarking* para a elaboração de um projeto piloto para a UFES.

Com relação ao primeiro objetivo específico, sua consecução foi parcial, porém significativa, uma vez que a análise dos dados apontou para o fato de que nem todas as universidades destas regiões têm implementado um projeto de prevenção ao suicídio. O que se encontrou, à exceção da UFMG, foram ações semiestruturadas e outras isoladas, sem os elementos e complexidade que exigem um projeto dessa natureza. Infelizmente, a busca extra realizada para obter informações, ainda que via *google*, utilizando o nome das universidades que não participaram, os resultados sinalizam na direção de muito trabalho e empenho no âmbito do ensino superior, para que ele possa sustentar seu lugar das diretrizes nacionais e projeto governamental instituídos respectivamente pelas Portarias do Ministério da Saúde (Portaria nº 2.542/2005 e Portaria nº 1.876/2006).

O mesmo pode-se dizer em relação ao segundo objetivo específico, no que tange às medidas de prevenção do suicídio implementadas por essas universidades, uma vez que o instrumento de coleta de dados mostrou a realidade, mas não se obteve informações sobre suas ações efetivas. Por consequência, ficou prejudicado o objetivo de descrever as medidas adotadas e em funcionamento.

De forma clara pode-se observar que a maioria das universidades que participaram realizam campanhas isoladas, como o Setembro Amarelo, como a Semana de Saúde Mental onde há espaço para discussão sobre o tema.

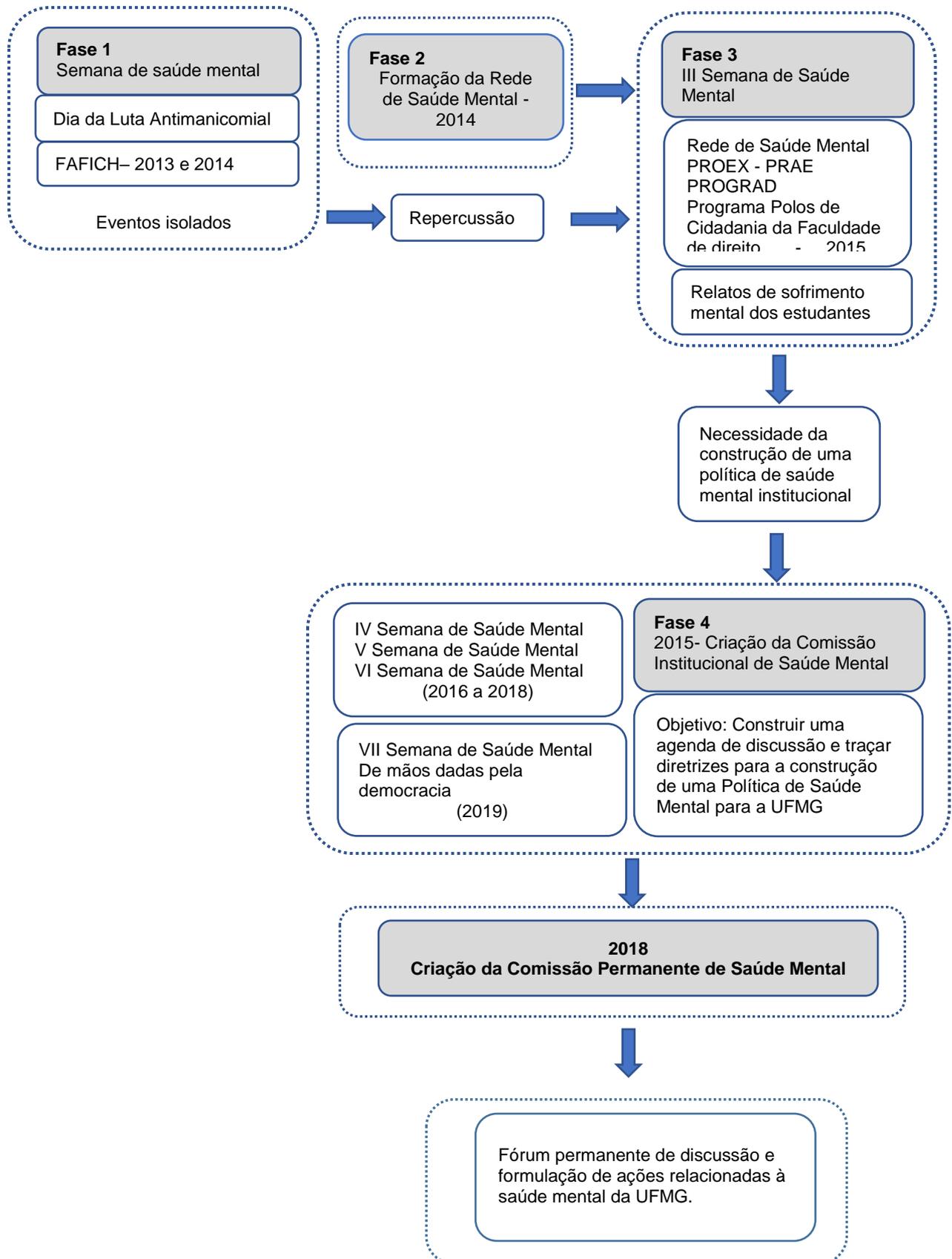
Tem-se com clareza também, que as universidades não são totalmente responsáveis pelas pessoas vinculadas à elas, dado que a família, os amigos e o sistema de saúde disponível são imprescindíveis em seu processo de recuperação. Contudo, possui um papel importante na vida dessas pessoas, seja provendo o vínculo empregatício, no caso dos servidores, seja formando profissionais, no caso dos estudantes, sendo assim, não pode se furtar de contribuir para o bem-estar dessas pessoas.

No caso dos alunos, é importante destacar que o processo de formação costuma ser árduo, notadamente quando eles já estão inseridos no mercado de trabalho. A junção das relações familiares, de trabalho e acadêmicas pode gerar uma fragilidade na saúde mental desses alunos, cabendo sim, à instituição de ensino, agir no sentido de prover o suporte necessário para que essas possíveis crises sejam superadas.

Por fim, cumpre registrar os elementos necessários à elaboração de um projeto de prevenção de suicídio encontrados no estudo de caso da UFMG e outras fontes, que devem contemplar recursos: financeiros, físicos, de infraestrutura, pessoas (profissionais e voluntários) e parceiros externos como Prefeitura Municipal, Centros de Referências em Saúde Mental e Centros de Referências da Assistência Social, Polícia Militar, Corpo de Bombeiros, Defensoria Pública.

A Figura 3 apresenta um mapa mental da sequência das ações da UFMG mostrando suas maiores características: a construção gradativa do programa, por meio de ações inicialmente isoladas, que foram se interligando, ganhando dimensões mais complexas e institucionais gerais.

Figura 3 – Etapas da construção da Política de Saúde Mental da UFMG



O Quadro 4 apresenta as ações internas realizadas por cada universidade e também as ações realizadas com cooperação de parceiros externos de acordo com os retornos obtidos na coleta de dados.

