

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL  
SERVIÇO SOCIAL**

**Gabriel Piccinini Labarba Saggioro  
Leandra Louis Silva do Carmo**

**SUICÍDIO SOB A ÉGIDE DO CAPITALISMO:** estudo sobre políticas públicas para sua prevenção no Brasil (2011-2024).

Juiz de Fora  
2025

Gabriel Piccinini Labarba Saggioro  
Leandra Louis Silva do Carmo

**SUICÍDIO SOB A ÉGIDE DO CAPITALISMO:** estudo sobre políticas públicas para sua  
prevenção no Brasil (2011-2024).

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Faculdade de Serviço Social na Universidade  
Federal de Juiz de Fora como requisito para  
conclusão da disciplina de Trabalho de Conclusão  
de Curso II.

Orientadora: Profa. Me. Sandra Rodrigues dos Santos

Juiz de Fora  
2025

Catálogo de Publicação na Fonte. Sistema de Bibliotecas (SisBi) - UFJF

Saggioro, Gabriel Piccinini Labarba.

Suicídio sob a égide do capitalismo : estudo sobre políticas públicas para sua prevenção no Brasil (2011-2024). / Gabriel Piccinini Labarba Saggioro, Leandra Louis Silva do Carmo. – 2025. 109 f.

Orientadora: Sandra Rodrigues dos Santos.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social, Juiz de Fora, 2025.

1. Saúde mental. 2. Políticas públicas e sociais. 3. Capitalismo. 4. Suicídio. I. Carmo, Leandra Louis Silva do. II. Santos, Sandra Rodrigues dos. III. Título.

Bibliotecária responsável: Carmorinda A. de S. Ferreira- CRB-6 1812



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

FORMULÁRIO DE APROVAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO

Discente	Gabriel Piccinini Labarba Saggiaro e Leandra Louis Silva do Carmo
Matrícula Discente	201968040 - 202019500
Título do TCC	<b>SUICÍDIO SOB A ÉGIDE DO CAPITALISMO: estudo sobre políticas públicas para sua prevenção no Brasil (2011-2024)</b>
Natureza do trabalho	Trabalho de Conclusão de Curso
Curso	Serviço Social
Orientador(a)	Sandra Rodrigues dos Santos
Coorientador (se houver)	
Data da aprovação	18 de agosto de 2025
Nome, titulação dos(as) componentes da banca	Ma. Sandra Rodrigues dos Santos Dra. Sabrina Pereira Paiva Dra. Fernanda Picinin Moreira

Aprovo a versão final do Trabalho de Conclusão de Curso do(a) discente acima designado(a).

Juiz de Fora, 06 de agosto de 2025.

Assinatura digital do Orientador(a)



Documento assinado eletronicamente por **Sandra Rodrigues dos Santos, Professor(a)**, em 19/08/2025, às 21:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sabrina Pereira Paiva, Professor(a)**, em 22/08/2025, às 16:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Uffj (www2.uffj.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2537094** e o código CRC **28F1532C**.

---



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE GRADUAÇÃO

GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Formato da Defesa: (X) presencial ( ) virtual ( ) híbrido

Ata da sessão (X) pública ( ) privada referente à defesa do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado **SUICÍDIO SOB A ÉGIDE DO CAPITALISMO: estudo sobre políticas públicas para sua prevenção no Brasil (2011-2024)**, para fins de obtenção do grau de Bacharel em SERVIÇO SOCIAL, pelos(a) discentes Gabriel Piccinini Labarba Saggioro e Leandra Louis Silva do Carmo (matrícula 201968040 - 202019500, sob orientação da Prof.(a) Ma(ª) Sandra Rodrigues dos Santos, na Faculdade de SERVIÇO SOCIAL da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Aos 18 dias do mês de agosto do ano de 2025, às 18 horas, na Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), reuniu-se a Banca examinadora, composta pelos seguintes membros:

Titulação	Nome	Na qualidade de:
Ma	Sandra Rodrigues dos Santos	Orientadora
Dra	Sabrina Pereira Paiva	Membro da banca
Dra	Fernanda Picinin Moreira	Membro da banca

\*Na qualidade de (opções a serem escolhidas):

- Orientador (a)
- Coorientador
- Membro da banca

AVALIAÇÃO DA BANCA EXAMINADORA

Tendo o(a) senhor(a) Presidente declarado aberta a sessão, mediante o prévio exame do referido trabalho por parte de cada membro da Banca, o(a) discente procedeu à apresentação de seu Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação e foi submetido(a) à arguição pela Banca Examinadora que, em seguida, deliberou sobre o seguinte resultado:

(X) APROVADO

( ) REPROVADO, conforme parecer circunstanciado, registrado no campo Observações desta Ata e/ou em documento anexo, elaborado pela Banca Examinadora

Nota: 100 (cem pontos).

Observações da Banca Examinadora caso haja necessidade de anotações gerais sobre o Trabalho de Conclusão de Curso e sobre a defesa, as quais a banca julgue pertinentes







Nada mais havendo a tratar, o(a) senhor(a) Presidente declarou encerrada a sessão de Defesa, sendo a presente Ata lavrada e assinada pelos(as) senhores(as) membros da Banca Examinadora e pelo(a) discente, atestando ciência do que nela consta.

#### INFORMAÇÕES

**Para fazer jus ao título de bacharel, a versão final do Trabalho de Conclusão de curso, considerado Aprovado, devidamente conferida pela Secretaria do Curso de Serviço Social, deverá ser tramitada para o Repositório Institucional, dentro do prazo de 72 horas da realização da banca.**

Juiz de Fora, 20 de agosto de 2025.

#### Assinatura digital dos membros da Banca Examinadora

	Documento assinado eletronicamente por <b>Sandra Rodrigues dos Santos, Professor(a)</b> , em 20/08/2025, às 15:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do <a href="#">Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020</a> .
	Documento assinado eletronicamente por <b>Fernanda Picinin Moreira, Professor(a)</b> , em 22/08/2025, às 14:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do <a href="#">Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020</a> .
	Documento assinado eletronicamente por <b>Sabrina Pereira Paiva, Professor(a)</b> , em 22/08/2025, às 16:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do <a href="#">Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020</a> .
	Documento assinado eletronicamente por <b>Leandra Louis Silva do Carmo, Usuário Externo</b> , em 25/08/2025, às 14:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do <a href="#">Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020</a> .
	Documento assinado eletronicamente por <b>Gabriel Piccinini Labarba Saggioro, Usuário Externo</b> , em 25/08/2025, às 14:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do <a href="#">Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020</a> .
	A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf ( <a href="http://www2.ufjf.br/SEI">www2.ufjf.br/SEI</a> ) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador <b>2566555</b> e o código CRC <b>AC2ACDF5</b> .

## RESUMO

*Suicídio sob a égide do capitalismo: estudo sobre políticas públicas para sua prevenção no Brasil (2011-2024)* apresenta a importância de se discutir o tema no âmbito do Serviço Social, visando o compromisso ético-político da profissão. O objetivo deste trabalho consiste em identificar e estudar as políticas públicas que se configuram como de prevenção ao suicídio no Brasil nos anos entre 2011-2024, perpassando os Governos Dilma Rousseff (PT), Michel Temer (MDB), Jair Bolsonaro (PL) e o atual de Luiz Inácio Lula da Silva (PT). Para alcançar os objetivos propostos, foi realizada uma pesquisa bibliográfica de caráter qualitativo, e análise documental das principais políticas públicas publicadas pelo governo federal no referido período. O estudo se baseou na revisão teórico-crítica sobre o suicídio como fenômeno social, inserido nas determinações da sociedade capitalista moderna a partir da teoria social clássica. Como considerações finais, identificamos que as políticas de prevenção ao suicídio no Brasil se constituíram e se mantêm à base de pouco investimento financeiro e parco gerenciamento, com baixo impacto naquilo que se propõe a resolver, servindo, na maioria dos casos, como medida paliativa para o sofrimento psíquico que resulta das contradições inerentes à sociedade moderna e suas determinações econômicas, políticas e sociais.

**Palavras-chave:** Suicídio; Capitalismo; Saúde mental; Políticas públicas e sociais.



## **ABSTRACT**

Suicide in Capitalism: A Study on Public Policies for its Prevention in Brazil highlights the importance of discussing this issue within the scope of Social Work, in line with the profession's ethical-political commitment. The objective of this work is to identify and analyze the public policies aimed at suicide prevention in Brazil between the years 2011 and 2024, covering the administrations of Dilma Rousseff (PT), Michel Temer (MDB), Jair Bolsonaro (PL), and the current government of Luiz Inácio Lula da Silva (PT). To achieve the proposed objectives, a qualitative bibliographic research was conducted, along with a document analysis of the main public policies published by the federal government during the mentioned period. The study is based on a critical theoretical review of suicide as a social phenomenon, framed within the conditions of modern capitalist society, drawing from classical social theory. In conclusion, the study found that suicide prevention policies in Brazil have been characterized by minimal financial investment and poor management, resulting in low impact on the issues they aim to address. In most cases, these policies serve merely as palliative measures for the psychological suffering caused by the inherent contradictions of modern society and its economic, political, and social determinations.

**KEYWORDS:** Suicide; Capitalism; Mental health; Public and social policies.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPS	Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
Art.	Artigo
BMJ	British Medical Journal
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CE	Ceará
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGMAD	Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
CGPNH	Coordenação-Geral da Política Nacional de Humanização
CM	Coefficiente de mortalidade
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Covid	Corona Vírus Disease
CSAUDE	Comissão de Saúde
CVV	Centro de Valorização da Vida
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAPES	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
DAHU	Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência
DASI	Departamento de Atenção à Saúde Indígena
DAVTPS	Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde
DRU	Desvinculação de Receitas da União
Dr.	Doutor
DSAST	Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
ECT	Eletroconvulsoterapia

ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
Et al.	E outros
GM	Gabinete do Ministro
Hab.	Habitantes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML	Instituto Médico Legal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LAPS	Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial
Me.	Mestre
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio a Saúde da Família
Nº	Número
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
P.	Página
PIB	Produto Interno Bruto
PL	Partido Liberal
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PP	Partido Progressistas
PPS	Programa de Promoção à Vida
PRN	Partido da Reconstrução Nacional
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PT	Partido dos Trabalhadores

RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RJ	Rio de Janeiro
RN	Rio Grande do Norte
RS	Rio Grande do Sul
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
S/p	Sem página
SP	São Paulo
SRTs	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUPRE	Suicide Prevention Program
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade
Vol.	Volume

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2 PARA UMA CONCEPÇÃO DE SUICÍDIO NA SOCIEDADE MODERNA.....</b>	<b>17</b>
2.1 Considerações sobre o suicídio em Marx.....	18
2.2 O suicídio na concepção durkheimiana.....	23
2.3 O suicídio e sua relação com as crises na sociedade capitalista.....	26
<b>3 SUICÍDIO NO BRASIL COMO OBJETO DA INTERVENÇÃO ESTATAL.....</b>	<b>35</b>
3.1 Notas sobre o suicídio na realidade brasileira.....	35
3.2 O discurso médico frente ao suicídio e a relevância dos determinantes sociais no processo saúde-doença.....	38
3.3 Breve apresentação das políticas públicas de “prevenção” ao suicídio no Brasil.....	49
<b>4 RESPOSTAS AO SUICÍDIO COMO DETERMINAÇÃO SOCIAL: estudo das políticas de prevenção no Brasil (2011-2024).....</b>	<b>63</b>
4.1 Avanços e limites dos governos Dilma (2011-2016).....	63
4.2 Ameaça ao SUS e os cortes nas políticas públicas do governo Temer (2016-2018).....	75
4.3 Retrocesso na política de saúde mental no governo Bolsonaro (2019-2022).....	83
4.4 Expectativa da retomada e reconstrução das políticas sociais no governo Lula (2023 e 2024).....	88
<b>5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>95</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>99</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Como defendido por Albuquerque (2018) o suicídio sempre esteve presente na história e na formação de diferentes modelos de sociedade. Portanto, o ato de tirar a própria vida pode ser compreendido dentre as formações sociais, a depender da comunidade estabelecida, principalmente devido à influência e construção política, econômica, moral e religiosa.

Para Marx e Durkheim, o suicídio na sociedade moderna se apresenta como um fenômeno crescente, e por isso pode se refletir como muitas políticas vêm sendo pensadas para sua prevenção na sua contemporaneidade. Dessa forma, os autores buscaram entender esse fenômeno social desde o final do século XIX, e resguardadas as suas divergências teóricas, políticas e ideológicas, ambos entendem que o suicídio no capitalismo adquire peculiaridades.

De acordo com Marx (2015) a sociabilidade capitalista e seus mecanismos de apropriação e exploração transformam os sujeitos em trabalhadores assalariados, livres para vender a sua força de trabalho em troca de um salário. Assim, a partir do trabalho, o ser social que adquire capacidade de escolha por meio de sua atividade prática sensível, se enquadra no capitalismo como personificação indispensável para a produção e reprodução do capital. Tendo sua atividade central subordinada aos interesses desse modo de produção que o aliena e leva ao seu estranhamento, já que não se identifica e nem recebe por aquilo que produz, é que cabe a reflexão sobre o tolhimento da subjetividade desses indivíduos. Assim, este sujeito que tem sua essência negada, nos faz entender como esta subjetividade, que é tolhida para a produção e reprodução do capital, se relaciona em um processo que contribui para o sofrimento psíquico dos indivíduos nessa sociedade.

Enquanto um fenômeno observado na sociabilidade capitalista, é preciso refletir não somente sobre os seus fatores, mas também sobre o que tem sido construído enquanto política pública de prevenção na realidade brasileira entre os anos de 2011-2024, e se estas se adequam às transformações que o mundo do trabalho causa na vida privada dos sujeitos. Portanto, é de se questionar: as políticas de prevenção do suicídio realizadas entre os anos de 2011 e 2024, de fato, previnem o fenômeno?

Parte-se da hipótese que apesar da expectativa de um avanço fomentado por políticas construídas a partir de 2011, estas se compreendem como ações paliativas que não abarcam as múltiplas causas do fenômeno do suicídio. Por isso, esta monografia tem como objetivo geral

compreender as políticas de prevenção e enfrentamento ao suicídio no Brasil entre os anos de 2011 a 2024. Os seus objetivos específicos consistem em: identificar na teoria social clássica elementos para caracterizar o suicídio na sociedade moderna; refletir sobre o fenômeno do suicídio na realidade social brasileira e, estudar as principais normativas e políticas sociais voltadas à *prevenção* do suicídio no Brasil entre os anos de 2011-2024.

O estudo apresentado trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, que teve como base uma pesquisa bibliográfica direcionada. De acordo com Gil (2008), a principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente (GIL, 2008, p.50). A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio de análise documental sobre as políticas públicas publicadas pelo governo federal como políticas de prevenção do suicídio. Em seguida foi realizada uma revisão de conteúdos de autores que desenvolveram uma bibliografia crítica sobre o tema.

A monografia foi dividida em três capítulos, no primeiro capítulo titulado “Para uma concepção do suicídio na sociedade moderna” foi possível elencar em três tópicos: “Considerações sobre o suicídio em Marx”, “o suicídio na concepção durkheimiana” e “o suicídio e sua relação com as crises na sociedade capitalista”.

No segundo capítulo “Suicídio no Brasil como objeto da intervenção estatal, discutiremos a partir de três tópicos: “Notas sobre o suicídio na realidade brasileira”, “o discurso médico frente ao suicídio e a relevância dos determinantes sociais no processo saúde-doença” e, “breve apresentação das políticas públicas de *prevenção* ao suicídio no Brasil”. Portanto, foi possível nos indagarmos sobre o que tem sido proposto em relação ao cuidado na especificidade da realidade brasileira e da política de saúde mental. Com isso, pode se refletir também sobre a construção da ideia do suicídio no Brasil a partir do discurso biomédico, da medicalização e mercadorização do sofrimento.

O terceiro e último capítulo, “Respostas ao suicídio como determinação social: estudo das políticas de *prevenção* no Brasil (2011-2024)”, abordaremos o que foi realizado durante esse período. Assim, a partir do governo de Dilma Rousseff, do Partido dos Trabalhadores (PT) entre os anos de 2011-2016; o governo de Michel Temer, do Movimento Democrático Brasileiro (MDB) entre 2016-2018; o governo de Jair Bolsonaro, do Partido Liberal (PL) entre 2018-2022, e, por fim, o atual governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, do Partido dos Trabalhadores (PT) que se iniciou em 2023 e tem o seu fim previsto em dezembro de 2026.

Marx (2006) sinaliza que na sociedade capitalista o suicídio não é incomum e, caracterizar as condições de sobrevivência e precarização do trabalho podem auxiliar nesse debate, e principalmente nas políticas sociais que são e serão realizadas no futuro. Portanto, entendendo o suicídio como uma expressão da questão social e que merece atenção dada complexidade do tema. Iamamoto (1999) define enquanto questão social:

O conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 1999, p.27).

A escolha do tema partiu do ingresso no campo de estágio na área da saúde hospitalar e saúde mental. Foi possível através das experiências vivenciadas ao longo do processo, transformar em indagações o debate que envolve a temática do suicídio na realidade capitalista. Sabendo que essa discussão possui um grande alcance de disseminação e de diferentes posicionamentos, é preciso o postular e o reforçar enquanto uma questão de saúde pública.

Como estudantes do curso de Serviço Social, notamos que as produções acadêmicas sobre a relação que envolve o suicídio como fenômeno que se aprofunda no capitalismo precisa ser mais discutida e receber maior visibilidade. Além disso, a formulação de campanhas e de políticas sociais deveriam abranger mais estudos advindos de profissionais da área.

O Serviço Social, assim como outras áreas de conhecimento, tem a possibilidade de acrescentar na prevenção do suicídio e no trabalho realizado na saúde mental. A pesquisa em matéria da profissão é imprescindível tanto na graduação como futuramente na atuação dos assistentes sociais. Como assegura Araújo et al (2010), o aprendizado contínuo possibilita a compreensão das expressões da questão social, para que assim, possamos contribuir com alterações na realidade.



## 2 PARA UMA CONCEPÇÃO DE SUICÍDIO NA SOCIEDADE MODERNA

O primeiro capítulo desta monografia foi dividido em quatro subtítulos: no primeiro, “Considerações sobre o suicídio em Marx”, foi apresentado e sintetizado a concepção de suicídio a partir de Marx em sua obra: *Sobre o suicídio* (2006), na sociedade capitalista. Dessa forma, pode-se discutir questões relacionadas ao trabalho e o tolhimento da subjetividade dos indivíduos, processo que surge pela forma específica que assume o trabalho. Este trabalho que tem como predominante seu caráter de veículo de valorização de capital e não de atividade prática humana, relação do homem com a natureza que satisfaz suas necessidades de modo direto, em que o capitalismo subordina isso a sua valorização crescente e incontrolável.

No segundo subtítulo para além da discussão por Karl Marx, foi anunciada a concepção de suicídio a partir do sociólogo Émile Durkheim, visto que, apesar do debate ser discutido por diferentes autores como por exemplo Paul-Michel Foucault, Christophe Dejours e Florence Bègue, os dois autores são referência no debate contemporâneo da questão no âmbito das ciências sociais. Inclusive, entende-se que no Brasil, estudo desta monografia, Durkheim tem maior predominância, influenciando diretamente na concepção das políticas de saúde.

Assim, será evidenciado o fenômeno do suicídio neste subtítulo a partir da concepção do autor em sua obra *O Suicídio* (2000). Dessa forma, através do fato social, sem os relacionar com o debate de classes sociais e as determinações de caráter econômico, Durkheim explicita em *As Regras do Método Sociológico* (2007): “Nosso método, portanto, nada tem de revolucionário. Num certo sentido, é até essencialmente conservador, pois considera os fatos sociais como coisas cuja natureza, ainda que dócil e maleável, não é modificável à vontade” (DURKHEIM, 2007, p.13).

No terceiro subtítulo, é discutido o fenômeno do suicídio durante períodos de crise do capitalismo através de uma exposição de casos mundiais que marcaram a história, sendo estes escolhidos pela gravidade, além de proporcionar dados mais precisos em relação aos eventos. Assim, partindo da crise de 1929; a década de 1940 pós Segunda Guerra Mundial; a seita de Jonestown em 1979<sup>1</sup>; a década perdida de 1980 na América Latina e o período do governo de Fernando Collor de Mello, do Partido da Reconstrução Nacional (PRN) na década de 1990 na especificidade do Brasil. Por fim, dois exemplos mais recentes: a crise de 2008 e a pandemia de Covid-19 em 2020.

---

<sup>1</sup> Jonestown ficou conhecido como um movimento e organização religiosa liderado por Jim Jones na Guiana Francesa.

## 2.1 Considerações sobre o suicídio em Marx

De acordo com Albuquerque (2018), apesar do suicídio estar presente em diferentes modelos de sociedade desde o início da história, é cabível analisar como a partir do capitalismo, o tema deve ser visto como um fenômeno que se expressa também na contradição entre o capital e trabalho. Contradição essa que se funda a partir de um modelo de sociedade em que o até então servo da sociedade feudal, perde seu meio de produção sendo expropriado de sua terra, e se torna um trabalhador assalariado no capitalismo, livre para vender sua força de trabalho, isto é, como trabalhador assalariado (MARX, 2013).

A partir do trabalho na sociedade capitalista, o homem adquiriu e desenvolveu formas de transformar a natureza ao seu redor, além de ter a possibilidade de escolher entre diferentes alternativas, o que o transformou em um ser social. Portanto, apesar da capacidade desse homem se relacionar nessa sociedade como um ser social, o trabalho através da exploração como fonte de lucro ao capitalista, além de enriquecer aqueles que não produzem, determina o trabalho como atividade vital do ser social, tendo essa vitalidade invertida sob a égide do capital (MARX, 2013). O trabalho assalariado, então, faz parte da sobrevivência de toda uma classe social, a classe trabalhadora, além de pertencer também à burguesia através do lucro gerado.

Marx (2015) defende que quanto maior a produção do trabalhador, mais pobre ele se converte, se igualando à própria mercadoria que cria, e que valoriza as coisas e desvaloriza os homens. Nota-se essa condição visto que o sujeito recebe como troca daquilo que é produzido, apenas o salário que mantém sua forma de subsistência. Com isso, “o trabalho não produz somente mercadorias; ele produz a si mesmo e ao trabalhador como uma mercadoria, e isto na medida em que produz, de fato, mercadorias em geral” (MARX, 2015, p.80).

Dessa forma, o trabalho que é realizado pelo sujeito se torna alienado a partir do momento que não possui diferentes escolhas, causando um estranhamento para o sujeito. Marx (2015) explica esse estranhamento a partir do afastamento entre o trabalhador e o produto desenvolvido pelo mesmo, já que no final ele não o pertence. E a partir disso, sabe que o seu resultado irá beneficiar alguém que não depende de seu próprio trabalho para viver, mas do trabalho alheio.

O estranhamento do trabalhador em seu objeto se expressa, pelas leis nacionais-econômicas, em que quanto mais o trabalhador produz, menos tem para consumir; que quanto mais valores cria, mais sem-valor e indigno ele se torna; quanto mais bem formado o seu produto, tanto mais deformado ele fica; quanto mais

civilizado seu objeto, mais bárbaro o trabalhador; que quanto mais poderoso o trabalho, mais impotente o trabalhador se torna; quanto mais rico de espírito o trabalho, mais pobre de espírito e servo da natureza se torna o trabalhador (MARX, 2015, p.82).

Segundo Marx (2015), existem quatro formas de estranhamentos: em relação ao produto do seu trabalho que o próprio não detém; ao processo do trabalho que é realizado em que o mesmo não reconhece; da sua existência estranha que torna sua essência individual, e de suas relações sociais quando se encontra com outro homem. Assim, mostrando como todas essas formas de estranhamento impactam diretamente a vida privada desse ser social.

Para além, esta categoria ainda explica a distância do indivíduo e de sua atividade vital, demarcando a forma em que as tarefas são designadas a si de maneira controlada pelos detentores de suas condições de trabalho e de subsistência, não havendo vontade da natureza própria desse trabalhador, apenas uma inserção em um processo de estranhamento advindo da alienação dos seus meios de produção e de vida.

Segundo este duplo sentido, o trabalhador se torna, portanto, um servo do seu objeto. Primeiro, porque ele recebe um *objeto do trabalho*, isto é, recebe trabalho; e, segundo, porque recebe *meios de subsistência*. Portanto, para que possa existir, em primeiro lugar, como *trabalhador* e, em segundo, como *sujeito físico*. O auge desta servidão é que somente como trabalhador ele pode se manter como *sujeito físico* e apenas como sujeito físico ele é trabalhador (MARX, 2015, p.81).

Se então um ser social, que foi constituído como livre para criar e transformar a natureza, a partir do seu trabalho apenas pode desenvolver para que o outro usufrua, sem nem mesmo reconhecer aquilo que faz, isso nos permite compreender para além da alienação que vivencia, as consequências para sua vida privada e sua visão em relação ao sujeito que detém os meios de produção.

Assim, adentrando no debate do suicídio na constituição da sociedade burguesa, Marx (2006) nos mostra como as manifestações advindas de um sistema que causa o estranhamento a partir do trabalho alienado, é que se tem o tolhimento da subjetividade dos indivíduos, tanto para si, como para sua relação com os outros.

Dessa forma, podemos compreender como os seres se tornam individualistas em um mundo criado por e pelas relações sociais na sociedade capitalista. Individualidade esta que se forja e é forjada nas relações sociais determinadas pela dinâmica capitalista. Esse estranhamento que se alavanca em seu próprio corpo e sua vitalidade, além da sobrecarga e do desencontro com a riqueza produzida, nos mostra que o homem se perde de si, já que apenas vive para o trabalho.

O trabalho, como atividade livre e consciente, especifica a generalidade do homem, que o distingue dos animais, lhe é negado e quando se evidencia alienado, transforma-se em simples atividade de subsistência contraposta ao seu ser. Nessa atividade alienante, negadora da essência humana, o homem [...] não se afirma, antes se nega, no seu trabalho; não se sente bem, mas desgraçado; não desenvolve qualquer livre energia física ou espiritual, antes mortifica o seu físico e arruína o seu espírito (MARX, 2015, p. 308).

Marx (2015) denomina o trabalho obrigatório como um “auto-sacrifício”, uma vez que os trabalhadores estão vinculados a um processo de exploração que não o possibilita de variadas escolhas, além da sobrevivência. É cabível aqui observar como o trabalhador cede ao capital sua força física e psicológica que o torna refém do modo de produção capitalista, desencadeando para além de um esgotamento, algo que os aproxima das formas de reprodução mais animal que humana quando, contraditoriamente, está desenvolvendo essas capacidades com nenhum outro ser vivo. Assim, tendo suas capacidades essencialmente humanas tolhidas, e que são também estranhadas, é forçado a se realizar negando sua essência. Dessa forma, subordinado aos ideais da burguesia, visto que está atrelado às condições objetivas de suas reprodução física e material, é nessa linha de pensamento que pode-se perceber como as subjetividades dos indivíduos se constituem e se exercem sob as ordens dessa forma de produção social da vida.

Chega-se por conseguinte, ao resultado de que o homem [o trabalhador], se sente como [ser] livre e ativo em suas funções animais, comer e procriar, quando muito ainda habitação, adornos etc., e em suas funções humanas só [se sente] como animal. O animal se torna humano, e o humano, animal (MARX, 2015, p.83).

De maneira a tentar compreender os impactos da objetividade do capitalismo na subjetividade humana, especificamente nos casos de suicídio, Marx (2006, p.48) em *Sobre o suicídio* afirma: “Vê-se que na ausência de algo melhor, o suicídio é o último recurso contra os males da vida privada”. Portanto, é uma determinação social que aparece como um problema do indivíduo com uma solução na vida privada. Assim, sua resolutividade não ocorre no coletivo, mas no individual de cada ser, onde há o impacto de todas as questões da vida social de modo estranhado. No quesito dessa individualidade, o homem não enxerga que aquilo que o faz padecer é um reflexo da sua vida social.

O autor ainda continua, ao exemplificar um caso de suicídio proveniente de variáveis socioeconômicas, dizendo que: “Entre as causas do suicídio, contei muito frequentemente a exoneração de funcionários, a recusa de trabalho, a súbita queda dos salários, em consequência de que as famílias não obtinham os meios necessários para viver, tanto mais que

a maioria delas ganha para comer” (MARX, 2006, p. 48). Ou seja, permite refletir como as condições materiais de vida e trabalho impactam diretamente no desejo dos indivíduos de viverem. Sem meio de subsistência, o sujeito encontra no suicídio, uma saída para um problema real que acomete a sociedade capitalista.

Ao atentar-se para a vida privada que é produto do que é construído coletivamente, pode se notar os impactos e as manifestações da sociedade regida pelo modo de produção capitalista que exprime variadas formas de opressão para além da exploração da classe trabalhadora que resulta no suicídio.

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. As doenças debilitantes, contra as quais a atual ciência é inócua e insuficiente, as falsas amizades, os amores traídos, os acessos de desânimo, os sofrimentos familiares, as rivalidades sufocantes, o desgosto de uma vida monótona, um entusiasmo frustrado e reprimido são muito seguramente razões de suicídio para pessoas de um meio social mais abastado, e até o próprio amor à vida, essa força energética que impulsiona a personalidade, é frequentemente capaz de levar uma pessoa a livrar-se de uma existência detestável (MARX, 2006, p. 24).

