

**UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL**  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL**  
**NÍVEL MESTRADO**

**Carlos Stavizki Junior**

**REPERTÓRIOS DE AÇÃO COLETIVA E POLÍTICAS PÚBLICAS:**  
**Uma análise a partir da construção da Política de Prevenção ao Suicídio no**  
**município de Santa Cruz do Sul (RS).**

**Santa Cruz do Sul,**  
**2021.**

Carlos Stavizki Junior

**REPERTÓRIOS DE AÇÃO COLETIVA E POLÍTICAS PÚBLICAS:  
Uma análise a partir da construção da Política de Prevenção ao Suicídio no  
município de Santa Cruz do Sul (RS).**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional (Mestrado e Doutorado), área de concentração em Desenvolvimento Regional, dentro da linha de pesquisa “Estado, Instituições e Democracia”, da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

**Orientador:** Prof. Dr. Marco André Cadoná.

**Santa Cruz do Sul,  
2021.**

### CIP - Catalogação na Publicação

Junior, Carlos Stavizki

REPERTÓRIOS DE AÇÃO COLETIVA E POLÍTICAS PÚBLICAS : Uma análise a partir da construção da Política de Prevenção ao Suicídio no município de Santa Cruz do Sul (RS) / Carlos Stavizki Junior. – 2021.

249 f. : il. ; 29 cm.

Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) – Universidade de Santa Cruz do Sul, 2021.

Orientação: Prof. Dr. Marco André Cadoná.

1. Políticas Públicas. 2. Prevenção ao Suicídio. 3. Repertórios de Ação Coletiva. 4. Santa Cruz do Sul. 5. Desenvolvimento Regional. I. Cadoná, Marco André. II. Título.

Carlos Stavizki Junior

**REPERTÓRIOS DE AÇÃO COLETIVA E POLÍTICAS PÚBLICAS: uma análise a partir da construção da Política de Prevenção ao Suicídio no município de Santa Cruz do Sul (RS).**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional (Mestrado e Doutorado), área de concentração em Desenvolvimento Regional, dentro da linha de pesquisa “Estado, Instituições e Democracia”, da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

---

**Dr. Marco André Cadoná**

Universidade de Santa Cruz do Sul — UNISC  
Professor Orientador

---

**Dra. Cláudia Tirelli**

Universidade de Santa Cruz do Sul — UNISC  
Professora Examinadora

---

**Dr. Giovane Scherer**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul — UFRGS  
Professor Examinador

Santa Cruz do Sul,  
2021.

*Para Ana, por seu apoio e carinho.*

## AGRADECIMENTOS

A conclusão deste trabalho é uma vitória que reverbera na vida de muitas pessoas, das quais tenho a honra e o privilégio de dividir esta conquista. Familiares, professores, pesquisadores, colegas e militantes, estão representados nestas páginas, as quais dedico como homenagem àqueles que me trouxeram até aqui. Entre tantas pessoas importantes, quero destacar quem ofereceu o apoio necessário para que eu concluísse este trabalho, sem as quais não seria possível ingressar na pós-graduação, tampouco concluir esta dissertação.

Primeiramente, quero expressar o meu amor por Deus e minha gratidão por sua presença em minha vida nos momentos de alegria e de angústia. Especialmente neste ano, marcado pela pandemia e suas consequências trágicas na sociedade, a fé foi minha base de sustentação mais forte, onde encontrei esperança e propósito para continuar.

Agradeço a Ana Lúcia Agarberri, por dividir a vida comigo e fazer do amor uma constante em nossos dias. O companheirismo e apoio da Ana foram fundamentais para conclusão deste trabalho e para tantas outras realizações ao longo da pós-graduação. Para além disso, o carinho com que acolheu os meus sonhos e sua disposição em fazer o possível para se realizem serão, para sempre, lembrados por mim. Espero que o meu amor por você demonstre a gratidão que sinto, a qual não poderia ser externada em algumas poucas palavras.

Quero agradecer, de forma especial, ao meu professor e orientador acadêmico Marco André Cadoná, que assumiu comigo a elaboração e conclusão deste trabalho. Sua coragem em encarar esta problemática de pesquisa, apesar das dolorosas emoções que este tema traz ao coração, demonstra o seu compromisso com a produção de conhecimento. Para além de uma referência acadêmica, o Marco é uma amigo e um grande exemplo de solidariedade.

Ao meu maior exemplo, Silvia Regina Stavizki, deixo um agradecimento especial. Minha mãe é a pessoa que mais torceu pela minha prosperidade e dedicou o máximo de si para que eu pudesse estar neste momento de minha jornada. Sei que minhas realizações são motivo de alegria para ela e minhas irmãs, Juliana, Elis e Lilian. A elas, o meu amor mais profundo.

Agradeço também as professoras, professores e equipe do PPGDR/UNISC, que assumem diariamente o compromisso de defender uma ciência crítica, humanizada e propositiva, diante de um contexto social tão desafiador e marcado pela desigualdade social.

Ao Rogério, Cláudia, Virgínia, Erika, Cidonea, Grazielle, Angela, Silvia, Markus, Silvio, José, Carolina e Grasiela expresso o meu sincero agradecimento.

Registro o meu agradecimento aos colegas da turma 2019 de mestrado e doutorado do PPGDR, que fizeram com que a formação em Desenvolvimento Regional fosse tão rica e transformadora. Aos colegas Renata, Maria, Alessandra, Diana, Juliana, Rodrigo, Diego, Alexander, Tuize e Vinicius o meu muito obrigado. Da mesma forma, agradeço a todos e todas que compartilharam comigo os encontros dos grupos de estudo e pesquisa. Destaco aqui o Grupo de Pesquisa e Estudos Urbanos e Regionais (GEPEUR), Grupo de Estudos sobre Democracia e Políticas Públicas (GEDEPP) e Grupo de Estudos sobre Estado, Instituições e Desenvolvimento (GEEID), que tanto contribuíram para minha formação. Além destes espaços e sujeitos, carrego comigo as dezenas de conversas e trocas que tive com estudantes e pesquisadores do PPGDR e dos grupos de pesquisa. Registro um agradecimento especial para a Helena, Carolina, Mizael, Nicolas, Manuelle, Raquel, Potira, Tanise, Franciele, Luis, Jaime e os membros do Observatório do Desenvolvimento Regional. Aprendi muito com cada um(a).

A todos e todas que aceitaram participar desta pesquisa, especialmente àqueles que compõe o Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul. A dedicação destes sujeitos ao enfrentar a problemática do suicídio, apesar de suas incontáveis dificuldades, inspiraram a realização desta dissertação. Às profissionais, militantes e pesquisadoras que tive a honra de conversar sobre a execução deste trabalho, deixo o meu agradecimento. Assim como agradeço aos participantes do Fórum Regional de Saúde Mental do Vale do Rio Pardo e a todos que defendem, com determinação, uma Saúde Mental humanizada.

Por fim, agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Ministério da Educação, pelos recursos investidos em mim, através da bolsa de estudos e pesquisa. Espero que a valorização da pós-graduação brasileira reconheça a importância destes recursos e promova, cada vez mais, o incentivo ao ensino, pesquisa e extensão de indivíduos que almejam contribuir para a produção de conhecimento no país.

**Muito Obrigado!**

A todos e todas que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

**Nada é impossível de mudar**

*Desconfiai do mais trivial,  
na aparência singelo.  
E examinai, sobretudo,  
o que parece habitual.  
Suplicamos expressamente:  
não aceiteis o que é de hábito  
como coisa natural,  
pois em tempo de desordem sangrenta,  
de confusão organizada,  
de arbitrariedade consciente,  
de humanidade desumanizada,  
nada deve parecer natural  
nada deve parecer impossível de mudar.*

**Bertolt Brecht (1898 – 1956)**



## RESUMO

Esta dissertação de mestrado analisa os Repertórios de Ação de sujeitos envolvidos na construção de uma política de prevenção ao suicídio no município de Santa Cruz do Sul/RS. Tendo como referência teórica o conceito de Repertório de Ação Coletiva, de Charles Tilly, e a análise histórica da construção política em torno da prevenção ao suicídio no Brasil, o estudo destaca as oportunidades e ameaças políticas presentes no processo de elaboração de uma política pública. Traz ainda uma discussão sobre o fenômeno do suicídio na contemporaneidade, defendendo uma abordagem relacional entre as condições materiais de vida e sociabilidade no contexto do neoliberalismo e o aumento das mortes autoprovocadas no território observado pelo estudo. A pesquisa que sustenta empiricamente esta discussão baseia-se em quatro questões norteadoras. A primeira, questiona como as mudanças na conjuntura política do território repercutiram/repercutem na construção de políticas de prevenção do suicídio. A segunda, visa compreender a importância política do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul e de seus sujeitos no contexto atual dos movimentos sociais voltados à construção de uma agenda política em torno da problemática do suicídio. A terceira, refere-se à trajetória deste Comitê Municipal até a sua constituição, buscando identificar os repertórios percebidos na ação coletiva dos sujeitos que compõe este espaço. Por fim, a quarta avalia como as oportunidades e ameaças políticas definem/redefinem as formas de ação dos sujeitos envolvidos na construção de uma política de prevenção ao suicídio no município. Tanto os questionamentos da pesquisa como as argumentações teóricas da dissertação estão sustentadas no método materialista-histórico, congregando o critério científico do trabalho a um posicionamento crítico sobre os fenômenos investigados. Assim, é desvendado que os Repertórios de Ação dos sujeitos possuem uma ligação histórica com os repertórios utilizados pelos movimentos de Luta Antimanicomial e pela Reforma Psiquiátrica no Brasil. Além disso, desvenda-se que os arranjos políticos que gerenciam o Estado, em suas diferentes instâncias, influenciam na escolha dos Repertórios de Ação, bem como evidenciam ameaças e oportunidades políticas para construção de políticas públicas. Por fim, desvendou-se que a busca pela institucionalidade e o envolvimento da sociedade civil nas campanhas de prevenção ao suicídio no território, se mostram como repertórios inovadores no contexto do século XXI, ainda que sua eficácia na implementação de políticas públicas não tenha sido confirmada.