Quadro 4 - Ações desenvolvidas pelas universidades

Ações internas	Ações em cooperação com parceiros externos
Semana de Saúde Mental 1	Secretaria Municipal de Saúde 1 e 11
Núcleo de apoio ao estudante com atendimento psicológico, pedagógico e social 1, 2, 3,4, 5, 6, 7 e 8	Governo do Estado 1 e 11
Serviço de Saúde para o Corpo Discente 2	CVV 11
Núcleo de Saúde para servidores 1, 2 e 3	
Grupo de acolhimento e cuidado aos estudantes 4	
Ações relacionadas ao Setembro Amarelo 4, 9, 10 e 11	
Rodas de conversa 1, 6 e 9	
Grupo terapêutico 8, 9 e 10	
Workshops 12	
Centro de aconselhamento 12 e 14	
Guia para estudantes e docentes 14	
Treinamento para prevenção do suicídio 12, 13, 14 e 15	

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Legenda:

- 1- Universidade Federal de Minas Gerais
- 2- Universidade Federal de São Paulo
- 3- Universidade Federal da Fronteira Sul
- 4- Universidade Federal de Ouro Preto
- 5- Universidade Federal de Pelotas
- 6- Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
- 7- Universidade Federal de São João Del-Rei
- 8- Universidade Federal do Rio Grande
- 9- Universidade Federal de Pelotas

- 10- Universidade Federal de Viçosa
- 11- Universidade Federal da Integração Latino-Americana
- 12- Universidade da Carolina do Norte
- 13- Universidade do Arizona
- 14- Universidade do Norte do Arizona
- 15- Universidade Estadual de Ohio

Nesta esteira, é importante dizer que um projeto pode começar a partir de um movimento restrito, como ocorreu na Universidade Federal de Minas Gerais, sendo incrementado à medida que se torna conhecido, abarcando a cada dia, novas pessoas e novas ideias.

No âmbito internacional, sobretudo nas universidades norte americanas onde foram identificados programas de prevenção, percebeu-se a grande preocupação das instituições em treinar os docentes, funcionários e alunos, tornando-os agentes do combate ao suicídio.

Os programas de prevenção internacionais estudados nesta pesquisa assemelham-se em alguns aspectos à política de saúde mental implementada na Universidade de Minas Gerais, especialmente no que se refere ao funcionamento dos núcleos de escuta e acompanhamento, lá identificados como centros de aconselhamento.

Notadamente de posse de maiores investimentos, os programas internacionais contam com softwares avançados, capazes de simular situações e treinar pessoas para identificar sinais de alerta relacionados ao suicídio.

Além disso, a implementação do método Pergunta, Persuasão e Referência (QPR), em várias instituições facilita a multiplicação das informações e potencializa a prevenção.

Por fim, entende-se que esta dissertação gerou subsídios para universidades que não possuem programa de prevenção do suicídio possam refletir sobre essa temática e construir, a partir das experiências demonstradas nesta pesquisa, o seu próprio programa de prevenção do suicídio, dentro de uma política de saúde mental abrangente e efetiva abarcando toda a universidade de forma integrada, e não só a partir de ações e campanhas isoladas.

Para trabalhos futuros são trazidas aqui, algumas sugestões:

- Dar continuidade a este estudo realizando o mapeamento das ações instituídas por outras universidades brasileiras por regionais ou em sua totalidade.
- Fazer pesquisa sobre suicídio e programas de suicídio no ensino fundamental e médio.
- Fazer pesquisa que possa identificar o suicídio no setor público, em outras instituições.
- Estudar como as famílias de servidores que extinguiram a própria vida tem lidado com o luto e que tipo de apoio recebem.
- Pesquisar causas de sinais de ideação suicida em estudantes da graduação e como eles obtêm ajuda.
- Pesquisar causas de sinais de ideação suicida em estudantes de pós-graduação e como lidam com essa situação.
- Estudar formas de captação de recursos para viabilizar programas desta natureza.
- Fazer pesquisas bibliométricas de trabalhos internacionais que tratem sobre o tema da prevenção do suicídio.
- Fazer uma pesquisa bibliográfica comparativa entre situações de suicídio entre universitários em situações diversas: ocidente x oriente; América do Norte x América Central x América do Sul.

REFERÊNCIAS

ABEPS – Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio. Disponível em: <https://www.abeps.org.br/#abeps>. Acesso em: 02 set. 2018.

ALMEIDA, Héli da Maravilha Dantas e Sousa; BENEDITO, Maria Heloisa Alves; FERREIRA, Sávio Benvindo. Quebrando tabus: os fatores que levam o suicídio entre universitários. **Revista de Pesquisa Interdisciplinar**, Cajazeiras, n. 2, suplementar, p. 647-659, set. 2017.

ANDRÉ, Willian. Sobre o conceito de suicídio. **Estação Literária**, Londrina, v. 20, n. 2, p. 154-174, mar. 2018.

ARIÈS, Philippe. **História da morte no Ocidente**: da Idade Média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Ediouro; 2003.

ASNIS, Nelson. **Suicídio e Islamismo** : um olhar psicanalítico. 2007. 107 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio**: informando para prevenir. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2014. Disponível em: http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index9/?numero=14#page/1revenir_abp_2014.pdf. Acesso em: 20 mar. 2018.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS DIRIGENTES DAS INSTITUIÇÕES FEDERAIS DE ENSINO SUPERIOR (ANDIFES). **Saúde mental**. 2018. Disponível em: <http://www.andifes.org.br/ufg-debate-reflete-sobre-saude-mental/>. Acesso em: 03 out. 2018.

ASSUMPÇÃO, Gláucia Lopes Silva; OLIVEIRA, Luciele Aparecida de; SOUZA, Mayra Fernanda Silva de. Depressão e suicídio: uma correlação. **Pretextos**, Belo Horizonte, v. 3, n. 5, jan./jun. 2018.

BAHIA, Camila Alves. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2841-2850, 2017.

BARBOSA, Fabiana de Oliveira; MACEDO, Paula Costa Mosca; SILVEIRA, Rosa Maria Carvalho da. Depressão e o suicídio. **Revista SBPH**, v. 14, n. 1, jan./jun. 2011.

BAUER, Marin; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

BERENCHTEIN NETTO, Nilson. **Suicídio**: uma análise psicossocial a partir do materialismo histórico dialético. 2007. 168f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia social, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2007.

BHAZ. **Novo caso de suicídio estudantil é registrado pela UFMG**: segundo em uma semana. 2018. Disponível em: <https://bhaz.com.br/2018/04/14/estudante-ufmg-suicidio-veterinaria/>. Acesso em: 18 set. 2018.

BOTEGA, Neury José. Educação e desigualdade no tempo de juventude. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Transição para a vida adulta ou vida adulta em transição?** Rio de Janeiro: Ipea, 2006.

BOTEGA, Neury José. **Crise Suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.876**, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em: 17 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.542**, de 22 de dezembro de 2005. Institui Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2542_22_12_2005.html. Acesso em: 17 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio: saber, agir e prevenir. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 48, n. 30, p. 1-15, 2017.

BRASIL. Senado Federal. **Sancionada lei que obriga escolas e hospitais a notificarem casos de automutilação de suicídio**. 2019 Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/audios/2019/05/sancionada-lei-que-obriga-escolas-e-hospitais-a-notificarem-casos-de-automutilacao-e-tentativa-de-suicidio> Acesso em: 06 mai. 2019

CAMARANO, Ana Amélia; MELLO, Juliana Leitão e; KANSO, Solange. Do nascimento à morte: principais transições. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.) . **Transição para a vida adulta ou vida adulta em transição?** Rio de Janeiro: Ipea, 2006, cap. 2, p. 31-60.

CHRISTANTE, Luciana. Saúde Mental. **Unespciência**, Marília, v. 1, n. 1, 2010. Disponível em: <https://www.unesp.br/aci/revista/ed13/com-saida>. Acesso em: 02 out. 2018.