Portanto, se o suicídio se expressa e abarca toda uma sociedade para além da questão da sobrevivência da classe trabalhadora, é necessário entender que para além das causas mostradas na citação anterior em que Marx (2006) vincula as classes abastadas, vale destacar que na classe trabalhadora esse vínculo é feito também para as necessidades materiais. Desse modo é importante ressaltar o que Marx (2015) aborda sobre o estranhamento que se constitui sob os ditames do modo de produção capitalista. Constituindo assim as bases materiais para as relações sociais permeadas pela negação de diferentes escolhas, que a partir do desenvolvimento da sua humanidade, se tornam genéricos. E essas relações que envolvem indivíduos de ambas classes, são tomadas da mesma forma quando socialmente, todos têm sua subjetividade tolhida. Marx (2015), ressalta que o fenômeno do suicídio se expressa como consequência dos males da sociedade burguesa, em que sujeitos escolhem não fazer parte de um mundo que estabelece suas condições e relações permeadas pelo capitalismo.

Löwy a partir de Marx (2006) em *Sobre o suicídio* observa sentenças que definem bem o contexto social do suicídio, como por exemplo: a relação humana dentro do capitalismo de hostilidade mútua e mobilização de uma guerra interna entre as próprias vítimas do modo de produção, gerando um cenário desesperador em que o indivíduo se encontra como o oprimido ou o opressor, em uma relação de luta entre classes: burguesia e trabalhadores assalariados.

Entretanto, esta publicação se mostra tão relevante quando debatemos o suicídio principalmente pelo fato de criar uma visão ampliada a respeito das camadas da sociedade que são afetadas por este fenômeno, isto é, no recorte que também deve ser feito para além da exploração econômica.

Para Marx/Peuchet a crítica da sociedade burguesa não se pode limitar à questão da exploração econômica - por mais importante que seja. Ela deve assumir um amplo caráter social e ético, incluindo todos os seus profundos e múltiplos aspectos opressivos. A natureza desumana da sociedade capitalista fere os indivíduos das mais diversas origens sociais (LÖWY, 2006, p.17).

Quando pensado de maneira abrangente em um sistema que afeta toda uma sociedade, também é necessário se adentrar nos comportamentos culturais advindos de uma longa raiz de costumes societários, como o patriarcado. Löwy (2006, p.18) traz esse questionamento quando pergunta: “quem são as vítimas não proletárias levadas ao desespero e ao suicídio pela sociedade burguesa?” Marx (2006) através do ensaio *Sobre o suicídio* leva o leitor a crer que são as mulheres. Isto é, através de violências de gênero não relacionadas diretamente a desvantagem socioeconômica, mas pela constituição da família na sociedade burguesa.

Graças às condições sociais que ignoram o amor verdadeiro e livre, e à natureza patriarcal tanto do Código Civil como das leis de propriedade, o macho opressor pode tratar sua mulher como um avarento trata o cofre de ouro, a sete chaves: como uma coisa, “uma parte de seu inventário”. A reificação capitalista e a dominação patriarcal são associadas por Marx nessa acusação radical contra as modernas relações da família burguesa, fundadas sobre o poder masculino (LÖWY, 2006, p.19).

Nota-se então os contratos estabelecidos na sociedade capitalista em relação à propriedade privada, também se constituem em relação à mulher, o que Marx (2006) denuncia em sua obra reiterando o domínio do homem dentro das famílias burguesas.

Cabe a importância de explicitar os diversos aspectos opressivos que perpassam a classe trabalhadora e afetam também a subjetividade da burguesia, como o patriarcado, as relações sociais e familiares, as doenças e até o desinteresse pela vida que é colocada para o indivíduo. Portanto, nos mostrando como estas também estão relacionadas quando há o debate sobre o suicídio. Pode-se fazer a reflexão sobre como o ato de tirar a própria vida não está exclusivamente ligado à falta de condições materiais de sobrevivência e à exploração econômica, mas diretamente à atual forma de produção e reprodução da vida sobre a lógica capitalista que vigora em um modo que é avesso à própria humanidade. Na sociedade

capitalista, todos são atingidos pelas determinações dessa forma de sociabilidade, em que a prioridade é a acumulação de capital, e não a realização humana.

Desse modo, Marx (2006) nos traz importantes reflexões a respeito do suicídio na sociedade moderna, em que o fenômeno é intrínseco ao sistema capitalista e a sua forma de produção e reprodução. Nessa condição, em que o lucro é fundamental, os sujeitos tendem a forjar sua subjetividade para se adaptar, ignorando sua essência humana, seja parte da classe trabalhadora ou da burguesia.

Contudo, é a partir da perspectiva da exploração da classe trabalhadora que é a base da sociedade capitalista, que discutiremos o fenômeno do suicídio a partir do seu sofrimento psíquico nos capítulos subsequentes. A partir da constituição dessa formação social em que favorece o terreno para compreensão dos “males da vida privada” (MARX, 2015). Essa escolha parte de uma importante questão, visto que até o tolhimento da subjetividade dos indivíduos, e consequentemente o sofrimento psíquico, será encarado e cuidado diferentemente em uma sociedade de classes, sabendo que apenas uma dessas tem condições materiais de lidar com os males apresentados. Portanto, sendo a determinação da exploração econômica parte primordial deste estudo.

## **2.2 O suicídio na concepção durkheimiana**

É importante situar que o debate sobre o suicídio é amplamente discutido em diferentes correntes teóricas, como Karl Marx, Émile Durkheim, Paul-Michel Foucault, Christophe Dejours e Florence Bègue, entre outros. As duas principais concepções no âmbito das ciências sociais se constituem a partir de Marx, já apresentada e que fundamentará a análise do trabalho, e a do sociólogo Durkheim. Assim, apesar dos dois autores abordarem o mesmo fenômeno na sociedade moderna, os discute a partir de concepções teóricas diferentes, visto que Durkheim não levará o debate para a esfera econômica e da luta entre as classes sociais. Durkheim (2007) demonstra porque não considera essas duas dimensões:

Quanto à densidade material - se entendermos por isso não apenas o número de habitantes por unidade de superfície, mas o desenvolvimento das vias de comunicação e de transmissão -, ela marcha ordinariamente no mesmo passo que a densidade dinâmica e, em geral, pode servir para medi-la. Pois, se as diferentes partes da população tendem a se aproximar, é inevitável que elas abram caminhos que permitam essa aproximação, e, por outro lado, só podem se estabelecer relações entre pontos distantes da massa social se essa distância não for um obstáculo, isto é, se ela de fato for suprimida. Há no entanto exceções, e incorreríamos em sérios erros se julgássemos sempre a concentração moral de uma sociedade com base no grau de

concentração material que ela apresenta. As estradas, as vias férreas, etc., podem servir mais ao movimento dos negócios do que à fusão das populações, que elas então só exprimem muito imperfeitamente (DURKHEIM, 2007, p.116).

Na metodologia de pesquisa de Durkheim (2000), o autor buscava se basear no estudo dos fenômenos sociais de modo objetivo, definindo um distanciamento entre as ideologias pessoais do pesquisador e o objeto de pesquisa. Dessa forma, ele desenvolve o conceito de fatos sociais, que são compostos por três elementos: a exterioridade, que caracteriza o fato social como um produto coletivo; a coercitividade, que é a manifestação imposta aos indivíduos; e a generalidade, que diz respeito a um padrão coletivo e não isolado, sendo comum a uma sociedade. Em seu método Durkheim defende a neutralidade daquele que realiza o estudo, criando uma pesquisa que busque evidenciar os fatos sem um ideal defendido.

É a partir deste método em que Durkheim (2000) se propõe a analisar o fenômeno do suicídio, se apropriando da temática a partir de uma lógica coletiva, não individual nem psicológica. Essa maneira de pensar sobre o suicídio, diz na realidade, que a temática vai além do que acontece na esfera orgânica e da consciência mental individual, estando relacionadas às causas sociais, estas definidas pelos elementos que fazem parte da vida social dos sujeitos.

Seguindo esse raciocínio, o sociólogo se propõe a pensar o suicídio como: “todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado” (DURKHEIM, 2000, p.14). Sendo assim, a partir desse pensamento coletivo, entende-se que o fenômeno para Durkheim, deve ser analisado socialmente através do contingente que é dado por meio dos números de suicídios em cada período histórico. Para o autor, é da natureza social seu acontecimento, e existe uma predisposição social para uma quantidade de mortes voluntárias em cada sociedade (DURKHEIM, 2000, p.24).

É que toda ruptura do equilíbrio social, quando eclode repentinamente, sempre leva tempo para produzir todas as suas consequências. A evolução do suicídio compõe-se assim de ondas de movimento, distintas e sucessivas, que ocorrem por ímpetos, desenvolvendo-se durante um tempo, depois se detendo para em seguida recomençar (DURKHEIM, 2000, p.19).

Na concepção de suicídio para o sociólogo, a forma como os indivíduos em uma sociedade interagem entre si, importa na medição das taxas de suicídio, uma vez que parâmetros como a *coesão social* de uma sociedade são usados na teoria social de Durkheim,



delimitando que quanto mais coesa uma sociedade, menores os números de morte por suicídio.

É importante exibir os tipos de suicídio para Durkheim (2000), que identifica e os caracteriza como: o suicídio *altruísta*, *egoísta* e o *anômico*. No suicídio altruísta, o sociólogo define esse fenômeno como um comportamento advindo de um sentimento de vergonha ou decepção à um determinado grupo social o qual um indivíduo se encontra inserido. Sendo assim, um tipo de morte que ocorre por desonra ou por proteção a sua família, para preservar o bem-estar ou gerando um sentimento de conclusão de seus objetivos em vida.

Diferentemente, ocorre o suicídio egoísta, que trata do isolamento dos sujeitos e falta ou enfraquecimento de vínculos, isto é, aqueles que não possuem compromissos com a família, religião ou algum grupo social que os afastaria de cometer o ato do suicídio. Como exemplificação, Durkheim (2000) se apropria de homens solteiros e de mulheres viúvas, explicando o distanciamento da construção coletiva de consciência, onde o individual prevalece.

Por último, o *suicídio anômico* diz respeito à baixa da consciência coletiva, e consequentemente da moral, onde mostra uma baixa *coesão social* de uma sociedade que não demonstra seus limites e regulamentações, fazendo com que os indivíduos fiquem sem referências a seguir e sejam sucumbidos ao desespero.

Entretanto, a problemática que é estabelecida por Durkheim (2000) para estes indivíduos com falta de referências, é que para o sociólogo, a solução seria a adequação em corporações que busquem organizar a sociedade através de indivíduos com gostos em comum e que produzam as mesmas coisas, dessa forma atingindo a *coesão social*. Porém, isto implica na idealização da inserção dos sujeitos no mercado de trabalho como uma atividade integrativa, porém sem considerar elementos analisados por Marx, como a sociedade capitalista e a exploração da classe trabalhadora juntamente do estranhamento dos sujeitos, como um problema central. Durkheim apenas considera de maneira pontual as mudanças que devem ser feitas para que ocorra um funcionamento ideal e harmônico da sociedade moderna.

Apesar de Durkheim não debater a respeito de classes sociais, ele analisa e identifica o suicídio anormal também na sociedade capitalista. Além disso, reflete sobre o fenômeno de maneira objetiva através do seu conceito de fato social, se preocupando em trazer uma ciência que pudesse abarcar reformas e análises sobre o problema, sem se apropriar de uma ideação. É perceptível a forma em que o sociólogo afinca seus métodos de análise e objetivos de maneira diferenciada da teoria social de Karl Marx. Um exemplo disso é no seguinte trecho,

que ao explicar o conceito de anomia e os tipos de suicídio, ele demonstra a forma como conduz sua pesquisa baseada nos fatos sociais da realidade analisada, sem levar seu debate para outras dimensões da sociabilidade:

A anomia é, portanto, em nossas sociedades modernas, um fator regular e específico de suicídios; é uma das fontes em que se alimenta o contingente anual. Difere [dos outros tipos de suicídio] na medida em que depende, não da maneira da qual os indivíduos estão ligados à sociedade, mas da maneira pela qual ela os regulamenta. O suicídio egoísta tem como causa os homens já não perceberem razão de ser na vida; o suicídio altruísta, essa razão parece-lhes estar fora da própria vida; [o suicídio anômico] tem como causa o fato de sua atividade se desagregar e eles sofrerem com isso. Por sua origem, daremos a essa última espécie o nome de *suicídio anômico* (DURKHEIM, 2000, p.328).

Ao elucidar ambas as concepções de Durkheim e Marx quanto à temática estudada, nota-se que para Marx, o debate do suicídio está relacionado ao modo de sistema capitalista e a crítica da vida privada (MARX, 2006). E é nessa perspectiva, da sociedade capitalista, que o fenômeno do suicídio terá condição de ser compreendido acerca da vida privada e suas consequências. Além disso, abarcando a realidade brasileira, para que possamos construir um estudo das políticas públicas existentes para sua prevenção.

Por fim, é reconhecida a importância do debate trazido por ambos na sociedade moderna, entretanto, a fim de seguir um raciocínio que considera os elementos sociais intrínsecos no modo de produção capitalista e a disputa de classes envolvida, neste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), a concepção de suicídio que se adotará, é a marxiana. A escolha desta concepção para orientar a pesquisa se baseia no objeto do trabalho, que é realizado por estudantes de Serviço Social e pretende se basear na realidade capitalista através da análise de suas contradições. Além disso, de garantir que a teoria escolhida tenha coerência teórica e política com o projeto de formação disposto nas diretrizes curriculares e, por conseguinte, no projeto ético político da profissão. Dessa forma, considerando os debates relevantes do suicídio na sociedade moderna, cabe a reflexão da sua articulação nas amarras da sociedade capitalista e sua influência nos períodos de crise.

### **2.3 O suicídio e sua relação com as crises na sociedade capitalista**

Neste subtítulo, serão trazidos períodos de crise do capitalismo vivenciados pela história que tiveram expressivos números de suicídios como consequência. Crises estas que se fundamentam a partir do contexto social, econômico, político e cultural experienciados

através do que o capital defende como aspecto primordial: a exploração e garantia de lucro contra a classe trabalhadora. As crises escolhidas partiram de 1929 por conta da sua gravidade e magnitude mundial, além de fornecerem dados mais precisos em relação ao objeto. A seguir serão trazidas outras crises de destaque mundial: a década de 1940 pós Segunda Guerra Mundial; a seita conhecida como Jonestown em 1979; a década de 1980 conhecida como “década perdida” na América Latina e o período do governo de Fernando Collor de Mello (PRN) na década de 1990 no Brasil. Para fechar esses exemplos, dois momentos mais recentes enfrentados pelo mundo: a crise de 2008 e a pandemia de Covid-19 em 2020.

A partir da teoria social de Marx escolhida como base para a discussão do debate do suicídio na sociedade contemporânea, identifica-se que na sociedade capitalista há um reflexo a ser comentado: a forma como o suicídio se expressa em períodos de crise. As crises “[...] são constitutivas do capitalismo: não existiu, não existe e não existirá capitalismo sem crise” (NETTO; BRAZ, 2008, p. 157 *apud* ALBUQUERQUE, 2018, p. 87).

Marx (2006) ressalta que as crises na sociedade capitalista tem relação direta com o suicídio, visto que nesses períodos também pode se notar o aumento no número de casos.

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 (MARX, 2006, p.24).

Um exemplo histórico é o ocorrido durante a Crise de 1929, onde o principal marco da mesma é a lembrança da quantidade de empresários que cometeram o suicídio devido à queda da bolsa de valores. Ainda nesse exemplo de aumento dos casos de suicídio em períodos de crise, também é possível reforçar outra afirmação anteriormente destacada: o suicídio como fenômeno abrangente até mesmo da burguesia, classe esta que não é explorada economicamente.

Quando observados os picos de suicídios alcançados em períodos de crise, é importante pontuar fenômenos globais como períodos de guerra. Um dos exemplos mais vívidos é o acontecido no pós Segunda Guerra Mundial com as consequências vivenciadas principalmente na Alemanha, após período de repressão nazista, onde o próprio líder do movimento, Adolf Hitler, responsável pelo movimento de grande impacto ideológico que matou cerca de seis milhões de pessoas, suicidou-se em 1944. O reflexo do alto número de

suicídios no território alemão derrotado após a guerra em 1945 foi calculado por historiadores e mostrado em uma matéria do jornal Aventuras na História (2021):

Historiadores calculam que, nos últimos meses da Segunda Guerra, cerca de 10.000 e 100.000 pessoas tiraram suas vidas por motivos relacionados ao nazismo. Segundo Huber, os rios alemães se tornaram cemitérios a céu aberto. “As testemunhas se lembram de pessoas penduradas em árvores por toda parte”, comenta. O caso mais extremo dos suicídios coletivos aconteceu na cidade de Demmin, no nordeste da Alemanha. Na época, a região tinha aproximadamente 15.000 habitantes. Entre 700 e 1.000 cidadãos tomaram a decisão de juntar-se à loucura, coletiva, do Führer. Esse foi o maior suicídio em massa que já aconteceu na história do país (BARREIROS, 2021).

Fica ainda mais perceptível a análise sobre a tendência suicida em períodos de crise quando nos deparamos com o trecho: “Seja por medo dos vencedores, fanatismo, ou culpa pelas atrocidades cometidas pelo nazismo, milhares de alemães tiraram suas vidas em um curto período de tempo por consequência do regime vigente” (BARREIROS, 2021). Esse fato nos mostra como a realidade do período afetou a saúde mental de forma objetiva e subjetiva de toda uma população que via o suicídio como única forma de não estar em um mundo que atravessava uma crise. Além disso, outro ponto a ser observado é a de como problemas sociais são vistos e se tornam questões pontuais e individuais. Apesar do impacto coletivo, o individualismo exacerbado construído propositalmente, separa questões que perpassam um conjunto de pessoas.

O pós-guerra se tornou um evento marcante para observar esse fenômeno, em que inúmeras famílias tiravam a vida de seus membros e de si próprias. De acordo com a matéria publicada pelo jornal O GLOBO (2015), que traz histórias reveladas no livro *Kind, versprich mir, dass du dich nicht erschießt*, com a tradução para “Criança, prometa-me que não vais te suicidar”, mostra que esses acontecimentos não foram restritos à cúpula nazista (RUETHER, 2015).

Depois de mais de 12 anos de regime nazista, as pessoas se deparavam com o nada, como se o mundo tivesse acabado. Mas havia também a convicção da culpa que haviam acumulado nesses anos e o medo terrível de que os inimigos vitoriosos na guerra praticassem contra elas as mesmas atrocidades que os nazistas haviam cometido contra os judeus — explica Huber (O GLOBO, 2015).

O alemão Florian Huber, escritor e documentarista que recontou a história de milhares de alemães deixados em seus diários, entrevistado pela Deutsche Welle em 2015, e publicado pela BBC News Brasil em 2020, relata:

Essa narrativa sobre os russos causava terror, especialmente quando os refugiados — que haviam sofrido crimes e abusos sexuais em outros lugares — agregavam experiência a esses rumores. O pânico, reforçado por essas vivências reais de violência, chegou a ponto de ebulição. As pessoas acreditavam que a única forma de escapar desses horrores era pelo suicídio (HUBER, 2015).

Além desse fator, Hubber relata que “Hitler despertava uma espécie de frenesi entre os habitantes de Demmin, muitos dos quais mantiveram até o fim a simpatia pelo líder nazista” (BBC News Brasil, 2020). Portanto, diversas eram as razões encontradas pela população para buscar o suicídio como solução para os problemas, fato esse que prova como o coletivo já se afetava nas questões que atravessavam as relações sociais em um período marcado também por uma crise econômica e política com uma mudança geopolítica do capitalismo.

Um fenômeno que também se insere no contexto do suicídio em nível global, é o recorte cultural que deve ser feito quando apresentado ocorrências de suicídios coletivos. Um exemplo disso é o fanatismo religioso e a submissão à líderes políticos e religiosos como influência nas causas de suicídio. Uma prova de que uma ideologia pode ser o marco de um grande número de mortes por suicídio, foi o ocorrido em 1979, um caso de grande notoriedade mundial de suicídios em massa orquestrado pelo pastor e fundador de uma seita religiosa socialista, Jim Jones. Segundo a matéria da BBC:

Apesar de promover curas "milagrosas" fraudulentas, Jones promoveu ideais igualitários, como impor vestuário modesto para os frequentadores de cultos, distribuição de comida gratuita e mesmo o fornecimento de carvão para famílias mais pobres no inverno, o que atraiu um imenso contingente de fiéis de perfis raciais mais diversos (BBC, 2018).

Chamado de Jonestown, o local se encontrava na região da floresta amazônica, na Guiana, e contava com uma estrutura para os membros viverem isolados sobre as regras e punições do ditador. Mais de 900 pessoas morreram em nome do líder e de sua crença, vivendo fiéis ao pastor e a busca por condições de vida igualitárias e meios de subsistência acessíveis. No entanto, observa-se a tendência suicida para além de uma influência ideológica de um líder poderoso, mas também como último recurso para aqueles que não estão em uma posição de privilégio.

Se tratando das crises, não se pode deixar de mencionar a crise econômica e política enfrentada pela América Latina na década de 1980, conhecida como “década perdida”. No Brasil, ainda governado por militares, a dívida externa e consequentemente a inflação atingia

a população diretamente, sendo a fome uma realidade de grande parcela dos brasileiros, e que também causou inúmeras mortes. Dessa forma, a crise do período de regime militar, esta econômica e social, fez com que sua força política fosse perdida.

Na década de 1980, ocorreram 43.131 óbitos por suicídio em todas as faixas etárias no país (média de 4.313,1 mortes/ano), subindo para 60.543 nos anos 1990 (média de 6.054,3 óbitos/ano) (MINAYO et al, 2012, p. 302). Para além dos números, é necessário refletir sobre as transformações que afetaram a sociedade brasileira nesse período, e que podem ter influenciado nesse aumento. Assim, é visível como cenários de crises do capitalismo culminam em maiores números de casos de tentativas e de suicídios.

Da crise do capitalismo ainda estabelecida pelo regime militar na década de 1980 até a redemocratização em 1985, a década de 1990 não apresenta um cenário diferente em relação às crises. Ainda em um período de alta inflação e dívida externa, o presidente da época entre 1990-1992, Fernando Collor de Mello (PRN), utilizou do famoso Plano Collor, para tentar estabelecer a economia por meio do seu discurso liberal, e futuramente, do confisco da poupança dos brasileiros.

É possível visualizar como muitos daqueles afetados diretamente pelo Plano Collor, consistiam em empresários e sujeitos com condição financeira para ter a caderneta de poupança pensando no futuro, mostrando que a crise do capitalismo não afeta sempre e somente o mais pobre, mas todos aqueles que constituem uma sociedade de produção e reprodução de capital.

Trazendo exemplos mais recentes dos anos 2000, em 2008 o mundo vivenciou novas taxas elevadas de suicídio recorrentes a crise causada por empréstimos imobiliários nos Estados Unidos, dessa vez, o impacto do suicídio neste específico período foi calculado em um artigo feito através da BMJ (British Medical Journal):

Encontramos um aumento claro no suicídio após a crise econômica global de 2008; houve cerca de 4.900 suicídios em excesso somente no ano de 2009, em comparação com os esperados com base em tendências anteriores (2000-07). Houve diferenças importantes em homens e mulheres, bem como no padrão de idade em diferentes grupos de países. Os aumentos foram principalmente em homens dos 27 países europeus e 18 países americanos estudados. As taxas de suicídio em todas as idades em homens europeus e americanos foram, respectivamente, 4,2% e 6,4% maiores em 2009 do que o esperado se as tendências anteriores tivessem continuado (BMJ, 2013, p. 5239).

O Jornal britânico ainda reforça através da pesquisa, a intensidade que as taxas de suicídio tende a se elevar em períodos globais de crise, por meio do trecho:

Crises econômicas agudas e aumentos no desemprego podem levar a maior medo e ansiedade em países com taxas de base mais baixas e, portanto, maiores aumentos no ráveis de suicídio; embora estudos anteriores sugiram que esses riscos não são inevitáveis (BMJ, 2013, p. 5239).

Por último, mas não menos importante, a recente crise da pandemia mundial de Covid-19 em 2020 resultou em inúmeras mortes em todos os países, e também gerou diversas consequências sociais, econômicas e políticas. Para além disso, o isolamento social e a dificuldade encontrada pela população em sobreviver e se relacionar, afetou diretamente a saúde mental desses sujeitos que foram obrigados a viver então, a partir de uma nova formulação de rotina. Assim, após cinco anos ainda não se pode medir em dados todos os resultados desse sofrimento causado, porém já se pode relacionar o suicídio com a causa do que foi vivido nesse período. É o que demonstra a matéria da BBC News Brasil, sobre os Estados Unidos:

O número de suicídios tem crescido de forma constante desde a virada do século e está agora no nível mais alto já registrado. Segundo o CDC (Centros de Controle e Prevenção de Doenças, agência de pesquisa em Saúde Pública ligada ao Departamento de Saúde americano), foram confirmados 49.449 suicídios em 2022, ano mais recente com dados disponíveis (BBC NEWS BRASIL, 2024).

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), estudos realizados ainda em 2021, revelaram que a pandemia ampliou os fatores de risco associados ao suicídio. Dentre eles estão: situação econômica, trauma ou abuso, transtornos mentais e dificuldades em se acessar os serviços de saúde. Junto da propagação do vírus, a realidade mostra que a saúde mental da população também se fragilizou devido ao contexto vivenciado.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) se prepara para até o ano de 2026, reconstruir a maneira em que o suicídio é tratado como forma de conscientização e prevenção, através do “Mudando a Narrativa sobre o Suicídio” e com o “Comece a Conversa”, e de até 2030 reduzir os números de casos. “A meta é dedicar maior atenção ao problema, reduzir o estigma e aumentar a consciência de organizações, governos e o público, ressaltando que os suicídios são evitáveis” (ONU, 2024).

Enquanto estudo que exemplifica alguns casos de crise do capitalismo e a sua relação com o suicídio, é importante demarcar todos os elementos que configuram o sofrimento psíquico, especialmente na classe trabalhadora. Sabe-se que há duas condições: o desemprego advindo de uma consequência do modo de produção capitalista que exclui uma parcela de

indivíduos, e a exploração direta através do trabalho. É preciso observar como, nos dois casos, as pessoas são afetadas e estão à deriva do sofrimento psíquico, seja por falta de meios de sobrevivência, ou pela exaustão física e mental que acometem o mundo do trabalho. Este processo se complexifica em países de capitalismo periférico<sup>2</sup> como o Brasil. Isso é confirmado na pesquisa de Barreto e Souza (2021), estudo este que busca:

Estimar e comparar o coeficiente de mortalidade por suicídio de acordo com a situação de ocupação (pessoas registradas com alguma ocupação e pessoas registradas como “desempregadas”) na população brasileira em período anterior (2011- 2013) e durante a crise econômica (2014-2016) (BARRETO; SOUZA, 2021, p.5871).

Neste estudo, a partir do coeficiente de mortalidade (CM) pode se encontrar:

Poucas pessoas tinham “desempregado” como ocupação registrada, mas foi neste grupo que se observou o maior aumento do número de mortes por suicídio, que passou de 457 óbitos em 2011-2013 para 728 óbitos em 2014-2016 (Tabela 1). Apesar desse aumento, o CM por suicídio foi maior entre pessoas registradas com alguma ocupação do que entre as pessoas cuja ocupação foi registrada como “desempregado” em todos os anos do estudo. [...] Para o período de 2014-2016, o CM por suicídio de pessoas registradas com alguma ocupação aumentou 25,0%, enquanto para pessoas registradas como “desempregadas” diminuiu de 43%. Entre as pessoas registradas como “desempregadas”, o maior valor do CM por suicídio ocorreu em 2014 (CM 4,31/100.000), enquanto para as pessoas registradas com alguma ocupação o maior valor ocorreu em 2016 (CM 6,89/100.000) (BARRETO; SOUZA, 2021, p.5871).

Portanto, ressaltando que apesar dos desempregados ocuparem um menor índice, o aumento de óbitos por suicídio é um dado determinante. Por isso, não se exclui que o desemprego se encontra dentro do fator de risco ao suicídio, na realidade, o que deve ser de fato debatido são as diferentes e amplas formas como o modo de produção capitalista pode estabelecer o estranhamento, causando na atualidade, o sofrimento psíquico. E que, apesar disso, a realidade é ainda mais preocupante para aqueles que se configuram como trabalhadores.

O maior risco de morrer por suicídio entre as pessoas que registradas com alguma ocupação, quando comparado às pessoas registradas como “desempregadas” pode estar relacionado às mudanças ocorridas no mundo

---

<sup>2</sup> Para aprofundamento no debate sobre a relação centro x periferia e capitalismo periférico sugerimos a análise realizada por Celso Furtado em sua obra *O Mito do Desenvolvimento Econômico*, publicada em 1974, em que o autor demonstra como o desenvolvimento econômico ocorrido nos países centrais no século XX não se torna uma realidade para os países periféricos, onde vigora um “mito” desenvolvimentista, em que não se efetiva a universalização de um padrão de consumo e industrialização como ocorrido naqueles, restando a estes uma mera “imitação” desse padrão.



do trabalho nas últimas décadas. O sofrimento psíquico associado ao trabalho está ligado diretamente à lógica destrutiva do capital, que não reconhece nenhuma barreira para a precarização do trabalho, explorando a força de trabalho ao extremo, ao tempo que abrevia seu tempo de uso e coloca os trabalhadores num patamar de descartabilidade (uma vez que muitos acabam por ficar incapacitados de forma definitiva para o trabalho) (BARRETO; SOUZA, 2021, p.5875).

Contudo, é primordial ressaltar as mudanças que o capitalismo tem exercido no mundo do trabalho e principalmente, na vida privada dos sujeitos. São inúmeras as perdas vivenciadas pela classe trabalhadora, no aspecto dos direitos sociais, previdenciários e trabalhistas ocorrido por um movimento neoliberal desde a década de 1990 no Brasil. Por isso, é fácil relacionar e compreender como essa condição afeta diretamente o âmbito privado, já que tem sua subjetividade tolhida a partir de uma existência baseada em produzir e reproduzir, e que tende a não se enxergar. As consequências disto são visualizadas no aspecto do sofrimento psíquico do sujeito, que apesar de passar por uma condição coletiva, se vê sozinho.