**Palavras-chave:** Políticas Públicas; Prevenção ao Suicídio; Repertórios de Ação Coletiva; Movimentos Sociais.

## ABSTRACT

This master's dissertation analyzes the repertoires of action of subjects involved in the construction of a suicide prevention policy in the county Santa Cruz do Sul/RS. Having as theoretical reference the concept of Charles Tilly's Repertoire of Collective Action and the historical analysis regarding political construction surrounding suicide prevention in Brazil, the study highlights opportunities and political threats present in the process of developing a public policy. It also brings a discussion about the phenomenon of suicide in contemporary world, defending a relational approach between the material conditions of life and sociability in the context of neoliberalism and the increase of self-provoked deaths in the territory observed by this study. The research that empirically supports this discussion is based on four guiding questions. The first one, questions how the changes in the political conjuncture of the territory have impacted/reverberate in the construction of suicide prevention policies. The second aims at understanding the political importance of the Santa Cruz do Sul Municipal Committee on Suicide Prevention and its subjects in the current context of social movements focused on building a political agenda around the issue of suicide. The third refers to the trajectory of this Municipal Committee until its constitution, seeking to identify the repertoires perceived in the collective action of the subjects that compose this place. Finally, the fourth evaluates how the opportunities and political threats define/redefine the subjects forms of action involved in the construction of a municipal suicide prevention policy. Both the research questions and the theoretical arguments of the dissertation are based on the materialistic-historical method, congregating the scientific criteria of work to a critical position on the investigated phenomena. Thus, it is revealed that the subjects' repertoires of action have a historical connection with the repertoires used by the Antimanicomial Struggle movements and the Psychiatric Reform in Brazil. In addition, it is revealed that the political arrangements that manage the State, in its different instances, influence the choice of repertoires of action, as well as highlight threats and political opportunities for building public policies. Finally, it unveiled that the search for institutionality and the involvement of civil society in suicide prevention campaigns in the territory are innovative repertoires in the context of the 21st century, even if its effectiveness in implementing public policies has not been confirmed.

**Keywords:** Public Policies; Suicide Prevention; Repertoires of Collective Action; Social Movements.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Mapa dos países com representação das taxas de suicídio por 100.000 habitantes em todas as faixas etárias (total de homens e mulheres), ano de 2016.....	42
<b>Figura 2</b> – Mapa dos países com representação do nível de qualidade dos dados cadastrais vitais sobre causas de morte, incluindo suicídios, referente ao ano de 2016 .....	44
<b>Figura 3</b> – Políticas Públicas voltadas à prevenção ao suicídio realizadas pelo Estado brasileiro, entre os anos de 2006 e 2020.....	61
<b>Figura 4</b> – Modelo de Ciclo das Políticas Públicas .....	70
<b>Figura 5</b> – Campanha “Setembro Amarelo” realizada na praça Getúlio Vargas, no centro de Santa Cruz do Sul, no dia 10 de setembro de 2016. ....	130
<b>Figura 6</b> – Palestra realizada pelo Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio com as Agentes Comunitárias de Saúde do município de Santa Cruz do Sul, em 2016 .....	131
<b>Figura 7</b> – Palestra sobre prevenção do suicídio, realizada no grupo de trabalhadoras rurais da EMATER/RS, na localidade de Linha Saraiva, setembro de 2018. ....	132
<b>Figura 8</b> – Seminário Regional de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, promovido pela 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, realizado em Santa Cruz do Sul, em 2019.....	134
<b>Figura 9</b> – Primeira campanha “Setembro Amarelo” idealizada pelo Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul em 2016.....	175
<b>Figura 10</b> – Campanha “Setembro Amarelo” realizada pelo Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul em 2018. ....	179
<b>Figura 11</b> – Organograma dos serviços de saúde mental e serviços de emergência de referência em casos de tentativa de suicídio no município de Santa Cruz do Sul, desenvolvido pelo Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio, em novembro de 2019. ....	186
<b>Gráfico 1</b> – Principais causas de morte externa em Santa Cruz do Sul, segundo o Grande Grupo CID10, nos períodos de 1996 a 2002, 2003 a 2010 e 2011 a 2018 .....	107
<b>Gráfico 2</b> – Taxa de óbitos por lesão autoprovocada entre 1996 e 2018.....	108
<b>Gráfico 3</b> – Número absoluto de óbitos por lesão autoprovocada nos municípios da 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul (Vale do Rio Pardo), de 2013 a 2018.....	109
<b>Mapa 1</b> – Mapa das Macrorregiões e Regiões de Saúde do Rio Grande do Sul. ....	97
<b>Mapa 2</b> – Mapa da Macrorregião de Saúde dos Vales e respectivos municípios .....	98
<b>Mapa 3</b> – Taxas de suicídio por 100 mil habitantes nos municípios da 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul (Vale do Rio Pardo), em 2018 .....	111
<b>Mapa 4</b> – Taxas de suicídio nas Regiões de Saúde do Rio Grande do Sul, em 2018.....	112

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Temáticas dos encontros anuais do Fórum Regional de Saúde Mental do Vale do Rio Pardo, entre os anos de 1997 e 2019.....	123
<b>Quadro 2</b> – Oportunidades Políticas identificadas para construção de políticas de prevenção ao suicídio no município de Santa Cruz do Sul, segundo partidos políticos eleitos para o Poder Executivo nos governos federal (Brasil), estadual (Rio Grande do Sul) e municipal, entre 2005 e 2020. ....	205
<b>Quadro 3</b> – Relação das profissões, instituições de referência e formato das Entrevistas semiestruturadas realizadas para a Dissertação, entre março e julho de 2020 .....	249

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Diagnósticos de transtornos mentais em casos de suicídio em pacientes psiquiátricos e população em geral, segundo Bertolote e Fleischmann (2002) .....	36
<b>Tabela 2</b> – Taxas de suicídio e tentativas de suicídio (TS) por 100 mil habitantes, nos municípios da 28ª Região de Saúde (Vale do Rio Pardo), em 2018 .....	110
<b>Tabela 3</b> – Lesões Autoprovocadas registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação dos municípios da 13ª CRS do Rio Grande do Sul, entre 2015 e 2018.....	112
<b>Tabela 4</b> – Taxas de suicídio e tentativas de suicídio (TS) total por 100 mil habitantes, referente as Regiões de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul no ano de 2018 .....	113

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPS	Associação Brasileira de Estudo e Prevenção do Suicídio
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABS	Atenção Básica em Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AI	Ambulatório do Idoso de Santa Cruz do Sul
APESC	Associação Pró-Ensino de Santa Cruz do Sul
ASULAC	Associação de Suicidologia da América Latina e Caribe
CAE	Conselho de Alimentação Escolar
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPSIA	Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência
CEPS	Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio
CEREST	Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador
CEVS	Centro Estadual de Vigilância em Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID	Classificação Internacional de Doenças
CMAS	Conselho Municipal de Assistência Social
CMI	Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa
CMPS	Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul
CMS	Conselho Municipal de Saúde
COMDICA	Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
CONFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CONSEA-RS	Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional do Rio Grande do Sul
COREDE	Conselho Regional de Desenvolvimento
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
CRE	Coordenadoria Regional de Educação do Rio Grande do Sul
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CSM	Comissão de Saúde Mental
CT	Comissões de Trabalho
CVV	Centro de Valorização da Vida
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DF	Distrito Federal
DGTI	Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação
DIAP	Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar
DIESSE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
DNPS	Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio
DO	Declaração de Óbito
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

DR	Desenvolvimento Regional
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
EC	Emenda Constitucional
EDD	Estado Democrático de Direito
EMATER	Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural
EOPs	Estruturas de Oportunidades Políticas
ESF	Estratégias de Saúde da Família
ESP/RS	Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul
EUA	Estados Unidos da América
FGSM	Fórum Gaúcho de Saúde Mental
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FRSM/VRP	Fórum Regional de Saúde Mental do Vale do Rio Pardo
HAN	Hospital Ana Nery
HSC	Hospital Santa Cruz
IASP	International Association for Suicide Prevention
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano
IEDE	Infraestrutura Estadual de Dados Espaciais
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
LER	Lesões por Esforço Repetitivo
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MISS	Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviors
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Pronto Atendimento
PDPS	Política Distrital de Prevenção ao Suicídio
PIB	Produto Interno Bruto
PIS	Programa de Integração Social
PNPAS	Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PP	Partido Progressista
PPGDR	Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional
PPGPS	Programa de Pós-Graduação em Política Social
PPS	Programa de Promoção à Vida e Prevenção ao Suicídio de Candelária/RS
PPV	Programa de Prevenção à Violência

PRMU	Programa de Residência Multiprofissional
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PT	Partido dos Trabalhadores
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
PUC/RS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RP	Reforma Psiquiátrica
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SCS	Santa Cruz do Sul
SES-RS	Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul
SIAP	Serviço Integrado de Atenção Psicossocial do HSC
SIDRA	Sistema IBGE de Recuperação Automática
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIS	Sistema Integrado de Saúde da UNISC
SMEC	Secretaria Municipal de Educação e Cultura de Santa Cruz do Sul
SMS	Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul
STR	Sindicato dos Trabalhadores Agricultores Familiares
SUPRE	Suicide Prevention Program
SUS	Sistema Único de Saúde
TABNET	Sistema de Informações de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNMS	Teoria dos Novos Movimentos Sociais
TPP	Teoria do Processo Político
TS	Tentativa de Suicídio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UnB	Universidade de Brasília
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul
UNISINOS	Universidade do Vale do Rio dos Sinos
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VRP	Vale do Rio Pardo
WHO	World Health Organization



## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>2.</b>	<b>A CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO NO CONTEXTO DA DEMOCRATIZAÇÃO NO BRASIL.....</b>	<b>27</b>
2.1.	A problemática do suicídio nas sociedades contemporâneas .....	31
2.2.	Democratização e políticas de prevenção ao suicídio no Brasil.....	50
2.3.	A discussão sobre Políticas Públicas a partir do conceito de Ciclos .....	63
2.4.	Repertórios de Ação Coletiva: contribuições para o debate contemporâneo sobre movimentos sociais e análise dos confrontos políticos .....	75
<b>3.</b>	<b>POLÍTICAS DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL .....</b>	<b>92</b>
3.1.	O campo de estudo: Santa Cruz do Sul e a dinâmica de Desenvolvimento Regional no Vale do Rio Pardo.....	95
3.2.	Investigando o fenômeno do suicídio no município de Santa Cruz do Sul.....	106
3.3.	A discussão sobre políticas públicas de prevenção ao suicídio em Santa Cruz do Sul: os caminhos que resultaram na formação do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio .....	117
<b>4.</b>	<b>SUJEITOS, OPORTUNIDADES POLÍTICAS E REPERTÓRIOS DE AÇÃO NA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO EM SANTA CRUZ DO SUL .....</b>	<b>136</b>
4.1.	Os sujeitos na construção da política de prevenção ao suicídio em Santa Cruz do Sul .....	143
4.2.	A construção do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio e as oportunidades políticas na definição dos Repertórios de Ação dos sujeitos.....	169
4.3.	Oportunidades políticas e Repertórios de Ação: a problemática da ação coletiva na construção de políticas públicas de prevenção ao suicídio.....	198
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>222</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>231</b>
	APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista .....	245
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	246
	ANEXO 1 – Eixos do Plano Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul .....	247
	ANEXO 2 – Sistematização das Entrevistas realizadas durante a pesquisa .....	249

# 1. INTRODUÇÃO

“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo.  
Todos nós sabemos alguma coisa.  
Todos nós ignoramos alguma coisa.  
Por isso aprendemos sempre.”