CIÊNCIA E SAÚDE, AGÊNCIA GLOBO. **Brasil é o 8º país com mais suicídios no mundo, aponta relatório da OMS**. 2014. Disponível em: <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2014/09/brasil-e-o-8-pais-com-mais-suicidios-no-mundo-aponta-relatorio-da-oms.html>. Acesso em: 17 set. 2018.

COMBINATO, Denise Stefanoni; QUEIROZ, Marcos de Souza. Morte: uma visão psicossocial. **Estudos de Psicologia**, v. 11, n. 2, p. 209-216, 2006.

COSTA, Saulo Pereira da. Internações e gastos relacionados ao suicídio em um hospital público de ensino. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 4, n. 2, p. 20-32, ago./dez. 2015.

CREMASCO Maria Virgínia , BRUNHARI, Marcos Vinicius. Da angústia ao suicídio. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, v. 9, p.785-814, 2009.

CRUZ, Mayara Peres da; CAMARGO, Nayara. **Suicídio**: Interfaces de um problema de saúde pública. 2017. 71f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Curso de Enfermagem, Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium, Lins, 2017.

DAHLBERG, Linda; KRUG, Etienne. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1163-1178, 2007.

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

DUTRA, Elza. Suicídio de universitários: o vazio existencial de jovens na contemporaneidade. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 924-937, 2012.

FERREIRA JUNIOR, Avimar. O comportamento suicida no Brasil e no mundo. **Revista Brasileira de Psicologia**, Salvador, v. 2, n. 1, p. 15-28, 2015.

FERREIRA, Renato. **O suicídio**. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 2008.

FIERRO, Alfredo. O Desenvolvimento da personalidade na idade adulta e na velhice. In: COLL, César; MARCHESI, Álvaro; PALÁCIOS, Jesús (Org.). **Desenvolvimento psicológico e educação**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 405-419.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Brasil registra trinta suicídios por dia**. 2017. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/09/1920489-brasil-registra-30-suicidios-por-dia-problema-afeta-mais-idosos-e-indios.shtml>. Acesso em: 03 out. 2018.

FREUD, Sigmund. Considerações atuais sobre a guerra e a morte. In S. Freud **Obras Completas** (P. C. Souza, trad., Vol. 12, p.209-246). São Paulo: Companhia das Letras, 2010. (Trabalho original publicado em 1915).

FREUD, Sigmund. **Rascunho E: Como se origina a angústia**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Suicídio deve ser tratado como questão de saúde pública, alertam pesquisadores**. 2014. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/suicidio-deve-ser-tratado-como-questao-de-saude-publica-alertam-pesquisadores>. Acesso em: 02 out. 2018.

GAMMONE, Maria Teresa et al. O contexto do suicídio. **Trilhas Pedagógicas**, v. 6, n. 6, p. 257-287, ago. 2016.

GEPeSP - **Grupo de estudos e pesquisa em suicídio e prevenção**. Disponível em: <https://gepesp.org/>. Acesso em: 28 set. 2018.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GONÇALVES, Ludmilla; GONÇALVES, Educarado; OLIVEIRA JUNIOR, Lourival Batista de. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. **Nova economia**, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, 2011.

GOUVEIA, Alane Leal. **O suicídio como condição plena de liberdade individual**. 2017. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/62532/o-suicidio-como-condicao-plena-de-liberdade-individual>. Acesso em: 05 out. 2018.

GUANDALINI, Felipe Correa. **As transformações da relação do homem com a morte**. 2010. 64f. Monografia (Especialização em Psicologia Analítica) – Departamento de Psicologia, Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2010.

HIRANO, Heidi. O suicídio na cultura japonesa. **Revista Brasileira de Psicologia**, Salvador, v. 2, n. 2, 2015.

HOHENDORFF, Jean Von; MELO, Wilson Vieira de. **Compreensão da morte e desenvolvimento Humano: contribuições à Psicologia Hospitalar**. Revispsi, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 2009.

INFOMAR. **Após quatro casos de suicídio, USP cria escritório de saúde mental**. 2018. Disponível em: <https://catracalivre.com.br/cidadania/apos-4-casos-de-suicidio-usp-cria-escritorio-de-saude-mental/>. Acesso em: 17 set. 2018.

INFORMA. 2019. **UFES inicia diálogo para implementação de propostas da I Conferência de Ações Afirmativas**. Disponível em: <https://issuu.com/ufes/docs/informa544-web>. Acesso em: 13 jun. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSI O TEIXEIRA. **Sinopse Estatística da Educação Superior**

2016. Brasília: Inep, 2017. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/basica-censo-escolar-sinopse-sinopse>. Acesso em: 10 jul. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Óbitos por causas externas: suicídios**. 2010. Disponível em: <https://serieestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=MS11>. Acesso em: 11 out. 2018.

KLEIN, Lucas Pitta. **UnB amanhece de luto**. 2018. Disponível em: <https://esquerdaonline.com.br/2018/06/06/unb-amanhece-de-luto/>. Acesso em: 17 set. 2018.

KOVÁCS, Maria Júlia. Educação para a morte. **Psicologia, ciência e profissão**, Universidade de São Paulo, v. 25, nº 3, p. 484 – 497, 2005.

KOVÁCS, Maria Júlia. Revisão crítica sobre conflitos éticos envolvidos na situação de suicídio. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 69-82, set./dez. 2013.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **On life after death**. Berkeley: Celestial Arts, 1991.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. 8ª Ed., Martins Fontes. São Paulo, 1998.

LIMA, Gabriela Quadros de; PARANHOS, Mariana Esteves; WERLANG, Blanca Susana Guevara. Contribuições da Tanatologia no processo de morrer. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 1, n. 2, p. 220-230, 2009.

LOUZÃ NETO, Mario Rodrigues et al. **Psiquiatria básica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

LÚCIO SOBRINHO, Alexandre. A Estética da Morte: Reflexões sobre o suicídio honroso a partir dos textos de Mishima. **Revista Línguas & Letras**, v. 15, n. 30, jun./dez. 2014. Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/linguaseletras/article/view/10206>. Acesso em: 03 out. 2018.

MALHOTRA, Naresh. **Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2011.

MARQUETTI, Fernanda Cristina. O suicídio e sua essência transgressora. **PsicologiaUSP**, v. 25, n. 3, p. 237-245, 2014.

MARQUETTI, Flávia Regina; MARQUETTI, Fernanda Cristina. Suicídio e feminilidades. **Cadernos Pagu**, v. 49, n. 1, 2017.

MARX, Karl. **Sobre o suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006.

MEDEIROS, Milene Nazaré Félix. **Risco de suicídio, saúde e estilos de vida Estudo com estudantes universitários**. 2012. 127f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Ciências Sociais e Humanas, Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2012.

MELO, Celene Vasconcelos. **O significado da morte nas diferentes etapas da vida humana**. 2004. 66f. Monografia (Graduação em Psicologia) – Faculdade de Ciências da Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2004.

MOREIRA, Lenice Carrilho de Oliveira; BASTOS, Roberto Haidamus de Oliveira. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. **Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 445-453, set./dez. 2015.

MOURA, Anna Tereza Miranda Soares de. **Prevenção do suicídio no nível local: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram**. Porto Alegre: CORAG, 2011.

NOBRE, Fábio Chaves et al. A amostragem na pesquisa de natureza científica em um campo multiparadigmático: peculiaridades do método qualitativo. **Revista Espacios**, v. 38, n. 22, 2017.

NUNES, Everaldo Duarte. O suicídio: um clássico da literatura sociológica do século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 17-34, jan./mar. 1998.

OLIVEIRA, Kohl. Ciclos de vida: algumas questões sobre a psicologia do adulto. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 211-229, maio/ago. 2004.