No aspecto das mudanças do mundo do trabalho, a realidade atual é vivenciada por uma crise na geração de empregos, impossibilitando ainda mais a venda da força de trabalho assalariada da classe trabalhadora. Nota-se o agravamento da insegurança alimentar e de moradia, condenando um grande número de indivíduos a permanecerem dentro do que Marx (2013) conceitua como exército industrial de reserva. Assim, sem que haja qualquer chance de adentrar no mercado de trabalho e sofrer as explorações inerentes, uma vez que a tendência industrial atual é de que a força de trabalho e intelectual humana seja acumulada a somente uma pequena parcela de empregados ou substituída por tecnologia e maquinários. Mudanças estas ocorridas pela composição orgânica do capital em face de seu processo de contínua acumulação.

O trabalhador da realidade atual, principalmente no Brasil, um país de capitalismo periférico, lida com inúmeras questões trazidas pela construção do capitalismo vivido na América Latina. Além das opressões de raça e gênero, Albuquerque (2018, p. 54) ressalta em seu estudo ao escrever que “os homens passam a não se reconhecer enquanto gênero, a consciência lhe é negada, a liberdade e a universalidade se expressam de forma limitada, pois os homens não se apropriam mais de suas reais capacidades.” No aspecto da classe, o trabalho é determinado como o único fator importante da vida humana. Marx confirma esse ponto em:

o trabalhador não está, em face daquele que o emprega, na posição de um livre vendedor [...]. O capitalista é sempre livre de empregar o trabalhador, e o operário é

sempre forçado a vendê-lo [...]. O trabalho é a vida, e se a vida não se troca todos os dias por alimentos, sofre e em breve perece (MARX, 2015, p. 260).

Nesse sentido, além do desemprego e do exército industrial de reserva, a classe trabalhadora brasileira convive hoje com o trabalho informal, a escala 6x1, o estabelecimento de metas e de alta produtividade em troca de, na maioria das vezes, um salário mínimo. Para os mais jovens, a incerteza da entrada no mercado de trabalho dificulta que o mesmo se qualifique através apenas dos estudos, que também não garante estabilidade. Alinhado a um sentimento de solidão nessas dificuldades encontradas, o sofrimento psíquico a partir de doenças como depressão, ansiedade e *burnout* se tornam cada dia mais comuns entre os mais jovens até os mais velhos. Marx (2006, p.16) ressalva que “a classificação das causas do suicídio é uma classificação dos males da sociedade burguesa moderna”.

A partir do conceito de suicídio, Albuquerque (2018, p.13) reafirma que “o suicídio não mais pode ser e não será interpretado como um ato isolado, mas sim como um ato coletivo produzido socialmente que se concretiza na vida privada do indivíduo que o comete”. Marx (2006) também estabelece uma análise que se relaciona com os conceitos debatidos anteriormente:

Antes de tudo, é um absurdo considerar antinatural um comportamento que se consuma com tanta frequência; o suicídio não é, de modo algum, antinatural, pois diariamente somos suas testemunhas. O que é contra a natureza não acontece. Ao contrário, está na natureza de nossa sociedade gerar muitos suicídios, ao passo que os tártaros não se suicidam. As sociedades não geram todas, portanto os mesmos produtos; é o que precisamos ter em mente para trabalharmos na reforma de nossa sociedade e permitir-lhe que se eleve a um patamar mais alto (MARX, 2006, p.25).

Em conclusão com os apontamentos feitos durante o capítulo desta monografia, compreende-se o fenômeno do suicídio para além de uma concepção individual, mas coletiva, e que possui particularidades quando observado sob a égide do capitalismo, onde cabe-se uma melhor compreensão quando pensado em uma realidade social específica, como um estudo aplicado à especificidade brasileira.

### 3 SUICÍDIO NO BRASIL COMO OBJETO DA INTERVENÇÃO ESTATAL

O segundo capítulo da monografia se encontra dividido em três subtítulos: “notas para se pensar o suicídio na realidade brasileira”; “o discurso médico frente a temática do suicídio e a relevância dos determinantes sociais no processo saúde-doença”, e por fim, a “apresentação das políticas públicas de *prevenção* ao suicídio no Brasil”.

No primeiro subtítulo é apresentada uma prévia com destaques de como se deve pensar o suicídio na realidade brasileira, discutindo-se as particularidades do capitalismo no Brasil, e a forma como o país é impactado com este fenômeno. No segundo subtítulo, o enfoque ocorre no poder do discurso médico no debate do suicídio, da saúde mental e principalmente, do controle dos sujeitos. A partir disso, discutiremos como as políticas públicas se fomentam a partir desse discurso, e da importância dos determinantes sociais para se compreender o processo saúde-doença. Por fim, no terceiro subtítulo serão apresentadas as políticas públicas constituídas como políticas de prevenção ao suicídio, desde sua origem ao seu funcionamento a fim de conhecer na especificidade da realidade brasileira.

#### 3.1 Notas sobre o suicídio na realidade brasileira

O fenômeno do suicídio para ser pensado de acordo com a realidade brasileira, deve ser levado em consideração as particularidades do sistema capitalista em um país de capitalismo periférico, assim como introduz Cynthia Studart Albuquerque e Rachel Araujo de Matos no artigo *Produção social do suicídio e ‘questão social’ na realidade de Iguatu (CE)*:

A população brasileira conduz, portanto, as marcas da sua formação social, em permanente relação com as determinações históricas do sistema do capital. Em uma sociedade de capitalismo dependente, racista e patriarcal, ainda com traços coloniais, como no Brasil, as desigualdades e opressões sociais influenciam, diretamente, nas condições objetivas e subjetivas das pessoas, contribuindo para a elevação das situações de sofrimento psíquico, dentre elas, o autocídio. O contexto de crise aguda e prolongada na sociedade capitalista, conjugada aos problemas conjunturais vivenciados pela sociedade brasileira, nos permitiu apreender que o aumento dos casos de autoextermínio acontece concomitante à agudização da “questão social” e à deterioração das condições de vida da classe trabalhadora (ALBUQUERQUE; MATOS, 2020, p. 221).

Nesse sentido, as autoras demonstram as expressões da questão social que emergem de maneira mais aguda em países como o Brasil, com um processo mais lento de desenvolvimento dentro do modo de produção capitalista. Incluindo, dessa forma, o suicídio

neste mesmo contexto, e a forma em como ele é uma reprodução do esgotamento mental dos sujeitos inseridos neste processo de exploração do capitalismo.

É possível observar no mesmo artigo, a construção lógica de como o processo de crise capitalista foi influente na determinação do fenômeno do suicídio como parte das expressões da questão social nessa realidade peculiar. Isto é, são em períodos de crise que as desigualdades sociais se tornam ainda mais explícitas, e a exploração do trabalho juntamente com o avanço do desemprego e deterioração econômica, contribuem para o aumento dos casos de suicídio. Isso se mostra como uma consequência da fragilização desses elementos que incidem em uma piora na saúde mental da população inserida na realidade societária do Brasil. Podemos observar de acordo com Albuquerque e Matos (2020), que mostram exatamente essa relação:

Como observamos, as expressões da chamada “questão social” têm estreita conexão com o comportamento suicida consolidado. Inclusive, os momentos de crise, em que as condições de vida e trabalho tendem a se deteriorar, produzem novas expressões das desigualdades e opressões sociais. Consoante história Boschetti (2016), após a crise nos finais dos anos de 1970, a restauração capitalista sob a hegemonia do capital financeiro, na contextura mundial, proporcionou que a crise de 2008 eclodisse, ou seja, resultante da financeirização da economia e de tudo o que foi implementado por décadas de hegemonia neoliberal (BOSCHETTI, 2016 *apud* ALBUQUERQUE; MATOS, 2020, p. 224).

Fica explícito o poder das crises, anteriormente citadas no subtítulo 2.3 desta monografia: “O suicídio e sua relação com as crises na sociedade capitalista”, como elemento influenciador no entendimento do agravamento do fenômeno do suicídio. É ainda necessário pensar a forma como isso influência na constituição da sociedade brasileira, que também passa por todos estes processos antes citados de maneira global, mas com particularidades socioeconômicas mais conflituosas, por fazer parte de um processo de capitalismo periférico. Assim como citado por Albuquerque e Matos (2020), essas crises foram exibidas na realidade do Brasil através de processos marcados pela crise capitalista no Brasil, principalmente após 2008. Essa construção da realidade brasileira passou por contextos como o golpe de estado de 2016, o governo de extrema-direita de Jair Bolsonaro (PL) em 2018, e diversos impactos que refletiram diretamente no agravamento do sofrimento psíquico da população brasileira, além de evidenciar a negligência do suicídio como um problema de saúde pública.

Em *Produção social do suicídio e ‘questão social’ na realidade de Iguatu (CE)*, podemos perceber que a realidade brasileira ao passar por momentos de autoritarismo e negligências, enfrenta consequências, como as explicitadas a seguir:

Essa realidade demonstra o complexo contexto no qual estamos inseridos, adensado pelas recentes contrarreformas do trabalho e da previdência social, e pelo severo ajuste fiscal produtor da destruição do sistema de proteção social brasileiro. De acordo com o IPEA (2016), a adoção de medidas de austeridade fiscal, baseadas na redução do gasto com políticas sociais, pioram a situação de saúde da população. Nesse sentido, a manutenção e o reforço aos programas de proteção social, principalmente durante as crises econômicas, são importantes medidas para reduzir o risco de desfechos negativos - como impor termo à própria existência - e para promover a saúde mental e o bem-estar (IPEA, 2016 *apud* ALBUQUERQUE; MATOS, 2020, p. 225).

A análise construída por Albuquerque e Matos (2020) consiste em entender a conjuntura em que o Brasil se insere, para dessa forma, entender as implicações do suicídio nessa realidade, que enfrenta o tolhimento da subjetividade dos indivíduos pertencentes a ela. Esse tolhimento é feito a partir da exploração econômica que está sujeito a população trabalhadora sob a égide do modo de produção capitalista, através também de mandatos neoliberais e autoritários, que não se incomodam diretamente com o fenômeno do suicídio e ao mesmo tempo tentar exercer o controle sobre essa forma de morte, através dos discursos biomédicos impregnados em sua concepção.

Albuquerque e Matos (2020) elencam alguns dos destaques que impactam diretamente na forma como a sociedade brasileira é estabelecida:

Desemprego, rebaixamento salarial, precarização nas condições de vida e trabalho, desmonte dos direitos sociais e das políticas públicas, além de influxos na subjetividade - como desilusão, baixa autoestima, desesperança na política e na possibilidade de transformação social. Em meio a uma conjuntura de retrocessos, o Sistema Único de Saúde e a política de saúde mental, também, são duramente atacados [...] O óbito por suicídio, como um fenômeno determinado socialmente e conformado pelas múltiplas expressões da “questão social”, só há de ser enfrentado, de fato, uma vez restabelecida a democracia, acompanhada dos direitos sociais e da melhoria do bem-estar social da população. (ALBUQUERQUE; MATOS, 2020, p. 234).

Por fim, os elementos analisados pelas autoras no artigo, são de extrema importância para fundamentar o debate que permeia a construção das políticas públicas que dizem prevenir o suicídio no Brasil. É possível entender a origem de determinadas negligências estatais, ao compreender a forma como o suicídio se conforma na realidade brasileira. No tópico seguinte, busca-se entender o impacto do discurso biomédico no fenômeno do suicídio, apontando a relevância dos determinantes sociais encontrados no processo saúde-doença.

### 3.2 O discurso médico frente ao suicídio e a relevância dos determinantes sociais no processo saúde-doença

A partir das concepções de suicídio de Marx e Durkheim, é possível identificar que análises desses autores tem em comum as bases da sociedade moderna. Dessa forma, Albuquerque e Matos (2020), evidenciam que os dois estudos reúnem a relação do suicídio com as determinações econômicas, sociais e culturais e que há uma produção social deste fenômeno a partir da virada do século XIX para o século XX, período de consolidação da sociedade burguesa. Fica ainda mais claro quando sentenciam:

Ambos os cientistas mencionados indicam que há uma produção social do fenômeno em pauta. Desse modo, ao considerarmos a dinâmica de reprodução da sociedade burguesa e os papéis sociais atribuídos aos sujeitos no decurso da acumulação capitalista, identificamos o fato de que as configurações contemporâneas do trabalho superexplorado, precarizado e alienado implicam a desrealização das pessoas e, possivelmente, a perda do sentido da vida (ALBUQUERQUE; MATOS, 2020, p. 223).

Em *As experiências do suicídio: discursos médicos no Brasil, 1830-1900*, Fábio Henrique Lopes (2003) inicia o debate sobre o suicídio a partir de categorias de Durkheim. O autor expõe que foi a partir do século XIX, que a temática ganhou visibilidade no âmbito do conhecimento através dos discursos médicos, permeados pelos homens. Foi a partir desse movimento, em que o sujeito que cometesse o suicídio, foi identificado como alguém irracional e doente, fora da ordem do comum da sociedade. Dessa forma, o diferente que causava incômodo, necessitava de ajuste para garantir o bem-estar comum.

A partir do final do século XIX e no início do século XX, Lopes (2003) cita como fundamental para a discussão na medicina, o discurso eugenista importado da Europa que refletiu diretamente na formação do tratamento prestado à saúde mental no Brasil. Portanto, através do discurso eugenista e higienista, além das políticas de saúde pública e educação prestadas à sociedade que visavam garantir um país livre de doenças, o racismo foi um ponto primordial para a discussão de raça e classe como uma anomalia a ser identificada e tratada.

Para isso, investia poderosamente na identificação e isolamento daqueles indivíduos que se encontravam na “linha de frente do risco degenerativo”, suspeitos, portanto de ser portadores e transmissores, até mesmo hereditários, dos germes da desordem e da desagregação social, delinquentes, alcoólatras, prostitutas, imigrantes, negros e suicidas, entre outros (LOPES, 2003, p. 14).

A respeito da construção do debate do suicídio a partir dos discursos médicos, Lopes (2003) elucida as quatro temáticas vistas e que são trabalhadas em sua tese de doutorado, entre elas: a dimensão patológica, as paixões, a diferença do suicídio a depender do gênero e a influência da literatura. Além disso, é possível observar que apesar desse discurso ter sido construído em um passado distante, tem influência direta na medicina brasileira na sociedade contemporânea. Portanto, é a partir da colocação do autor sobre a necessidade de abranger outras áreas de conhecimento sobre o suicídio, que podemos visualizar discussões para além do que é colocado como suicídio apenas advindo de algum transtorno mental.

É possível que o sujeito que se suicida ou que tenta praticá-lo não seja necessariamente doente, louco, desequilibrado e anormal. É importante pensar o suicídio a partir de referências plurais, libertando assim o sujeito de identidades que se pretendem naturais. É necessário criar espaços e possibilidades para que tais sujeitos possam apresentar suas reivindicações, desejos, sonhos, dúvidas, incertezas, conflitos, temores, ansiedades e sensibilidades para que possamos nos ajudar mutuamente (LOPES, 2003, p. 21).

Com a intervenção direta do Estado na sociedade garantindo o mínimo de bem-estar social, a saúde dentre outros segmentos, se tornou uma função que passou por diversos obstáculos até a instituição da Constituição Federal de 1988. Assim, a saúde pública brasileira contou com principalmente a área da medicina para permear os serviços prestados, o que garantiu a profissão um lugar no topo da hierarquia em vários sentidos, como o do saber. Com os conhecimentos que vieram a ser produzidos, o suicídio se estabeleceu no contexto da ordem do transtorno e da doença, o que fez com que o desenvolvimento de estudos científicos se tornassem uma preocupação no campo (LOPES, 2003).

Cada vez mais, a medicina tornava-se responsável pela orientação da vida privada dos indivíduos. O modelo almejado era o modelo burguês de família. O corpo e o sexo, a própria vida íntima do casal, assim como a saúde e a higiene dos indivíduos, passaram a ser temas de artigos e teses, por sinal, em muitos desses, alguns médicos dedicaram-se ao estudo do suicídio (LOPES, 2003, p. 27).

Como citado anteriormente, para garantir a ordem social em um país de capitalismo periférico, as grandes cidades se tornaram o principal alvo no que se refere à saúde pública, e consequentemente ao combate às doenças. A partir de 1930 a centralização de ações estatais se transformou e passou a abarcar também o interior das cidades.

Sendo assim, a medicalização se torna fundamental para lidar com as questões que envolvem a dinâmica da sociedade de forma preventiva e de controle social dos indivíduos. Assim, para esses sujeitos que não se encaixavam socialmente e necessitavam se adequar para

viver em conjunto, a medicalização se tornava a forma ideal de garantir que diferenças não se manifestassem (LOPES, 2003). O autor deixa isso claro em:

Com essa nova medicina, o médico deveria atuar para proteger os indivíduos contra tudo o que, no espaço social, pudesse intervir no seu bem-estar físico e moral. Ele não deveria se limitar ao tratamento dos doentes, mas deveria começar a supervisionar a saúde da população (LOPES, 2003, p.29).

Como autoridades da saúde, Lopes (2003) fala sobre como os médicos atuavam como agentes de fiscalização do Estado, principalmente a partir de ações morais e religiosas e de cunho higienista, com o discurso de que isso garantiria o bem-estar do coletivo. Ou seja, para tratar doenças e questões que apareciam no contexto social do sujeito, esse cuidado também deveria abranger a sua alma, nos mostrando uma realidade de dominação que transcende a vida privada. A ordem médica visava o controle dos corpos, entendendo que a saúde mental estava acima das questões materiais.

Com a chegada da corte portuguesa no Brasil, as escolas de medicina e a profissão puderam se desenvolver, para também acompanhar os avanços já existentes na Europa que até então não existiam no país. Lopes (2003) mostra que esse contexto explica as razões para que o suicídio só seja estudado a partir do século XIX. Contudo, com a evolução da área, os médicos passaram a compor parte do governo, atuando diretamente em decisões de extrema relevância.

Assim, as relações de poder permitidas e constituídas pela medicina social, formulada e proposta por instituições nacionais, a partir do século XIX, permitiram que essa nova medicina ampliasse seu olhar para um vasto horizonte. Essas possibilidades transformaram a cidade, a paisagem, o clima, as moradias, os indivíduos, seus gestos, comportamentos, hábitos e, de uma forma geral, as formas de viver e de morrer, em temas de estudo e intervenção, para garantir a vida social e individual. Assim agindo, criaram e difundiram significados, modos de ver, pensar e intervir que corroboraram e legitimaram historicamente novas formas de saber/poder (LOPES, 2003, p.48).

No segundo capítulo da tese de Lopes (2003) fica evidente a forma como o discurso médico nasceu dentro à lógica de visão restrita a biologia e a fisiologia humana, onde os médicos buscavam uma padronização dos sintomas para encaixar as pessoas, assim como aqueles que cometiam suicídio, dentro de uma patologia específica. Os médicos no Brasil a estereotipam na época analisada pelo autor, como: neuróticas, histéricas ou que se encaixam dentro de algum distúrbio mental (LOPES, 2003). Percebe-se nessa visão limitada à doença, a forma como a medicina possui fortes raízes na culpabilização do indivíduo através de um



diagnóstico, tentando solucionar esse suposto problema através da medicalização e de procedimentos médicos.

A subjetividade do homem e não é posta como uma das protagonistas no que se pode levar uma pessoa ao suicídio, assim como a objetividade sobre a qual ela se edifica. Determinantes como a contextualização sócio-econômica são invisibilizados e a estrutura da sociedade é juntamente esquecida na sistematização dos casos de suicídio. Dessa forma, o tema vira uma questão relacionada à doença, objetificando um fenômeno que deveria ser complexificado e ampliado dentro de todos os parâmetros que compõem a subjetividade do processo saúde-doença.

Direcionavam, assim, o olhar e a atenção para as dimensões patológicas do fenômeno. Seria nessa esfera que a resposta deveria, segundo a concepção médica daquele momento histórico, ser formulada. Como observou Herschmann, a medicina do século XIX, em vez de “anunciar a morte, passou a cuidar da ‘saúde dos corpos’, assim agindo, foi possível buscar e encontrar o perigo, que não estaria mais no clima e nem na saúde, em nós mesmos”. Por ser o referencial da patologia importante na tematização do suicídio, problematizo o jogo de regras, os conceitos e as verdades produzidas pelo saber médico na investigação desse ato, transformando-o, assim, em objeto de estudo e intervenção (HERSCHMANN, 1996, p. 26 *apud* LOPES, 2003, p. 50).

O termo “loucura” foi altamente debatido por Lopes (2003), que abordava concepções para além do óbvio, como a explicação do suicídio por fuga ao pecado, parte da rigorosa temática religiosa do século XVI em diante, onde indivíduos cometiam suicídio por motivos como a culpa individual fomentada pelos ideais da igreja e por medo de uma penalização divina por ter cometido algum tipo de pecado posto àquela época.

Através da então definida loucura humana que justificava a morte por suicídio, mas que não era ainda entendida através do viés médico como algo que essa esfera conseguisse comprovar como neurológico, esse debate gerou ao decorrer dos séculos um espaço para debates que fomentaram interesses filosóficos e antinaturais, direcionando essa loucura a algo meramente espiritual, temido, e místico. Entretanto, é observado por Lopes (2003) que com a chegada de explicações concretas, físicas e biológicas, o debate começou a ter um caráter mais argumentativo, até mesmo pelo viés social.

Dentro do debate de loucura humana como concepção do suicídio e parte do estereótipo da compreensão do fenômeno, Lopes (2003) elenca um conceito do filósofo Voltaire que se destaca:

E, finalmente, em terceiro lugar, ao estudar a loucura como causa da morte, Voltaire destaca a ociosidade como fator favorável ao desenvolvimento das tendências suicidas. Para provar sua teoria, utiliza o exemplo do trabalhador, homem que devidamente utiliza seu tempo para o cumprimento de suas atividades profissionais, não tendo assim ocasião para ficar melancólico ou para se matar. Assim, um dos meios seguros de não ceder à vontade de se suicidar seria, para este filósofo, estar sempre ocupado, trabalhando ou fazendo qualquer coisa. O remédio para aqueles melancólicos e passíveis de cometer um ato como o suicídio seria, portanto, um pouco de exercício, de música, de casa, de comédia e uma mulher amável. Seu conselho final pode ser assim resumido: se você decide se matar, deixe passar pelo menos oito horas antes de executar o ato. Será surpreendente como, por meio de seu instinto de conservação, você deixará de lado esta idéia (LOPES, 2003, p. 54).

A problemática deste discurso encontra-se principalmente no tópico anteriormente debatido: a subjetividade humana. Conceitos como este ignoram completamente o sistema em que a sociedade se respalda, onde objetivamente implica-se na venda de força de trabalho da classe trabalhadora como solução às ideias suicidas, lembrando a alienação provinda do modo de produção capitalista.

Dessa forma, sugere-se que a irreflexão e automatização da vida seriam conceitos positivos na prevenção ao suicídio, debate este que contribui para o estilo de vida que a ideologia burguesa legitima na sociedade, culpabilizando o sujeito e seu ócio por questões advindas da estrutura social. Isto é, elementos que perpassam na atualidade como o desemprego, são direcionados ao sujeito como parte de seu estado de “vagabundagem” e de falta de procura por vontade própria. No entanto, isto se faz incluso como parte das consequências do capitalismo, em que uma grande parcela de pessoas compõe o exército industrial de reserva, sem nenhuma chance de adentrar o mercado formal de trabalho. São consideradas um excedente, e são usadas justamente para justificar a idealização da concorrência por um emprego, mesmo que seja aceitando condições desumanas de serviço (MARX, 2013). Para além disso, todo este processo também não inclui os sofrimentos que perpassam mesmo quando inseridas no mundo do trabalho, em que o estranhamento do trabalhador com a mercadoria, consigo mesmo e com outro homem se tornam presentes, contribuindo com o desgaste para além de físico e subjetivo do trabalhador enquanto fator que culmina nos aumentos de casos de suicídio (MARX, 2015).

Ao pensar de maneira ampliada, com os conceitos debatidos pela biomedicina e com a forma como a sociedade é estruturada no capitalismo, enxerga-se a culpabilização do sujeito por seu próprio estado, justificado na medicina através da doença, e socialmente através da desocupação ou folga. Para além, ao enxergarmos as formas como esse problema é encarado, ao invés do reconhecimento da saúde mental através de um panorama geral que inclua os

determinantes sociais do processo saúde-doença, o Estado através da mercantilização da saúde opta em tensionar os indivíduos a uma medicalização coercitiva, com o intuito de lucrar através do sofrimento e de garantir a ordem.

É perceptível um paradoxo na tese de Lopes (2003), onde ao mesmo tempo em que é pensado a forma como o sujeito é culpabilizado pelo seu próprio estado, tirando qualquer responsabilidade estatal, ele também se torna ao mesmo tempo menos responsável por si só quando é diagnosticado como doente através da concepção da medicina. Isto é, na conceituação moral construída pela igreja católica ao longo dos séculos, ele deixa de ser caracterizado apenas como um pecado mortal. Percebe-se então, que na verdade, essa constante irresponsabilidade dos sujeitos caracterizada pela medicina, vem juntamente com a medicalização intensa dos indivíduos.

No entanto, o caráter não deixa de ser vexatório ao sujeito ao torná-lo mais passível de aceitação na sociedade quando apresentado um diagnóstico que justifique casos de suicídio, pelo contrário, a percepção geral da sociedade ainda é agir com hostilidade uns com os outros, perpetuando julgamentos morais e que culpam o sujeito. Assim como Marx (2006) define em *Sobre o suicídio* ao dizer sobre como o suicídio se insere em um contexto social de mútua hostilidade, perpetuando um ataque entre os indivíduos acometidos da exploração do modo de produção, e ocultando as determinações econômicas desse fenômeno.

Para além, ao mesmo tempo em que esta é a forma como para Marx (2006) o suicídio se insere socialmente de maneira culpabilizadora, para a biomedicina ele só se torna menos responsável para que este possa ser medicalizado e o seu sofrimento ser respectivamente convertido em lucro e capitalização.

Outro ponto importante destacado na tese de Lopes (2003), é a forma como o fenômeno do suicídio após ter alavancado todas as discussões trazidas acima, passa por um novo movimento: o silenciamento do tema. Isso se dá a partir de toda a penalização acerca do ato, mas também como uma forma de controle, uma vez que só seria permitido debater o tema, aqueles que supostamente teriam arcabouço científico: o modelo do discurso biomédico, que trazia o suicídio de maneira única e objetivamente como um terror, uma falha física e mental, e um erro humano.

É importante destacar uma perspectiva não muito refletida, mas que Lopes (2003) pontuou: a forma como o suicídio era pensado de toda forma possível com a finalidade de penalizar o ser humano, porém seria visto de maneira absurda caso fosse pensado como uma forma da liberdade humana manifestada, comprovando a forma como a subjetividade humana

é renegada no debate do fenômeno do suicídio e suas causas. Se exclui aqui determinantes psicológicos de sofrimento psíquico como os que serão desenvolvidos posteriormente, como a paixão. Além disso, a forma como o indivíduo se insere socioeconomicamente na sociedade capitalista também não é colocada em pauta como motivação.

É através desse entendimento que podemos por fim, relacionar o controle do debate biomédico com o controle exercido através do capital. A forma como ambos incidem sobre a população com uma violência moral, culpabilizando sujeitos sob uma ordem específica, para que a sua subjetividade seja tolhida, e ele se adapte ao mundo do trabalho, que visa a produção e reprodução de riquezas. Dessa forma, através da medicalização e encaixe em diagnósticos clínicos, os sujeitos são cooptados pela ideologia imposta pela sociedade capitalista. O discurso biomédico, então, age como um controle incidente, para que os indivíduos atuem reproduzindo a dinâmica econômica e social pautada pela valorização do mundo das coisas.

Entretanto, ao mesmo tempo em que é exercida essa crítica ao modelo biomédico de debate ao suicídio, Lopes (2003) também estende sua análise na tese reconhecendo que o repasse da temática que nos séculos anteriores eram vistas através de uma perspectiva unicamente filosófica e como um mito ou pecado, ao transgredir esse fenômeno também para a esfera biológica, também possibilitou uma ampliação do conhecimento e saber. Mesmo com este silenciamento de dados e penalização, foi de certa forma reconhecido positivamente um fator importante para o autor: a vida, que teve esforços para ser mantida através da patologização feita através da medicina. Fica claro quando resumido no trecho:

Portanto, quando se constituiu historicamente uma nova relação de poder, tendo o médico como principal "problematizador" do suicídio, observou-se também um campo de saber, uma formação de saber, com critérios, conceitos, fórmulas e verdades que passavam necessariamente pela esfera patológica. Assim, foi o saber sobre o corpo, a doença e a saúde que assegurou o exercício de um poder específico. O médico, ao fazer do suicídio um objeto dessa emergente ciência, procurou, como finalidade de seus esforços, erradicá-lo do meio social, possibilitando assim, a vida (LOPES, 2003, p.62).

No capítulo III da tese de Fabiano Henrique Lopes (2003), o autor busca explicitar o discurso médico frente ao suicídio em relação aos amores e as paixões, esses que causam sofrimento ao ponto de um sujeito não desejar mais viver. Nesse sentido, a apreensão em relação a esse tema, faz com que também essas desordens provocadas, também sejam patologizadas e referidas as condições morais e sociais. "Hábitos cotidianos e já vulgarizados

socialmente passam a ser nocivos. Nesse contexto, as paixões começaram a dar mais volume à imensa lista das causas de suicídio” (LOPES, 2003, p. 103).