(Paulo Freire, 2003, p. 39).

A presente dissertação de mestrado em Desenvolvimento Regional é resultado de um processo investigativo sobre os Repertórios de Ação Coletiva de sujeitos envolvidos com a construção de uma política pública de prevenção ao suicídio no município de Santa Cruz do Sul/RS. Trata-se de um estudo que analisa como as oportunidades e ameaças políticas decorrentes da construção das políticas públicas definem e/ou redefinem a escolha dos repertórios, considerando o contexto e as implicações materiais do confronto político.

O período de análise envolveu um momento importante para a construção de políticas de prevenção ao suicídio no Brasil e no campo de estudo da dissertação, contemplando os principais eventos ligados à temática de pesquisa. O século XXI trouxe novos arranjos políticos sobre a temática do suicídio no mundo, especialmente pelo lançamento, em 2000, do *Suicide Prevention Program* (SUPRE) — programa de prevenção ao suicídio criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Já naquele início dos anos 2000, o suicídio se configurava como uma das principais causas de morte no planeta, apesar de a maioria dos países não ter sistemas confiáveis de informação sobre mortalidade que contemplasse as lesões autoprovocadas (OMS, 2000). A partir da SUPRE e de suas recomendações aos governos nacionais para que fomentassem a prevenção ao suicídio, o Brasil passou a investir neste objetivo e a desenvolver estratégias nacionais para o enfrentamento da problemática.

Neste processo, criou-se a primeira iniciativa de âmbito nacional para prevenção ao suicídio no país, chamada de Diretrizes Nacionais para Prevenção ao Suicídio (Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006). Estas Diretrizes, utilizadas até hoje pelo Sistema Único de Saúde (SUS), trouxeram estratégias de prevenção coerentes com as recomendações internacionais e implementaram no país uma série de ações para registrar, monitorar e intervir em casos de tentativa de suicídio, além de incentivar a elaboração de campanhas de prevenção. Esta iniciativa abriu caminho para a criação de políticas públicas locais e regionais, que surgiriam no país na década seguinte. As primeiras experiências de construção de políticas públicas específicas para a prevenção ao suicídio foram criadas no Distrito Federal e no Estado do Rio Grande do Sul, ambas analisadas neste trabalho.

A escolha do campo de estudo desta dissertação é um elemento particularmente interessante, pois, apresenta um território com determinações valiosas para se discutir o fenômeno do suicídio e analisar a construção de uma política de prevenção. Trata-se do município de Santa Cruz do Sul, no Rio Grande do Sul — um município de médio porte, com aproximadamente 130.000 habitantes (IBGE, 2019) e uma economia majoritariamente baseada na produção de tabaco. O município possui um dos maiores complexos industriais de fumo do mundo, com a presença de empresas transnacionais a mais de 100 anos (ETGES, 2005). Ademais, Santa Cruz do Sul é uma das principais referências do Vale do Rio Pardo, não somente do ponto de vista da dinâmica econômica, mas, também, pela estrutura de serviços de saúde e educação que atendem as populações da região (PETRY; SILVEIRA, 2017).

Para este trabalho, a escolha do campo de estudo não se refere apenas à sua relevância no contexto regional, mas à sua relação com a problemática do suicídio como sendo um problema público do território. Historicamente, o município registra uma das maiores taxas de suicídio do Rio Grande do Sul e do Brasil e até hoje apresenta altos índices de mortes autoprovocadas. Nos últimos anos, a taxa de suicídio do município oscilou em torno de 19 suicídios a cada 100 mil habitantes, superando a média estadual de 10,9/100 mil e a nacional de 6 suicídios a cada 100 mil habitantes (SIM/DATASUS, 2020). Esta relação desproporcional entre os dados municipais, estaduais e nacional demonstra a relevância da temática e do estudo sobre os processos que envolvem a criação de uma política de prevenção no território.

Diante deste contexto, este trabalho destaca a trajetória política deste debate no município, evidenciando as diferentes abordagens que o tema teve nos últimos 15 anos e quais as principais repercussões deste debate no campo das políticas públicas. Ressalta-se que a discussão sobre o fenômeno do suicídio no território antecede o recorte temporal desta dissertação e que sua relevância regional incita preocupações sociais e políticas há décadas. As altas taxas de suicídio registradas em Santa Cruz do Sul já estimularam a realização de diversas ações coletivas ao longo do tempo, seja por parte dos governos, movimentos sociais, sindicatos, pesquisadores, trabalhadores da saúde e outras organizações da sociedade civil. Afinal, as ações de prevenção ao suicídio desenvolvidas no município fazem parte de um processo histórico, que a partir de uma análise crítica, permite compreender como os sujeitos agem e/ou se mobilizam em prol da prevenção ao suicídio. Contudo, este processo histórico não é linear, sendo marcado por períodos que se intercalam entre maior e menor abertura política e cultural para o tema, o que acaba determinando a escolha dos Repertórios de Ação dos sujeitos que participam desta trajetória.

Neste sentido, esta Dissertação foca sua atenção para sua categoria principal de análise: os Repertórios de Ação Coletiva. Este conceito é extraído das ciências sociais, com destaque para a obra do cientista social norte-americano Charles Tilly, que considera o Repertório para além de uma propriedade dos atores sociais, classificando-o como “uma expressão da interação histórica e atual entre eles e seus opositores” (TILLY, 2008, p. 24). Mais do que um conceito fechado, a compreensão de Repertório trazida para esta Dissertação entende que os sujeitos, coletivos, partidos políticos e movimentos sociais possuem determinadas formas de ação que se modificam diante do contexto do confronto político. Trata-se de um conceito em construção, que interpreta a ação coletiva a partir dos determinantes históricos, culturais, políticos e conjunturais, envolvendo os sujeitos e o território. O conceito de Repertório traduz um processo histórico e dialético da ação coletiva, aonde os sujeitos executam formas de luta culturalmente aceitas ou inovadoras, dependendo da relação entre ameaças e oportunidades políticas em cada período e/ou contexto (TILLY, 2008; McADAM; TARROW; TILLY, 2009; ALONSO, 2012).

A partir deste conceito, formulam-se questionamentos para investigar a ação coletiva de sujeitos envolvidos com a construção de uma política de prevenção ao suicídio, considerando as oportunidades e ameaças políticas envolvidas neste processo. A partir do conceito de Repertórios de Ação, este estudo traz uma análise crítica sobre a historicidade que deu origem à formação do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul (CMPS) — principal espaço de discussão e formulação de estratégias de prevenção no município a partir de sua criação, em 2015. Este Comitê expressa uma das principais formas de ação coletiva dentro do processo histórico de formulação de uma política de prevenção ao suicídio no território e reúne, entre seus membros e participantes, sujeitos engajados nesta tarefa.

Como indicado, o CMPS foi criado em 2015 e é o principal espaço de discussão sobre o fenômeno do suicídio em Santa Cruz do Sul desde então. Trata-se de um espaço que reúne as principais instituições, serviços públicos e entidades da sociedade civil envolvidas com o trabalho de prevenção ao suicídio em Santa Cruz do Sul. É um espaço organizativo, sem vinculação institucional com a administração pública, apesar de manter uma relação privilegiada com os atores políticos dos governos. Em síntese, o Comitê se configura como um coletivo de pessoas empenhadas em compreender as determinações do suicídio e mobilizar recursos para construção e implementação de uma política pública de prevenção no município.

É a partir deste espaço que a elaboração desta pesquisa que resultou nesta Dissertação foi esboçada. Um trabalho de construção de conhecimento que tem a participação direta de seu autor que, desde junho de 2017, é membro do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de

Santa Cruz do Sul. Sua inclusão no Comitê se deu quando trabalhava como assistente social residente em um Serviço de Emergência, e trabalhava frequentemente com casos de ideação e de tentativa de suicídio. Realizou, durante a residência multiprofissional, um estudo sobre as tentativas de suicídio entre adolescentes e as formas de intervenção da área do Serviço Social nesta problemática. As conclusões da pesquisa evidenciaram que as taxas de suicídio no município cresciam gradativamente, especialmente entre os adolescentes e jovens adultos. Esta descoberta convergia com uma tendência global de aumento de casos de suicídio entre jovens de 15 a 29 anos, chegando a ser classificada como a segunda principal causa de morte nesta faixa etária, em 2018 (OMS, 2018). Diante disso, se propôs a elaboração do presente estudo, expandindo o escopo de análise para as ações voltadas à prevenção do suicídio e não a sua incidência ou possíveis causas.

Neste sentido, elaborou-se uma pesquisa qualitativa, voltada para as ações dos sujeitos e não apenas aos dados epidemiológicos referentes ao suicídio. No entanto, esta Dissertação se utiliza de dados coletados em diferentes plataformas e/ou sistemas de informação (DATASUS, SIM, SINAN e DGTI/RS), os quais são utilizados para fundamentar as análises históricas sobre o fenômeno e busca dos objetivos da pesquisa.