OLIVIER, Marilene. **Percorrendo os caminhos da metodologia da pesquisa**. (No prelo). Vitória: Ufes, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global Health Observatory**. 2015. Disponível em: <http://www.who.int/gho/en/>. Acesso em: 10 set. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global Health Observatory**. 2017. Disponível em: <http://www.who.int/gho/en/>. Acesso em: 30 set. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde Mental**: Kit de ferramentas de engajamento da comunidade. 2017. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Acesso em: 17 set. 2018.

PEREIRA, Adelino Gonçalves; CARDOSO, Francisco dos Santos. Ideação suicida na população universitária: uma revisão de literatura. **Revista E-Psi**, v. 5, n. 2, p. 16-34, 2015.

PESSINI, Leo. Bioética: envelhecimento humano e dignidade no adeus à vida. In: CANÇADO, Flávio Aluizio Xavier; DOLL, Johannes; GORZONI, Milton Luiz (Coord.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara; 2006.

PETRY, Franciele Bete. Sobre a diferença entre morte e suicídio em Schopenhauer. **Controvérsia**, v. 2, n. 2, p. 51-71, jan./jun. 2006.

PIERRE, Joseph M. Suicide, Swords, and Cultural Sanctioning. **The American Journal of Forensic Medicine and Pathology**, v. 35, Issue 4, p. 284, dec. 2014.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA. **Suicídio e sociedade**. 2018. Disponível em: https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/9186/9186_4.PDF. Acesso em: 02 out. 2018.

RAFAEL, Jonathas. Suicídio: um homicídio de si mesma. **Psicologias**, v. 1, n. 1, p. 1-9, 2014.

RAMOS, Edith. Anatomia do Suicídio. **Arquivo Brasileiro de Psicologia Aplicada**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 79-98, abr./jun. 1974.

ROBLEDO, Kassia Serrano. **Tipos de morte: Medicina Forense**. 2014. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/32911/tipos-de-morte>. Acesso em: 23 set. 2018.

RODRIGUES, Jose Carlos. **Tabu da morte**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

ROMAN TORO, Giovana Vidotte et al. O desejo de partir: um estudo a respeito da tentativa de suicídio. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 19, n. 3, p. 407-421, dez. 2013.

SANTOS, Marcelo Augusto Finazzi; SIQUEIRA, Marcus Vinícius Soares. Considerações sobre Trabalho e Suicídio: um Estudo de Caso. In: ENCONTRO DE ESTUDOS ORGANIZACIONAIS DA ANPAD, 5., **Anais Eletrônicos...** Florianópolis: UFSC, 2010. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/eneo24.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2018.

SÃO PEDRO, Jullyanne Rocha. O suicídio enquanto um fenômeno sócio-histórico: possíveis atuações e desafios da Psicologia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, 2., 2017. **Anais Eletrônicos...** Campina Grande: Universidade Federal de Campina Grande, 2017. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_M D1_SA5_ID1568_30042017192612.pdf. Acesso em: 28 jul. 2018.

SCHLÖSSER, Adriano; ROSA, Gabriel Fernandes Camargo; MORE, Carmen Leontina. Revisão: comportamento suicida ao longo do ciclo da vida. **Temas em Psicologia**, v. 22, n. 133, p. 1-145, 2014.

SENA-FERREIRA, Neci et al. Fatores de risco relacionados com suicídios em Palmas (TO), Brasil, 2006-2009: investigados por meio de autópsia psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 115-126, 2014.

SENADO FEDERAL. **Sancionada lei que obriga escolas e hospitais a notificarem casos de automutilação de suicídio**. 2019 Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/audios/2019/05/sancionada-lei-que-obriga-escolas-e-hospitais-a-notificarem-casos-de-automutilacao-e-tentativa-de-suicidio> Acesso em: 06 mai. 2019

SGOBIN, Sara Maria Teixeira. **Custos diretos e indiretos de tentativas de suicídio de alta letalidade internadas em hospital geral**. 2013. 90f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

SILVA, Bráulio Figueiredo Alves da et al. O suicídio no Brasil contemporâneo. **Revista Sociedade e Estado**, v. 33, n. 2, maio/ago. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-69922018000200565&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 18 set. 2018.

SILVA, Liliane; COUTO, Luis Flavio. A questão do suicídio: algumas possibilidades de discussão em Durkheim e na Psicanálise. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 61, n. 3, 2009.

SILVA, Luiz Felipe da Cunha. Crônica de uma morte adiada: o tabu da morte e os limites não científicos da ciência. **Revista Bioética**, vol. 23, núm. 2, p. 331-339, 2015

SILVA, Marcimedes Martins da. **Suicídio**: Trama da Comunicação. 1992. 135f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1992.

SILVA, Suzana; BARBOSA, Cássia. Suicídio: o difícil dilema entre viver e morrer. **Revista Psicologia e Saúde em Debate**, v. 2, p. 39-41, 2016.

SILVA, Valdeci Gonçalves. Suicídio: um grito silenciado. **AlgoSobre**, 2018. Disponível em: <https://www.algosobre.com.br/psicologia/suicidio-um-grito-silenciado.html>. Acesso em: 01 jul. 2018.

STATE UNIVERSITY. 2019. **Suicide-and-Suicidal-Behaviors-Among-College-Students**. <https://www.stateuniversity.com/blog/permalink/Suicide-and-Suicidal-Behaviors-Among-College-Students.html> Acesso em: 27 jun.2019
TEIXEIRA, Anelise Lusser. Gestões de vida e morte: um olhar sobre o medo de morrer no contemporâneo. **Ayvu Rev. Psicol.**, v. 02, nº 02, p. 150-171, 2016.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Três fórmulas para compreender “O suicídio” de Durkheim. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 6, n. 11, p. 143-52, ago. 2002.

TENG, Chei Tung; PAMPANELLI, Mariana Bonini. O Suicídio no contexto psiquiátrico. **Revista Brasileira de Psicologia**, Salvador, v. 2, n. 1, 2015. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/29343876/teng-pampanelli-2015-o-suicidio-no-contexto-psiquiatrico>. Acesso em 15 ago. 2018.

TOTA, Antônio Pedro; BASTOS, Pedro Ivo de Assis. **História Geral**. São Paulo: Nova Cultura, 1994.

UNIVERSIDADE DO ARIZONA. **University of Arizona**. 2019. Disponível em: <https://uanews.arizona.edu/story/campus-health-gets-grant-to-stem-suicides-on-campus> Acesso em:16 jun.2019

UNIVERSIDADE DO NORTE DO ARIZONA. **Northern Arizona University**. 2019. Disponível em: <https://nau.edu/campus-health-services/mental-health-programs/> Acesso em:16 jun.2019

UNIVERSIDADE DO NORTE DO ARIZONA. **Northern Arizona University**. 2019. Disponível em: <https://nau.edu/campus-health-services/our-services/> Acesso em:16 jun.2019

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA CAROLINA DO NORTE. **North Carolina State University**. 2019. Disponível em: <https://counseling.dasa.ncsu.edu/about-us/> Acesso em:15 jun.2019

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA CAROLINA DO NORTE. **North Carolina State University**. 2019. Disponível em: <https://counseling.dasa.ncsu.edu/workshops-and-events/suicide-prevention/>. Acesso em:15 jun.2019