Então, podemos notar para além da questão patológica as razões buscadas pela medicina para se explicar o contexto do suicídio. Nesse caso, em relação aos amores falidos, acreditavam este ser um fator de risco, o que pode de fato acontecer por fazer parte das relações da vida privada dos sujeitos. Porém, ignora outras questões que envolvem o existir e o se relacionar na sociedade capitalista, visto que o homem perde-se de si para viver em função de produção no trabalho.

Ainda no capítulo, Lopes (2003) cita o argumento utilizado por diversos médicos em relação à problemática que envolve as paixões desenfreadas, essas que adoecem os indivíduos e podem desencadear o suicídio, e o citado pelo Dr. Figueiredo Jaime em 1836 chama atenção:

Por outro lado, como resultado da debilidade da organização das sociedades, de sensações depravadas, das ideias inadequadas ou obscuras, dos juízos errôneos ou fantásticos e de uma infinidade de outras causas, os afetos da alma podem degenerar-se. Uma vez em desacordo com o que seria seu “estado natural”, ou seja, uma vez degenerados, eles perturbariam ou afetariam a alma impedindo que alcance seu fim natural, a felicidade. Nesse caso, a paixão pode ser causa de morte e suicídio (LOPES, 2003, p.103).

Nesse discurso pode se visualizar como o cunho moral adentra as questões existentes na vida dos sujeitos, em que a depravação e as ideias obscuras são colocadas como algo a se manter longe, reafirmando o controle do corpo que deve ser mantido para manter um bem-estar.

Em todos os discursos apresentados, os temas recorrentes quando se estuda o suicídio nessa ótica são: as consequências do amor passionai; o amor contrariado, traído ou não-correspondido; a sede de riquezas; a impetuosidade dos desejos; deterioração da vontade; perigo a uma sociedade que almejava a estabilidade, ordem e organização (como medicalizada); expressão egoísta e de sentimentos puramente individuais; os característicos excessos, sejam os do amor, desejo, prazer, sexo, jogo, sensibilidade, libertinagem, egoísmo, egocentrismo; recusa e desprezo aos valores coletivos; ódio; ambição sem freios; a busca incessante de satisfação material; as paixões violentas e suas relações com a monomania – paixão como desordem intelectual (LOPES, 2003, p.124).

Além deste, outros médicos brasileiros também debateram esse fator de risco influenciado pelo médico psiquiatra francês Esquirol, que de acordo com Lopes (2003), defendia que quando a alma fosse atacada de alguma forma, o seu reflexo se daria na saúde do

corpo, o que poderia gerar um estado de perda de controle e de delírio que poderia se resultar no suicídio.

Pensando na influência do que esses discursos causaram no entendimento do fenômeno do suicídio na realidade brasileira, pode se compreender os reflexos atuais das ações realizadas para a sua prevenção, e de compreensão da sociedade. Para além, a força do discurso médico como explicita Freitas e Amarante (2017) em *Medicalização em Psiquiatria*: “A religião e a lei, que, para os homens do passado, haviam desempenhado papel hegemônico, têm sido substituídas pelo imaginário biomédico” (FREITAS; AMARANTE, 2017, p.13). Demonstrando assim, como o âmbito da medicina exerceu e ainda exerce um controle social na vida dos sujeitos na temática da saúde mental.

Em seu últimos dois capítulos, Lopes (2003) aborda os discursos médicos relacionados as desigualdades entre sexos perante o suicídio, e a sua relação com a literatura. Em relação a questão de gênero e suicídio, Lopes (2003) reforça que o fenômeno sempre foi discutido por e para os homens. E consequentemente, a natureza do homem era vista como a de um sujeito forte, e a da mulher ligada a fraqueza e de sentimentos.

Os médicos brasileiros que se dedicaram ao estudo do suicídio (re)criaram, reforçaram e impuseram distinções entre o campo do masculino e do feminino. Identificaram o masculino com as imagens de força, resistência, trabalho, intelecto, razão e todo tipo de atividade produzida em espaço público do trabalho e da vida social. Ao feminino, ligaram imagens de fraqueza, debilidade, limitação, sentimentos incontroláveis, emoção, docilidade, inferioridade física, mental e intelectual, frivolidade, atitudes e comportamentos considerados próprios do espaço privado – a casa, o lar (LOPES, 2003, p.130).

Portanto, questões que perpassavam os ideais dos médicos para se evitar o suicídio, eram relacionados ao tipo de educação que homens e mulheres recebiam, que deveria ser distinta. Para além disso, o casamento era visto como uma forma de evitar a morte, já que funcionaria para o homem e a mulher entregarem ao outro suas funções naturais, sexuais e sociais (LOPES, 2003).

No entanto, é possível refletir principalmente sobre a presença do patriarcado no discurso médico, e de como isso influenciou a psiquiatria e a saúde mental de hoje. Apesar de inúmeras mudanças, sabe-se que a questão do gênero perpassa o cuidado e sofrimento dos sujeitos. Fica novamente evidente, a forma como o discurso biomédico é restrito, uma vez que ao analisar as diferenciações sexuais, busca compreender as motivações do suicídio dentro desta causa específica, somente através de diferenciações biológicas. Buscam-se meios de

justificar uma determinada inferioridade e fraqueza feminina através da biologia, por ciclos menstruais, ou até mesmo exemplificando também o viés masculino através da puberdade.

Com estes fatores, os médicos excluem de maneira totalizante os diferentes papéis de gênero na sociedade, e a forma como essa reprodução social alavanca casos de suicídio e degradação da saúde mental. O patriarcado exercido no modelo biomédico é afirmado quando o contexto social é excluído, tanto no silenciamento do machismo perpetuado ou na forma como os papéis de gênero são distribuídos na sociedade capitalista. Tudo isso reafirma a negação da esfera subjetiva e social humana, transferindo tudo para a exclusividade biológica.

Dessa maneira, o exame da discursividade médica sugere que um dos pontos fundamentais para pensar o suicídio eram as diferenças físicas e biológicas entre homens e mulheres. Ao longo do século XIX, para pensar as distinções entre os comportamentos, hábitos e sentimentos de homens e mulheres, a esfera biológica foi retomada e utilizada quase a exaustão (LOPES, 2003, p.133).

Partindo para o capítulo V da tese de Fabiano Henrique Lopes (2003), o autor busca analisar a influência de obras literárias na ideação ao suicídio, uma vez que chega até os médicos o pensamento de que os leitores podem ser persuadidos através de literaturas que abordam e explicitam o suicídio. Além disso, Lopes (2003) também evidencia a forma como os médicos se preocupavam a medida que o fenômeno do suicídio abrangia o contingente popular, uma vez que este debate deveria ser supostamente silencioso. Isto é, quando o suicídio vem à tona por meio de manifestações culturais, a problemática do discurso biomédico também é explicitada, porque as formas de controle social e coerção ficam ainda mais evidentes. Por mais que a categoria alegue que a adversidade seja o perigo dos indivíduos se influenciarem ao pensarem e terem conhecimento sobre o tema, é notável que esse problema seja estrutural.

Além disso, ao ser retratado na arte, o suicídio passa por outras concepções, onde nem sempre se igualavam com as do discurso biomédico. O ser humano nem sempre era penalizado e visto como doente e necessitado de cura através de procedimentos médicos e remédios. De maneira ainda lenta, a subjetividade dos aspectos humanos para além da biologia e patologização foram protagonizados em algumas manifestações artísticas. Isso era enxergado de maneira perigosa para os médicos que estudavam o tema, porque a biomedicina deixava de exercer o total controle sobre a direção em que a temática do suicídio seguia. O movimento feito por essa categoria era então, o de condenar e classificar essas obras como

inverdades e mera ficção, uma vez que não corroboravam com aquilo que os médicos gostariam que fosse transparecido sobre o tema. Por fim, isso se torna incontestável quando:

A tensão exposta permite a análise da tentativa médica de controlar a produção das obras literárias, que para eles divulgavam o suicídio, e de se impedir a sua leitura. A vontade de erradicar o suicídio do meio urbano ou a prática de domá-lo para que fosse possível uma compreensão racional, permitem a exploração de uma outra dimensão constitutiva da tensão entre o discurso médico e o literário sobre o suicídio: a dimensão do medo, da irracionalidade, do descontrole e da falta de ordem. Era preciso impedir que possibilidades diferentes de conceber o suicídio fossem produzidas. Apesar das trocas e do entrecruzamento entre os discursos, era preciso construir uma tática para que a sociedade pudesse responder de forma ordenada e orientada ao problema do suicídio (LOPES, 2003, p.156).

É primordial citar também o avanço da medicina para o funcionamento da sociedade, e de como a medicalização trouxe melhores condições de vida para os sujeitos. Porém, a crítica que não deve ser deixada de lado, é a de como esse avanço no capitalismo faz com que a saúde também se tornasse um serviço a ser vendido, o que facilita a patologização e desconsidera as expressões da questão social que determinam as condições de vida, e principalmente de saúde física e mental. Isto pode ser observado em: “Produzir doentes e construir seu papel na sociedade são mecanismos fundamentais para a reprodução econômica e política do sistema, pois tal produção gera lucros[...]” (FREITAS; AMARANTE, 2017, p.19).

É necessário questionar o caminho que está sendo construído para controlar e adequar sujeitos através da medicalização, para sofrimentos que são coletivos na sociedade, causado pelas condições sociais, econômicas e políticas do sistema capitalista. Dessa forma, para se pensar o suicídio no capitalismo, objeto desse trabalho, como o ponto final do esgotamento ou da vontade de viver de um sujeito, precisamos também abordar que em muitas causas, esse não é um sentimento individual, mas construído socialmente e que pode afetar qualquer pessoa, com ou sem transtorno.

É notável que a patologização de transtornos dificulta o enxergar coletivo para essa questão, já que o categoriza de forma individual, como se apenas aquele sujeito sofresse naquela condição, enquanto o resto da sociedade continuasse funcional. E de fato, é mais simples ter um diagnóstico para um sofrimento real, realizado por um médico, este que possui o conhecimento necessário na área, do que ampliar esse diálogo para a realidade talvez parecida, de um conjunto de pessoas.



Essa discussão, não tende a ocorrer visto que a sociedade como um todo, sobretudo as indústrias farmacêuticas e o Estado, transformam sentimentos em doenças, e doenças em remédios, que podem ser comprados em busca de uma cura. Mulheres exaustas são histéricas, crianças agitadas e que não se interessam pelo comum, autistas ou possuem Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), sobrecarga no trabalho é sinônimo de *Burnout*, pessoas que tentam ou tiram a própria vida estavam deprimidas. Ou seja, essa reflexão não tende a negar que tais doenças de fato existam, mas questionar o quão desenfreado os diagnósticos e a patologização da vida tem ocorrido desconsiderando o principal, o que tem nos afetado enquanto sociedade.

Na contramão do que foi produzido enquanto conhecimento que reiterou principalmente a medicina psiquiátrica no Brasil, há de se afirmar figuras importantes que comandaram o cenário nacional na luta antimanicomial. Além da influência do psiquiatra francês Franco Basaglia, nomes como Juliano Moreira, Nise da Silveira, Paulo Amarante, Hans Prinzhorn, foram primordiais para a desconstrução do cuidado em saúde mental, principalmente aquele feito em território e liberdade.

Atualmente movimentos contrários a pensamentos que perpetuam a moralidade e o conservadorismo se organizam para quebrar paradigmas relacionados à saúde mental, e principalmente aos sujeitos e seus sofrimentos. Somente dessa forma poderemos construir coletivamente as diversas questões taxadas como transtornos, que são condições semelhantes de uma vida feita para produzir e consumir.

### **3.3 Breve apresentação das políticas públicas de “prevenção”<sup>3</sup> ao suicídio no Brasil**

É necessário levar o debate das relações entre as amarras do cotidiano capitalista com os casos de suicídio para um estudo do que foi construído como política pública de prevenção ao suicídio na sociedade brasileira. Para entender melhor alguns desdobramentos, é imprescindível a compreensão de como e quando o Brasil criou formas para se barrar o incentivo do suicídio, através de iniciativas legais.

Tem-se alguns marcos legais importantes que data do século XIX, como:

---

<sup>3</sup> A palavra prevenção foi colocada entre aspas visto que as políticas são consideradas dessa forma. No decorrer do estudo são definidas como políticas de ações paliativas ao fenômeno do suicídio.

O Código Criminal do Império (1830), em particular o artigo 196, que punia o auxílio ao suicídio, com pena de prisão por dois a seis anos, assim, nas primeiras décadas do século XIX, a legislação brasileira não incriminava o suicídio ou sua tentativa. Ainda, no Código Penal (1890), o artigo 299 determinava a execução da pena de prisão por dois a seis anos para a pessoa que auxiliasse moral ou materialmente alguém a matar-se. Contudo, se o ato suicida não culminasse em morte, não se determinava a penalização para quem auxiliou (ARAÚJO; BICALHO, 2012 *apud* PAULA; BOTTI, 2016, p.146).

Conforme os autores Paula et al. (2016), no ano de 1940, a legislação penal manteve o suicídio, ou sua tentativa não sendo considerados crimes. “Contudo, o induzimento ao suicídio pode conduzir à pena de reclusão de dois a seis anos se o suicídio se efetivar ou reclusão de um a três anos se a tentativa de suicídio resultar em lesão corporal grave” (ARAÚJO; BICALHO, 2012 *apud* PAULA; BOTTI, 2016, p.146). Demonstrando que no presente momento, o suicídio não representava uma questão a ser aprofundada.

É apenas em 1979, que ocorre que o Projeto de Lei nº 1.984/1979, que decreta em seu artigo I a proibição da divulgação dos casos de morte por suicídio em qualquer meio de comunicação. Segundo o documento, profissionais da área citam que a divulgação tem influência direta nas ocorrências policiais sobre as tentativas. A presente medida visa não propagar os casos para que pessoas que se encontram em sofrimento psíquico não cometam o mesmo ato à própria vida. Nota-se que ainda neste período há uma perspectiva do suicídio de uma forma legalista, sem um debate mais ampliado da relação social e de saúde pública que envolve a temática, e a sua forma de prevenção se baseava na omissão.

Na justificativa do projeto, o deputado autor da medida, Cardoso Fregapani do partido Movimento Democrático Brasileiro (MDB), com o mandato que durou de 1979 até 1983, cita as dificuldades encontradas na vida moderna e a relação com o aumento dos casos de suicídio. Além disso, também dita sobre essa não ser uma medida que visa contra a democracia de maneira coercitiva, mas como uma forma de que vários países desenvolvidos encontraram de evitar os altos índices de suicídio.

A partir do que se tem enquanto lei a respeito do suicídio até o momento, é somente entre os anos de 1970 e 1980 os debates em torno do sofrimento psíquico se ampliam, e em 1989 é apresentado um projeto de lei, aprovado em 2001. Conhecida como Lei Paulo Delgado, nome do deputado que a apresentou, a Lei nº 10.216/2001 é um símbolo para a política de saúde mental brasileira, uma vez que reformula a perspectiva manicomial e os modelos de serviços e atendimentos. A construção da política de prevenção ao suicídio

avança ancorada em momentos importantes do cenário nacional e aqui destacamos o movimento da reforma sanitária e de Reforma Psiquiátrica no Brasil<sup>4</sup>.

Outro marco importante são os movimentos em torno da formulação da Constituição Federal de 1988 e da Lei nº 8.080/1990 que consagra o Sistema Único de Saúde e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde (BRASIL, 1990).

No entanto, apesar dessa conjuntura de avanços, os anos 1990 passam por transformações que envolvem a reestruturação da democracia após anos de ditadura, mas também é marcada pela onda neoliberal através das políticas de privatizações visando o enfrentamento da questão fiscal. Esse contexto é marcado por diversas crises, especialmente no Governo Collor que avançou na relação entre Estado e iniciativa privada (PORTO, 2014).

Destacamos no governo de Collor, a tentativa de conter a inflação, através do confisco da poupança do povo brasileiro. Essa medida acarretou em uma crise econômica que impactou de maneira negativa na saúde mental da população. Segundo uma matéria realizada pela BBC publicada via G1 (2020), é exibido um caso de suicídio relacionado à medida que afetou de maneira socioeconômica o país:

No dia 19 de março, apenas três dias depois do anúncio do pacote econômico, um dentista de Campos (RJ) tirou a própria vida, com um tiro no ouvido. Sua família relatou à polícia que ele caiu em depressão ao saber que suas economias, depositadas na caderneta de poupança, tinham sido bloqueadas. Com o dinheiro, ele planejava comprar um apartamento em Niterói (RJ) para os filhos (G1, 2020, s/p).

Além disso, também é demonstrada a forma como o governo se esquivou de enfrentar suas incidências na saúde mental de uma população, ao mesmo tempo que trata o debate com uma determinada palição e respectiva negligência:

"Não tenho conhecimento de aumento das taxas de suicídio, que possa ser associado às medidas econômicas. Falências podem ter havido, mas são parte da dinâmica natural de uma economia competitiva", minimiza o ex-presidente Fernando Collor de Mello. "Não foram os eventuais erros, se os houve, mas os acertos do Plano Collor que possibilitaram a estabilização da economia brasileira. Sem ele, a contenção da escalada inflacionária e a modernização do país teriam sido adiadas talvez por anos, com consequências irreversíveis para o desenvolvimento nacional", disse Collor (G1, 2020, s/p).

Após esse período, é somente na década de 2000 que o país avança na organização do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da entrada do governo de Lula (PT), o que irá incidir

---

<sup>4</sup> Após décadas da propagação do movimento advindo do psiquiatra Franco Basaglia, a Organização Mundial da Saúde trouxe a visibilidade necessária e fundamentou a discussão do método do cuidado em liberdade, e assim, como consequência, também possibilitou a discussão no Brasil.

no incremento político e legal das ações sobre o suicídio. De acordo com Estellita-Lins (2012), o Brasil é o primeiro país da América Latina a ter conduzido uma proposta nacional para a prevenção do suicídio. Segundo Machado et al (2014), essa observação advém das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, criada em 2006.

A portaria 1.876/2006 institui a implementação das diretrizes em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. (BRASIL, 2006). No texto da lei, o suicídio é considerado como um fenômeno de grave problema de saúde pública pela primeira vez, o que demonstra um avanço, mesmo que tardio, sobre a temática. São estas as diretrizes, de acordo com o decreto federal feito em 14 de agosto de 2006:

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;

III - organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas;

IV - identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade;

V - fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;

VI - contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos;

VII - promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e

VIII - promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização (BRASIL, 2006).

Em termos nacionais, a Portaria 1876/2006 estabelece em seu artigo 2º o atendimento ao suicídio em todos os níveis de atenção (promoção, prevenção, tratamento e recuperação); a comunicação e disseminação de informações no âmbito educativo; estudos a respeito dos condicionantes e determinantes do suicídio; coleta e análise de dados; relação do SUS com

outros serviços a fim de democratizar o acesso à informação, além de capacitar a equipe profissional que está nesses serviços (BRASIL, 2006).

Associado a isso, o Ministério da Saúde (2006) lançou um manual dirigido aos profissionais da saúde mental. Em sua apresentação ressalta:

No ano em que a Organização Mundial da Saúde escolhe como tema do Dia Mundial da Saúde Mental – 10 de outubro – a Prevenção do Suicídio, o Ministério da Saúde, após ter lançado, em agosto deste ano, as Diretrizes nacionais de prevenção do suicídio, lança este manual para profissionais das equipes de saúde mental dos serviços de saúde, com especial ênfase às equipes dos Centros de Atenção Psicossociais (Caps). Esta iniciativa é parte da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, que visa a reduzir as taxas de suicídios e tentativas e os danos associados com os comportamentos suicidas, assim como o impacto traumático do suicídio na família, entre amigos e companheiros (as), nos locais de trabalho, nas escolas e em outras instituições (MINISTÉRIO DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE; UNICAMP, 2006).

Segundo o manual, é importante ressaltar que a tentativa de suicídio é ainda mais subnotificada, e por isso seu número pode o superar em dez vezes mais.

Embora o Brasil apresente uma taxa geral considerada baixa pela OMS, os dados identificados na série de 1994 a 2004 apontam que alguns estados brasileiros já apresentam taxas comparáveis aos países apontados como de frequência média a elevada. Além disso, seguem a mesma tendência de ascensão e apresentam um coeficiente agregado para os sexos masculino e feminino de 3,7:1 (dados de 2004), semelhante à média para inúmeros países. Embora a mortalidade no sexo masculino seja mais elevada, o aumento proporcional das taxas, no período, foi de 16,4% para os homens e de 24,7% nas mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Outro ponto discutido neste material é em relação aos fatores de risco para o suicídio. Dentre eles são citados: os transtornos mentais, sociodemográficos, psicológicos e condições clínicas incapacitantes. O conceito de sociodemográficos acrescenta os seguintes fatores: sexo masculino; faixa etária entre 15 e 35 e acima de 75 anos; estratos econômicos severos; residentes em áreas urbanas; desempregados (principalmente perda recente de emprego); aposentados; isolamento social; solteiros ou separados e migrantes. Nos fatores psicológicos, apresentam também sobre dinâmica familiar conturbada, mostrando uma culpabilização da família em relação ao seu bem-estar.

Em âmbito das articulações coletivas, em 27 de julho de 2007, foi criada a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), uma organização não governamental que nasceu no IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Mesmo que este não tenha sido um investimento do Estado, a criação da ABRASME marca no Brasil um avanço aos debates de temas que têm sido escondidos através de um “tabu”, e também prova que o reconhecimento da saúde mental

como um problema de saúde pública, só teve seu início no Brasil pós Reforma Psiquiátrica, e ainda de maneira extremamente lenta. De acordo com o site de apresentação da ABRASME, é possível entender seus objetivos através do trecho:

Dentre suas principais finalidades estão o apoio na articulação de associações de usuários, familiares, conselhos de profissionais, movimentos sociais; centros de treinamento, ensino, pesquisa e serviços de saúde mental; o fortalecimento das entidades-membro e a ampliação do diálogo entre as comunidades técnica e científica e destas com serviços de saúde, organizações governamentais e não governamentais e com a sociedade civil (ABRASME, 2025).

O ano de 2007 ainda marcou outra construção coletiva, que juntamente da Secretaria da Identidade e da Diversidade Cultural do Ministério da Cultura e o Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), foi desenvolvido o projeto “Loucos pela Diversidade”, que demonstrou uma pauta importante para o momento histórico vivenciado: a preocupação com pessoas em sofrimento psíquico e em risco social. A finalidade do projeto segundo o Ministério da Cultura foi:

Construir propostas de diretrizes e ações para subsidiar a elaboração de políticas públicas culturais para pessoas em sofrimento mental e em situações de risco social. O que se pretende é dar visibilidade à produção cultural dos portadores de sofrimento psíquico e estabelecer uma discussão ampla e abrangente entre o governo e a sociedade civil, visando identificar propostas que auxiliem decisões, tanto dos órgãos governamentais como das instituições envolvidas com o tema (MINISTÉRIO DA CULTURA, 2007, p. 15).

Os avanços do debate da saúde mental continuaram progredindo no Brasil, uma vez que com a evolução dos projetos lançados pela ABRASME, foi possível constituir no país o I Congresso Brasileiro de Saúde Mental, em 5 de dezembro de 2008 em Florianópolis, que acontecem de 2 em 2 anos no país, e já conta com um total de 6 edições, sendo a mais recente em 2023. Estes congressos marcaram uma popularização da importância do assunto no país, e permitiu-se que através dessa mobilização em categorias profissionais, houvesse ampliações nas políticas de prevenção ao suicídio e cuidados com a saúde mental no Brasil, ressaltando o SUS como elemento primordial nestas construções, a fim de que o tratamento à saúde mental seja universal e integral.

Outro marco legal importante ocorre no âmbito das alterações na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Em 2011, a portaria Nº 3.088/2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial no campo da saúde mental para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. O

seu propósito foi a criação de novos pontos de saúde, além da ampliação e articulação dos mesmos. Sendo definidos no escopo da lei os seguintes serviços como componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): Unidade Básica de Saúde; Consultório na Rua; Núcleos de Apoio a Saúde da Família - NASF; Centros de Atenção Psicossocial; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar formada por leitos psiquiátricos em hospitais gerais, Estratégias de Desinstitucionalização formada por Serviços Residenciais Terapêuticos e Estratégias de Reabilitação Psicossocial a partir da iniciativa do trabalho e geração de renda (BRASIL, 2011).

Essa portaria representou um avanço no cuidado de pessoas em sofrimento psíquico, criando medidas e direcionando o trabalho realizado na política social para que pessoas nessas condições tivessem como e onde receber esse serviço. Assim, trabalhando de forma articulada, viriam a possibilitar um melhor atendimento aos usuários, impactando diretamente na sua realidade. É necessário ressaltar que a política de prevenção ao suicídio depende de inúmeras outras políticas realizadas não somente no setor da saúde como um todo, mas também da assistência e da previdência social.

Em 2014, a Portaria Nº 1.271, de 6 de junho de 2014 do Ministério da Saúde no Brasil, demarca, sobre o uso e as inclusões das notificações compulsórias feitas nos serviços de saúde, através de uma lista nacional, incluindo o suicídio. As notificações compulsórias segundo o Ministério da Saúde são:

A comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, descritos no anexo, podendo ser imediata ou semanal (BRASIL, 2014).

Nota-se então, a partir do primeiro tópico do Artigo 2º, a lesão autoprovocada inclusa nos casos de notificações compulsórias. Este sancionamento demarca um avanço no acompanhamento dos casos de suicídio, uma vez em que todos devem ser informados ao Estado. Ainda que ocorra uma desresponsabilização do Estado na esfera da saúde a partir das investidas neoliberais com as notificações devidamente feitas pelos serviços de saúde, os nortes de ampliação das políticas nacionais de prevenção e reconhecimento do suicídio são estabelecidos através deste mapeamento.

O ano de 2015 trouxe alguns destaques importantes para o desenvolvimento de movimentos que previnem o suicídio. A campanha do Setembro Amarelo, que hoje em dia se tornou a mais popular entre as políticas formadas de prevenção ao suicídio, foi criada no

mundo em 2003, porém só adotada no Brasil em 2015. É importante citar que a influência dos órgãos internacionais na elaboração de políticas e ações internas, não consideram a realidade local, apesar das diretrizes e princípios do SUS.

Exportado dos Estados Unidos, o Setembro Amarelo no Brasil também traz consigo a denominação do dia 10 de setembro como o Dia Mundial da Prevenção do Suicídio. Entretanto esta campanha é introduzida através do Centro de Valorização da Vida (CVV) com o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Dessa maneira, foi ampliado no Brasil a atuação do CVV, criando em 2015 uma linha telefone gratuita específica (188) para atendimentos em prevenção ao suicídio, além da ampla divulgação do site “setembroamarelo.org.br”, que também atua diretamente na comunicação com pessoas em sofrimento psíquico.

Percebe-se também que o CVV é uma organização criada de maneira não governamental, mas sim voluntária e que atua de maneira filantrópica. Por mais que em 2015 tenha se tornado um aliado do Ministério da Saúde, por atuar diretamente na Política Nacional de Prevenção do Suicídio, essa campanha ainda não foi uma iniciativa do Estado. Percebe-se que a maioria das campanhas parte de instituições privadas ou filantrópicas, e somente mais tarde são reconhecidas pelo Estado, como parte da política de prevenção. Esta é uma crítica que pode ser observada até mesmo no site oficial do CVV:

Em 2015, 863 pessoas morreram por dengue no Brasil. No mesmo período, 12 mil pessoas se mataram. O contraste entre importantes questões de saúde pública foi um dos temas destacados durante debate sobre políticas públicas de prevenção do suicídio realizado nesta semana na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, com a presença do CVV. “Temos políticas públicas para evitar mortes por dengue, mas não para evitar 12 mil mortes por suicídio. A gente precisa mudar esse paradigma. Não é ser contra as políticas em relação à dengue, mas a favor das mesmas políticas em relação ao suicídio. Trinta e duas pessoas morrem por dia”, alertou o psiquiatra Fábio Gomes de Matos, professor da Universidade do Ceará, um dos participantes do debate (CVV, 2015).

O psiquiatra Fábio Matos que escreveu o relato publicado através da CVV, ainda continua dissertando sobre o baixo poder estatal nas políticas públicas de prevenção ao suicídio, ao escrever que:

É preciso que o Estado atue e cumpra o seu papel fundamental de garantir o direito à saúde. Um dos parlamentares presentes ao debate, o deputado Vitor Lippi (PSDB-SP), sugeriu a criação de um grupo de trabalho para discutir a capacitação de agentes comunitários de saúde para atuar especificamente na prevenção de suicídios. Para Fábio Matos, é fundamental também mudar a legislação e alterar questões aparentemente simples, como a classificação do que é ou não acidente. Casos de suicídio podem ser subnotificados desta forma. “O acidente só pode ser definido a posteriori, após a exclusão de que foi suicídio”, observa. Ele ainda defende barreiras



contra o suicídio em obras, proibição da comercialização de munições; e adoção de um sistema integrado do SUS, com prontuários digitalizados, para facilitar o acesso ao histórico do paciente e, por outro lado, impedir a obtenção indiscriminada de medicamentos. Uma das principais conclusões da audiência é que o combate a uma chamada “epidemia” de suicídios só avançará com coragem para tratar do assunto com a importância que o tema demanda e com união de esforços entre poder público, profissionais de saúde e sociedade (CVV, 2015).

Isso nos mostra a responsabilização do poder público, dos profissionais e da sociedade na temática do suicídio, dando ênfase à necessidade de um sistema integrado que facilite a construção do histórico de acompanhamento dos pacientes.