Para isso, elaboraram-se questões norteadoras, a partir da problemática levantada inicialmente, sendo: a) Como as mudanças na conjuntura política do território repercutiram/repercutem na construção de políticas de prevenção do suicídio? b) Qual a importância do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul e de seus sujeitos no contexto atual dos movimentos sociais voltados a construção de uma agenda política em torno da problemática do suicídio? c) Qual a trajetória do Comitê Municipal até a sua constituição, e quais os repertórios percebidos na ação coletiva dos sujeitos que compõe este espaço? d) Como as oportunidades e ameaças políticas definem/redefinem as formas de ação dos sujeitos envolvidos na construção de uma política de prevenção ao suicídio do município?

A partir dessas questões e da problemática de pesquisa que, a partir de então, o estudo se desenvolveu perseguindo os seguintes objetivos específicos: a) Investigar como as mudanças na conjuntura política brasileira repercute na construção de políticas de prevenção ao suicídio no âmbito municipal; b) Analisar qual a importância do CMPS e dos sujeitos no contexto atual dos movimentos sociais voltados a construção de uma agenda política em torno da problemática do suicídio; c) Investigar a trajetória do Comitê Municipal até a sua constituição, evidenciando os repertórios percebidos na ação coletiva dos sujeitos que a compõe; e d) Compreender quais os Repertórios de Ação coletiva que possibilitaram ou contribuíram para a formação de um

Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul. A busca destes objetivos, aliados às questões norteadoras e ao referencial teórico, formam o caminho que conduziu as análises e conclusões presentes ao longo da dissertação.

Utilizaram-se como instrumentos de pesquisa : A revisão da literatura sobre as categorias que envolvem o fenômeno do suicídio, história das políticas de prevenção ao suicídio no Brasil e criação de políticas públicas; A pesquisa bibliográfica sobre discussões teóricas a respeito dos Repertórios de Ação, políticas públicas, crise política, oportunidades e ameaças políticas; O levantamento e análise de dados primários e secundário do município sobre o processo de criação do CMPS e outras experiências ligadas ao objetivo do estudo (atas de reunião, relatórios de gestão, matérias jornalísticas etc.); e a realização de Entrevistas semiestruturadas com membros do CMPS e sujeitos envolvidos com a construção de políticas de prevenção ao suicídio em Santa Cruz do Sul e no Estado do Rio Grande do Sul. Ademais, o estudo traz elementos empíricos que remontam a trajetória do CMPS e suas principais ações no território, obtidas através dos diários de campo e vivências do autor.

A sustentação metodológica do estudo baseia-se no materialismo-histórico. A escolha do método persegue o critério científico exigido em uma dissertação, aliado a um posicionamento crítico sobre as contradições da sociedade capitalista e suas expressões. Segundo Netto (2011), entende-se que o método trata de “uma determinada posição (perspectiva) do sujeito que pesquisa: aquela em que se põe o pesquisador para, na sua relação com o objeto, extrair dele as suas múltiplas determinações” (NETTO, 2011, p. 53). O ato de “extrair” as determinações são a própria busca pela essência do objeto de estudo, a qual deve partir de sua forma mais desenvolvida e dela realizar a abstração que permitirá relacionar o objeto com o contexto, ao qual está inserido. Esta abstração se dá no processo dialético do pensamento, que se constitui através da observação de um fenômeno singular em contradição com a totalidade no qual se insere, em um processo que compreende as mais diversas particularidades do objeto e do contexto histórico (MARX, 1968; NETTO, 2011).

Nesta dissertação, o fenômeno singular se define a partir dos Repertórios de Ação, extraído da ação coletiva dos sujeitos que compõe ou que se relacionam com processos políticos para criação de uma política de prevenção ao suicídio em Santa Cruz do Sul. O universal trata do contexto do território, considerando suas expressões históricas e conjunturais, bem como as dinâmicas sociais intrínsecas ao confronto político. Considera-se ainda o contexto político brasileiro durante o recorte temporal da pesquisa. Contudo, os limites impostos para a elaboração de uma dissertação não permitem que as expressões da totalidade sejam percebidas

em sua complexidade, nem mesmo aquelas que condicionam o fenômeno do suicídio. Para isso, aceita-se os limites da pesquisa e definem-se recortes no tempo e no espaço para que se possa fazer a mediação entre o singular e o universal e daí desvendar a essência do objeto de estudo.

Delimita-se ainda o território de Santa Cruz do Sul como recorte da totalidade, considerando a relevância do município para o debate nacional sobre prevenção ao suicídio. O segundo recorte se faz no período analisado, que será entre 2005 e 2020, contemplando os principais eventos relacionados ao objeto de estudo e permitindo que as mediações entre passado e presente sejam feitas com critério e embasamento teórico e empírico. Por fim, o terceiro recorte se fará no campo das ideias, considerando o fenômeno do suicídio como problemática principal, evitando assim a sobreposição de temáticas ou o conflito entre diferentes bases teóricas. Cabe destacar que este recorte teórico é necessário, também, para aprofundar as análises sobre o suicídio e suas formas de prevenção.

É necessário destacar que o método é um modo de análise do objeto que visa interpretar os fenômenos a partir de procedimentos sistemáticos. Estes procedimentos se expressam na delimitação do problema de pesquisa e questões norteadoras já mencionadas, nos objetivos específicos e na forma com que os dados serão coletados, interpretados e na apresentação das conclusões do estudo.

Utilizou-se a pesquisa qualitativa como procedimento metodológico, sendo realizado, ao todo, 19 Entrevistas semiestruturadas com sujeitos ligados à discussão proposta pela dissertação. Estes sujeitos foram alcançados a partir do método “Bola de Neve”, onde os entrevistados são indicados pelos próprios participantes da pesquisa, a partir da delimitação do pesquisador sobre a relevância do indicado para os objetivos da pesquisa (MINAYO, 2001; BARDIN, 2004). Entre os entrevistados estão membros e ex-membros do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul; Militantes do Fórum Regional de Saúde Mental do Vale do Rio Pardo; Administradores públicos ligados à saúde mental e às políticas de prevenção ao suicídio no Rio Grande do Sul; Membros do Comitê Estadual de Valorização da Vida e Prevenção ao Suicídio do RS; e pesquisadores ligados à prevenção ao suicídio no estado e no município<sup>1</sup>. A busca pelos entrevistados iniciou a partir dos membros ativos do CMPS e através destes foram alcançados outros indivíduos. A busca, que iniciou com três entrevistados, foi concluída quando as indicações passaram a repetir nomes e/ou instituições já referenciadas.

---

<sup>1</sup> A relação completa das entrevistas, com informações sobre os sujeitos está sintetizada no Quadro 3, no Anexo 2 deste trabalho, e com maiores detalhes no item 4.1.

A maior parte das Entrevistas foram realizadas por videochamada, respeitando os protocolos de distanciamento controlado, durante a pandemia de COVID-19.

O roteiro de entrevista utilizado possui três eixos principais. O primeiro diz respeito a identificação dos sujeitos, com levantamento de características como: formação, área de atuação, local e tempo de trabalho, participação em espaços de controle social e/ou movimentos sociais e a autodeclaração sobre militância e posicionamento político. O segundo eixo focaliza na relação dos sujeitos com o Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul e com a problemática do suicídio. Neste item, é questionado sobre a relevância, atuação e força política do CMPS diante da proposta de criação de uma política de prevenção ao suicídio no município e quais os Repertórios de Ação utilizados neste processo. Já o terceiro eixo do roteiro de entrevista abrange questões conjunturais do contexto político, indagando sobre a visão dos sujeitos sobre o cenário político nacional e sua influência sobre a problemática do suicídio. Questiona-se ainda sobre a historicidade das ações de prevenção ao suicídio no território, destacando as principais características em cada período histórico. Por fim, o roteiro reserva algumas questões para opiniões e sugestões dos sujeitos, referente a ação coletiva do CMPS e perspectivas sobre o confronto político envolvendo a prevenção ao suicídio<sup>2</sup>.

Já a busca pelo referencial teórico se fez a partir de plataformas digitais e de livre acesso, tais como: Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES; Portal de Periódicos da CAPES, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); *Science Research* e *Google Scholar*. Os dados quantitativos foram extraídos de plataformas oficiais do Estado, como o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS); Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e dados publicados em base de dados oficiais, como IBGE, IPEA, DIEESE, entre outros. Houve ainda a coleta de dados primários extraídos de atas de reuniões do CMPS e relatórios internos dos serviços de saúde mental do município de Santa Cruz do Sul, mediante autorização da Coordenação de Saúde Mental do município e da Secretaria Municipal de Saúde. Outros materiais, como publicações e reportagens na mídia local, matérias em sites ou redes sociais e instituições ligadas à prevenção ao suicídio (OMS, OPAS, CVV etc.) e eventos (palestras, seminários, congressos) foram utilizados para elucidar as argumentações do trabalho e estão devidamente referenciados ao longo do texto.

---

<sup>2</sup> O roteiro de entrevista completo está no Apêndice A desta Dissertação.



Estes dados foram categorizados e analisados a partir da metodologia de Análise de Conteúdo de Bardin (2004), que divide o trabalho investigativo em três fases: A primeira, refere-se à preparação das informações, aonde para este trabalho foi realizado a busca por literaturas clássicas e contemporâneas sobre as principais categorias de análise, os quais estão apresentados na segunda e terceira parte da dissertação. A segunda fase, segundo a autora, é a classificação das unidades em categorias, a qual foi realizada seguindo os critérios e objetivos da pesquisa. Por fim, vem a fase da descrição e interpretação dos dados. Nesta fase, teve-se um cuidado especial com os elementos obtidos através das Entrevistas, os quais foram criteriosamente analisados e verificados sua veracidade. Já a interpretação se fez ao final da coleta de dados (primários e secundários), para não comprometer os resultados *a priori* e permitir conclusões legítimas (BARDIN, 2004).

Assim, seguindo os procedimentos destacados, elaborou-se a dissertação em cinco capítulos, sendo esta introdução o primeiro deles.