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA CAROLINA DO NORTE. **North Carolina State University**. 2019. Disponível em: <https://counseling.dasa.ncsu.edu/workshops-and-events/mental-health-ambassador-program//>. Acesso em:15 jun.2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Escuta Acadêmica**. Disponível em: <https://site.medicina.ufmg.br/cegrad/escuta-academica>. Acesso em: 10 jun. 2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Relatório Conclusivo da Comissão Institucional de Saúde Mental- CISME/UFMG**. 2017. Disponível em: <https://www.ufmg.br/online/arquivos/anexos/Relatorio%20da%20Comiss%E3o%20de%20Saude%20Mental%20da%20UFMG%2010-03-17.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Saúde mental da UFMG: uma rede em movimento**. 2018. Disponível em: <https://ufmg.br/comunicacao/noticias/artigo-saude-mental-na-ufmg-uma-rede-em-movimento>. Acesso em: 10 de jun.2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Especialista da UnB em prevenção do suicídio fala à UFMG**. 2018. Disponível em: <https://ufmg.br/comunicacao/noticias/especialista-em-prevencao-do-suicidio-da-unb-se-reuniu-com-equipe-da-ufmg>. Acesso em: 20 jul. 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **UFMG começa a pôr em prática política de saúde mental**. 2017. Disponível em: <https://ufmg.br/comunicacao/noticias/ufmg-comeca-a-por-em-pratica-politica-de-saude-mental>. Acesso em: 14 mai. 2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO. **UFES integra Rede Iberoamericana de universidades promotoras da saúde**. Disponível em: <http://www.ufes.br/conteudo/ufes-integra-rede-iberoamericana-de-universidades-promotoras-da-sa%C3%BA> Acesso em: 20 abr. 2019.

VARES, Sidnei Ferreira de. O problema do suicídio em Émile Durkheim. **Revista do Instituto de Ciências Humanas**, v. 13, n. 18, 2017. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/revistaich/article/view/15869>. Acesso em: 10 set. 2018.

VIAPIANA, Vitória Nassar. **A depressão na sociedade contemporânea: contribuições da teoria da determinação social do processo saúde-doença**. 2017. 180f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

WATANABE, Flávio et al. O ingresso no ensino superior: desafios e preocupações com o desempenho acadêmico e o equilíbrio emocional dos estudantes. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO EM ENGENHARIA, 44., **Anais Eletrônicos...** Natal: ABENGE, 2016. Disponível em: <http://www.abenge.org.br/cobenge/arquivos/3/anais/apresentacao.html>. Acesso em: 10 set. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO PARA PRÓ-REITORES

1) Em 2006 o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº1.876 de 14 de agosto de 2006 que instituiu diretrizes nacionais de prevenção do suicídio. A gestão superior da universidade (reitoria e pró-reitorias) tem conhecimento sobre essas diretrizes?

- Todas
- Quase todas
- Cerca de metade
- Poucas
- Nenhuma

2) Em caso de ter conhecimento sobre a Portaria 1876/2006-MS. Você sabia que a portaria estabelece que as diretrizes de prevenção do suicídio sejam articuladas entre o Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde dos estados e municípios e instituições acadêmicas?

- Plenamente
- Muitos aspectos
- Parcialmente
- Alguns aspectos
- não

3) Nos últimos 10 anos ocorreu algum caso de suicídio de alunos, técnico administrativo ou professor?

Suicídio	Quantidade
Discente	
Docente	
Técnico administrativo	

4) A Universidade possui algum programa de prevenção do suicídio aprovado na Instituição?

- Sim
- Em vias de aprovação
- Em elaboração
- Não

5) A Universidade adota alguma política de prevenção do suicídio?

- Sim
- Não

6) Em caso positivo, favor descrever como são implementadas as políticas de prevenção.

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr.(a) _____ foi convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **A prevenção do suicídio em universidades federais do Brasil**, sob a responsabilidade de **Graciella Pimentel Rangel Kock**.

JUSTIFICATIVA

Abordar o suicídio no meio universitário é importante, visto que, atingirá grande parte da faixa etária, em que os dados estatísticos demonstram o crescimento dos casos, a saber, entre 15 e 29 anos. Além disso, precisa-se construir uma consciência sobre o suicídio e os fatores de risco para assim chegarmos a uma política de prevenção efetiva. Sendo assim, vislumbra-se ser o meio acadêmico um importante cenário para debate sobre o suicídio, pois a partir da abordagem e discussão sobre o tema, aos poucos o assunto deixa de ser estigmatizado, os fatores de risco começam a ser notados e a prevenção começa a ganhar efetividade.

OBJETIVO(S) DA PESQUISA

A pesquisa tem os seguintes objetivos: identificar os casos de suicídios ocorridos em universidades federais brasileiras na última década; levantar e descrever os programas de prevenção do suicídio no âmbito das universidades federais no Brasil; realizar a análise das políticas e/ou ações de prevenção adotadas pelas universidades.

PROCEDIMENTOS

Se você concordar em participar deste estudo será solicitado que responda a um questionário, que será enviado por e-mail, contendo perguntas sobre políticas de prevenção do suicídio na universidade a qual você é vinculado.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA

Você poderá responder o questionário no local em que sentir-se mais confortável, visto que será enviado por -email. O questionário é curto e tomará cerca de 5 minutos do seu tempo.

RISCOS E DESCONFORTOS

Durante a sua participação neste projeto você consentirá acesso às informações sobre políticas de prevenção de suicídio na universidade, que serão mantidas em sigilo. O risco de quebra de sigilo pode ocorrer, mas será minimizado pelo comprometimento da pesquisadora em garantir o sigilo dos dados.

BENEFÍCIOS

Não haverá benefícios diretos para você que não a satisfação de participar desta pesquisa para o possível benefício das gerações futuras. Sua participação é muito importante para o sucesso desta pesquisa científica.

ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA

Como o questionário será respondido em poucos minutos, não há necessidade de acompanhamento ao longo da pesquisa, caso necessite de assistência a pesquisadora responsável poderá ser contactada.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO

O(A) Sr.(a) não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento, sem que haja penalidades ou prejuízos. Caso decida retirar seu consentimento, o(a) Sr.(a) não mais será contactado(a) pela pesquisadora.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

As informações relativas à sua participação no estudo serão mantidas confidenciais e serão usadas apenas para fins científicos.

GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO E INDENIZAÇÃO

Além disso, não há qualquer valor econômico, a receber ou a pagar, pela sua participação nesta pesquisa. É garantida indenização mediante eventuais danos decorrentes da pesquisa, desde de que comprovados por meio de decisão judicial ou extrajudicial, de acordo com o item IV.4.c da Res. CNS 466/12.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, o(a) Sr.(a) pode contatar a pesquisadora Graciella Pimentel Rangel Kock nos telefone 27-999156522 ou endereço Av. Isaac Lopes Rubim nº131, Jardim Camburi, Vitória-ES, CEP. 29.092-100. O(A) Sr.(a) também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/CCS/UFES) através do telefone (27) 3335-7211, e-mail cep.ufes@hotmail.com ou correio: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Prédio Administrativo do CCS, Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil. O CEP/CCS/UFES tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8h às 14h.