Ainda em 2015, outro forte avanço aconteceu na construção de maneiras de prevenir o suicídio no Brasil. Isto é, a produção e organização de conteúdos e pesquisas em prevenção do suicídio se fortaleceram com a criação da Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio (ABEPS). Através dessa nova entidade, a produção de conhecimento em categoria sobre o suicídio se desenvolve e novas pesquisas e mapeamentos foram popularizados em prol de uma melhor efetivação de intervenções políticas que tenham o objetivo de prevenir o suicídio, mas que ainda não são efetivadas pelo Estado. É definida finalidade da associação através do site da própria:

A ABEPS tem como objetivo geral fomentar o estudo, a discussão e a pesquisa em torno da prevenção do suicídio. Mas prevenção é um termo muito amplo. Em termos práticos, prevenir o suicídio pode ser traduzido em políticas, ações, diretrizes realizadas por pessoas e com muito trabalho. Tudo isso pode ser resumido em objetivos mais específicos como a criação do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, a criação do protocolo de atenção e assistência às pessoas que tentam o suicídio, a criação do protocolo de atenção e assistência aos enlutados, entre muitos outros (ABEPS, 2025).

Em setembro de 2017 o Ministério da Saúde lançou o Boletim Epidemiológico e a Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil. A partir disso, o documento instaurou um perfil epidemiológico das tentativas e óbitos e da rede de atenção à saúde, além de explicitar a importância desse estudo no debate do estigma e da prevenção dos casos. No ano de seu lançamento, foi feita a análise do período de 2011 a 2016, demonstrando assim como a pesquisa é tardia e necessita de tempo hábil para ser entregue. Apesar disso, os dados que são recolhidos são fundamentais para que as futuras políticas de prevenção possam ser aprimoradas.

No período de 2011 a 2015, foram registrados 55.649 óbitos por suicídio no Brasil, com uma taxa geral de 5,5/100 mil hab., variando de 5,3 em 2011 a 5,7 em 2015. (BRASIL, 2017) Como já citado anteriormente, os números são de casos confirmados, e as

subnotificações podem elevar em até dez vezes o número que se tem como dado oficial, o que faz com que estejamos sempre atrasados nas pesquisas e em seus resultados. O Boletim também considera e reforça o suicídio como “fenômenos complexos e multicausais”, além de trazer os “fatores sociais” como determinantes, o que para a realidade de um país de capitalismo periférico, fragmenta e culpabiliza a condição dos sujeitos.

Em 18 de dezembro de 2017, duas novas portarias foram decretadas pelo Ministério da Saúde, que oficializam importantes medidas no combate ao suicídio no Brasil. A primeira delas foi a Nº 3.479, que: “Institui Comitê para a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil.” (BRASIL, 2017). Foi através deste documento em que se instituiu no país um comitê formado por uma bancada de representantes de diversos departamentos do Ministério da Saúde (Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) além de representantes da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS/OMS). Este comitê se torna responsável por debater sobre os dados do suicídio na sociedade brasileira, à fim de:

II- elaborar a proposta do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil em consonância com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e com as Diretrizes Organizacionais das Redes de Atenção à Saúde; III - articular a implementação e implantação do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil; IV - realizar o monitoramento e avaliação do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil. Art. 4º O Comitê ora instituído, no decorrer de suas atividades, poderá convidar eventualmente apoio de especialistas ou instituições afins no tema (BRASIL, 2017).

Dentro do cenário brasileiro, a portaria que institui o comitê trouxe um grande avanço para o desenvolvimento de políticas acerca do tema, uma vez que um dos principais fatores foi a interlocução direta com representantes da Organização Mundial de Saúde (OMS), responsável pela implementação do SUPRE (*Suicide Prevention Program*), adotado pelo Brasil em 1999. Esse contato faz ainda com que novas perspectivas pudessem ser aplicadas na sociedade brasileira, que teve um processo lento até se adequar à campanhas padrões de combate ao suicídio. Este foi o caso da chegada tardia do Setembro Amarelo no país, que demorou 12 anos até ser implementado e até hoje por mais que seja uma campanha de domínio público, não é totalizante e abrangente à toda a realidade social brasileira, mas que não a torna inteiramente eficaz.

A segunda portaria decretada na mesma data, de número 3.491, teve um objetivo ainda mais importante melhorar o desenvolvimento das políticas nacionais que englobam o suicídio.

Esta compõe a instituição de “incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde direcionada para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS), a onerarem o orçamento de 2017” (BRASIL, 2017). A partir desse novo financiamento posto pelo Ministério da Saúde, é possível analisar que novos horizontes puderam ser traçados para o contexto das políticas de saúde mental no Brasil. É um marco que demonstra um pontapé na efetividade da centralidade do Estado no debate do suicídio, e não desviando a pauta para iniciativas não governamentais e filantrópicas ao mesmo tempo em que omite o problema.

Na portaria Nº 3.491, os financiamentos colocados para a RAPS em 2017 se deram da seguinte forma: 100.000,00 reais para investimentos em apenas uma região de saúde, 200.000,00 reais para duas, e 250.000,00 reais para três ou mais regiões de saúde, além de existir um acréscimo de 10% para a região norte do país, entendendo as particularidades do local (BRASIL, 2017). Com estes valores, era esperado que fosse possível desenvolver uma abrangência maior de campanhas de prevenção ao suicídio, como:

a) assegurar a aplicação integral do incentivo financeiro no projeto, em até 1 (um) ano, a contar da data do repasse dos recursos, nos termos desta Portaria, observando a prestação de informações para o monitoramento de sua execução; e b) instituir Grupo de Trabalho ou Comitê Gestor de Prevenção do Suicídio em nível local para gestão colegiada do projeto, ou atribuir à instância preexistente, com garantia de representação da Vigilância em Saúde, Atenção à Saúde, Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, e de outras áreas, setores e instituições pertinentes, considerando as especificidades locais, de forma a garantir a implementação do projeto em consonância com os três eixos da Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil 2017 a 2020; [...] d) proposta de estratégias para Prevenção do Suicídio nos territórios prioritários ou proposta de qualificação de Plano de Prevenção do Suicídio preexistente, a ser executado no prazo de 12 meses, contendo propostas de ações relacionadas aos Eixos de Vigilância e Qualificação da Informação, de Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde, e de Gestão e Cuidado [...] (BRASIL, 2017).

Por fim, todas estas propostas, em acordo com a portaria, deveriam estar conforme as Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio, que foi estabelecida como a portaria nº 1.876/2006. Percebe-se, portanto, uma iniciativa federal para viabilizar a prevenção ao suicídio no Brasil, considerando ainda que parte da população não tem acesso ao tratamento de saúde mental, uma vez que é tido como prioridade neste novo financiamento, “propostas de ações que contemplem populações em situação de vulnerabilidade” (BRASIL, 2017).

O Brasil viveu durante e após o processo de golpe de estado de Dilma Rousseff (PT) em 2016, um contexto fragilizado em diversos âmbitos, devido à baixa popularidade da

presidente e da polarização que foi criada no país em razão da chamada crise política e econômica defendida pelos seus opositores. Tal momento foi a oportunidade encontrada para ascensão da direita e forte influência do neoliberalismo e conservadorismo no país, que se viu presidida por Michel Temer (MDB). Cabe salientar que este neoliberalismo de baixo investimento em políticas sociais, “deve ser entendido como uma estratégia de restauração do poder das classes dominantes frente à crise dos anos 1970, contudo, deve-se considerar que ocorreu uma reconfiguração das classes dominantes” (HARVEY, 2008 *apud* SILVA et al. 2019, p.3).

Ao adentrar no governo de extrema-direita de Jair Bolsonaro (PL) em 2018, há de se compreender como inúmeras políticas sociais sofreram um desmonte em objetivo da agenda liberal do presidente que se elegeu com a promessa de garantir privatizações, reformas tributárias e trabalhistas. Especificamente na Política de Saúde Mental, o ex-presidente publicou a nota técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS que representou um retrocesso nos direitos conquistados através da Reforma Psiquiátrica.

O modelo manicomial ressurgiu com o não fechamento de hospitais psiquiátricos, o incentivo às comunidades terapêuticas, além das mudanças na Política Nacional de Drogas. Segundo a nota, o aumento das taxas de suicídio, de pessoas com transtornos mentais como “moradores de rua”, e “proliferação” das crackolândias estão relacionados com o fim do modelo manicomial tido como os hospitais psiquiátricos. Assim, também defende que o sistema prisional também sofreu influência dada essa questão.

Outro aspecto de relevância do período foi a Lei Nº 13.819/2019 que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei Nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (BRASIL, 2019).

Em 2020, ainda no governo do ex-presidente Jair Bolsonaro (PL), a chegada da pandemia de Covid-19 se torna o cenário ideal para a disseminação de *fake news* sobre a doença e o isolamento social. O suicídio foi então usado como bandeira para explicitar as razões para ser contrário as restrições que eram recomendadas mundialmente. Em uma de suas *lives*, o então presidente chegou a ler a carta de um possível suicídio ocorrido por um feirante na Bahia (BRASIL 247, 2021).

Na carta, o trabalhador culpa o governador e o prefeito que decretaram "o fechamento de tudo" e que com isso não estaria conseguindo vender na feira o suficiente para pagar suas dívidas. O Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do Suicídio emitiu uma nota repudiando a postura do Presidente e lembrou que

divulgar cartas de pessoas que morreram por suicídio demonstra uma total falta de humanidade e de respeito com a vida humana. Associar o suicídio ao *lockdown* é uma falta de responsabilidade, uma vez que é dever do Estado prover os recursos necessários para que a população enfrente a pandemia com segurança (BRASIL 247, 2021).

Ainda na notícia, é lembrado que em 2020 o ex-presidente também associou os testes da vacina CoronaVac com o suicídio após a morte de um dos voluntários, demonstrando inclusive sua alegria perante a isso. Outro momento marcante foi o de 04 de março de 2021, quando o ex-presidente gargalhou ao ler um documento que falava sobre o aumento dos suicídios no Brasil, quando na realidade as últimas atualizações do Boletim Epidemiológico ainda eram de 2017 e 2019 (BRASIL 247, 2021). Entretanto, não se pode negar que esse período possivelmente despertou um aumento no número de casos de tentativas e de suicídios consumados, porém cabe salientar que a razão advém de um contexto geral de crise política, econômica e social que com a pandemia só mostrou suas fragilidades, e também suas intenções. É o que mostra a matéria do Brasil 247 de 2021:

Nos governos de extrema direita é comum vermos a promoção do caos, deixando os mais vulneráveis à mercê de políticas públicas destrutivas. Dentre os fatores de risco, as questões socioculturais e econômicas podem estar fortemente relacionadas com o suicídio. Uma das faces mais cruéis do neoliberalismo capaz de suscitar muitas “mortes por desespero” (BRASIL 247, 2021).

Com a posse do atual presidente Lula (PT) em 2023, existia a expectativa de que a saúde mental e os princípios da Reforma Psiquiátrica fossem lembrados e colocados em prática novamente. Inclusive há a revogação da Portaria nº 3.588/2017, que representava um verdadeiro retrocesso à Luta Antimanicomial e foi revogada através da Portaria nº 757/2023.

Um projeto recente e interessante na política de prevenção ao suicídio é o do deputado Fausto Pinato do partido político Partido Progressistas (PP), que defende proibir o uso de palavras semelhantes para descrever mortes por suicídio em documentos oficiais, registros médicos, laudos periciais, publicações científicas e outros instrumentos (BRASIL, 2024).

O Projeto de Lei nº 2408/2024 ainda aguarda designação de relator na Comissão de Saúde. Entretanto, é um fator a se questionar, visto que a diferente nomenclatura para se tratar da temática, além de gerar confusão, também fragmentam e despolitizam a questão. Segundo o autor da proposta:

A maneira como essa causa de morte é documentada e comunicada tem um impacto significativo não apenas na forma como o público em geral percebe o suicídio, mas também no processo de luto e na dignidade das vítimas”, argumenta o autor.

“Termos correlatos ou eufemismos usados para descrever o suicídio podem contribuir para estigmatização e confusão, dificultando a compreensão clara e precisa desse grave problema de saúde pública (AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS, 2024, s/p).

Através de uma apresentação geral das normativas que se voltam para a questão do suicídio, é possível concluir que as políticas de “prevenção” ao suicídio no Brasil caminham lentamente. O Brasil passa por uma onda de neoliberalismo logo após a Constituição de 1988 que prevê o Sistema Único de Saúde brasileira, o que permeia ainda mais um obstáculo na construção de políticas que considerem a saúde mental como um dos elementos essenciais.

Além disso, é possível observar a maneira como existem fortes campanhas advindas de Organizações Não Governamentais (ONGs) e instituições privadas ou filantrópicas, isso mostra a forma em que o Estado se utiliza de outras entidades para gerenciar um direito assegurado, a saúde. Desde o começo das constituições brasileiras, já era possível observar um apagamento de dados e uma invisibilização intencional da temática, ocultando casos de suicídio como maneira preventiva.

Entretanto, ao analisar de maneira geral as políticas e campanhas brasileiras desenvolvidas após a Reforma Psiquiátrica, percebe-se que o fenômeno do suicídio deve ser amplamente discutido em todas as instâncias da sociedade, uma vez que demarca que a temática garanta uma maior visibilidade, advinda de um investimento em políticas públicas feitas pelo governo. É importante que o Estado assuma a centralidade da questão de saúde pública debatida, de maneira a criar medidas de combate eficazes, não se baseando apenas em campanhas mundiais que não compreendem a particularidade do Brasil, como o Setembro Amarelo.

Por fim, é importante que as expressões da questão social estejam incluídas no debate do suicídio, com a finalidade de tornar este tema abrangente e não focalizado em uma culpa individual, mas sim advindo de uma negligência estatal.

## **4 RESPOSTAS AO SUICÍDIO COMO DETERMINAÇÃO SOCIAL: estudo das políticas de *prevenção* no Brasil (2011-2024)**

No terceiro capítulo deste Trabalho de Conclusão de Curso serão apresentados quatro subtítulos referentes aos governos estabelecidos entre 2011-2024 para o estudo das políticas públicas que propõem a prevenção do suicídio no Brasil.

Inicialmente, a partir do governo de Dilma Rousseff (PT) entre os anos de 2011-2016; passando pelo governo de Michel Temer (MDB), realizado após o golpe de estado entre os anos de 2016-2018; o governo de Jair Bolsonaro (PL) entre 2018-2022, configurado como de extrema-direita e, por fim, o atual governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (PT) que se iniciou em 2023 e tem o seu fim previsto em dezembro de 2026.

### **4.1 Avanços e limites dos governos Dilma (2011-2016)**

Para entender a realidade brasileira a partir dos anos 1990 com a influência do neoliberalismo, é preciso voltar à década de 1960, como explicita Cardoso (2019). A autora explica como este período, marcado por uma crise econômica e de baixo desenvolvimento, necessitou para o capitalismo, do investimento no mercado exterior e assim de diminuir os recursos para políticas públicas e sociais e atendimento das demandas sociais, que foram lançadas à iniciativa privada com investimentos do Estado.

Dessa forma, para também entendermos o legado deixado para o primeiro governo progressista no Brasil, de Luiz Inácio Lula da Silva (PT) em 2003 e consequentemente para a presidente Dilma Rousseff (PT) em 2011, de baixo investimento nas políticas públicas e nos direitos sociais. Assim como Lula (PT), Cardoso (2019) a partir de Singer (2012), afirma que a eleição de Dilma reforçou a polarização social. Para maior entendimento, a autora aborda o lugar que ambos os presidentes ocuparam:

Por isso, os estudos sobre a era petista, para Singer, se comprometidos com a análise da realidade, devem considerar a singularidade e a contradição das medidas realizadas pelos governos do PT, para não incorrerem no equívoco de confundi-los com governos reformistas fortes ou com governos neoliberais, pois se suas ações não se confrontaram com o paradigma de desenvolvimento capitalista contemporâneo, elas se deram no sentido de defender o trabalho e de frear a ofensiva neoliberal que marcou a era do PSDB (Partido da Social Democracia Brasileira) nos governos federais (CARDOSO, 2019, p.45).

Apesar de não adentrarmos nos anos governados pelo presidente Lula (PT), visto que este estudo se fundamenta a partir do governo da presidente Dilma (PT) em 2011, é importante entender como a política e, principalmente, o interesse focado no desenvolvimento da economia se fundamenta interferindo diretamente no que é construído socialmente para a classe trabalhadora mesmo quando essa questão é defendida.

Para iniciar esse estudo, focado na resposta dada ao suicídio enquanto determinação social, é a partir do governo Dilma (PT) em 2011, que se pode elencar como a primeira política pública a ser estudada, a portaria nº 3.088/2011 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial. Esta que se coloca “para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2011). Cabe reforçar a sua importância para reformular a saúde mental, focando no cuidado em liberdade e território para se adequar ao que foi construído pela Reforma Psiquiátrica. Além disso, criando novos pontos de saúde, visando ampliar e articular os serviços de atendimentos que compõem a rede de saúde universalizada.

É cabível observar como esta portaria que regulamenta diversos serviços voltados para a saúde mental não aborda em seu texto, o suicídio. Dessa forma, a saúde mental é traçada apenas na esfera do sofrimento ou transtorno, e principalmente das consequências do uso de crack, álcool e outras drogas. Seria de extrema importância para o debate como um todo, se a partir desse momento em que a política avança, que o fenômeno tão pouco debatido, e subnotificado, participasse de uma forma mais explícita, do serviço construído para a saúde mental.

De acordo com Machado et al. (2014) a partir de Howlett, Ramesh & Perl (2013) em *Políticas Públicas de Prevenção do Suicídio no Brasil: uma revisão sistemática*, toda política pública é construída a depender de atores, instituições e das correlações de forças dentro da sociedade capitalista e democrática. Assim, podemos compreender como, por exemplo, o uso de drogas e principalmente do crack, ganhou um espaço relevante na agenda da saúde mental. Marcado por um período de guerra às drogas, para além da criminalização através do punitivismo e proibicionismo, o Estado precisou também se adaptar no contexto das políticas públicas, como no caso da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), para responder também às demandas sociais referentes a essa questão.

Contudo, para o Estado e sociedade capitalista, o suicídio apesar de se mostrar uma expressão da questão social, não demonstrava até então se tratar de uma questão de urgência a ser debatida, como o uso de drogas que impactava também a segurança pública além da saúde



mental. Machado et al. (2014) demonstra que apesar de compor parte da política da saúde, o interesse específico no tema ainda era pequeno.

O suicídio é um tema de grande importância na agenda das políticas de saúde, mas que mobiliza poucos e frágeis interesses em torno da perspectiva da prevenção, não sendo objeto valorizado enquanto organizador de um vetor de ação no campo da saúde, como tem potencial para ser (MACHADO et al, 2014, p. 351).

É de se questionar o que importunaria os atores sociais de uma forma geral para o tema, talvez números cada vez mais crescentes de trabalhadores em idade útil que fomentam a produção da sociedade capitalista viessem a óbito por suicídio? A realidade sobre a saúde mental no Brasil atual não parece muito distante dessa possibilidade. É o que indica a matéria do G1 com o título de: “Crise de saúde mental: Brasil tem maior número de afastamentos por ansiedade e depressão em 10 anos”.

O Brasil vive uma crise de saúde mental com impacto direto na vida de trabalhadores e de empresas. É o que revelam dados exclusivos do Ministério da Previdência Social sobre afastamentos do trabalho. Em 2024, foram quase meio milhão de afastamentos, o maior número em pelo menos dez anos. Os dados, obtidos com exclusividade pelo G1, mostram que, no último ano, os transtornos mentais chegaram a uma situação incapacitante como nunca visto. Na comparação com o ano anterior, as 472.328 licenças médicas concedidas representam um aumento de 68% (G1, 2025, s/p).

É interessante identificar que essa matéria do ano de 2025 é publicada onze anos após a instituição da RAPS. Apesar dessa notícia notificar apenas sobre o número de afastamentos do trabalho devido a questões relacionadas à saúde mental, é possível refletir sobre o impacto direto que essa condição afeta no sistema econômico, que nessas condições precisa ceder e permear políticas públicas para a classe trabalhadora. E que, apesar de fomentada em 2011 como um grande avanço, não foi capaz de dar conta das demandas vinculadas à saúde mental, sobretudo no caso do suicídio.

Durante o último ano do primeiro mandato de Dilma Rousseff (PT), diversos tensionamentos políticos aconteceram no Brasil. O então governo passava por uma grande ofensiva na queda de sua popularidade. Devido aos protestos que aconteceram no ano anterior, em junho de 2013, dada as críticas enfrentadas por Dilma que diziam a respeito ao baixo investimento em políticas públicas e redirecionamento de verba para as obras voltadas à Copa Mundial de 2014. Além disso, foi o período que antecedia as eleições e a polarização

política brasileira era forte, juntamente da época em que a Operação Lava-Jato deu início no Brasil.

Ainda em 2014, foi sancionada a Portaria nº 1.271/2014 que: “Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências” (BRASIL, 2017).

Entende-se por notificação compulsória, segundo Brasil (2025), um aviso obrigatório às autoridades sanitárias feito através dos profissionais que atuam nos espaços de saúde, podendo ser público ou privado, sobre alguma ocorrência que esteja definida na Lista Nacional de Notificação Compulsória. Estas ocorrências podem ser relacionadas a doenças, agravos e eventos de saúde pública. Entende-se como doenças, epizootia e eventos de saúde pública, segundo a lista de Brasil (2014), danos que podem ser causados ao seres humanos, seja uma epidemia ou pandemia, ou casos que deveriam ser de conhecimento para asseguarção da saúde pública, tanto pelo contágio ou pela gravidade de um determinado episódio, que deva ser melhor acompanhado para evitar complicações futuras em outros indivíduos.

No entanto, o que chama atenção, é a definição de agravo na lista nacional, qual seja:

Qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada (BRASIL, 2014).

Em “lesão autoprovocada”, é única vez em que o suicídio ou as tentativas do mesmo, são citadas no documento oficial do governo, ainda se apropriando de uma palavra que remete à um eufemismo que tira a notoriedade do assunto, que deveria ser abordado com maior clareza. O problema identificado na referida portaria, também se dá a partir da visão de como as políticas estatais de prevenção ao suicídio são constituídas de forma paliativa, que não buscam o enfrentamento do fenômeno de maneira realmente preventiva. É reconhecível aqui a forma como esse fenômeno é majoritariamente visto posteriormente ao ocorrido como, por exemplo, a medida de notificar compulsoriamente uma lesão autoprovocada que deu entrada à alguma unidade de saúde. Não se tratando de uma política de prevenção, mas a de quantificação de ocorridos.

Desse fato, cabe a análise a demora em que esta medida teve para ser estabelecida, sendo possível sua consolidação somente em face do aumento dos debates em torno da saúde

mental. Foi o momento em que a saúde mental passou a ser incluída com mais incisão nas temáticas de problemas de saúde pública. Por mais que essa inclusão tenha representado o início de uma protagonização dos problemas causados pela falta de tratamento eficaz da saúde mental dos indivíduos, também mostra a forma como este debate ainda é visto de maneira sensacionalista e pouco objetiva. Nota-se a primeira medida a ser tomada quando se é deparado com um caso de tentativa de suicídio é a de avisar as autoridades, e não a de acolhimento e encaminhamento dessa pessoa que está passando por um processo de sofrimento psíquico.

Dessa forma, se nega a subjetividade dos indivíduos, os encaixando em paradigmas que comparam o ato do suicídio similar à um delito, assim como era julgado moralmente na antiguidade como um pecado. Tudo isso acontece de maneira a culpabilizar o indivíduo que teve seu cuidado negligenciado pelo próprio Estado e suas medidas pouco preventivas e eficazes, que buscam expor e atribuir culpa por essa condição ao indivíduo, constituindo uma moralização de medo em torno do fenômeno do suicídio na sociedade capitalista.

De acordo com Machado et al. (2014) é possível ter uma visão mais panorâmica de como deveria funcionar as políticas públicas de prevenção do suicídio se as mesmas fossem mais abrangentes, com o intuito direto de enfrentar o problema de saúde pública, e não somente com o de sistematizar uma lista de medidas paliativas. Assim,

Quando falamos em prevenção, Gordon (2013) exemplifica a prevenção primária como praticada anteriormente à origem etiológica da doença, a secundária praticada depois do reconhecimento da doença e antes das causas do sofrimento e a terciária praticada depois da desestabilidade e sofrimento para evitar problemas futuros. Na linha de Gordon (2013), Mrazek e Haggerty (1994, apud Bertolote, 2012, p.88-89) propuseram três níveis de prevenção segundo grau de risco: prevenção Universal, Seletiva e Indicada. A prevenção Universal é destinada a toda população, sem necessariamente apresentação de algum grau de risco. Seu principal objetivo é impedir o início do comportamento que desencadeie no suicídio e não está estritamente relacionada com a seleção dos indivíduos para a intervenção (GORDON, 2013, p. 157 *apud* MACHADO et al, 2014, p. 345).

Pressupõem-se que a prevenção ao suicídio deveria seguir uma linha mais articulada por parte das elaborações de políticas estatais, que conjugassem suas ações de forma mais operacional e organizada, com o objetivo de enfrentar o aumento dos casos de suicídio de maneira objetiva e não superficial, evidenciando os problemas relacionados à gestão.

No ano de 2015, o cenário político brasileiro se encontrava em um contexto de enfraquecimento político, logo no primeiro ano do segundo mandato de Dilma Rousseff (PT),

posteriormente interrompido por um golpe de estado no ano seguinte. Em 2015 o governo enfrentava pressões significativas em relação à suposição de corrupção e ao desvio de verbas, onde se havia o questionamento a respeito das políticas públicas que se encontravam enfraquecidas, e focalizavam em outros segmentos da política e de quitação de contas do Estado brasileiro.

Além disso, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017), o Produto Interno Bruto (PIB) caiu em aproximadamente 3,5% em 2015 e a inflação ultrapassou mais de 10% no Brasil, causando um período de crise econômica e política, além do corte intensivo de verbas em programas sociais anteriormente restaurados. Outro dado importante para analisar esse cenário, é o do aumento do desemprego, que juntamente do aumento das tarifas públicas, trouxe uma precarização das condições de vida para a população brasileira.

Assim como evidenciado anteriormente, o sofrimento psíquico também se inclui como um problema de saúde pública, e é ainda mais agravado em períodos de crise. É possível perceber neste exato período, a chegada de uma das ações de prevenção ao suicídio mais notáveis na realidade, não somente brasileira, mas já conhecida internacionalmente: o Setembro Amarelo. De acordo com o Centro de Valorização da Vida (CVV), essa campanha, que se propõe a enfrentar o suicídio de maneira mais aberta, chega até o cenário brasileiro somente em 2015, com um atraso de doze anos em comparação à sua criação, em 2003, nos Estados Unidos.

Apesar do Setembro Amarelo ser mundialmente conhecido, ele chega no Brasil com características diferentes, em um período de crise socioeconômica e insatisfação com o cenário político atual. Essa campanha pode ser vista como uma maneira de lidar com as decorrências das negligências estatais que impactaram diretamente no sofrimento psíquico da população brasileira, que perpassou a todos os indivíduos acometidos coletivamente ao capitalismo, mas principalmente à classe trabalhadora, principal usuária das políticas públicas fortemente impactadas pela escassez de recursos.

Essas diversificada personalização do Setembro Amarelo, que já traz consigo de outro país a determinação do Dia Mundial da Prevenção do Suicídio no dia 10 de setembro, no Brasil contou agora com a inclusão do Centro de Valorização da Vida (CVV). Essa nova ação constou em desenvolver um programa de atenção à vida, que contava com um apoio emocional às pessoas em sofrimento psíquico. Essa comunicação é feita de forma sigilosa e voluntária, garantindo uma tentativa de fazer com que alguém que tenha idealizado o suicídio

possa mudar de ideia. O atendimento funciona através do site e da linha telefônica 188, todos de maneira gratuita com acesso universal.

No entanto, esta iniciativa tem seu início marcado pela iniciativa não-governamental e sobrevive até os dias atuais como uma Organização Não Governamental (ONG) sem fins lucrativos. É cabível aqui que o reconhecimento de que a mais popular campanha de prevenção ao suicídio não foi uma iniciativa do Governo Federal, e sim, fruto de mobilização popular e ampliação do debate do suicídio na mídia. Justamente em um período em que se identificou o aumento da influência da internet e o acesso da mesma por crianças e adolescentes, população que é constantemente afetada pelo fenômeno do suicídio. De acordo com o Boletim Epidemiológico de 2017, “segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio representa 1,4% de todas as mortes em todo o mundo”, e “entre os jovens de 15 a 29 anos, é a segunda principal causa de morte” (BRASIL, 2017).

O Estado não adentra profundamente na ampliação do debate e se mantém no âmbito do caráter pontual, no que ele próprio tenta definir como prevenção, uma vez que esta campanha poderia ter sido introduzida como uma política pública oficial do governo e não foi consolidada mesmo já existindo desde 2003. É importante ressaltar que o Setembro Amarelo também não se constitui como uma política nos Estados Unidos, mas sim uma ação de conscientização sobre a temática.

O Brasil, posteriormente reconheceu o Setembro Amarelo e o Dia Mundial da Prevenção do Suicídio como parte da Política Nacional de Prevenção do Suicídio, no entanto essa campanha foi apenas agregada a esta política, e não foi autoral do governo brasileiro. Percebe-se esta atitude como um padrão na política brasileira, em que as ofensivas de ONGs se tornam por muitas vezes mais fortes do que as políticas públicas, ofuscando o direito universal que deveria ser garantido pelo Estado por campanhas criadas por empresas que visam o lucro ao se debruçar em pautas sociais. Assim se apropriando de demandas sociais e as convertendo em mercadorias que engendram a lógica do mercado. Esse fenômeno foi definido por Yazbek (1995) como refilantropização da questão social, onde a responsabilidade de assegurar os direitos previstos em constituição são transferidos do Estado para o terceiro setor.