O segundo capítulo, traz uma análise histórica sobre o processo de construção de políticas de prevenção ao suicídio no Brasil. Considera este processo a partir do período de democratização, enfatizando as lutas sociais da classe trabalhadora e frações da classe média durante a Ditadura Militar, entre 1964 e 1985. Neste período, destacam-se os movimentos sociais ligados à Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial como expressões dos confrontos políticos pela democratização do sistema de saúde brasileiro, sobretudo à política de saúde mental. Apresenta-se ainda a revisão teórica das principais categorias de análise da pesquisa, tais como: Repertórios de Ação Coletiva, Oportunidades e Ameaças Políticas, Políticas Públicas, Prevenção ao Suicídio e a própria compreensão sobre o suicídio nas ciências sociais. Ao final do capítulo, ressaltam-se as potencialidades de somar a análise dos Repertórios de Ação com o materialismo-histórico, embasado pela experiência de luta dos movimentos sociais da Reforma Psiquiátrica nos anos 1970 e 1980 e sua influência nos Repertórios de Ação coletiva dos movimentos sociais contemporâneos.

Destaca-se que, durante todo o texto, apresenta-se a discussão sobre a problemática do suicídio nas sociedades contemporâneas, evidenciando suas contradições e acusando o estigma criado em torno do fenômeno, que se traduz como “tabu” em diversas culturas, inclusive no território analisado. A crítica sobre a construção de uma visão hegemônica das ciências da saúde sobre as determinações do suicídio e especialmente sobre as formas de prevenção ao suicídio é enfrentado em diferentes momentos, porém, este não é um objetivo central do trabalho. A discussão sobre a centralidade das estratégias de prevenção desenvolvidas atualmente, baseadas

especialmente da produção científica ligada à psiquiatria, psicanálise e psicologia, é trazida para instigar sua reflexão e enfrentamento. O contraponto à visão hegemônica parte da interpretação de estudos recentes, que demonstram haver relação entre indicadores socioeconômicos e o suicídio no Brasil e sugerem, em suas conclusões, uma abordagem teórica interdisciplinar.

O terceiro capítulo está dedicado a apresentar as políticas de prevenção ao suicídio, desenvolvidas no município de Santa Cruz do Sul nos últimos 15 anos. Para isso, apresenta, primeiramente, uma discussão sobre o campo de estudo, enfatizando as características do território, sua história em relação à problemática do suicídio e informações pertinentes sobre a constituição política, cultural e histórica do município. A categoria “território” é destacada como essencial para compreensão das oportunidades e ameaças políticas presentes no processo de criação de uma política de prevenção ao suicídio no município. Com base no referencial ligado ao Desenvolvimento Regional, demonstra-se a relação histórica do território com a problemática do suicídio, discutida em diferentes períodos e sobre óticas distintas ao longo do tempo. Percebe-se que a tradição germânica dos povos do Vale do Rio Pardo traz questões singulares para o debate, sobretudo no contexto do neoliberalismo. A superexploração dos trabalhadores do campo, a dicotomia criada entre o rural e o urbano, e as características políticas e históricas do território, são algumas das questões trazidas para reflexão.

No mesmo sentido, discute-se sobre os dados epidemiológicos do suicídio no município, região e estado, apresentados a partir de gráficos, tabelas e mapas temáticos. Com base nos dados, analisa-se o processo histórico de criação das políticas de prevenção ao suicídio em Santa Cruz do Sul e os caminhos que resultaram na formação do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio. Este debate é especialmente relevante para as conclusões desta dissertação, pois, destaca os eventos ocorridos no município desde 2005 e que mantêm relação direta com o objeto de estudo. É neste item que se demonstra os primeiros Repertórios de Ação mobilizados em prol da construção de uma política de prevenção ao suicídio. Bem como as ameaças e oportunidades políticas presentes neste processo.

Na quarta parte da dissertação concentra-se as principais descobertas e conclusões do estudo. A argumentação inicia pela apresentação dos sujeitos envolvidos com a construção da pauta de prevenção ao suicídio e militantes da Reforma Psiquiátrica no Estado do Rio Grande do Sul. A partir das Entrevistas, apresentam-se informações sobre formação acadêmica, local de trabalho e de militância, vinculação com movimentos sociais e/ou espaços de controle social e outros elementos relevantes para os objetivos da pesquisa. Salienta-se que a subjetividade extraída dos discursos permitiu conhecer os Repertórios de Ação mobilizados pelos sujeitos.

Após a apresentação dos sujeitos, inicia-se o processo de identificação das oportunidades políticas envolvidas na construção do Comitê Municipal e nos Repertórios de Ação utilizados neste processo. Trata-se de uma análise crítica sobre as principais ações desenvolvidas em prol da prevenção ao suicídio nos últimos 15 anos e na interpretação do significado histórico do Comitê, com considerações sobre o ‘antes’ e o ‘depois’ de sua criação. Alia-se a este debate a discussão sobre crise política, agenda conservadora e Repertórios de Ação coletiva, fundamentado teoricamente. O debate sustenta-se em uma leitura contemporânea sobre as ameaças políticas presentes no contexto brasileiro, o que inclui a ascensão da extrema-direita no cenário político e o avanço das políticas neoliberais no país. Destaca-se a atual crise política no Brasil, a partir do Golpe de 2016, e suas implicações na construção de políticas públicas, sobretudo aquelas ligadas à prevenção ao suicídio.

Ressalta-se que é neste contexto de crise que o CMPS nasce e dá seus principais passos em direção à construção de uma política de prevenção ao suicídio no território. A compreensão de crise baseia-se nas investidas do atual Governo Federal contra a Política Nacional de Saúde Mental, que veem afligindo os direitos a um tratamento humanizado e antimanicomial. Ademais, alerta-se sobre as narrativas que criminalizam os movimentos sociais, utilizadas por atores políticos ligados ao ideário conservador e neofascista. Percebe-se que o contexto político brasileiro é desfavorável para a construção de políticas públicas de prevenção ao suicídio, pois, defende, cada vez mais explicitamente, a supressão dos direitos sociais e o aprofundamento da lógica neoliberal em todas as regiões do país. Apesar disso, desvenda-se que os sujeitos envolvidos com a construção da política no município são capazes de mobilizar Repertórios de Ação que superam as ameaças políticas. Os principais Repertórios de Ação identificados são a institucionalização do CMPS como um espaço político de influência no Estado e Governos e a campanha “Setembro Amarelo”, que ampliou a discussão sobre prevenção ao suicídio no território e auxiliou para que a temática entrasse nas agendas de governo.

Por fim, as considerações finais ressaltam as principais categorias analisadas na dissertação e aponta lacunas a serem exploradas em novos estudos e pesquisas, tais como o embate político em torno das determinações do suicídio e a influência da lógica neoliberal no aumento do sofrimento humano e conseqüentemente nos índices de suicídio dos países. Em especial, o texto final faz uma homenagem às contribuições de Charles Tilly às ciências sociais e sugere o uso do conceito de Repertórios de Ação para interpretar (e possivelmente prever) os movimentos de aliados e opositores dentro do confronto político.

## **2. A CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO NO CONTEXTO DA DEMOCRATIZAÇÃO NO BRASIL**

A problemática que motiva e dá sentido à elaboração desta dissertação, refere-se ao crescimento gradativo de mortes por suicídio, no Brasil e no mundo, nos últimos vinte anos, e as diferentes interpretações para o enfrentamento deste fenômeno. Dados epidemiológicos mostram que o suicídio está entre as dez principais causas de morte no planeta e a segunda entre jovens de 15 a 29 anos (OMS, 2018). Segundo a Organização Mundial da Saúde, estima-se que, anualmente, mais de 800.000 pessoas cometam suicídio (OMS, 2018).

Como definição, o suicídio é o ato deliberado de um indivíduo contra sua vida, de forma intencional e consciente, tendo como objetivo a morte. Este fenômeno, que acompanha a humanidade ao longo de sua história, está presente em praticamente todos os povos e nações, em cada período histórico e nas mais diversas culturas ao redor do mundo. Apesar disso, a morte por suicídio é ainda um mistério para muitas pessoas e permanece distante do debate público. Ainda que a incidência de suicídios expresse a necessidade da discussão em torno do tema, sua problematização não encontra abertura nos principais espaços de debate — especialmente na academia e esfera política. Seja na família, nas instituições religiosas, na mídia, nas faculdades e universidades ou dentro dos partidos políticos, o tema segue como um tabu para a maioria na sociedade.

Neste trabalho, espera-se desmistificar a discussão em torno do suicídio, vendo-o como um fenômeno que é complexo, por isso requer um olhar atendo tanto das ciências, em suas diversas áreas disciplinares, quanto do Estado e da sociedade. Entende-se que o suicídio é uma morte evitável e que o aumento nos índices mundiais e nacionais expressam as contradições da sociedade moderna, tanto no âmbito da vida privada, quanto na organização coletiva.

Do ponto de vista da reflexão científica, as experiências relatadas nesta Dissertação sobre a construção de políticas e estratégias de prevenção ao suicídio no Brasil, demonstram que o assunto está mais vinculado às ciências da saúde, especialmente às áreas de psiquiatria, psicanálise e psicologia. No entanto, a última década trouxe diferentes olhares sobre o suicídio e evidenciou a relevância das ciências sociais e humanas na elaboração de respostas sobre o aumento de casos de suicídio (MENEGHEL et al., 2004).

Apesar disso, a ideia de “prevenção ao suicídio” é, ainda, um tema incipiente no meio acadêmico e político do país e do mundo. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde,

ligada à OMS, apenas 38 países relatam possuir estratégias de prevenção ao suicídio. Ademais, dentre os 194 países com representação na OMS, apenas 60 possuem dados confiáveis sobre os índices de mortalidade e de tentativas de suicídio em seus territórios e o Brasil é um destes países (OPAS, 2019).

Através do Sistema Único de Saúde (SUS), o Estado brasileiro instituiu, em todo o território nacional, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/DATASUS). Este sistema serve para registro de mortes e suas causas e é de responsabilidade dos estados e municípios, sendo seu preenchimento obrigatório pelas instituições de saúde. Desde 2008, o SIM/DATASUS traz o indicador “lesão autoprovocada voluntariamente”, referente às mortes por suicídio. Através deste sistema, é possível identificar a faixa etária, sexo, cor/raça, escolaridade, estado civil, local de moradia, entre outras características das vítimas, o que auxilia na compreensão do problema e planejamento de ações de prevenção. Através deste sistema, é possível acompanhar os índices de mortalidade do país e constatar que a taxa de suicídio cresceu exponencialmente na última década, com destaque para os adolescente e jovens adultos (DATASUS, 2019).