Declaro que li e não tenho dúvidas sobre sobre o presente documento, entendendo

todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo(a) pesquisador(a) principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

LOCAL, DATA

Participante da pesquisa/Responsável legal

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “**A prevenção do suicídio em universidades federais do Brasil.**”, eu, **Graciella Pimentel Rangel Kock**, declaro ter cumprido as exigências da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

GRACIELLA PIMENTEL RANGEL KOCK

**APÊNDICE C- LISTA DE UNIVERSIDADES QUE RESPONDERAM O
QUESTIONÁRIO**

	UNIVERSIDADES	ESTADO	REGIÃO
1	Universidade Federal de Minas Gerais	Minas Gerais	Sudeste
2	Universidade Federal de Ouro Preto	Minas Gerais	Sudeste
3	Universidade Federal de São João Del-Rei	Minas Gerais	Sudeste
4	Universidade Federal de São Paulo	São Paulo	Sudeste
5	Universidade Federal de Viçosa	Minas Gerais	Sudeste
6	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Sudeste
7	Universidade Federal do Triângulo Mineiro	Minas Gerais	Sudeste
8	Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri	Minas Gerais	Sudeste
9	Universidade Federal Fluminense	Rio de Janeiro	Sudeste
10	Universidade Federal da Fronteira Sul	Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul	Sul
11	Universidade Federal da Integração Latino-Americana	Paraná	Sul
12	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre	Rio Grande do Sul	Sul
13	Universidade Federal de Pelotas	Rio Grande do Sul	Sul
14	Universidade Federal de Santa Catarina	Santa Catarina	Sul
15	Universidade Federal do Rio Grande	Rio Grande do Sul	Sul

APÊNDICE D- GUIA PARA DOCENTES E FUNCIONÁRIOS- UNIVERSIDADE DO NORTE DO ARIZONA

Students in a Mental Health Crisis

A crisis is a situation in which an individual's usual style of coping is no longer effective, and the emotional or physiological response begins to escalate. As emotions intensify, coping becomes less effective, until the person may become disoriented, non-functional, or attempt harm.

Symptoms of a Mental Health Crisis

- Suicidal or homicidal threats, written or verbal, or attempted acts
- Extreme anxiety resulting in panic reactions
- Inability to communicate (e.g., garbled or slurred speech, disjointed thoughts)
- Loss of contact with reality (e.g., seeing or hearing things that aren't there, expressing beliefs or actions at odds with reality, losing track of dates and time)
- Highly disruptive behavior (e.g., hostility, aggression, violence).

Given the number of individuals and departments on campus who are trained to help (see Campus Resource List), you do not need to act alone in your efforts.

What To Do in a Mental Health Crisis

If you believe a student might be in imminent danger to him/herself or to others, immediately (or have someone else present) call the NAU Police Department or local police for assistance—"911" works on and off campus; 928-523-3000 goes directly to the NAU Police Department dispatch operator.

If the danger is not imminent or clear and you need help in assessing the situation, call Counseling Services (CS) at 928-523-2261. You can also give the student the CS phone number and encourage the student to call, possibly while sitting in your office. You may also consider walking the student to CS during office hours since this is often an excellent way of showing support. After office hours, a counselor is on-call to respond to emergencies; the same number will connect you to the CS answering system: 928-523-2261.



Consultations Are Available 24/7

During or after office hours, you can seek phone consultation with staff at Counseling Services. Call 928-523-2261 and ask to speak with a counselor. If it is an emergency and you need an immediate response, please let us know.

Campus Resource List

EMERGENCIES	928-523-3000 or 911
Disability Resources	928-523-8773 nau.edu/dr
Gateway Student Success Center	928-523-4772 nau.edu/gateway
Office of Student Life	928-523-5181 nau.edu/studentlife
NAU Police Department	928-523-3611 nau.edu/police
Residence Life	928-523-3978 nau.edu/reslife

NOTE : The people depicted in this brochure are models used for illustrative purposes only.

Counseling Services
Campus Health Services
Health and Learning Center, bldg. 25
PO Box 6045
Flagstaff, AZ 86011
928-523-2261

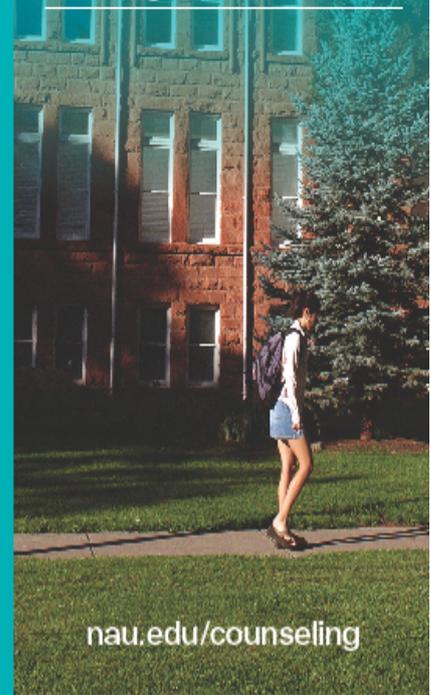
nau.edu/counseling



Counseling Services
Campus Health Services

How You Can Help a Student in Distress

A guide for faculty and staff



nau.edu/counseling

While most students cope successfully with the demands of college life, for some students the pressures become overwhelming and unmanageable.



The inability to cope effectively with stress can pose a serious threat to a student's overall functioning, possibly resulting in distress. On rare occasions, this distress can escalate into a *mental health crisis* that may pose imminent danger to the student and others. The expression of interest and concern by a staff or faculty member may be a critical factor in helping a struggling student re-establish the emotional equilibrium necessary for success in a university environment.

Symptoms of a Student in Distress

- Uncharacteristic changes in academic performance
- Excessive absences from meetings, classes, or work
- Depressed or lethargic mood
- Hyperactivity and/or rapid speech
- Social withdrawal or isolation
- Marked change in personal dress, hygiene, eating and/or sleeping routines
- Repeatedly falling asleep in class or at work
- Appearing drunk or under the influence of drugs
- Significant changes in weight
- Unusual or exaggerated emotional responses to events
- New or recurrent behavior that pushes the limits of acceptable behavior and that interferes with the effective management of class, work, etc.

What You Can Do for a Student in Distress

If you choose to approach a student you are concerned about—or if a student seeks you out—here are some suggestions which might be helpful:

1 Talk to the student
When both of you have time and are not rushed or preoccupied, talk to the student in private. Give the student your undivided attention. Just a few minutes of effective listening on your part may be enough to help the student feel comfortable about what to do next.

2 Be direct and nonjudgmental
Express your concern in specific, behavioral, nonjudgmental terms. For example, say something like "I've noticed you've been absent from class lately and I'm concerned about you," rather than "Why have you skipped so many classes lately?"

3 Listen sensitively
Listen to thoughts and feelings in a sensitive, non-threatening way. Communicate understanding by repeating back the essence of what the student has told you. Try to include both the content and feelings. For example, "It sounds like you're not accustomed to such a big campus and you're feeling left out of things." Remember to let the student talk.

4 Refer

Point out that help is available and seeking help can be a sign of strength. Make some suggestions about places to go for help. (See Campus Resource List for ideas.) Tell the student what you know about the recommended person or service.

5 Follow up

Following up is an important part of the process. Check with the student later to find out how he or she is doing. Provide encouragement as appropriate.

Consult with others if you are not sure your support is helping.



Campus Connect | SafeJacks Training

To learn more about how to support a student in distress, please consider attending a Campus Connect/SafeJacks training session.

CAMPUS CONNECT is a two-hour suicide prevention/mental health awareness/gatekeeper training program. SAFEJACKS are individuals who have been trained to assist in identifying and supporting students in crisis and referring them to Counseling Services.