Dessa forma cria-se um paradigma social de que qualquer política desenvolvida pelo governo federal se torna um favor à população e não um direito, como neste caso, de saúde, previsto no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Constituição Federal de 1988, que garante acesso universal à saúde para qualquer cidadão, em que a saúde mental se inclui.

Nesse sentido, é possível abordar o não cumprimento do Estado nas políticas de saúde, se desapropriando de campanhas relevantes e transferindo responsabilidades para o setor privado, o que incide também no processo de mercantilização constante da saúde na sociedade na atualidade. A mercantilização e privatização da saúde é representada pela ausência de investimento e planejamento, como conclui Machado et al. (2014):

Portanto, a prevenção do suicídio, mesmo com a verificação de maior incidência do ato (a despeito das subnotificações), ainda caminha de forma lenta. Os problemas são diversos e há pesquisas e alternativas para o enfrentamento da questão, inclusive diretrizes nacionais para o debate. A questão já foi discutida por alguns entes federativos, originando até mesmo projetos e planos. [...] Todas estas práticas e esforços, incluindo o resultado do presente trabalho, aliadas a um interesse nacional recente e cada vez maior, representam um grande avanço na discussão e reflexão sobre as políticas públicas de prevenção do suicídio no Brasil, a despeito da inegável negligência histórica do tema no SUS (MACHADO et al, 2014, p. 351).

O Setembro Amarelo também trouxe à luz uma outra questão: a forma como uma das campanhas de prevenção do suicídio mais famosas no Brasil é fruto de uma pauta exportada de uma nação que difunde a hegemonia capitalista a partir da sua posição como país imperialista. O Brasil por mais que tenha demorado para abordar o Setembro Amarelo, é cabível identificar que o mesmo faz parte de um processo de capitalismo periférico, significando o atraso na inserção de diversos aspectos econômicos, sociais e culturais.

No entanto, por mais que a campanha do Setembro Amarelo e o 10 de setembro como Dia Mundial da Prevenção do Suicídio façam parte da mais conhecida ação de prevenção do suicídio, esse fato não significa que ela seja eficaz na realidade brasileira. O Brasil está inserido dentro de uma constituição que garante o acesso à saúde de maneira universal, o que não se agrega a todas as nações, e rege suas políticas também com base na regulamentação que prevê a asseguarção dos direitos de saúde de maneira gratuita. No entanto, é necessário o adendo de que essa garantia é proposta no campo teórico, e com falhas de cumprimento prático. Isto é, uma vez que o país passou por processos como a ofensiva privatista e a disputa no interior do projeto do SUS colocado pela Reforma Sanitária desde a Constituição Federal de 1988, além do desfinanciamento na saúde.

Dessa forma, foram criadas as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio em 2006, que regulamentam como o fenômeno deve ser lidado na realidade brasileira. O problema se encontra na forma como estas diretrizes e ações são operacionalizadas no Brasil, com falhas na segmentação e direcionamento das estratégias, que não são pensadas de maneira objetiva. Pode-se entender este problema por uma falta de clareza do que se busca

enfrentar, onde as políticas brasileiras parecem sempre falhar nessa identificação, sem um alvo definido. A forma como Bertolote (2012) define no livro: *O suicídio e sua prevenção* demonstra esta realidade:

Sua análise revelou que talvez a maior deficiência da maioria desses programas era a falta de uma clara definição de seu objetivo, ou seja, não explicitavam se visavam à redução da mortalidade, a redução de qualquer comportamento suicida (por exemplo, tentativas de suicídio, planos de suicídio) ou ambos. Outra importante limitação da maioria dos programas avaliados era a ausência de indicação de seu público-alvo: a população toda, idosos, adultos jovens, adolescentes etc. (BERTOLOTE, 2012, p. 94).

O autor amplia sua análise ao demonstrar a forma como a falta dessa operacionalização é refletida. Além disso, de como também ocorre uma ausência de estudos e pesquisadores que se dediquem à temática.

Como conclusão, podemos dizer que muitos dos programas de prevenção do suicídio - sua maioria, na verdade (mesmo os que foram concebidos e/ ou iniciados no século XXI) - continuam inspirados nos mesmos princípios filantrópicos dos programas pioneiros e não são planejados com a finalidade precipita de serem avaliados. Neste sentido, o problema não é tanto dos responsáveis pelos programas de prevenção quanto o é dos pesquisadores que se propõem a avaliá-los. Cabe a estes encontrar métodos adequados que permitam contornar o que consideram como limitações conceituais e metodológicas dos atuais programas de prevenção do suicídio (BERTOLOTE, 2012, p. 97).

Cabe trazer, ainda, a maneira como o autor conclui e demonstra o caminho percorrido para a definição destas políticas públicas, em que o método científico deve também ser considerado na construção destas ações, para uma compreensão mais profunda do fenômeno.

Na verdade, a partir da preocupação da OMS e de certos governos com a efetividade, o custo e a relação custo-benefício dos programas de saúde pública incorporada pelos responsáveis por programas de prevenção de suicídio, mesmo os de iniciativa filantrópica, consolidou-se a preocupação com o emprego de intervenções de efetividade comprovada. Afinal de contas, a validação científica de resultados é um requisito fundamental para adquirir credibilidade e, eventualmente, ter acesso a verbas governamentais (BERTOLOTE, 2012, p. 98).

O Setembro Amarelo portanto, na realidade brasileira junto com o Centro de Valorização da Vida, faz parte de uma campanha não autoral do Estado brasileiro, que não comporta todos os elementos necessários para ser considerado como a mais eficaz medida de prevenção do suicídio na realidade brasileira fruto de um processo de capitalismo periférico.

Esta campanha foi amplamente divulgada no mundo inteiro e colaborou na extensão do debate do suicídio ao mesmo tempo em que trouxe um avanço na notoriedade do tema,

mas ainda assim se apoia em *slogans* simplistas de atenção à vida. Não é vista nessa política os processos inerentes ao sujeito inserido no contexto socioeconômico brasileiro, que podem agravar o sofrimento psíquico. Falta um objetivo maior que amplie a visão de uma política voltada apenas ao caráter psiquiátrico e psicológico do suicídio, fruto de um cenário biomédico, para uma política que tenha uma ação que inclua os determinantes econômicos e sociais à análise do sofrimento psíquico.

É necessário analisar por este viés, uma vez que o Setembro Amarelo nasceu em um país com um processo de industrialização diferente do Brasil e não deve ser analisado aqui da mesma maneira, sem especificar suas peculiaridades. Machado et al. (2014) demonstra no entanto a forma como essa campanha poderia ser operacionalizada no Brasil para compor um projeto eficaz de prevenção ao suicídio:

Um exemplo é o Dia Mundial da Prevenção do Suicídio, onde toda a população é informada sobre o suicídio, impacto e enfrentamento. A prevenção Seletiva é destinada a populações e/ou indivíduos com baixo risco. Como objetivo busca também impedir que um dado comportamento se instale. Neste ponto utilizaríamos da busca de sujeito e/ou populações com vulnerabilidade na questão. Já na questão da prevenção indicada temos uma intervenção destinada a populações e/ou indivíduos que apresentam risco moderado ou considerável. Um exemplo da prevenção indicada seria o contato diário com indivíduos que já tentaram o suicídio (BERTOLOTE, 2012 *apud* MACHADO et al, 2014, p. 345).

O autor sugere, que as políticas públicas brasileiras de prevenção do suicídio poderiam ter um caráter contemplador e direcionado, já que se mostram muitas das vezes insuficientes para prevenir efetivamente o suicídio, devido as suas falhas em sua execução e efetivação. Pode-se colocar as dificuldades encontradas relacionadas à gestão e ao financiamento, além de ignorar a realidade da população brasileira. É importante também lembrar que, mesmo nessas condições, se de fato fossem estabelecidas da melhor forma, a contradição existente em um sistema capitalista nunca iria acabar com a questão, mas poderiam sim, significar o prolongamento das condições e vida dos sujeitos, assim como outras políticas o fazem.

Seguindo no cenário político que o Brasil se encaixava no ano de 2015, outro relevante acontecimento nas políticas e campanhas de prevenção do suicídio acontecia. Dessa vez, é destacado a forma como a produção de conhecimento em categoria se torna imprescindível na elaboração de programas de enfrentamento ao suicídio, para efetivar o método científico. Entende-se que para o tema ganhar notoriedade, é necessário a sua discussão embasada na produção crítica. Assim como em 2007 foi possível identificar os avanços da produção de conteúdo sobre o tema com a Associação Brasileira de Saúde Mental



(ABRASME), em 13 de junho de 2015 é importante destacar o nascimento da Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio (ABEPS).

A ABEPS representou uma ampliação de pesquisas sobre o suicídio e o incentivo de estudos científicos para a prevenção do mesmo. No entanto, a crítica cabível aqui é a mesma citada em análises de campanhas anteriores, da sua invisibilidade. Se, por um lado, é determinado que para construir políticas a níveis nacionais que englobam a realidade do cidadão brasileiro é necessário arquitetar essas medidas com pesquisas e mapeamentos que buscam definir objetivos, cabe a reflexão do porque o Estado não se fez presente no incentivo a estudos sobre o tema, que beneficiaria na construção e elaboração das próprias políticas federais.

Percebe-se que a introdução do incentivo a estudiosos sobre a prevenção do suicídio ao Estado é um objetivo definido pela própria associação analisada, uma vez que em parceria com o governo federal as medidas desenvolvidas em categoria na ABEPS poderiam tomar um rumo que beneficiasse a prevenção ativa do suicídio, isso se as conclusões das pesquisas incidissem de fato na construção de políticas oficiais do Estado brasileiro. Os mapeamentos e resultados científicos apresentados em diversos congressos agregariam ainda às tentativas de combate a este problema de saúde pública se possuíssem um investimento de nível federal. Na definição de objetivos específicos da associação encontramos que “chamar a atenção” do Estado é uma das ações mais importantes da ABEPS:

1. INFLUENCIAR POLÍTICAS PÚBLICAS nas áreas de Prevenção do Suicídio, Posvenção, Atendimento de crise, Automutilação e Promoção de saúde mental. ESTRATÉGIAS. 1.a) Introduzir a ABEPS aos órgãos federais envolvidos com o Programa Nacional de Prevenção do Suicídio 1.b) Participar de eventos, reuniões e audiências promovidas por órgãos públicos na temática (ABEPS, 2025).

Nesse sentido, a ABEPS se propõe a desenvolver um trabalho mais transparente e direto com a população brasileira, de maneira independente. É uma aliada na construção de metodologias importantes no enfrentamento ao aumento do número de suicídios e, quando entendemos a forma como a negligenciação do governo no investimento neste tipo de incentivo à pesquisas, fica mais fácil visualizar a forma gradual como as campanhas de prevenção do suicídio brasileiras são degradadas.

É interessante notar que elementos que explicam mudanças nas políticas públicas, como ideias viáveis e "motores" interpretativos (crises, indicadores, avaliação governamental, etc.) estão presentes no quadro atual da formulação de políticas públicas de prevenção de suicídio, mas faltam alguns elementos

políticos para a ascensão do tema à agenda de decisão. A existência de uma comunidade epistêmica de especialistas na OMS ofertando ideias inovadoras sobre o tema é um dado positivo (MACHADO et al, 2014, p. 350).

Cabe aqui o reconhecimento de como esse tipo de iniciativa da ABEPS, contribui para a constante desmitificação do debate do suicídio, que perpassa desde a sua origem por um grande estigma de tabu e preconceito, sempre tido de maneira sensacionalista na mídia e de forma culpabilizatória ao sujeito que o comete. Ainda que tenha sido operacionalizada de maneira independente, a ampliação da produção de pesquisas de prevenção do suicídio contribui para estudos mais rigorosos sobre o tema. É possível identificar então a partir das palavras de Machado et al.(2014), que sintetiza as contribuições feitas para a mudança da imagem do suicídio:

Indicadores e crises envolvendo a questão, por exemplo, estão presentes para sinalizar que o tema merece atenção para ser objeto de políticas públicas especialmente nas ações dos serviços descentralizados de prerrogativa dos entes federativos. O fluxo político, o motor da mudança, e a inexistência de empreendedores políticos (conforme Kingdon, 2003) podem ser indicadores mais problemáticos, pois questões como o tabu, por exemplo, não são favoráveis ao clima ou 'humor' nacional para a questão ganhar força, nem os governos estão interessados em discutir a prevenção do suicídio. A imagem atual (Baumgartner & Jones 1993) envolta em tabus do objeto "suicídio" dificultaria a sua própria constituição enquanto eixo de políticas públicas de saúde (MACHADO et al, 2014, p. 350).

A partir da discussão ora apresentada, é possível destacar os avanços estabelecidos dentre as políticas de prevenção nos anos entre 2011-2016 de Dilma Rousseff (PT), com a criação da Rede de Atenção Psicossocial, a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, e a chegada do Setembro Amarelo. Porém cada uma com as suas características que não se configuram como políticas de enfrentamento, mas ações pontuais e emergenciais, visto que de fato, não reduzem as taxas de suicídio e de suas tentativas.

No que se refere à Rede de Atenção Psicossocial, apesar de determinar um contingente de serviços de baixa e alta complexidade, é possível observar como os recursos financeiros não são suficientes para o desempenhar para a população. Em grandes cidades, os serviços disponibilizados atendem com pouca estrutura e equipes defasadas. Nas pequenas cidades, o problema é ainda maior, com dificuldade de exercer os serviços propostos devido a falta de investimento e infraestrutura.

Também é necessário ressaltar novamente, o que o corpo do texto da Portaria nº 3088/2011 focaliza na questão do cuidado da Rede de Atenção Psicossocial. Assim, trazendo a questão do uso de substâncias, principalmente do crack, que foi afirmado como um dos maiores perigos daquele momento, e que configurou parte da guerra às drogas no Brasil. No aspecto da saúde mental, os transtornos graves e persistentes são identificados, mas também não temos nele demonstrado a condição final de um processo de sofrimento psíquico, o suicídio.

Na Lista Nacional de Notificação Compulsória, podemos novamente reforçar a ação paliativa, que consiste, novamente, não enfrentar e prevenir o suicídio, mas garantir que os números sejam contabilizados após o ocorrido. Ainda que importante, essa medida também não assegura o acompanhamento sistemático e efetivo do fenômeno na sociedade, devido ao seu atraso e subnotificação.

Em relação ao Setembro Amarelo, que se caracteriza como uma campanha exportada dos Estados Unidos, também demonstra suas falhas na execução, visto que inicialmente surge como uma ação não governamental. Apesar de posteriormente se tornar parte da política de prevenção, não deve ser centralizada como a principal ação, visto que há desde 2006 as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. É preciso também ressaltar como a mesma se fundamenta como uma ação que opera nas questões individuais do sujeito, através de campanhas de conscientização e o número para discagem chamado de CVV para conversar com pessoas nessas condições.

A partir da discussão realizada, observamos que no período do governo Dilma (PT) são inúmeras as dificuldades encontradas nas políticas realizadas, mas a falta de recursos e os problemas de gestão e operacionalização aparecem como a maior ameaça ao cumprimento de suas prerrogativas. À luz dessas questões nos propomos no tópico seguinte entender sobre as políticas de prevenção no governo de Michel Temer (MDB), buscando identificar seus avanços e retrocessos.

#### **4.2 Ameaça ao SUS e os cortes nas políticas públicas do governo Temer (2016-2018)**

Cabe contextualizar o ano de 2016 marcado pelo Governo de Michel Temer (MDB) após o golpe de estado sofrido pela presidente Dilma Rousseff (PT) e que o consagrou como presidente da república. Marcado como um período conturbado, em que a correlação de forças

entre as classes sociais se mostravam mais acirradas com a ascensão do neoliberalismo. Segundo Behring (2020),

Este processo se combina ao saque do patrimônio público, com a retomada das privatizações, com destaque aos interesses imperialistas sobre as riquezas do país, destacadamente a água, o petróleo e a Amazônia. As medidas do governo golpista de Temer, algumas delas decididas sob bombas na Esplanada dos Ministérios, não deixam qualquer sombra de dúvida. Dentre outras, tivemos: a contrarreforma trabalhista que estimula a terceirização e precarização generalizadas do trabalho no país; a aprovação da Emenda Constitucional 95, que praticamente congelados gastos primários do governo federal fazendo com que sejam corrigidos apenas pela variação da inflação do ano anterior (em tempos de deflação e paralisação da atividade econômica) e preserva a dívida pública, a grande gambiarra de recursos públicos; e a Emenda Constitucional 93, que estendeu a desvinculação de recursos pela DRU até 2023 e a ampliou para 30%, também para estados e municípios (BEHRING, 2020, p. 105).

Neste cenário, o terreno não se mostrava favorável para a classe trabalhadora e consequentemente para as políticas públicas. Com o avanço da agenda neoliberal, ocorreram transformações significativas no mandato do presidente Temer (MDB) através das privatizações, das reformas tributárias, trabalhistas e da Emenda Constitucional nº 95/2016, que visavam o lucro do capital e do Estado, passando por cima da classe trabalhadora.

Apesar do ataque à política de saúde mental e do desmonte organizado a RAPS que gerou uma remanicomialização do cuidado, cabe salientar o ano de 2017, com o Ministério da Saúde apresentando o primeiro Boletim Epidemiológico e a Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil, este que constaria dados equivalentes aos anos de 2011-2016. Para a agenda de saúde mental em um período conturbado, foi um avanço para se debater a relevância especificamente do fenômeno do suicídio e a maneira como este se atravessa na sociedade brasileira.

No documento, o suicídio é introduzido como uma questão de saúde pública que deve ser debatida de maneira responsável em busca da sua prevenção, nele é apresentado que há situações de maiores riscos e que o objetivo do Boletim Epidemiológico é de apresentar em números as tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a atuação da rede de saúde. Em seu método há uma análise descritiva sobre: características sociodemográficas (raça, cor, escolaridade, idade, presença de deficiência ou transtorno e zona de residência) e de características de ocorrência (local de ocorrência, violência de repetição e relação com o trabalho) (BRASIL, 2017).

Apesar de caracterizar o suicídio, o documento também apresenta a palavra autoextermínio a fim de explicitar as tentativas, o que novamente, prejudica o fortalecimento

do debate por não o definir pelo que realmente é. Além disso, apesar da palavra autoextermínio ser bastante usada em documentos e por profissionais de saúde, a fim de minimizar o incômodo que é falar sobre suicídio, impossibilita também que esse tipo de morte e óbito seja tratado considerando todos os determinantes sociais que o envolvem.

Em seus resultados apresentam o “Perfil das lesões autoprovocadas e tentativas de suicídio registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 2011 a 2016 (BRASIL, 2017).

No período de 2011 a 2016, foram notificados no Sinan 1.173.418 casos de violências interpessoais ou autoprovocadas. Desse total, 176.226 (15,0%) foram relativos à prática de lesão autoprovocada, sendo 116.113 (65,9%) casos em mulheres e 60.098 (34,1%) casos em homens. Considerando-se somente a ocorrência de lesão autoprovocada, identificaram-se 48.204 (27,4%) casos de tentativa de suicídio, sendo 33.269 (69,0%) em mulheres e 14.931 (31,0%) em homens. Observe-se que, do total de notificações por lesão autoprovocada, foram identificados 15 casos com sexo ignorado; e, do total de notificações por lesão autoprovocada e tentativa de suicídio, foram identificados 4 casos com sexo ignorado (BRASIL, 2017).

É importante explicitar que o Boletim define como lesões autoprovocadas como as autoagressões, automutilações e tentativas de suicídio cujo o desfecho não resulta em óbito. Apesar dos dados serem bem representados ao serem separados por tentativas e mortes por suicídio, a nomenclatura escolhida para explicitar as tentativas de suicídio, pode dificultar o entendimento e mais uma vez, estigmatizar uma discussão que é socialmente complexa e velada.

Sobre o “Perfil dos óbitos por suicídio registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) no período de 2011 a 2015, o Boletim apresenta:

No período de 2011 a 2015, foram registrados 55.649 óbitos por suicídio no Brasil, com uma taxa geral de 5,5/100 mil hab., variando de 5,3 em 2011 a 5,7 em 2015. O risco de suicídio no sexo masculino foi de 8,7/100 mil hab., sendo aproximadamente quatro vezes maior que o feminino (2,4/100 mil hab.). Em ambos os sexos, o risco aumentou, ao longo do período, passando de 8,4 para 9,1/100 mil hab. no sexo masculino e de 2,3 para 2,5/100 mil hab. no feminino. Assim, o crescimento da taxa foi de 0,7/100 mil hab. no sexo masculino e de 0,2/100 mil hab. no feminino (BRASIL, 2017).

Os números apresentados são uma média das notificações recebidas e computadas, e que devido à subnotificação, não conseguem identificar a realidade completa. Além disso, apresenta um fator a ser considerado: o aumento do risco independente do gênero com o passar dos anos. Bertolote (2012) ressalta sobre a qualidade da informação:

Deve-se destacar que, embora a qualidade da informação sobre mortalidade enviada pelos países à OMS (uma obrigação constitucional vigente para todos os países membros da OMS) seja criteriosamente verificada por seus técnicos, o mesmo não se pode dizer sobre as informações não enviadas. Em outras palavras, pode-se garantir que a informação sobre suicídio constante do banco de dados sobre mortalidade da OMS representa uma informação mínima, e aceita-se amplamente que isso representa um sub-registro da mortalidade causada pelo suicídio, ou seja, o número real de casos de suicídio, deve ser maior do que o indicado pelos registros. Diversos fatores são responsáveis por esse sub-registro da mortalidade devida ao suicídio: religiosos, financeiros, securitários, sociais etc. Em algumas religiões que consideram o suicídio um grave pecado ou uma ofensa à religião (por exemplo, no catolicismo, no Judaísmo e no islamismo), os ritos fúnebres são distintos (e, por vezes, recusados) para os mortos por suicídio, chegando a ponto de haver um setor específico nos comitês para os suicidas (BERTOLOTE, 2012, p.44).

Para explicar os determinantes que o fenômeno do suicídio abarca, o Boletim Epidemiológico cita:

As lesões autoprovocadas e tentativas de suicídio são fenômenos complexos e multicausais, e possuem como determinantes os fatores sociais, econômicos, culturais, biológicos e a história de vida pessoal. Essas lesões correspondem ao fator de risco mais importante para o suicídio. Apesar da ausência de notificações de violências interpessoais/autoprovocadas em alguns municípios do país, e considerando-se que apenas uma em cada três pessoas que tentam suicídio é atendida por um serviço médico de urgência, a existência de uma base nacional de dados com as notificações de lesões autoprovocadas e tentativas de suicídio permitiu conhecer o perfil dos indivíduos atendidos pelo setor de saúde no período em estudo (BRASIL, 2017).

Assim, identificamos falhas devido a imprecisão principalmente em relação ao dados, visto que demonstra a dificuldade em abarcar todos os municípios do país, e a subnotificação advinda da não procura pelos serviços de saúde. Apesar do progresso e de estabelecer o perfil daqueles que são atendidos, sabe-se que há uma grande parcela da população que não está assistida na rede de saúde socioassistencial. Do mesmo modo, é preciso pontuar novamente como é nítida a dificuldade em trabalhar o suicídio, visto que os conceitos escolhidos para explicitar as lesões autoprovocadas e tentativas de suicídio se confundem, e em alguns momentos parecem assuntos separados e que se complementam, se tornando fenômenos, no plural.

No entanto, apesar da importância do boletim epidemiológico, sabe-se que é necessário para além de quantificar, consolidar políticas reais de enfrentamento e prevenção. Bertolote (2012) ressalta as consequências que afetam a saúde pública e a população, visto que os programas de prevenção são lentos e ineficientes e que, na maioria das vezes, são analisados como um problema sem relevância.

No ano de 2017 durante o governo de Temer (MDB), o Brasil se encontrava em um contexto político pós golpe de estado aplicado em Dilma (PT) no ano anterior, momento em que o atual presidente, anterior vice de Dilma (PT), se baseava em uma política de extrema redução de gastos públicos, isto é, menos investimento nas políticas públicas. Ao mesmo tempo, se passava por um período histórico na realidade em que a Organização Mundial de Saúde (OMS) realizava alertas sobre o aumento do índices de suicídio. Sendo que, no Dia Mundial da Saúde, o tema debatido em 07 de abril de 2017 versou sobre os riscos da depressão (AGÊNCIA BRASIL, 2017). Ao realizar este alerta, podemos enxergar a partir da reportagem publicada no Agência Brasil<sup>5</sup>, os alertas da OMS relacionados a política de prevenção do suicídio e o acesso ao tratamento:

A organização também alertou que, apesar da existência de tratamentos efetivos para a depressão, menos da metade das pessoas afetadas no mundo – e, em alguns países, menos de 10% dos casos – recebe ajuda médica. As barreiras incluem falta de recursos, falta de profissionais capacitados e o estigma social associado a transtornos mentais, além de falhas no diagnóstico. “O fardo da depressão e de outras condições envolvendo a saúde mental está em ascensão em todo o mundo”, concluiu a OMS, ao cobrar uma resposta compreensiva e coordenada para as desordens mentais por parte de todos os países-membros (AGÊNCIA BRASIL, 2017, s/p).

Dessa forma, é possível compreender a forma como o governo precisou tomar novas medidas para enfrentar o aumento de casos de suicídio. É então que, em 18 de dezembro de 2017, foram divulgadas as novas portarias criadas pelo Ministério da Saúde. Sendo elas, as portarias: nº 3.479/2017 e nº 3.491/2017.

A primeira normativa a ser discutida é a nº 3.479/2017 que “Institui Comitê para a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil” (BRASIL, 2017). Nesta portaria, o Ministério da Saúde sancionou de forma organizada um grupo especializado para trabalhar no enfrentamento ao suicídio, considerando-o uma questão de saúde pública. Esse comitê representou um avanço na ampliação do debate de maneira mais totalizante e direcionada uma vez que permitiu um trabalho mais interdisciplinar que considerou diversas vertentes do problema. Foi possível analisar a partir de um viés que se preocupa com o acesso à essas políticas e ao tratamento disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A portaria permite que dessa vez, o governo federal, através do Ministério da Saúde (2017), consiga melhor direcionar suas políticas públicas, se preocupando dessa vez em

---

<sup>5</sup> Entidade do Governo Federal que visa fortalecer a comunicação pública no país.

operacionalizar essas ações de maneira mais segmentada e elaborada, a partir de diversas entidades públicas, como:

I - MINISTÉRIO DA SAÚDE: a) Secretaria de Atenção à Saúde - SAS; 1. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/DAPES/SAS/MS; 2. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência/DAHU/SAS/MS; 3. Departamento de Atenção Básica/DAB/SAS/MS; e 4. Coordenação-Geral da Política Nacional de Humanização/CGPNH/SAS/MS. b) Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS 1. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador/DSAST/SVS/MS; e 2. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde/DAVTPS/SVS/MS; c) Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI: 1. Departamento de Atenção à Saúde Indígena/DASI/SESAI/MS; e II - Organização Pan Americana de Saúde - OPAS/OMS (BRASIL, 2017).

Com a formação deste comitê, foi ampliada a coordenação acerca da execução das políticas de prevenção do suicídio. Esse comitê foi introduzido em conjunto com os conceitos definidos nas Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e com a Rede de Atenção à Saúde, o que mostra como a partir do ganho de notoriedade, novas políticas foram introduzidas em conjunto com aquelas já pré-estabelecidas.

É nesse sentido que importa destacar a forma como as novas ações de enfrentamento são introduzidas no cenário político brasileiro, isto é, elas se dão a partir de tensionamentos, como neste caso, após uma pressão da própria OMS. Foi a partir do alerta da entidade sobre um maior número de agravos, principalmente no Brasil, como exemplificado na citação seguinte de Agência Brasil (2017), que o Estado se organizou para elaborar políticas mais estruturadas.

O número de pessoas que vivem com depressão, segundo a OMS, está aumentando – 18% entre 2005 e 2015. A estimativa é que, atualmente, mais de 300 milhões de pessoas de todas as idades sofram com a doença em todo o mundo. O órgão alertou ainda que a depressão figura como a principal causa de incapacidade laboral no planeta. “A depressão é diferente de flutuações habituais de humor e respostas emocionais de curta duração aos desafios da vida cotidiana. Especialmente quando de longa duração e com intensidade moderada ou severa, ela pode se tornar um sério problema de saúde”, destacou a organização. Os dados mostram que quase 800 mil pessoas morrem anualmente em razão de suicídio. Depressão no Brasil: De acordo com a OMS, cerca de 5,8% da população brasileira sofre de depressão – um total de 11,5 milhões de casos. O índice é o maior na América Latina e o segundo maior nas Américas, atrás apenas dos Estados Unidos, que registram 5,9% da população com o transtorno e um total de 17,4 milhões de casos (AGÊNCIA BRASIL, 2017, s/p).

Ainda pensando na forma como essas políticas só são sancionadas quase que de maneira urgente, cabe a reflexão de que a elaboração de um comitê que consiste em, segundo Brasil (2017): estruturar de maneira lógica as ações das políticas públicas, realizar uma



vigilância se a mesma está sendo efetivada, além de realizar pesquisas e diagnósticos sobre a situação do número de casos de suicídio no Brasil, com o intuito de monitorar e controlar esses números, é uma medida que já deveria ter sido implementada anteriormente.

Uma vez que as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio foram instituídas pela Portaria nº 1876 de 14 de agosto de 2006, cabe o questionamento do porque a elaboração deste comitê só foi realizada 11 anos depois, isto é, em 2017. Nota-se como o Estado não teve como objetivo efetivar as próprias ações, demonstrando um déficit na organização das políticas de prevenção do suicídio, como observa Bertolote (2012), ao afirmar que:

[...] nos leva a concordar com a pertinente observação de Beautrais, que ecoa a de Gunnel e Frank, que afirma que, no campo da prevenção do suicídio, há mais entusiasmo do que comprovações cientificamente validadas. Uma conclusão é que, infelizmente, ainda dispomos de um arsenal relativamente modesto para enfrentar o grave problema do suicídio e que, mais infelizmente ainda, o pouco de que dispomos nem sempre é posto em prática com a energia e o apoio necessários (BERTOLOTE, 2012, p. 103).