Lovisi et al. (2009), ao analisarem os dados epidemiológicos de suicídio no Brasil, entre 1980 e 2006, constataram um aumento de 21% na taxa de suicídios, entre 1980 e 2000, saltando de uma média de 3,1 para 4,0 mortes por 100 mil habitantes (LOVISI et al., 2009, p. 587). Pinto et al. (2017), ao realizarem uma análise similar, porém, observando o período de 2004 a 2014, demonstram que as taxas de suicídio mantiveram uma tendência de crescimento em todas as regiões brasileiras, saltando de 4,6/100 mil em 2004 para 5,7/100 mil em 2014 (PINTO et al., 2017, p. 205). Em 2018, o país teve um crescimento de 7% na taxa de mortalidade, chegando à média de 6,5 suicídios para cada 100 mil habitantes — contrariando a tendência mundial de redução das mortes autoprovocadas e confirmando o crescimento do agravo no país (OMS, 2019).

Estes dados sinalizam para a emergência do tema no Brasil e para a necessidade de soluções conectadas com o contexto e as capacidades do Estado em intervir na problemática do suicídio. Apesar dos avanços na qualificação das informações de mortalidade, que permitem reconhecer o problema e identificar características peculiares sobre as vítimas e seus locais de moradia, o Estado não foi capaz de transformar essas informações em estratégias de proteção. Até o momento, o Brasil não possui um plano de prevenção ao suicídio em âmbito nacional, estando este trabalho limitado às iniciativas de governos estaduais e/ou municipais e por vezes por iniciativas da sociedade civil.

Outra questão que diminui a eficácia das políticas e ações de prevenção ao suicídio no Brasil é a centralidade da perspectiva biomédica sobre o problema e sua influência na elaboração de estratégias preventivas. Esta relação centralizadora da medicina (em especial a psiquiatria) sobre a questão do suicídio, condiciona um fenômeno social às características individuais das vítimas, alegando a necessidade de identificação dos “fatores de risco”, de forma pragmática e técnica (MENEGHEL et al., 2004). Reconhece-se que as pesquisas que identificam sintomas e fatores de risco ligados ao suicídio são de suma importância para compreensão e tratamento das doenças mentais ligadas ao problema. Contudo, enfatizar uma única abordagem, em detrimento de outras capazes de auxiliar na prevenção ao suicídio, é uma limitação que precisa ser superada, tanto no âmbito das políticas públicas quanto da própria produção científica sobre o tema. Pois, assim como apontado por Meneghel et al., as pesquisas que embasam a prevenção ao suicídio “não têm sido capazes de reverter a tendência de aumento do suicídio observadas em vários países” (MENEGHEL et al., 2004, p. 805).

Nota-se, inclusive, que essa perspectiva está presente nos argumentos utilizados para elaboração de medidas de prevenção ao suicídio no Brasil, os quais são referendados pelas principais organizações nacionais e internacionais ligadas ao tema, a exemplo da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Associação de Suicidologia da América Latina e Caribe (ASULAC) e da própria Organização Mundial da Saúde (OMS). Estas organizações baseiam suas estratégias de prevenção no tratamento e acompanhamento de pacientes com diagnósticos psiquiátricos relacionados ao risco de suicídio. Os estudos quantitativos que sustentam esta abordagem, indicam a prevalência do pensamento suicida em pacientes diagnosticados com distúrbios ou transtornos mentais, tais como: depressão, ansiedade, uso abusivo de álcool e outras drogas, esquizofrenia, entre outros (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002; FLEISCHMANN et al., 2008; BOTEAGA, 2010; BANDO; BARROZO, 2010; BERTOLOTE, 2012). Para a maioria destes autores, o monitoramento e tratamento de pessoas com transtornos mentais graves pode reduzir em até 90% o número de suicídios de um local ou região (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002; BOTEAGA, 2010).

No entanto, a análise técnica sobre sintomas, diagnóstico e fatores de risco, exclui o caráter social que envolve a problemática do suicídio e transfere para o indivíduo, familiares e profissionais de saúde, a responsabilidade sobre a diminuição das taxas de suicídio de um município, estado ou país. O pragmatismo desta forma de ver a morte autoprovocada diminui a participação da sociedade no debate, transferindo-o, quase que exclusivamente, para setores ligados à saúde mental, o que reforça a ideia de “tabu” que perdura até hoje. Além disso,

considerar o tratamento psiquiátrico e psicológico como principal forma de prevenção ao suicídio tende a fortalecer discursos ligados a medicalização dos indivíduos, internações hospitalares, isolamento social, entre outras medidas controversas no próprio campo da saúde mental e coletiva.

Apesar de compreender os resultados que indicam a prevalência de sintomas psiquiátricos em pessoas que tentaram ou cometeram suicídio, esta dissertação busca enxergar soluções ampliadas e que envolvam o conjunto da sociedade na solução de um problema público. Ao longo deste capítulo, serão trazidos argumentos que dialogam com a visão biomédica sobre o suicídio, porém, relacionando-os com aspectos sociais, econômicos, culturais, históricos e regionais. O objetivo é evidenciar a complexidade deste problema em nossa sociedade, percebendo-o como expressão máxima do sofrimento humano, dentro de um sistema social contraditório, excludente e competitivo, que agrava (ou cria) as condições sociais e psíquicas para o suicídio.

Loureiro, Mendonça e Sachsida (2010), no estudo sobre os determinantes econômicos do suicídio no Brasil, publicado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), afirmam que a desigualdade social e econômica possui relação positiva com o aumento de casos de suicídio no país. Para os autores, “a pobreza em si não levaria o indivíduo a cometer suicídio, mas sim sua situação relativa frente ao grupo” (LOUREIRO; MENDONÇA; SACHSIDA, 2010, p. 15). Apesar da renda não demonstrar uma relação causal com os casos de suicídio no Brasil, a desigualdade é amplamente divulgada como um fator de risco para o suicídio no país e no mundo (CHEN et al., 2007; GONÇALVES et al., 2011; FRAGA; MASSUQUETTI; GODOY, 2016; AMARAL, 2019). No Brasil, a desigualdade social é entendida como um problema histórico, o qual possui sua origem na própria formação do Estado e nas relações de poder constituídas entre os governos e a classe trabalhadora (GODINHO, 2011).

A partir desta perspectiva, analisa-se a construção de propostas de prevenção ao suicídio elaboradas no Brasil, desde o processo de redemocratização, na década de 1980, passando pela implementação do Sistema Único de Saúde, em 1990, criação da Política Nacional de Saúde Mental, em 2001, e das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, lançadas em 2006 pelo Ministério da Saúde. Aliado a estes processos, está o debate sobre a Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial no Brasil, que iniciam na década de 1970 e formam a base política e social para as reformas subsequentes, ligadas à saúde mental. Em suma, este capítulo dedica-se a apresentar um panorama entre a relação do Estado brasileiro e as demandas do campo da saúde mental, a qual está vinculado às mais recentes políticas de prevenção ao suicídio.

Esta opção metodológica, que apresenta o contexto político e social que trouxe a prevenção ao suicídio para o campo das políticas públicas, é necessária para que se possa compreender quais os Repertórios de Ação coletiva foram utilizados no processo de criação da política de prevenção ao suicídio do município de Santa Cruz do Sul/RS — objeto principal de análise nesta Dissertação. Trata-se de uma observação que considera o empírico como parte de um processo histórico, dentro de um contexto regional que cria as condições materiais para que a política seja construída. Dentre essas condições, serão apresentados aspectos da cultura local e da própria história do território — questões que exercem influência significativa no debate sobre o suicídio e suas formas de prevenção na região. Destaca-se, ainda, a relação da problemática com a área do Desenvolvimento Regional, considerando que as relações estabelecidas entre militantes e trabalhadores da saúde mental perpassam o âmbito municipal e contribuem para o debate regionalizado sobre a prevenção ao suicídio.

Os textos a seguir representam a sistematização dos elementos que compõe a base teórica desta dissertação e estão divididos em quatro temáticas. A primeira apresenta a problemática do suicídio nas sociedades contemporâneas, em suas diferentes abordagens (filosófica, sociológica, biomédica e cultural). Discute-se criticamente o lugar das ciências da saúde na construção da ideia de “prevenção” e analisa-se a forma que os governos e a sociedade civil conduzem o debate em torno da construção de uma política pública no Brasil. A segunda temática trata-se de uma aproximação bibliográfica sobre as principais conquistas no campo das políticas públicas, relacionadas com a problemática do suicídio. Apresentam-se as políticas desenvolvidas no país e suas trajetórias, conectando políticas nacionais com as ações desenvolvidas no Estado do Rio Grande do Sul e no município de Santa Cruz do Sul. O terceiro item traz uma revisão teórica sobre a ideia de Ciclos de Políticas Públicas e suas categorias. E por fim, no quarto item, apresenta-se uma revisão crítica sobre os conceitos de Estruturas de Oportunidade Política e Repertórios de Ação Coletiva.

## **2.1. A problemática do suicídio nas sociedades contemporâneas.**

O suicídio como objeto de estudo é interpretado por diversas áreas do conhecimento, tendo uma gama de teorizações com bases filosóficas, biológicas, religiosas, sociais, econômicas e até mesmo espaciais. Não há uma única teoria científica capaz de traduzir a complexidade envolvida na morte voluntária, tampouco é possível prever sua ocorrência, baseando-se em uma única categoria disciplinar. A incidência constante de casos de suicídio,



em todas as regiões do planeta, fornece dados quantitativos que sugerem um padrão ou perfil das vítimas, criando a impressão de que o suicídio possa ser categorizado. Apesar das pesquisas produzidas ao longo do tempo auxiliarem na interpretação de fatores de risco, formas de proteção e planejamento de ações de prevenção, o suicídio segue como um tema que intriga pesquisadores de diferentes áreas disciplinares.