The skills learned in Campus Connect training will enable students and staff to respond to students experiencing a wide range of emotional crises. To find a listing of scheduled Campus Connect sessions, please go to <http://nau.edu/health-services/health-promotions/safejacks-campus-connect/>

For more information or to make an appointment, call 928-523-2261

nau.edu/counseling

APÊNDICE E- PRODUTO TÉCNICO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO
PÚBLICA



PRODUTO TÉCNICO RESULTANTE DE DISSERTAÇÃO

PROGRAMA DE MESTRADO EM GESTÃO PÚBLICA - UFES	
Nome: GRACIELLA PIMENTEL RANGEL KOCK	
Título da dissertação: A prevenção do suicídio em Universidades Federais do Sudeste e Sul do Brasil.	
Orientador: Marilene Olivier Ferreira de Oliveira	
Data da titulação: 30.07.2019	
Vínculo de trabalho: Universidade Federal do Espírito Santo	
Celular: (27) 99915.6522	E-mail: gracirangel@gmail.com
Entrega do produto técnico: Reitoria da Universidade Federal do Espírito Santo.	
Local: Gabinete da Reitoria	

1. INTRODUÇÃO

Considerando o aumento do número de suicídios em nível mundial e no âmbito brasileiro e analisando o aumento de número de suicídios em ambientes específicos, tais como o ambiente universitário, desenvolveu-se esta pesquisa com universidades federais das regiões Sudeste e Sul do Brasil a fim de mapear como as universidades federais das regiões Sul e Sudeste estão atuando na prevenção do suicídio, descrever os programas de prevenção do suicídio implementados nas universidades e conhecer as políticas e/ou ações de prevenção adotadas pelas universidades das regiões delimitadas.

Neste contexto, diante do aumento de casos no número de suicídios, principalmente entre os jovens, e considerando as diretrizes nacionais de prevenção do suicídio, pesquisou-se como as universidades federais têm pensado e formulado políticas de prevenção do suicídio, isso porque, conforme a Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006 que institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, as instituições acadêmicas devem se articular na prevenção do suicídio.

Importante destacar que o presente trabalho não se trata de um modelo de Programa de Prevenção do Suicídio ou uma Política de Saúde Mental pronta e finalizada para ser implementada na Universidade Federal do Espírito Santo, mas sim de um modelo sugestivo para contribuir com a Universidade na construção de sua política institucional voltada para a saúde mental e para a prevenção do suicídio.

2. METODOLOGIA UTILIZADA

Para a realização da pesquisa foram convidadas trinta universidades federais das regiões Sudeste e Sul do Brasil. Após a concessão da autorização foi enviado por e-mail um questionário para ser respondido pelos Pró-reitores de Assistência Estudantil e pelo Pró-reitores de Gestão de pessoas.

Ao se fazer uma reflexão sobre a abordagem utilizada para o desenvolvimento da pesquisa, foi verificada duas fases distintas: a primeira, quando da coleta de dados com as universidades que concordaram em participar da pesquisa, utilizando-se um questionário e, a segunda, configurada no estudo de caso da UFMG. Isso significa, portanto, que a abordagem foi mista, quanti-qualitativa, ainda que os dados quantitativos não tenham sido suficientes para um tratamento estatístico mais robusto, ou submetidos a um modelo matemático.

Quanto à tipologia inicialmente pensou-se que este estudo teria as dimensões descritiva, documental e bibliográfica. No entanto, ao final, culminou também em um estudo de caso.

No que tange à coleta de dados por meio do questionário, quinze universidades deram retorno. No caso da UFMG, o questionário foi o instrumento de coleta de dados inicial. Isso porque, foi necessário estreitar a comunicação com essa universidade. Assim, foi realizada uma viagem a Belo Horizonte – MG, para realização de entrevistas com o Pró-reitor de Assuntos Estudantis, e também com dois integrantes da Comissão Permanente de Saúde Mental da UFMG.

O questionário enviado aos pró-reitores continha seis perguntas, sendo que para o tratamento do conjunto documental obtido pelas cinco primeiras perguntas foi utilizada a contagem (frequência absoluta) do número de respostas por grau da escala tipo *Likert* e posteriormente foi feita a elaboração dos gráficos representativos desses números.

Importante destacar que a sexta pergunta do questionário era aberta e solicitava a descrição da forma de implementação das políticas de prevenção do suicídio.

Inicialmente imaginou-se que as respostas propiciariam o tratamento dessa questão por meio de uma análise de conteúdo nos moldes da teoria de Lawrence Bardin.

No entanto, os retornos vieram de forma muito sucinta não permitindo a utilização desta técnica e sim um agrupamento das respostas. Ao contrário, devido à riqueza e das informações, no caso da Universidade Federal de Minas Gerais foi possível realizar uma descrição detalhada da experiência da instituição.

3. CONSIDERAÇÕES OBTIDAS AO FINAL DA PESQUISA

É importante destacar que o suicídio consiste em um fenômeno nefasto que ocorre em nível mundial e que tem preocupado não só os governos federais, como todos os segmentos que trabalham em políticas de prevenção, entre eles encontra-se a educação, aqui representada pelas universidades brasileiras e, também, de outros países.

É consenso que o sofrimento é o gatilho que leva as pessoas a desistirem da vida, pela percepção de uma impossibilidade de solucionar o problema que a aflige. Esse sofrimento por se manifestar por meio de diversos sintomas, destacando-se a depressão, o fracasso, a frustração, as relações interpessoais, perdas e baixa autoestima, dentre outros.

Ficou claro, ao longo do estudo que é possível identificar comportamentos e ideias suicidas, se as pessoas forem capacitadas, o que implica envolver aqueles que estão mais próximos a quem vive essa situação tão difícil. Além disso, existe um espectro de ações que podem ser adotadas de forma simples ou combinada, que tem logrado êxito na demora da ideia de suicídio.

Embora não se tenha conseguido obter retorno de todas as universidades às quais foram enviadas a carta convite, o caso específico da Universidade Federal de Minas Gerais foi muito esclarecedor, servindo de *benchmarking* para a elaboração de um projeto piloto para a UFES.

Nesta esteira, é importante dizer que um projeto pode começar a partir de um movimento restrito, como ocorreu na Universidade Federal de Minas Gerais, sendo incrementado à medida que se torna conhecido, abarcando a cada dia, novas pessoas e novas ideias.

No âmbito internacional, sobretudo nas universidades norte americanas onde foram identificados programas de prevenção, percebeu-se a grande preocupação das instituições em treinar os docentes, funcionários e alunos, tornando-os agentes do combate ao suicídio.

4. A APLICABILIDADE DOS RESULTADOS NA INSTITUIÇÃO

O produto desta pesquisa foi o mapeamento dos programas de prevenção ao suicídio nas universidades do sudeste e sul do Brasil, do qual foram retiradas sugestões, para subsidiar a Universidade Federal do Espírito Santo em suas ações afirmativas no sentido de, em futuro próximo, conseguir elaborar um Programa de Prevenção do Suicídio para a UFES.

O quadro abaixo retrata as ações que as universidades pesquisadas estão realizando voltadas para promoção da saúde mental e prevenção do suicídio.