Fica evidente a forma como existem políticas brasileiras de enfrentamento ao suicídio, mesmo que em baixo acervo, mas que são incompletas de medidas de efetivação, devido ao baixo repasse de orçamento do Estado para as políticas públicas denominadas como de prevenção do suicídio, e também da falta de articulação intersetorial.

A portaria nº 3.491/2017, a segunda medida que inclui a prevenção do suicídio decretada no dia 18 de dezembro de 2017, juntamente com a portaria nº 3479/2017, instituiu o: incentivo financeiro para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde, direcionados para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS), à onerarem o orçamento de 2017 (BRASIL, 2017). Como apresentado anteriormente, o projeto da RAPS, no ano de 2011, não abarcava em seu texto o fenômeno do suicídio especificamente no âmbito da saúde mental, por isso, essa portaria surge mesmo que tardia, como um avanço na construção do cuidado e do debate do suicídio na saúde mental, após seis anos da rede de saúde, no caráter do investimento.

Demonstrando a sua importância, a portaria cita a necessidade para desenvolver a política: “Considerando a complexidade e transversalidade deste tema, cujo perfil epidemiológico atinge vários grupos populacionais em quase todo o curso de vida, e cujo enfrentamento demanda articulação de diferentes áreas do Ministério da Saúde[...]” (BRASIL,

2017). Dessa forma, percebe-se que o suicídio ganhou notoriedade e atingiu o interesse dos atores sociais, e consequentemente gerou o repasse de verba para as políticas de prevenção.

O incentivo financeiro instituído no art. 1º será destinado aos entes federados que desenvolvam projetos relacionados à prevenção do suicídio, em consonância com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, e com a Agenda de Ações Estratégicas para Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil, tendo em vista a articulação entre as Redes de Atenção à Saúde, a Vigilância em Saúde e a Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no âmbito do SUS (BRASIL, 2017).

O investimento se mostra da seguinte forma no Art. 3º:

I - R\$ 100.000,00 (cem mil reais) para projetos que beneficiem 1 (uma) Região de Saúde;

II - R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais) para projetos que beneficiem 2 (duas) Regiões de Saúde;

III - R\$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais) para projetos que beneficiem 3 (três) ou mais Regiões de Saúde; Parágrafo único. Será acrescido 10% do valor por projeto para os entes federados localizados na Região Norte, considerando as especificidades que implicam em barreiras de acesso à saúde; (BRASIL, 2017).

Por fim, apesar da extrema importância de projetos específicos de combate ao suicídio na saúde mental, como foi apresentado em 2017, não foi considerada a dificuldade encontrada por milhares de municípios para criar e manter um projeto deste porte. Apesar da necessidade de investir, seria relevante também a fiscalização da União nas políticas já estabelecidas. Mesmo considerando os aspectos técnicos de locais com suas especificidades, como a região Norte, sabe-se que existem inúmeros outros locais com barreiras de acesso à saúde. São nesses aspectos, que podem ser ressaltadas as dificuldades em se criar políticas efetivas de prevenção, que sejam de fácil acesso e com parâmetros de acordo com a realidade.

Com o fim do governo Temer (MDB), que resultou em uma perda para a classe trabalhadora através das medidas de cortes de direitos sociais e trabalhistas, cabe realizar um balanço do que este período representou para a política de saúde mental, especificamente no que se refere ao suicídio. Foram elencados alguns pontos significativos que se apresentaram como avanços a partir do tensionamento realizado pela conjuntura e dos atores sociais em disputa. É o caso do Boletim Epidemiológico e a Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil; a portaria nº 3.479/2017, que instituiu o Comitê para elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção

ao Suicídio, e a portaria nº 3.491/2017, que instituiu o incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos relacionados à prevenção do suicídio no âmbito do SUS.

No entanto, é possível identificar os mesmos problemas citados no governo de Dilma (PT), como a falta de recursos nas ações de valorização à vida e gestão desarticulada das políticas, no período em que Michel Temer também esteve na presidência. Apesar da criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a Lista Nacional de Notificação Compulsória e o Setembro Amarelo, o que tem sido fomentado é no âmbito do desmonte das políticas sociais, que resultam em ações paliativas que não abarcam a realidade do capitalismo brasileiro e do mundo do trabalho.

Apesar da criação do Boletim Epidemiológico, os dados continuam defasados, e as portarias citadas não chegam aos municípios do país. Se tornando apenas medidas feitas no papel que demonstram uma preocupação, mas sem operacionalização para que de fato funcionem e possam apresentar dados positivos com relação à prevenção dos casos de morte e óbito por suicídio no Brasil. A partir disso, entendemos a forma como estes elementos já danificados, não operacionalizados e com baixos orçamentos, ainda possuem uma piora significativa no governo neoliberal de Jair Bolsonaro (PL).

#### **4.3 Retrocesso na política de saúde mental no governo Bolsonaro (2019-2022)**

Com a eleição do Presidente Jair Bolsonaro (PL), cabe salientar a nota técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, lançada pelo Ministério da Saúde em 4 de fevereiro de 2019, que significou um retrocesso para a política de saúde mental no Brasil e para a Reforma Psiquiátrica, construída ao longo dos anos em um período marcado pelo conservadorismo e neoliberalismo. O teor do documento diz sobre mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.

São diversos pontos que devem ser questionados e problematizados no documento, principalmente relacionados ao desmonte da RAPS, com a remanicomialização na política de saúde mental. Um exemplo é a defesa da volta dos hospitais psiquiátricos especializados e o abandono da ideia dos serviços substitutivos, indo em direção contrária ao que foi promulgado pela Lei 10.216/2001, conhecida como Lei Paulo Delgado, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). Responsável por definir os direitos humanos

e o cuidado em liberdade, destacando a importância do enfoque na reinserção social do indivíduo.

Além disso, o documento expõe sobre a ampliação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), dispositivo construído com o objetivo de garantir condições dignas de vida humana em liberdade para aqueles que viveram em manicômios. Porém, a nota técnica ressalta sua intenção de servir como forma de moradia para “aqueles que vivem nas ruas, e também os que são egressos de unidades prisionais comuns” (BRASIL, 2019). Dessa forma, descaracterizando seu real objetivo e função social.

Em sequência, a nota técnica segue abordando o cuidado da saúde mental de forma moralizante e conservadora, ignorando princípios construídos pela Reforma Psiquiátrica ao não defender a desinstitucionalização e os fechamento de leitos; relacionar diretamente a entrada de doentes mentais graves na população prisional por falta de cuidado; legitimar e investir nas comunidades terapêuticas, além do uso da eletroconvulsoterapia (ECT) como forma de tratamento (BRASIL, 2019).

Dessa forma, é nítido a culpabilização referente aos usuários da saúde mental, que se tornam para o sistema, pessoas com transtornos graves que devem ser medicados e tratados para garantir a ordem e o controle social. Em diversas partes, reforçam este discurso ao abordar as pessoas em situação de rua, as cracolândias, a mortalidade daqueles que possuem sofrimento psíquico, e o afastamento do trabalho. Nessa conjuntura, a mercantilização da saúde se mostra presente ao direcionar também o cuidado para o setor privado com investimentos públicos, desresponsabilizando a ação do Estado frente às demandas existentes.

De acordo com Behring (2020), esse contexto é definido pelo “ultraneoliberalismo” marcado pelo desmonte dos direitos trabalhistas e dos direitos sociais para fortalecer um capitalismo que se encontra em crise. Na especificidade do suicídio, é perceptível a ideia de reformulação na política para que esse problema não se apresente na sociedade. Agindo de maneira contraditória ao apresentar modelos que ferem a dignidade humana e de todo o progresso construído até então constituído. Behring (2020), ressalta a condição e impactos da política ultraneoliberal em relação aos direitos sociais:

Em linhas gerais, o orçamento para os próximos quatro anos caracteriza-se como parte da política ultraneoliberal em seu explícito apelo à redução da atuação estatal no campo social e afirma seu cariz conservador pela sua visão conservadora de família, patriarcal e mononuclear, sem remissão à função do Estado no campo dos direitos atinentes à sua proteção. Não há nenhuma menção a palavras como machismo, opressão, gênero, questão racial, orientação sexual. O que demonstra o

lugar ocupado pelas mulheres e pelas opressões na visão deste governo (BEHRING, 2020, p.112).

Ainda em 2019, o Ministério da Saúde instituiu “a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios;” alterando a Lei Nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (BRASIL, 2017).

Os objetivos apresentados no artigo 3º da referida Lei são:

- I - promover a saúde mental;
- II - prevenir a violência autoprovocada;
- III - controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental;
- IV - garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio;
- V - abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídio e garantir-lhes assistência psicossocial;
- VI - informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção;
- VII - promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras;
- VIII - promover a notificação de eventos, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados, envolvendo a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e os estabelecimentos de saúde e de medicina legal, para subsidiar a formulação de políticas e tomadas de decisão;
- IX - promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas (BRASIL, 2019).

É possível observar que a política foi promulgada de acordo com que o já constituído na saúde mental ao longo dos anos, desde a constituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em 2011, sem nenhuma modificação. Porém, é preciso ressaltar a sua expansão como uma política pública no âmbito da lei nacional. Apesar de sancionada em 2019, a mesma foi proposta em 2015 pelo deputado Osmar Terra (MDB-RS), e teve como relator o senador Garibaldi Alves Filho (PMDB-RN). Ou seja, não foi realizada pelo então presidente Jair Bolsonaro (PL), que teve posições favoráveis ao desmonte das políticas públicas, incluindo da saúde mental. Apesar disso, sancionou-se a referida lei, não contrariando e gerando possíveis conflitos com a agenda política do então presidente nesse aspecto.

É importante discutir que o ex-presidente, Jair Bolsonaro (PL) teve diversas falas problemáticas em torno da questão do suicídio durante a pandemia de covid-19. Em uma direção contrária às indicações da Organização Mundial de Saúde (OMS), o ex-presidente não defendeu o isolamento social para garantir a contenção da doença. De acordo com a publicação do site Metrôpoles (2020), sem embasamento técnico, o chefe do Executivo Federal informou que o confinamento pode causar “depressão, casos de suicídio e mais mortes”. No ano seguinte, Bolsonaro usou novamente a temática para defender o fim do isolamento social, é o que mostra a reportagem do Correio Braziliense (2021):

O presidente Jair Bolsonaro (sem partido) utilizou sua transmissão semanal em suas redes sociais, nesta quinta-feira (11/03) para, mais uma vez, se posicionar contra medidas de isolamento social, como o fechamento do comércio não-essencial e o toque de recolher. Bolsonaro pediu apoio contra o lockdown e chegou a ler uma suposta carta de suicídio. Em um determinado momento da transmissão, Bolsonaro pegou uma carta que teria sido escrita por um feirante de Salvador. O presidente leu na íntegra e disse que teria sido endereçada para a mãe do trabalhador. “Estamos tendo casos de suicídio durante o lockdown. Tivemos um trabalhador que pulou de uma ponte em Fortaleza e um que deixou uma carta, que vou ler”, disse, antes de citar tudo o que estava escrito (CORREIO BRAZILIENSE, 2021, s/p).

O impacto do vírus não foi marcante somente na saúde vista através da biologia, mas se tornou um problema de saúde pública, principalmente no Brasil, onde a rede socioassistencial e o acesso à saúde básica foram enfraquecidos através de medidas negligentes do governo de Jair Bolsonaro (PL), alinhadas ao posicionamento ultraneoliberal. Behring (2020), ressalta essa posição:

Cabe notar que, mesmo com a inflexão da pandemia da COVID-19 desde março de 2020, não houve recuo na agenda ultraneoliberal, que combinada à crise sanitária, vem tendo resultados catastróficos, assumindo um perfil de genocídio em massa e que atinge, sobretudo, a classe trabalhadora em seus setores mais empobrecidos, a partir de um discurso que submete a defesa da vida à economia. Na verdade, a pandemia desnudou a agressividade do ultraneoliberalismo (BEHRING, 2020, p.106).

Este mandato foi marcado pela divulgação de *fake news*<sup>6</sup> e uma grande propaganda do negacionismo e da defesa da economia. Pode-se afirmar que todos estes fatores contribuíram para uma elevada taxa de mortalidade por suicídio. Ora proveniente daqueles que foram afetados pelos agravantes na saúde mental, causados pelo isolamento social (que neste caso podem não estar inseridos pela determinação da exploração econômica causada pelo capital

---

<sup>6</sup> A expressão em inglês se tornou mundialmente conhecida, e tem como significado a disseminação de informações falsas para garantir o interesse de terceiros.

aos trabalhadores); ora pelo sofrimento advindo das consequências do modelo econômico em crise: os trabalhadores que se encontraram desempregados e sem um meio de subsistência para si e seu conjunto familiar. Elemento de impacto que pode ser constatado através da pesquisa da Fiocruz publicada pela Agência Brasil (2023):

No dia 10 de setembro, Dia Mundial de Prevenção do Suicídio, uma pesquisa da Fiocruz chama a atenção para o crescimento dos casos no Brasil, durante a pandemia. De acordo com o estudo, o segundo ano, de março de 2021 a fevereiro de 2022, foi o mais crítico, com aumento de 28% de suicídios, além do esperado em mulheres de mais de 60 anos no Sudeste e 61% na região Nordeste. Além disso, houve crescimento de 32% na região Norte e 16% entre homens no Nordeste (AGÊNCIA BRASIL, 2023).

Nota-se como a temática que é complexa, principalmente ao ser noticiada publicamente, não foi tratada com a seriedade necessária pelo ex-presidente, utilizando dessas condições para atrair força política. Em um balanço, seu governo foi marcado pela “política da morte” através da perspectiva ultraneoliberal. Desde o desmonte das políticas públicas até o direcionamento tomado em uma pandemia mundial, a classe trabalhadora pagou diretamente pelas escolhas defendidas pelo governo. No âmbito da política da saúde mental e do suicídio, além da relativização em seus discursos, não houve avanços no que se refere aos investimentos financeiros, elaboração de políticas direcionadas à prevenção de suicídios e valorização à vida. Pelo contrário, contribuiu com o retrocesso através da moralização e do conservadorismo das ações propostas.

Por fim, as expressões da questão social que se encontrava em ebulição, comporta o suicídio como uma delas, quando se compreende a reformulação do mundo do trabalho e, conseqüentemente da exploração e do tolhimento da subjetividade, como defendido por Marx (2006), em que o sujeito se perde da sua própria natureza e sobrevive para produzir e reproduzir. O que se pode observar na realidade atual é o aumento do sofrimento psíquico em trabalhadores, já que para o capitalismo, a sua subjetividade não tem nenhuma relevância com a produção do lucro.

Um balanço dos últimos três governos supracitados, permite ressaltar que o governo da ex-presidente Dilma (PT), situado entre os anos de 2011-2016, apresentou os avanços mais marcantes da política de saúde mental, através da construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a Lista Nacional de Notificação Compulsória e a fomentação do Setembro Amarelo como parte da política. Porém, como já ressaltado, todas estas ações devem ser evidenciadas

juntamente com as questões referentes ao financiamento e operacionalização, para de fato dar conta da realidade brasileira.

Durante o governo do ex-presidente Temer (MDB), entre 2016-2018, identificamos um período conturbado após o golpe de estado que resultou na saída de Dilma (PT). É importante ressaltar os pequenos passos que a saúde mental deu a partir dos tensionamentos dos atores sociais nesse período como, por exemplo: o Boletim Epidemiológico, a Portaria nº 3479/2017, que instituiu o Comitê para elaborar e operacionalizar o Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio e a Portaria nº 3491/2017, que teve como objetivo realizar o incentivo financeiro para projetos relacionados a prevenção do suicídio no SUS. Julga-se aqui a importância da criação dos mesmos, mas ressaltando suas lacunas com relação à entrega de resultados que realmente previníssem o suicídio, e não apenas como medidas que explicitaram o caráter paliativo da política nacional existente.

Apesar dos avanços notados desde 2011, é a partir de 2019, no governo de Bolsonaro (PL), que se pode demarcar o período com maior retrocesso para as políticas públicas, visto sua defesa ao projeto societário dominante e entrega da conta a ser paga para a classe trabalhadora. Há a continuação do desmonte dos direitos sociais, trabalhistas, e agora previdenciários, o que demarca a política ultraneoliberal e conservadora, mencionada por Behring (2020). Assim, no âmbito da saúde mental, e do suicídio não foi diferente. A Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, representou a extrema-direita e o seu moralismo para compreender a política de saúde mental que desde a Reforma Psiquiátrica lutou para garantir aos usuários o cuidado, a liberdade e a cidadania.

Suas ações tiveram efeitos diretos na população, com a disseminação de inúmeras *fakes news*, e que ainda teve em suas mãos, uma pandemia mundial. Com o fim do seu governo, também marcado por uma grande polarização política do país, fica para o próximo presidente, Luiz Inácio Lula da Silva (PT), a partir de 2023, o desafio na tomada de decisão após anos de desmonte de políticas públicas.

#### **4.4 Expectativa da retomada e reconstrução das políticas sociais no governo Lula (2023 e 2024)**

Em 30 de outubro de 2022, foi eleito presidente da república Luiz Inácio Lula da Silva (PT), marcando uma expectativa de maiores investimentos em políticas públicas e projetos políticos que trouxessem avanços na concepção de saúde, distanciando-se do governo de



extrema-direita de Bolsonaro (PL). O período conservador vivenciado no mandato anterior deixou pairando sobre o ar a possibilidade de uma renovação de ideologias, se afastando da violência e negacionismo em ascensão, como a de retrocessos na luta antimanicomial, que vinha sendo trabalhada com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que combateram o aprisionamento ao que era considerada loucura. As perspectivas também são reforçadas pelo próprio presidente Lula (PT), que demarcou como um dos seus objetivos vencer o negacionismo enfrentado no governo anterior, isso fica claro em uma postagem nas redes sociais feita pelo então presidente em relação ao Movimento Nacional pela Vacinação, reportada por Agência Estado através do jornal O Povo em 27 de fevereiro de 2023:

O presidente Luiz Inácio Lula da Silva (PT) fez uma publicação no Twitter sobre a nova campanha nacional de imunização que se inicia nesta segunda-feira, 27. "Em 2015, o Brasil atingiu uma média de 95% de pessoas completamente imunizadas dentro do público-alvo de cada vacina do Programa de Imunizações, média que chegou a preocupantes 60,8% em 2021. Hoje, lançarei ao lado da ministra @nisia\_trindade o Movimento Nacional pela Vacinação. Vamos trabalhar para que o Brasil volte a ter números satisfatórios de imunização e investir em saúde e proteção. Depois de um triste período de negacionismo e descrença na nossa ciência, o governo federal e o @minsaude voltarão a cuidar do povo brasileiro. Bom dia", escreveu Lula. (@LulaOficial) February 27, 2023 (AGÊNCIA ESTADO, 2023, s/p).

No entanto, sabe-se que são expectativas pertencentes ao imaginário criado pelo precário e violento governo Bolsonaro (PL), mas que não são eficientes ainda para uma melhora significativa no cenário brasileiro, principalmente da saúde mental da população. Isto é, uma vez que o modo de produção capitalista ainda tem suas amarras nas relações sociais reproduzidas na sociedade brasileira. Assim como tudo observado, o teor econômico ainda prevalecerá aos combates das expressões da questão social, isto é, a quitação de dívidas monetárias e crescimento industrial são elementos pertinentes da sociedade capitalista brasileira e que ofuscam o combate aos rebatimentos disto, ou seja, na construção de políticas públicas eficientes.

É possível entender esse comportamento também através da enorme polarização política existente no período destacado, em que a democracia foi ameaçada e o tensionamento político se mostrou ainda mais intenso, devido grande parte do Congresso Brasileiro ser proveniente de partidos com ideologias conservadoras da extrema-direita. Isso torna a ampliação de políticas públicas, como as de enfrentamento ao suicídio de difícil efetividade. Apesar do presidente fazer parte de um governo progressista, encontra dificuldades em pôr em prática esse princípio, já que o Estado brasileiro se pauta em políticas neoliberais e conta com uma banca no Congresso Nacional que endossa esses interesses à medida que se

vinculam aos projetos da bancada ruralista e evangélica. É possível constatar que as políticas públicas se vinculam com caráter paliativo, não atuando diretamente nos fatores que envolvem o fenômeno do suicídio.

O comportamento evidenciado no início do governo de Lula (PT), em 2023, é o combate aos retrocessos vivenciados durante o governo de Temer (MDB) e, principalmente, o governo Bolsonaro (PL). Fato que é possível de ser identificado através da revogação da Portaria nº 3.588/2017 através da Portaria nº 757/2023. A Portaria nº 3.588/2017 decretou a alteração das as “Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências” (BRASIL, 2017). Essas alterações seriam respectivamente no que diz de acordo com a Portaria de Consolidação de setembro de 2017: “Art. 3º São Redes Temáticas de Atenção à Saúde: [...] IV - Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)” (BRASIL, 2017).

A mudança implementada em 2017 pelo governo de Temer, colaborava com o desmantelamento do acesso à saúde mental no Brasil de maneira universal, contrariando os princípios constituídos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, ela marcava um retrocesso direto da luta antimanicomial, uma vez que essa alteração foi feita justamente para permitir o incentivo à internações em hospitais psiquiátricos, tirando a totalidade e exclusividade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), rede esta que busca ter um cuidado de saúde mental livre, sem que o sujeito seja aprisionado e culpabilizado por seu estado de saúde.

Percebe-se neste período, a forma como os interesses econômicos pautados pelo capital prevalecem, vez que o Estado estava retirando um direito assegurado do cidadão para transformar em lucro, através da ampliação de leitos psiquiátricos em hospitais, indo contrário aos princípios da Reforma Psiquiátrica, que buscava reduzir os números de leitos e transformá-los em vagas em residências terapêuticas. Através da matéria publicada pelo *Brasil de Fato*<sup>7</sup>, fica evidente a intencionalidade do decreto em extrair capital aumentando o valor das diárias de internação psiquiátricas, perpetuando uma internação em massa:

O documento, publicado em dezembro do ano passado, aumenta o valor da diária de internação paga aos hospitais psiquiátricos e amplia de 15% para 20% o número de leitos psiquiátricos nessas unidades, entre outras mudanças. [...] A Portaria 3588 interfere diretamente na Rede. Entre outras coisas, a medida exige uma taxa de ocupação de 80% dos leitos de saúde mental nos hospitais gerais como condição para que a instituição receba a verba de custeio do serviço. O diretor da Associação

---

<sup>7</sup> Jornal e meio de comunicação independente que se propõe a publicação de matérias relacionadas aos direitos sociais e a classe trabalhadora.

Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), Leonardo Pinho, destaca que esse seria um dos aspectos mais críticos da Portaria. A entidade reforça que a norma bate de frente com os princípios do tratamento humanizado porque incentiva as internações. “A política moderna de saúde mental é pautada na inclusão social, na inclusão de sociabilidade, e num cuidado, num tratamento mais próximo ao local de moradia, evitando internações de longa permanência. O resumo do grande retrocesso [trazido pela Portaria] é este: o Brasil volta 30 anos pra trás”, afirma (BRASIL DE FATO, 2018, s/p).

No entanto, a primeira mudança no âmbito da saúde mental pública feita pelo atual governo Lula (PT), foi a revogação integral desta portaria através da Portaria GM/MS nº 757/2023. Esta medida pode ser considerada um avanço, na medida em que se compara com os decretos dos governos anteriores. Porém ela só existiu devido a pressões externas, como as do Conselho Nacional de Saúde (CNS), como mostra a reportagem observada anteriormente: “O Conselho Nacional de Saúde (CNS) publicou uma recomendação pedindo que o Ministério da Saúde (MS) revogue a Portaria nº 3.588, que altera a Política Nacional de Saúde Mental” (BRASIL DE FATO, 2018). Percebe-se que este é um movimento que ocorre desde que a alteração da portaria da RAPS foi feita, uma vez que a reportagem é de 15 de fevereiro de 2018. A revogação só foi acontecer quase 6 anos depois, no governo de Lula (PT), permanecendo inalterada no governo de Bolsonaro (PL), que foi conivente com a antiga portaria.

A revogação estabeleceu de volta a RAPS como rede protetora à individualidade humana, sem a busca de internações desnecessárias, ainda atualizando a tabela de procedimentos do SUS em internações na saúde mental. Chama a atenção o fato de os orçamentos continuarem sendo os mesmos definidos pelo governo de Michel Temer (MDB), não havendo reajuste ou qualquer redução. Sendo mantidas as altas tarifas de diárias de internação, mas ao mesmo tempo não sendo agregados novos investimentos em hospitais psiquiátricos, apenas em aparelhos instituídos pela RAPS. O que fica explícito na Portaria de revogação:

Art. 6º. O custeio dos serviços e equipes já habilitados com base na Portaria GM/MS nº 3.588, de 2017, incluindo os dispositivos por ela inseridos ou alterados, permanecem por ela regidos até que sobrevenha nova regulamentação sobre a matéria. [...] Parágrafo único. Fica vedada a habilitação de novos serviços e equipes com base nos dispositivos revogados por esta Portaria (BRASIL, 2023).

É possível analisar através de Machado et al (2014) que a afirmação dos espaços públicos e espontâneos aos indivíduos são o direcionamento eficaz para se combater o suicídio no Brasil, de maneira universalizada e humanizada, isto é, quando o autor

exemplifica como o CAPS foi elemento efetivador em um Programa de Promoção à Vida (PPS):

Os passos para efetivar o PPS vão de organização do fluxo de trabalho a fim de diminuir restrição aos usuários, envolvimento das equipes ligadas ao programa e à saúde, capacitação de profissionais da saúde para atenção e identificação de risco e às diferenças entre ideação, plano e tentativa de suicídio, já que as pessoas que tentam o suicídio devem estar em grupos priorizados encaminhados para o CAPS. O programa trabalhou também com sobreviventes do suicídio, outro grupo importante para atuação. A educação também é permanente no programa, os CAPS trabalham com a proposta de 'portas abertas', supervisão contínua, ações intersetoriais e comunitárias (CONTE et al. 2012 *apud* MACHADO et al, 2014, p. 345).

A partir desses elementos percebe-se que as políticas brasileiras de enfrentamento ao suicídio caminham lentamente no cenário atual para a afirmação de um modelo intersetorial, que visa garantir o acesso à um tratamento livre, multidisciplinar e universal. Porém, continua enfrentando o problema de financiamento e falta de reformulações orçamentárias para garantir que esse acesso deixe de ser limitado e se torne abrangente e integral. Isso faz com que essas medidas mantenham seu caráter paliativo, quando possuem uma idealização mas não são protagonistas nos objetivos de financeirização do Estado.

Em um cenário político de polarização no Brasil, em que o governo enfrenta dificuldades para efetivar suas propostas e realizar um intermédio com a forte presença da bancada evangélica e conservadora do atual Congresso Nacional, o governo de Lula (PT) buscava formar uma aliança multipartidária, para articular uma melhor retomada no viés dos direitos sociais desmontados no governo neoliberal de Bolsonaro (PL). Isso seguiu sendo permeado durante os anos de 2023 e 2024 do governo Lula (PT), é possível perceber através de uma matéria da UOL publicada no ano de 2024:

BRASÍLIA (Reuters) - Em meio à polarização política que se mantém viva no país, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva enfrenta duas angústias: garantir um crescimento econômico maior que as previsões do mercado e melhorar a comunicação para tentar vencer as barreiras que o governo hoje enfrenta para alcançar parte da população com vistas às eleições municipais de outubro, disseram à Reuters fontes governistas. Existe uma preocupação do presidente com a desaceleração do crescimento econômico este ano prevista pelos economistas - de 3,0% em 2023 para cerca de 1,5% em 2024 - e também com o fato de o governo não estar conseguindo vencer a barreira da polarização, segundo uma das fontes (UOL, 2024, s/p).

Fica evidente a maneira como a barreira da polarização é reconhecida como um dos principais problemas do atual governo. Busca-se aqui destacar um projeto de lei que ocorreu neste cenário, apresentado no dia 17 de junho de 2024, que ainda segue sem nenhum

posicionamento do Relator(a) na Comissão de Saúde (CSAUDE). Essa proposta foi feita pelo deputado federal Fausto Pinata do partido político Progressistas (PP) através do Projeto de Lei N° 2408/2024, diz em sua ementa e, respectivamente, sua indexação, de acordo com o site oficial da Câmara dos Deputados:

Ementa: Proíbe a utilização de termos correlatos para a descrição da causa de morte por suicídio em todos os documentos oficiais, registros médicos, laudos periciais, boletins de ocorrência, laudo do IML, atestado de óbito, publicações científicas e demais instrumentos que mencionem a causa de morte. Indexação: Padronização, Terminologia, registro, descrição, Morte, Laudo pericial, Laudo médico, Instituto Médico Legal (IML), Atestado médico, Boletim de ocorrência policial, Suicídio, nomenclatura, Estatística oficial (BRASIL, 2024).

Este tipo de projeto, caso seja aprovado, demonstra um grande avanço para o debate do suicídio no Brasil, permitindo que não sejam agregados eufemismos para se referir a esse fenômeno, uma vez que percebe-se que o uso de termos como “morte e lesão autoprovocada”, “autoextermínio”, “morte autoinfligida”, “autodestruição” e entre outros, são usados para reduzir sua gravidade, desresponsabilizando esferas estatais e sugerindo uma culpabilização única do sujeito, e não do sistema exploratório capitalista que ele também se encontra inserido. Termos estes que são encontrados em documentos oficiais como portarias do Estado. A ampliação da rigorosidade que o tema exige seria de melhor efetivação caso o sancionamento de projetos como esse aconteçam.