A primeira produção sociológica sobre o suicídio foi publicada no final do século XIX, pelo filósofo e sociólogo francês Emíle Durkheim (1858 - 1917). Em seu livro intitulado “*Le suicide*”, de 1897, Durkheim apresenta um estudo sociológico sobre o fenômeno do suicídio, de forma a contrapor as teorias da época, que associavam as variações no número de suicídios aos fatores psicológicos, biológicos, genéticos (incluindo questões raciais), climáticos e até mesmo geográficos da população. O sociólogo, conhecido também como precursor do positivismo, utilizou-se da problemática do suicídio para estabelecer a viabilidade da teoria positivista no meio acadêmico — fato que o próprio autor especifica no prefácio de sua obra (DURKHEIM, 2000, p. 22). Ao se utilizar de uma ação tão atrelada à vida privada quanto o suicídio, Durkheim põe a sociologia à prova e afirma que as determinações sociais estabelecidas pela sociedade são tão ou mais influentes do que as características particulares de cada indivíduo. Suas conclusões, sustentadas por dados quantitativos da época, demonstram que o suicídio é um “fato social”, o qual possui padrões observáveis, dentro de um recorte temporal e territorial. Em sua obra, Durkheim analisa quais as relações que exercem influência sobre o índice de suicídios na sociedade europeia, criando uma espécie de “perfil” de pessoas com maior possibilidade de cometerem suicídio.

Para Durkheim, o suicídio não é uma consequência individual ou um ato isolado, mas um processo extremo de ruptura ou vinculação do indivíduo com o meio, tanto pelas relações sociais como pela própria configuração da sociedade e de suas normas estabelecidas. O fato social, utilizado para explicar a relação entre o indivíduo e o meio, seria a chave para compreender como as ideias de um grupo exercem força sobre a vida privada, chegando ao ponto de influenciar uma pessoa a pôr fim na própria vida.

As conclusões de Durkheim estão sustentadas por uma série de análises estatísticas sobre características individuais (raça, sexo, idade, religião, estado civil, doenças mentais etc.) e questões relacionadas ao contexto social e econômico (normas sociais, instabilidade econômica, crises etc.). Seu trabalho traz questões de suma importância para a compreensão do fenômeno, inclusive ao identificar populações com maior ou menor risco de cometerem suicídio, segundo o contexto social em que estão inseridas (DURKHEIM, 2000; NEIRA, 2018).

Um exemplo de suas descobertas, é a constatação de que homens, solteiros e sem filhos, possuem um fator de risco maior ao suicídio, em comparação aos casados e com filhos. O autor identifica, ainda, que os protestantes ou aqueles que não confessam religião, estão mais propensos ao suicídio do que os católicos; bem como os idosos possuem maior risco do que os jovens. Estas descobertas foram contestadas e reavaliadas pela ciência em mais de 120 anos desde a publicação de “*Le Suicide*”, e muitas delas são confirmadas em pesquisas epidemiológicas contemporâneas.

Fatores sociais, como a família, a escola, os grupos de que participa, os amigos e a sociedade, influenciam incisivamente na produção de um episódio suicida, tanto para que esse ocorra quanto para evitá-lo. Neste sentido, os indivíduos estão integrados em um grupo social, regulado por normas e convenções. Fatores que estreitam os laços familiares foram testados, como a taxa de fertilidade, que mostrou-se negativa e significativa para explicar o suicídio. [...] Por outro lado, divórcio e consumo de álcool representam fatores que diminuem a integração social. Para essa variável, **Rodríguez (2006)** encontrou sinal positivo e significativo para ambos os sexos. **Chen et al. (2007)** confirmaram essa hipótese apenas para o sexo masculino. Para **Gunnell et al. (1999)**, **Chuang e Huang (1996)** e **Minoiu e Andrés (2006)**, o divórcio aumenta o risco de suicídio. No entanto, para **Koo e Cox (2006)** e **Andrés (2005)**, essa relação positiva apenas se confirma para o sexo masculino. (GONÇALVES et al., 2011, p. 290, grifo do autor).

Gonçalves et al. (2011) apresentam uma revisão bibliográfica sólida sobre os estudos contemporâneos relacionados ao suicídio e seus fatores de risco, identificando que a abordagem de Durkheim se mantém coerente ao contexto social do século XXI. Este fato reforça a importância da teoria durkheimiana nos estudos sobre o suicídio, especialmente ao relacionar o fenômeno com o território e o contexto social, econômico, político e cultural, ao qual está inserido.

Uma das preocupações do estudo realizado por Durkheim está relacionado com a hipótese de “contágio” do ato suicida. O contágio, segundo a teoria durkheimiana, diz que o suicídio possui um efeito transmissível (ou de influência) em relação ao espaço geográfico e distância entre as vítimas. Ou, nas palavras do próprio autor:

Se a influência existe, é sobretudo na distribuição geográfica dos suicídios que ela deve ser perceptível. Devemos ver, em certos casos, a taxa característica de um país ou de uma localidade se comunicar, por assim dizer, às localidades vizinhas. Portanto, é o mapa que devemos consultar. Mas é preciso interrogá-lo com método. (DURKHEIM, 2000, p. 143-144).

As explicações para o efeito contágio são controversas e difíceis de justificar, porém sua incidência já foi confirmada empiricamente. Cutler, Glaeser e Norberg (2001), ao analisarem o aumento de suicídio entre jovens americanos, constataram que o suicídio por contágio é mais

frequente entre adolescentes que vivenciaram experiências similares, como o suicídio de um familiar próximo. Ainda neste estudo, verificou-se que as tentativas de suicídio entre jovens também possuem um efeito contágio e que a cultura afeta as taxas de mortalidade (CUTLER; GLAESER; NORBERG, 2001, p. 265). No Brasil, o efeito contágio, ligado a proximidade geográfica das mortes, é observado, sobretudo, em pesquisas publicadas nos últimos dez anos.

Amaral (2019), ao utilizar a econometria espacial para analisar casos de suicídio no estado do Rio Grande do Norte, afirma haver um efeito contágio em áreas interioranas e rurais do estado (AMARAL, 2019, p. 306). Loureiro et al. (2010), ao utilizarem a econometria espacial para todo território nacional, encontraram o efeito de contágio por suicídio em diferentes regiões brasileiras, apesar de destacarem que o indicador principal para os casos de suicídio no país está relacionado aos índices de desigualdade social (LOUREIRO; MENDONÇA; SACHSIDA, 2010, p. 19). Já no estudo de Gonçalves et al. (2011), que analisa os determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil, os autores afirmam que “a hipótese de ‘efeito contágio’ espacial pode ser confirmada a partir da amostra de microrregiões geográficas brasileiras” (GONÇALVES; GONÇALVES, OLIVEIRA JÚNIOR, 2011, p. 311). Apesar da argumentação empírica trazida por estas pesquisas, os autores são unânimes ao afirmarem que o “efeito contágio” só ocorre em relação a outros indicadores espaciais, como índice de desigualdade ou cultura local.

Estas constatações reforçam a afirmativa de Durkheim, quando diz que “o suicídio depende essencialmente de certas condições do meio social. Pois, este último geralmente mantém a mesma constituição em extensões bastante amplas de território” (DURKHEIM, 2000, p. 152). Isto quer dizer que as taxas de suicídio não estão relacionadas exclusivamente a questões espaciais, mas principalmente ao comportamento humano e sua influência sobre indivíduos que vivenciam o mesmo contexto social.

Cabe ainda destacar um último elemento sobre a obra de Durkheim para compreensão deste fenômeno na atualidade, que são os diferentes tipos de suicídio categorizados pelo autor. Trata-se dos suicídios “egoísta”, “altruísta” e “anômico”, cada qual indicando uma determinada relação do indivíduo com o meio social. O suicídio egoísta ocorre quando o indivíduo rompe suas relações sociais de tal forma que não consegue mais se integrar ao grupo (família, amigos, comunidade), ampliando a sensação de isolamento social e de não pertencimento ao meio. Já o suicídio altruísta é o inverso do egoísta, pois, indica uma relação tão forte com o grupo, que o indivíduo coloca a sua própria vida à disposição dos interesses coletivos. Este tipo de suicídio está relacionado à força que o coletivo exerce sobre o indivíduo, sendo usualmente associado

aos “homens-bomba” e afins. Em outro sentido, o suicídio anômico está relacionado às mudanças abruptas nas relações sociais do indivíduo. A morte de um familiar, a perda do emprego e renda ou o divórcio são alguns exemplos de situações causais que influenciam nas taxas de suicídio. Além disso, este tipo de morte foi verificado por Durkheim em períodos de crise econômica, desastres naturais e em grupos que vivenciaram processos de modernização produtiva (DURKHEIM, 2000; TEIXEIRA, 2002; PALACIO, 2010).

Apesar da notável influência da obra de Durkheim nos estudos relacionados ao suicídio, outras vertentes teóricas buscam explicações mais pragmáticas e menos relacionadas ao meio social dos indivíduos. Pesquisas contemporâneas, especialmente ligadas às áreas da saúde mental, produzem conclusões que relacionam as mortes voluntárias a fatores de risco “diagnosticáveis” e, conseqüentemente, produzem propostas preventivas ao suicídio, voltadas ao tratamento e monitoramento dos indivíduos.

Bertolote e Fleischmann (2002), ao realizarem uma revisão bibliográfica de pesquisas padronizadas sobre sintomas psiquiátricos em pacientes que cometeram suicídio, contemplando mais de 15 mil casos de suicídios em diferentes países, afirmam haver uma relação direta entre suicídio e o histórico de doença mental das vítimas.

The overall results showed that 98% of those who committed suicide had a diagnosable mental disorder, and in this paper we will concentrate on the differences between the psychiatric diagnoses of general populations and of populations which had been admitted to mental hospitals. Out of the 15.629 cases reviewed, 7.424 cases (47.5%) had been admitted at least once to a psychiatric hospital or ward (heretofore designated as PIP), whereas there was no indication of this type of admission in 8.205 cases (52.5%). (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002, p. 183)<sup>3</sup>.