Quadro 1- Ações desenvolvidas pelas universidades

Ações internas	Ações em cooperação com parceiros externos
Semana de Saúde Mental 1	Secretaria Municipal de Saúde 1 e 11
Núcleo de apoio ao estudante com atendimento psicológico, pedagógico e social 1, 2, 3,4, 5, 6, 7 e 8	Governo do Estado 1 e 11
Serviço de Saúde para o Corpo Discente 2	CVV 11
Núcleo de Saúde para servidores 1, 2 e 3	
Grupo de acolhimento e cuidado aos estudantes 4	
Ações relacionadas ao Setembro Amarelo 4, 9, 10 e 11	
Rodas de conversa 1, 6 e 9	
Grupo terapêutico 8, 9 e 10	
Workshops 12	
Centro de aconselhamento 12 e 14	
Guia para estudantes e docentes 14	
Treinamento para prevenção do suicídio 12, 13, 14 e 15	

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Legenda:

- 1- Universidade Federal de Minas Gerais
- 2- Universidade Federal de São Paulo
- 3- Universidade Federal da Fronteira Sul
- 4- Universidade Federal de Ouro Preto
- 5- Universidade Federal de Pelotas
- 6- Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
- 7- Universidade Federal de São João Del-Rei
- 8- Universidade Federal do Rio Grande
- 9- Universidade Federal de Pelotas
- 10- Universidade Federal de Viçosa
- 11- Universidade Federal da Integração Latino-Americana
- 12- Universidade da Carolina do Norte
- 13- Universidade do Arizona
- 14- Universidade do Norte do Arizona
- 15- Universidade Estadual de Ohio

Diante disso, apresentam-se sugestões para implementações dessas ações na Universidade Federal do Espírito Santo.

a) Ações de sensibilização da comunidade acadêmica para o tema da saúde mental.

É imperioso destacar a importância da sensibilização de toda comunidade acadêmica para a temática da saúde mental. Docentes e servidores administrativos devem estar alinhados, precisam conhecer o tema e ter sensibilidade ao deparar-se com sofrimento mental, principalmente de alunos. Assim como esses também precisam conhecer o tema e saber onde encontrar apoio dentro da universidade.

Podem ser realizadas rodas de conversa sobre o tema, seminários e até mesmo uma semana de saúde mental chamando a atenção de toda a comunidade para o assunto.

É fundamental compreender que para o êxito de um programa de prevenção do suicídio será preciso um esforço da administração central na sensibilização de toda a comunidade para o tema da saúde mental e para sua discussão no dia-a-dia acadêmico. Será necessário implementar diretrizes nesse sentido e trabalhar para que elas sejam postas em prática por cada pessoa vinculada à universidade.

b) Diagnóstico Institucional

Para implementação de uma política de saúde mental, voltada para a prevenção do suicídio é importante que a Instituição compreenda a sua realidade e entenda a saúde mental como pauta do cotidiano, buscando ser uma universidade acolhedora e de fato promotora da saúde em todos os aspectos.

Pouco prosperará a implementação de uma política de prevenção do suicídio sem a participação da comunidade acadêmica na construção dessa política.

Desta forma, é importante conhecer a realidade de cada centro e suas experiências e suas dificuldades relacionadas à saúde mental das pessoas que ali estão, docentes, técnicos e estudantes.

Para isso a universidade poderia nomear uma comissão para realizar o diagnóstico de toda a instituição com o objetivo de envolver docentes que já pesquisam a área de saúde mental e suicídio, envolver os representantes discentes e os representantes dos técnicos administrativos na construção desse relatório institucional.

A Comissão Institucional poderá visitar cada centro existente dentro da universidade e convidar especialmente os coordenadores de curso, coordenadores de pós-graduação, representantes dos técnicos administrativos e sempre deixar o convite aberto a todos que se interessarem pelo assunto.

A universidade precisa primeiro falar da sua saúde mental! E essa seria uma forma de iniciar os trabalhos, ou seja, ouvir a comunidade.

Assim, conhecendo a demanda de cada centro e suas experiências relacionadas à temática será possível construir com a participação de todos uma política de saúde mental para a UFES.

c) Estabelecimento de um fluxo para urgência e emergência

O estabelecimento de um fluxo para atendimento de casos de urgência e emergência pode ser feito paralelamente ao trabalho da Comissão de visitas aos centros.

Inspirando-se no fluxo implementado pela UFMG sugere-se a criação de um fluxo para UFES, contemplando os campi Goiabeiras e Maruípe da UFES. O fluxo para o Centro Universitário Norte do Espírito Santo- CEUNES e para o Centro de Ciências Agrárias e Engenharias- CCAE e o Centro de Ciências Exatas, Naturais e da Saúde- CCENS devem ser dispostos conforme a estrutura de cada local.

O fluxo deve contemplar as informações sobre como proceder em casos de urgência e emergência diante de casos como complicações cardio-respiratórias, envenenamento, intoxicação com produtos químicos, queimaduras, acidentes com traumas, desmaio e urgência em saúde mental. Nesses eventos seriam acionados imediatamente o SAMU, por meio do 192 e o Departamento de Atenção à Saúde- DAS.

Destaca-se que no campus de Maruípe não há unidade do DAS, sendo importante, portanto, criar a possibilidade de atendimento dessas urgências e emergências. Uma hipótese seria inclusão do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes nesse fluxo.

Também estaria no fluxo que em casos de urgência devem ser acionados, quando possível, a chefia, a direção de centro, o responsável pelo setor onde aconteceu a ocorrência, além do familiar ou responsável.

Sobre as ocorrências não urgentes relacionadas aos estudantes poderia ser acionada a Pró-reitoria de Assuntos Estudantis e Cidadania- PROAECI e relacionados aos servidores poderia ser acionado o Departamento de Atenção à Saúde- DAS.

d) Capacitação para coordenadores de curso

A Universidade pode investir em treinamento em saúde mental para os coordenadores de curso a fim de capacitá-los a identificar discentes em sofrimento mental, propiciando assim o acolhimento e encaminhamento desse aluno aos serviços disponíveis dentro da universidade.

e) Criação de um núcleo de escuta na PROAECI

Inicialmente sugere-se a criação de núcleo de escuta para estudantes dentro da Pró-reitoria de Assuntos Estudantis, já que esta pró-reitoria possui contato direto com estudantes em situação social e financeira mais fragilizada.

Posteriormente, após a implantação do núcleo de escuta na PROAECI poderia haver uma expansão desse projeto e ser criado um núcleo em cada centro.

Sabe-se que a Pró-Reitoria possui serviço de apoio psicológico para estudantes, mas a proposta seria implantação de um núcleo para acolhimento do aluno, realização de uma escuta sensível e posterior encaminhamento ao serviço adequado (apoio pedagógico, apoio social, apoio psicológico ou apoio médico).

f- Divulgação dos serviços de apoio psicológico já existentes dentro da Universidade

A UFES conta com setores onde há atendimento psicológico nos quatro *campi*. É preciso divulgar esses serviços e os colocá-los à disposição da comunidade acadêmica como local onde se possa encontrar ajuda.

Desta forma, sugere-se a divulgação dos serviços por meio de cartazes em todos os colegiados de curso e espaços de convivência.

Foi confeccionado um modelo de cartaz como sugestão para a divulgação desses espaços já existentes, a saber o DAS (Departamento de Atenção à Saúde) e a PROAECI (Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis e Cidadania) nos *campi* Goiabeiras e Maruípe; a CASAS (Coordenação de Atenção à Saúde e Assistência Social no

campus de São Mateus e a Seção de Atenção à Saúde e Assistência Social (Sasas), no campus de Alegre.

A Figura 01 retrata a sugestão de cartaz para divulgação dos serviços de escuta em todos os campi, como forma de demonstrar que toda a UFES está aberta a ouvir e acolher aqueles que precisam.

Figura 01- Cartaz para divulgação do serviço de escuta da UFES.

A UFES também é lugar de acolhimento.



Procure o serviço de ESCUTA

**realizado pelos profissionais
capacitados que se encontram
à sua disposição.**

Servidores
DAS: (27)4009-2343
Estudantes
PROAECI: (27)4009-2040



Campus Goiabeiras



PROAECI: (27)3335-7027

Campus Maruípe

SASAS: (28)3552-8926



Campus Alegre



CASAS: (27)3312-1807

Campus São Mateus