O suicídio deve ser debatido livre de estigmas e de posicionamentos que remetem o punitivismo, como era feito em épocas anteriores. Deve-se definir uma nomenclatura que remete ao problema de saúde pública que o suicídio é, isso marca um passo inicial à um rumo de uma efetivação de políticas que busquem de fato prevenir e enfrentar o problema, e não somente paliar. As atuais políticas públicas brasileiras se apropriam de termos como “autoextermínio” e “lesão autoprovocada” em seus documentos oficiais, que banalizam o fenômeno e minimizam seu impacto extremamente negativo na sociedade, além de trazer uma ambiguidade que acaba sugerindo sempre o tolhimento da subjetividade do sujeito, descentralizando ainda mais a culpa do Estado e sua incapacidade de tornar suas políticas mais objetivas.

O Projeto de Lei N° 2408/2024 ainda não possui nenhuma resolutiva desde 30 de julho de 2024, e ainda se pensa como fluirá o atual governo de Lula (PT) nos anos restantes, uma vez que, se comparado com o retrocesso tido no governo anterior, de Bolsonaro (PL), a projeção é que se consiga estabelecer um patamar onde as “políticas de prevenção” são ao

menos reconhecidas, onde o trabalho do atual presidente é lidar com o reparo dos retrocessos realizados anteriormente. Existe a preocupação com a efetivação destas políticas e seu financiamento, porém, esse parece ainda não ser um dos principais objetivos do governo, a saber, investir em novos planos de ação para combater o suicídio. Ficam em aberto o desafio de estudar e entender nos próximos períodos quais serão os passos seguintes em direção ao enfrentamento do suicídio no Brasil.

Por fim, assim como Bertolote (2012) conclui em *O suicídio e sua prevenção*:

O suicídio é um problema imemorial, multifário, complexo e desafiador. Devido ao sofrimento individual, familiar e coletivo, aliado às perdas pessoais, materiais e econômicas que causa, ele tornou-se um grave problema da saúde pública. No Brasil, apesar de felizmente ainda ser relativamente raro, está em franca ascensão, principalmente entre segmentos jovens da população. Embora já disponhamos de arsenal de intervenções eficientes para a prevenção da maioria dos comportamentos suicidas, no Brasil elas ainda não se encontram suficientemente implementadas e articuladas, ao contrário do que ocorre em diversos outros países, onde, graças a estratégias nacionais bem conduzidas, já se observam significativas reduções das taxas de mortalidade por suicídio (BERTOLOTE, 2012, p. 127).

É possível observar como de maneira geral, em todos os períodos citados, prevalece a dificuldade de identificar o suicídio como um problema de saúde pública, devido à constante desresponsabilização estatal que permeia a política brasileira. Isso faz com que prevaleça um acervo de políticas para enfrentar o fenômeno, mas que não são bem estruturadas para uma concreta aplicação que vise de fato reduzir os números. Dessa forma, elas se tornam insuficientes, apesar de existirem, mas com o intuito de serem uma medida de palição, e não, de fato, uma prevenção.

## 5 CONCLUSÃO

Como um fenômeno observado na sociabilidade capitalista, foi necessário trazer no primeiro capítulo o debate do suicídio a partir de Marx e Durkheim, visto que ambos os autores o analisam na sociedade moderna e explicitam que no capitalismo, este se apresenta com particularidades. Portanto, fazendo com que possamos identificar na teoria social clássica elementos para caracterizar o suicídio.

No segundo capítulo, abordamos a realidade social brasileira e a influência do discurso médico na temática do suicídio, o que contribuiu diretamente para alcançar o objetivo da monografia, quando propomos compreender as políticas de prevenção e enfrentamento ao suicídio no Brasil entre os anos de 2011- 2024.

No terceiro capítulo, concluindo que o suicídio é uma expressão da questão social a partir do capitalismo, estudamos as principais normativas e políticas sociais voltadas à *prevenção* do suicídio no Brasil entre os anos de 2011- 2024.

A partir da questão: as políticas de prevenção do suicídio realizadas entre os anos de 2011 e 2024, de fato, previnem o fenômeno? E com a hipótese de que estas se constituem como ações pontuais com teor paliativo, foi identificado que as políticas de *prevenção* são tardias, simplistas, operam com falta de recursos econômicos e de gestão, além de não promoverem a sua prevenção na atenção básica. A forma como essas políticas são operacionalizadas, a depender do período histórico-político analisado, são reflexos da construção da sociabilidade capitalista: aquela que tolhe a subjetividade dos indivíduos (MARX, 2015).

Além disso, também foi observada a implicância do discurso biomédico na concepção do suicídio, juntamente da sua relação com o modo de produção capitalista. Todos estes elementos impactam na forma como os indivíduos que cometem o suicídio são concebidos, ou seja, como culpados pela sua condição. Acreditamos que essa culpa não deveria ter caráter individual. Isto é, porque quando analisamos o suicídio por uma perspectiva crítica, identificamos como as relações sociais na sociedade de classes se constituem, não sendo a patologia o único determinante.

Desse modo, ao se apropriar das conclusões de Marx (2006), é perceptível o modo que o fenômeno necessita de uma reestruturação completa de sua concepção na sociedade, considerando os elementos que perpassam as relações sociais de classe no capitalismo. Dessa forma, construindo um debate para além de uma compreensão meramente biológica e

filosófica, mas também como uma expressão da questão social. Marx (2006) ao expor que deve-se declarar os seus valores como sujeito através de instituições materiais, nos auxilia a arrematar a reflexão da insuficiência das políticas do Estado, que fomentam suas propostas mas não se efetivam plenamente.

Ao apropriar-se do conteúdo das políticas estudadas de maneira geral, também consideramos pontos em comum entre a maioria delas, que não puderam se concretizar devido ao orçamento requerido. Sabe-se também que o Estado não garante o direito ao acesso integral à saúde e incentiva as ações realizadas pelo terceiro setor, demonstrando como esta se torna uma mercadoria na contemporaneidade. Não há uma busca direta em diminuir os números de tentativas e de suicídios consumados, visto que se houvesse, seria necessário uma intersectorialidade no âmbito das políticas públicas e sociais, articulando o direito à saúde, moradia, lazer, educação, entre outros determinantes.

O aprofundamento do negacionismo à ciência e autoritarismo sobre as relações sociais e políticas do país, foi destaque no governo Bolsonaro (PL), apresentado no tópico 4.3, em que identificamos uma verdadeira política de morte. No aspecto do suicídio, este é levado a esfera individual, e o neoliberalismo opera desviando as políticas sociais ao desenvolvimento econômico.

Identificamos fatores de importante reflexão e com baixas produções de conhecimento anteriores, como a denominação do suicídio por eufemismos, como as palavras: “morte autoprovocada”, “autoexterminio” e etc. A definição do termo suicídio como único para se referenciar ao fenômeno, é de extrema importância para posicionar o tema como uma questão de grave complexidade e seriedade, e que deve ser debatido de maneira mais ampla e com menos estigmas, além de inseri-lo como um problema de saúde pública.

Reconhece-se também, de modo geral, ao pesquisar de maneira mais aprofundada sobre o suicídio, que a temática passa por constantes moralizações ao longo de sua história na realidade brasileira, e a produção de pesquisas e estudos sobre essa discussão, de forma crítica, ainda é consideravelmente baixa. Realizações como a da ABEPS, deveriam ser mais incentivadas, para que as políticas fossem construídas, desde a sua origem, de maneira mais objetiva e com dados mais recentes agregados à si.

Desse modo, durante a execução desta monografia identificamos que as políticas públicas são, para além de uma palição, agem com uma falta orçamentária e operacional. Compreende-se que quando observado o fenômeno do suicídio dentro da sociedade capitalista, se enxerga o impacto das crises no aumento de números de suicídios, e a forma



como os respectivos governos Dilma (PT), Temer (MDB), Bolsonaro (PL) e Lula (PT) responderam politicamente a este problema de saúde pública. Isto é, foram destacadas as respostas dentro de cada contexto político, marcando, respectivamente: dificuldades de financiamento e redução de recursos para as políticas públicas, avanço da mercantilização da saúde através de privatizações, ofensiva neoliberal e negacionismo na saúde, além da importante revogação de ações retrógradas, juntamente com a expectativa que aconteça uma significativa mudança em políticas, que atravessem do campo teórico ao prático, no governo de Lula.

Durante o estudo, foi possível identificar, ainda, a falta de uma apreensão intersetorial na construção das políticas públicas, uma vez que para compreender a gravidade e totalidade da temática, é necessária uma abordagem crítica, objetiva e vinculada ao enfrentamento das expressões da questão social, a qual o suicídio se encaixa. À luz dos argumentos apresentados durante todo o TCC, é possível vislumbrar novos rumos em que a ampliação do debate do suicídio e sua “prevenção” poderiam tomar, à medida em que identificamos as ações tomadas e o não cumprimento, incentivo e financiamento das mesmas. Além disso, também deve-se definir a necessidade de posicionar criticamente o debate, o que é feito através de estudos como este.

O horizonte que seria possível para diminuir os índices do suicídio é permeado pela reconstrução das políticas públicas e sociais no Brasil, explicitando melhor os caminhos que devem ser cumpridos até de fato atingir a origem do fenômeno. Além disso, um novo tratamento da forma como o suicídio deve ser discutido, se apropriando de determinações sociais. Assim, deixando de ser um problema tratado na esfera individual, e entendido como coletivo.

Ressalta-se que este estudo não esgota o debate, cabendo a novas pesquisas examinar outros determinantes sociais do fenômeno do suicídio para além de classe, como uma análise direcionada aos fatores de raça e gênero no Brasil. Assim, envolvendo o sofrimento da população negra causado pelo racismo e o histórico da população escravizada no Brasil, inclui-se aqui também uma análise aos suicídios praticados pela população indígena. Outro importante determinante social é o de gênero, sendo cabível estudos sobre o suicídio na população LGBTQIAPN+, e aqueles causados pela violência de gênero. Isto é, uma vez que ao pensarmos o suicídio como expressão da questão social, é importante refleti-lo sob uma ótica interseccional que considere também outros elementos que estruturam as expressões da questão social.

Por fim, permaneceram também questões que extrapolam o escopo desta monografia, como: se o suicídio é uma expressão da questão social, como superá-lo na ordem do capitalismo? A diminuição dos índices de suicídio também seriam denominados como uma ação paliativa?

## REFERÊNCIAS

ABEPS – Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio. **Quem somos.**

Disponível em: <https://abeps.org.br/quem-somos/>. Acesso em: 13 fev. 2025.

ABRASME – Associação Brasileira de Saúde Mental. **Sobre.** Disponível em:

<https://www.abrasme.org.br/sobre>. Acesso em: 10 fev. 2025.

AGÊNCIA BRASIL. **Fiocruz: pandemia provocou crescimento do número de suicídios no país.** 2023. Disponível em:

<https://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencia-nacional/saude/audio/2023-09/fiocruz-pandemia-provocou-crescimento-do-numero-de-suicidios-no-pais>. Acesso em: 12 jan. 2025.

AGÊNCIA BRASIL. **No Dia Mundial da Saúde, OMS alerta sobre depressão.** Brasília:

*Empresa Brasil de Comunicação*, 07 abr. 2017. Disponível em:

<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-04/no-dia-mundial-da-saude-oms-alerta-sobre-depressao>. Acesso em: 15 jul. 2025.

AGÊNCIA ESTADO. **Imunização: após negacionismo, governo voltará a cuidar do povo, diz Lula.** Fortaleza: *O Povo*, 27 fev. 2023. Disponível em:

<https://www.opovo.com.br/noticias/politica/2023/02/27/imunizacao-apos-negacionismo-governo-voltara-a-cuidar-do-povo-diz-lula.html>. Acesso em: 25 jul. 2025.

ALBUQUERQUE, Cynthia Studart; MATOS, Rachel Araujo de. **Produção social do suicídio e “questão social” na realidade de Iguatu (CE).** *Argumentum*, Vitória, v. 12, n. 2,

p. 220–237, ago. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.18315/argumentum.v12i2.29219>.

Acesso em: 30 jul. 2025.

ALBUQUERQUE, Walter **A relação do suicídio com o trabalho na sociedade capitalista.**

2018. 97 f. Dissertação (Mestrado) – *Universidade Federal de Alagoas*, Maceió, 2018.

Disponível em:

<https://www.repositorio.ufal.br/bitstream/riufal/3569/1/A%20rela%C3%A7%C3%A3o%20do%20suic%C3%ADdio%20com%20o%20trabalho%20na%20sociedade%20capitalista.pdf>.

Acesso em: 27 dez. 2024.

ALMEIDA, Felipe Mateus. **O suicídio: contribuições de Émile Durkheim e Karl Marx para a compreensão desse fenômeno na contemporaneidade.** Revista Aurora, Marília, SP, v. 11, n. 1, p. 119–138, 2018. DOI: 10.36311/1982-8004.2018.v11n1.07.p119. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/aurora/article/view/7306..> Acesso em: 29 mai. 2025.

ARAÚJO, Luciene; GÓIS, Gilcélia Batista de; FREITAS, Gleidiane Almeida de; SOUSA, Mariana Gleicy de Oliveira Silva. **Serviço social e pesquisa científica: uma relação vital para a formação profissional.** Revista *Katálisis*, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 81-89, jan./abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/jrk/a/T9XKT7zBYthsVXs3LMPCzch/>. Acesso em: 09 dez. 2024.

BARREIROS, Isabela. **Morte à derrota: Os suicídios em massa na Alemanha no final da Segunda Guerra.** Aventuras na História, 09 jan. 2021. Disponível em: <https://aventurasnahistoria.com.br/noticias/reportagem/historia-onda-de-suicidios-que-tomou-alemanha-apos-o-fim-da-segunda-guerra.phtml>. Acesso em: 29 jan. 2025.

BBC NEWS BRASIL. **Crescimento constante: taxa de suicídio entre jovens sobe 10% desde 2002.** *BBC Brasil*, 22 abr. 2017. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-39672513>. Acesso em: 10 fev. 2025.

BBC. **Entre infartos, falências e suicídios: os 30 anos do confisco da poupança.** *G1*. 17 mar. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2020/03/17/entre-infartos-falencias-e-suicidios-os-30-anos-do-confisco-da-poupanca.ghtml>. Acesso em: 12 jan. 2025.

BBC NEWS BRASIL. **Jim Jones e o massacre de Jonestown: como 900 pessoas morreram por causa de um culto.** *BBC News*, 18 nov. 2015. Disponível em: [https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/11/151118\\_jim\\_jones\\_massacre\\_fd](https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/11/151118_jim_jones_massacre_fd). Acesso em: 31 jan. 2025.

BBC NEWS BRASIL. **Taxa de suicídio entre adolescentes cresceu no Brasil, enquanto caiu no mundo.** *BBC News*, 6 set. 2022. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/articles/c0jvykd2e85o>. Acesso em: 31 jan. 2025.

BERMÚDEZ, Ángel. **Demmin, a pequena cidade alemã onde centenas de pessoas se suicidaram diante da chegada do Exército soviético.** *BBC News Brasil*, 9 mai. 2020.

Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52518120>. Acesso em: 12 mai. 2025.

BERTOLETE, José Manoel. **Suicídio e sua prevenção.** São Paulo: *Editora UNESP*, 2012.

BMJ. **Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis.** *BMJ*, 2013. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/347/bmj.f5239>. Acesso em: 31 jan. 2025.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 2408, de 2024: Proíbe o uso de palavras semelhantes para descrever mortes por suicídio em documentos oficiais.** 2024.

Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/noticias/1094670-projeto-proibe-palavra-semelhante-para-descrever-morte-por-suicidio-em-documentos-oficiais>. Acesso em: 15 fev. 2025.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 2408, de 2024. Proíbe a utilização de termos correlatos para a descrição da causa de morte por suicídio em todos os documentos oficiais, registros médicos, laudos periciais, boletins de ocorrência, laudo do IML, atestado de óbito, publicações científicas e demais instrumentos que mencionem a causa de morte.** Apresentado em 17 jun. 2024. Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2441090>.

Acesso em: 15 fev. 2025.

BRASIL. **Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e dá outras providências.** *Diário Oficial da União*,

Brasília, DF, 26 abr. 2019. Disponível em:

[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/113819.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113819.htm). Acesso em: 13 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações do Ministério da Saúde para prevenção do suicídio. 2025.** Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/suicidio-prevencao/acoes-do-ministerio-da-saude>. Acesso em: 7 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021.** *Boletim Epidemiológico*, v. 55, n. 4, 6 fev. 2024. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **20 anos da Reforma Psiquiátrica no Brasil: 18/5 – Dia Nacional da Luta Antimanicomial.** 2025. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/20-anos-da-reforma-psiquiatrica-no-brasil-18-5-dia-nacional-da-luta-antimanicomial/>. Acesso em: 10 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Notificação compulsória.** Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/notificacao-compulsoria>. Acesso em: 10 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde.** Brasília, DF, 2017. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/apresentacoes/2017/2017-025-perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-brasil-e-a-rede-de-aten-ao-a-sa-de-pdf>. Acesso em: 15 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.** Brasília, DF, 2006. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_editoracao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf). Acesso em: 20 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017: Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF:

*Ministério da Saúde*, 2017. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017ARQUIVO.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html). Acesso em: 25 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define os procedimentos para a notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública.** *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 9 jun. 2014. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271\\_06\\_06\\_2014.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html). Acesso em: 10 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.** *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 15 ago. 2006. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876\\_14\\_08\\_2006.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html). Acesso em: 15 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.588, de 21 dez. 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.** *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 dez. 2017. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html). Acesso em: 25 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Dispõe sobre a regulamentação de serviços e programas de saúde mental no Brasil.** Brasília, DF, 2006. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876\\_14\\_08\\_2006.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html). Acesso em: 8 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Aprova a Política Nacional de Saúde Mental, incluindo a atenção psicossocial e a reforma psiquiátrica.** Brasília, DF, 2011. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_comp.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_comp.html). Acesso em: 15 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.479, de 18 de dezembro de 2017. Institui Comitê para a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil.** *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 22 dez. 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3479\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3479_22_12_2017.html). Acesso em: 14 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.491, de 18 de dezembro de 2017. Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde direcionados para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS), a onerarem o orçamento de 2017.** *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 22 dez. 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3491\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3491_22_12_2017.html). Acesso em: 14 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 22 dez. 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html). Acesso em: 15 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 757, de 21 de junho de 2023. Revoga a Portaria GM/MS nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina suas redações.** *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 22 jun. 2023. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0757\\_22\\_06\\_2023.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0757_22_06_2023.html). Acesso em: 15 jul. 2025.

BRASIL. Projeto de Lei nº 5.444, de 2020. **Altera a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, para dispor sobre o rol de doenças e condições que são consideradas incapacitantes para a obtenção de aposentadoria por invalidez. 2020.** Disponível em: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1180166](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1180166). Acesso em: 12 jan. 2025.

BRASIL. Senado Federal. **Atividade legislativa – Matéria nº 136052.** Brasília, DF. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/matéria/136052>. Acesso em: 14 jul. 2025.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C.; FREIRE, S. M. F. (org.). **Políticas sociais e ultraneoliberalismo.** Uberlândia: *Navegando Publicações*, 2020.



BORGES, Álvaro Lima; BARROS, José Carlos Barros. **Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 1-2, mar. 2007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbp/a/GJzHmd7kQvGMZMxrnGhWqvt/>. Acesso em: 8 fev. 2025.

CARDOSO, Renata de Oliveira. **No olho do furacão: as políticas sociais nos governos petistas**. 2019. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

CVV – CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA. **União para evitar mais mortes**.

Disponível em: <https://cvv.org.br/uniao-para-evitar-mais-mortes/>. Acesso em: 13 fev. 2025.

DURKHEIM, Émile. **As regras do método sociológico**. Tradução de Paulo Neves. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio: estudo de sociologia**. Tradução de Paulo Neves. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. **Medicalização em psiquiatria**. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. 148 p. ISBN 978-85-7541-498-9.

FUNDACENTRO. **Setembro Amarelo é o mês dedicado a campanha de conscientização sobre a prevenção do suicídio**. *Portal Gov.br*, 1 set. 2023. Disponível em:

<https://www.gov.br/fundacentro/pt-br/comunicacao/noticias/noticias/2023/setembro/setembro-amarelo-e-o-mes-dedicado-a-campanha-de-conscientizacao-sobre-a-prevencao-do-suicidio>. Acesso em: 09 dez. 2024.

FURTADO, Celso. **O mito do desenvolvimento econômico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1974.

G1. **Crise de saúde mental: Brasil tem maior número de afastamentos por ansiedade e depressão em 10 anos**. G1 — Trabalho e Carreira, 10 mar. 2025. Disponível em:

<https://g1.globo.com/trabalho-e-carreira/noticia/2025/03/10/crise-de-saude-mental-brasil-tem-maior-numero-de-afastamentos-por-ansiedade-e-depressao-em-10-anos.ghtml>. Acesso em: 01 jul. 2025.

**G1. Entre infartos, falências e suicídios: os 30 anos do confisco da poupança.** *G1* –

*Economia*, 17 mar. 2020. Disponível em:

<https://g1.globo.com/economia/noticia/2020/03/17/entre-infartos-falencias-e-suicidios-os-30-anos-do-confisco-da-poupanca.ghtml>. Acesso em: 25 jul. 2025.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social: identidade e alienação**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **PIB cai 3,5% em 2015 e registra R\$ 6 trilhões.** *Agência de Notícias IBGE*, 09 nov. 2017. Disponível em:

<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/17902-pib-cai-3-5-em-2015-e-registra-r-6-trilhoes>. Acesso em: 12 jul. 2025.

LACERDA DA SILVA, Sabrina; FRANÇA, Felipe; CORRÊA PEREIRA, Igor. **O discurso de Bolsonaro sobre o suicídio na pandemia: uma ferramenta política que faz morrer.**

*Brasil 247*, 15 abr. 2021. Atualizado em: 13 fev. 2023. Disponível em:

<https://www.brasil247.com/brasil/o-discurso-de-bolsonaro-sobre-o-suicidio-na-pandemia-uma-ferramenta-politica-que-faz-morrer>. Acesso em: 14 fev. 2025.

LACERDA, Nara. **Como era viver no Brasil da inflação descontrolada dos anos 1980?**

*Brasil de Fato*, São Paulo, 18 ago. 2022. Disponível em:

<https://www.brasildefato.com.br/2022/08/18/como-era-viver-no-brasil-da-inflacao-descontrolada-dos-anos-1980/>. Acesso em: 13 mai. 2025.

LOPES, Fábio Henrique. **A experiência do suicídio: discursos médicos no Brasil,**

**1830-1900**. 2003. 223 f. Tese (Doutorado em História) — Universidade Estadual de

Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, 2003. Disponível em:

<http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/279867>. Acesso em: 8 jun. 2025.

LÖWY, Michael. **Um Marx insólito**. In: MARX, Karl. *Sobre o suicídio*. Tradução de Rubens Enderle e Francisco Fontanella. São Paulo: *Boitempo*, 2006. p. 7-20.

LUKÁCS, György. **Para uma ontologia do ser social: volume 14**. Maceió: Coletivo Veredas, 2018.

MACHADO, Marcos F. S. et al. **Políticas públicas de prevenção do suicídio no Brasil: uma revisão sistemática.** *Revista de Gestão de Políticas Públicas*, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 334-356, 2014. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rgpp/article/view/114406/112268>. Acesso em: 10 fev. 2025.

MAGALHÃES-RUETHER, Graça. **Suicídios contaminaram Alemanha nos dias finais da Segunda Guerra.** *O Globo*, Rio de Janeiro, 14 mar. 2015. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/historia/suicidios-contaminaram-alemanha-nos-dias-finais-da-segunda-guerra-15594021>. Acesso em: 13 mai. 2025.

MANGINI, Fernanda Nunes da Rosa; NUNES, Igor Sastro. **Suicídio e sofrimento social no capitalismo: desemprego e expressões da questão social.** *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, n. 58, p. 154-171, jan./jun. 2021. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/15857>. Acesso em: 05 dez. 2024.

MARX, K. **Cadernos de Paris e Manuscritos Econômicos-Filosóficos de 1844.** São Paulo: *Expressão Popular*, 2015

MARX, Karl. **O capital: Livro I.** Tradução de Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.

MARX, Karl. **Sobre o suicídio.** Tradução de Rubens Enderle e Francisco Fontanella. São Paulo: *Boitempo*, 2006.

METRÓPOLES. **Bolsonaro diz que isolamento pode “levar a casos de suicídio”.**

Metrópoles, 30 mar. 2020. Disponível

em: <https://www.metropoles.com/brasil/bolsonaro-diz-que-isolamento-pode-levar-a-casos-de-suicidio>. Acesso em: 14 jul. 2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Tendência da mortalidade por suicídio na população brasileira e idosa, 1980–2006.** *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 300–309, abr. 2012. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rsp/article/view/33105/35823>. Acesso em: 13 mai. 2025.

MINISTÉRIO DA CULTURA (MinC). **Loucos pela Diversidade – Da diversidade da loucura à identidade da cultura: relatório final da Oficina Nacional de Indicação de Políticas Públicas Culturais para Pessoas em Sofrimento Mental e em Situações de Risco**

**Social.** Rio de Janeiro: *MinC*, 2007. Disponível em:

<http://rubi.casaruibarbosa.gov.br/handle/123456789/7127>. Acesso em: 10 fev. 2025.

NAÇÕES UNIDAS. **Dia Mundial da Prevenção do Suicídio incentiva quebra do silêncio.**

*ONU News*, 10 set. 2024. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2024/09/1837226>.

Acesso em: 13 mai. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Após 18 meses de pandemia de COVID-19, OPAS pede prioridade para prevenção ao suicídio.** *OPAS*, 9 set. 2021.

Disponível em:

<https://www.paho.org/pt/noticias/9-9-2021-apos-18-meses-pandemia-covid-19-opas-pede-prioridade-para-prevencao-ao-suicidio>. Acesso em: 13 mai. 2025.

PAULA, Joice Cristina de; BOTTI, Nadja Cristiane Lappann. **Projetos de lei relacionados à prevenção do suicídio no Brasil.** *Revista Brasileira de Saúde Mental*, v. 13, n. 23, p.

144-155, 2024. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v13n23/v13n23a09.pdf>.

Acesso em: 15 fev. 2025.

PORTO, Maria Célia da Silva. **Estado e neoliberalismo no Brasil contemporâneo: implicações para as políticas sociais.** 2014. Disponível em:

[http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/1\\_Mundializacao/estado-e-neoliberalismo-no-brasil-contemporaneo.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/1_Mundializacao/estado-e-neoliberalismo-no-brasil-contemporaneo.pdf). Acesso em: 15 fev. 2025.

REUTERS. **Sem vencer polarização, Lula quer crescimento maior e mais comunicação de olho em eleição municipal.** *UOL Economia*, 7 fev. 2024. Disponível em:

<https://economia.uol.com.br/noticias/reuters/2024/02/07/sem-vencer-polarizacao-lula-quer-crecimento-maior-e-mais-comunicacao-de-olho-em-eleicao-municipal.htm>. Acesso em: 25 jul. 2025.

RODRIGUES, Marta M. Assumpção. **Suicídio e sociedade: um estudo comparativo de Durkheim e Marx.** *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 698-713, dez. 2009. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlpf/a/WkqfBT8ZRMcmvC7HHjmBnpP/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 28 jan. 2025.

SALMAZIO, Camila. **Contra retrocessos na política antimanicomial, CNS pede que governo revogue portaria.** *Brasil de Fato*, Brasília, 15 fev. 2018. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2018/02/15/contra-retrocessos-na-politica-antimanicomial-cn-s-pede-que-governo-revoguem-portaria/>. Acesso em: 25 jul. 2025.

SETEMBRO AMARELO. **Setembro Amarelo: Mês de Prevenção ao Suicídio.** Disponível em: <https://setembroamarelo.org.br/>. Acesso em: 31 jul. 2025.

SILVA, Robson Roberto da; MAURIEL, Ana Paula Ornellas; ALMEIDA, Maria Clara Sameiro de; MEDEIROS, Larissa da França. **Estado no neoliberalismo, assistência social e desafios para o trabalho profissional de assistentes sociais.** In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 16., 2018, Vitória, Espírito Santo. Anais [...]. v. 1, n. 1. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/issue/view/938>. Acesso em: 01 ago. 2025.

SOARES, Giselle. **Suicídio por uso de remédios cresceu 2,6 vezes em 20 anos no Brasil.** *Revista Pesquisa FAPESP*, São Paulo, 1 out. 2024. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/suicidio-por-uso-de-remedios-cresceu-26-vezes-em-20-anos-no-brasil/>. Acesso em: 12 fev. 2025.

SOUZA, Douglas Henrique de. **História do suicídio: um balanço historiográfico.** *Intellèctus*, São Paulo, Ano XXI, n.2, 2022. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/intellectus/article/view/65476>. Acesso em: 3 jan. 2025.

SOUZA, J. et al. **Desemprego e suicídio na população brasileira em um cenário de crise do capitalismo.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 6095-6106, dez. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3jRf43s5cJrr8nyVWqZQmQL/?lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2025

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. **Três fórmulas para compreender 'O suicídio' de Durkheim.** *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 6, n. 11, p. 117-126, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/z8LFQrWWtjRBNhdc8fbrQdJ/>. Acesso em: 25 jan. 2025.

YAZBEK, M. C. **A política social brasileira nos anos 90: Refilantropização da questão social.** *Cadernos ABONG*, Salvador, nº 3, 1995.