Os resultados obtidos neste estudo influenciaram fortemente os parâmetros e bases de pesquisa para casos de suicídio no mundo, sendo referendado pelas principais organizações mundiais, ligadas a prevenção do suicídio. Bertolote e Fleischmann destacam, ainda, quais são os distúrbios mentais mais frequentes em pacientes que cometeram suicídio, chegando a conclusões tão afirmativas, que passaram a ditar os protocolos de atenção em saúde mental em diversos países, incluindo o Brasil. Entre os diagnósticos psiquiátricos considerados como fatores de risco, apresentados no estudo, destacam-se: consumo de álcool e drogas ilícitas,

---

<sup>3</sup> **Tradução livre do autor:** Os resultados globais mostraram que 98% das pessoas que cometeram suicídio tinham uma perturbação mental diagnosticável e, neste documento, vamos concentrar-nos nas diferenças entre os diagnósticos psiquiátricos das populações em geral e das populações que tinham sido internadas em hospitais psiquiátricos. Dos 15.629 casos analisados, 7.424 (47,5%) tinham sido admitidos pelo menos uma vez num hospital ou enfermaria psiquiátrica (até então designada por PIP), ao passo que em 8.205 casos (52,5%) não havia qualquer indicação deste tipo de admissão.

transtornos de humor, esquizofrenia e Ansiedade (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002, p. 184). A tabela a seguir apresenta a relação entre estes diagnósticos e o número de óbitos por suicídio.

**Tabela 1. Diagnósticos de transtornos mentais em casos de suicídio em pacientes psiquiátricos e população em geral, segundo Bertolote e Fleischmann (2002).**

<b>Transtorno</b>	<i>População hospitalar psiquiátrica</i>		<i>População Geral</i>	
	<b>Diagnósticos</b>	<b>%</b>	<b>Diagnósticos</b>	<b>%</b>
Transtorno de Humor	1545	20,8	4405	35,8
Transtornos sobre o uso de substâncias	725	9,8	2754	22,4
Esquizofrenia	1481	19,9	1306	10,6
Transtorno de Personalidade	1129	15,2	1432	11,6
Transtornos mentais orgânicos	1115	15,0	128	1,0
Outros transtornos Psicóticos	769	10,4	43	0,3
Ansiedade	187	2,5	755	6,1
Transtorno de ajuste	3	0,0	448	3,6
Outro diagnóstico	460	6,2	633	5,1
Sem diagnóstico	130	0,1	388	3,2
<b>Total</b>	<b>7424</b>	<b>100,0</b>	<b>12292</b>	<b>100,0</b>

Fonte: BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002, p. 183. Traduzido pelo autor.

A sistematização destes dados e a abrangência da pesquisa demonstram que certas comorbidades de saúde mental aparecem com maior frequência entre pessoas que tiraram a própria vida. O estudo evidencia a relação entre os transtornos mentais e as mortes autoprovocadas, indicando que pacientes com tais diagnósticos são aqueles que necessitam de maior atenção das políticas de prevenção. A descoberta da relação entre o uso de álcool e outras drogas, com o suicídio ou sobre o risco de pacientes com esquizofrenia, foram incorporados aos protocolos de atenção em saúde mental, utilizados no Brasil.

Entretanto, é necessário ressaltar que as amostras utilizadas para este estudo foram coletas, majoritariamente, de países como: Dinamarca, Reino Unido e Estados Unidos, não havendo referência de casos ocorridos na América Latina, África ou Ásia (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002, p. 184). Outra questão a ser considerada é a falta de contextualização destes casos, principalmente em relação aos períodos e locais de ocorrência das mortes —

informações determinantes para compreender a relação destes diagnósticos com a realidade vivenciada pelas vítimas. Como mais de 50% das mortes estão relacionados a “transtornos de humor” e “uso de substâncias”, considerando a população em geral, seria necessário classificar quais as condições que levam o indivíduo a sofrer destes distúrbios e qual o grau de comprometimento destes diagnósticos na vida e nas relações sociais das vítimas.

Ainda que não haja tais considerações no estudo, Bertolote e Fleischmann (2002) afirmam que as mortes por suicídio podem ser evitadas, desde que haja a oferta de tratamento especializado aos pacientes classificados com fatores de risco. Isto não significa afirmar que pacientes com transtornos mentais são potenciais suicidas, mas destaca a necessidade de monitoramento terapêutico para indivíduos com ideação suicida (que demonstrem intenção de morte) e que possuam tais diagnósticos psiquiátricos ou psicológicos. Até hoje, as descobertas desta pesquisa servem de referência para o enfrentamento do suicídio no mundo, tendo uma influência direta nas políticas públicas de saúde mental brasileiras. As conclusões dos autores foram incorporadas nas orientações de prevenção ao suicídio da Organização Mundial da Saúde e seguem como base teórica para estudos em dezenas de países.

No Brasil, os resultados observados por Bertolote e Fleischmann foram analisados e replicados por pesquisadores ligados às ciências da saúde. Werlang e Botega (2004) apresentam pesquisas nacionais que discutem os aspectos psicológicos, psiquiátricos e epidemiológicos do suicídio no Brasil. Para os autores, o tratamento e monitoramento de pacientes diagnosticados com fatores de risco é a estratégia mais adequada para diminuição das taxas de mortalidade por suicídio no país. Uma das sugestões de monitoramento destes indivíduos é a realização do contato telefônico periódico aos pacientes que tentaram o suicídio recentemente ou que possuam fatores de risco associados a ideação suicida. A ideia dos telefonemas propõe a ressignificação do ato suicida e manutenção da relação de cuidado entre paciente e cuidador, até que seja possível o atendimento por uma equipe especializada (WERLANG; BOTEGA, 2004).

Botega (2010), ao analisar a eficácia dos telefonemas na diminuição de casos de suicídio, constatou que o acompanhamento telefônico para pacientes socorridos após tentativa de suicídio diminuiu significativamente a taxa de mortalidade. O estudo foi realizado na cidade de Campinas/SP, durante 18 meses, como parte de um estudo multicêntrico de intervenção no comportamento suicida, promovido pela OMS e realizado em oito países. Para este estudo, foram verificados os efeitos dos telefonemas em dois grupos distintos de paciente que tentaram suicídio. O primeiro grupo foi referenciado para a rede de saúde mental após atendimento no

Pronto Socorro ou unidades de saúde e o segundo recebeu o mesmo encaminhamento, porém, com um monitoramento telefônico periódico dos profissionais de saúde mental. Ao fim do estudo, verificou-se que “a porcentagem de suicídios no grupo que não recebeu os telefonemas periódicos foi, comparativamente, dez vezes maior” (BOTEGA, 2010, p. 233).

Os resultados desta pesquisa tiveram forte impacto na elaboração de políticas de prevenção ao suicídio no Brasil, especialmente nos estados de São Paulo e Rio Grande do Sul. De modo geral, a influência de pesquisas ligadas a área biomédica e psiquiátrica demonstram ter maior influência na elaboração de políticas de prevenção ao suicídio, não apenas no Brasil, mas na própria Organização Mundial da Saúde. Entretanto, a centralidade de pesquisas correlacionadas a dados epidemiológicos e/ou diagnósticos clínicos, tende a comprometer outras visões sobre a problemática do suicídio, como os aspectos culturais, sociais, econômicos e regionais que influenciam nos índices de mortalidade. A elaboração de estudos ligados ao tema ainda é incipiente no país e o direcionamento desta discussão para uma única área do conhecimento, tende a enfraquecer o debate e reforçar o caráter de “tabu” atribuído ao assunto, tanto na academia quanto na sociedade. É necessário que as diferentes áreas do conhecimento dialoguem sobre o assunto, aliando as descobertas do campo da saúde com as hipóteses sociológicas, e trazendo uma visão ampliada sobre um problema tão complexo.

Destaca-se, contudo, que algumas linhas filosóficas ou ideológicas são capazes de reforçar estigmas preconceituosos, o que contribui para o desconhecimento que envolve o tema. É o caso, por exemplo, das religiões que discriminam e condenam o ato suicida, como o catolicismo, protestantismo e o espiritismo — para citar as religiões mais populares do país. No Brasil, cerca de 87% da população confessa a fé cristã e orientam sua religiosidade pelos dogmas da Bíblia Sagrada (IBGE, 2010). O cristianismo, em termos gerais e contemporâneos, considera o suicídio como um ato contra a vontade de Deus, compreendendo a vida como uma dádiva divina e condenando o suicídio como “pecado”, criando sua estigmatização entre os fiéis (CAVALCANTE et al, 2016, p. 278). Essa percepção teológica sobre a morte voluntária criou, com o passar dos anos, um preconceito velado à ideação suicida — forte o bastante para constranger as vítimas e seus familiares a buscarem ajuda profissional. Com o passar do tempo, este estigma religioso perdeu força, mas não deixou de existir no imaginário cristão, expressando-se através de interpretações equivocadas sobre o suicídio, as quais menosprezam a ideação ou tentativa como “falta de Deus” ou pela negação do debate sobre o assunto.

Todavia, isto não significa dizer que as instituições religiosas são prejudiciais às estratégias de prevenção ao suicídio. Pelo contrário, entende-se que a religiosidade pode ser um

fator de proteção importante para pacientes com ideação suicida e que as instituições religiosas cumprem a tarefa de apoio emocional necessário para momentos de crise dos fiéis e não fiéis. Desde os trabalhos de Durkheim (1897), até as pesquisas atuais sobre prevenção ao suicídio, a religião é vista como um fator relevante na prevenção das mortes.

O apoio de alguma religião (católica, evangélica ou espírita) é mencionado como fundamental para a superação dos pensamentos suicidas. As instituições “igreja, espaços de cultos e templos” apareceram nos depoimentos dos idosos como locais de renovação e ressignificação de suas vidas, não somente pelos preceitos doutrinários que apregoam, mas, também, e principalmente, porque se tornam ambientes onde surgem novos relacionamentos, companheirismo, aprendizado de novas ocupações, um modo de “ocupar o tempo” e sair dos lugares que lhes trazem sofrimento. (FIGUEIREDO et al., 2015, p. 1714).

Figueiredo et al. referem-se aos resultados do estudo realizado entre idosos brasileiros, com ideação suicida, em nove municípios brasileiros, incluindo Santa Cruz do Sul/RS. O estudo foi realizado com 87 idosos, das cinco macrorregiões do país, através de Entrevistas realizadas em suas residências ou em instituições de longa permanência (ILPs). Nos resultados, a religiosidade confirmou-se como medida de proteção, frente a vivências de sofrimento, solidão, depressão e desesperança.

Um ponto fundamental manifestado nas narrativas desses idosos é a convivência ambivalente entre o desejo de morrer e a vontade de viver. É nesse sentido que a fé exerce influência no controle das emoções e comportamentos, funcionando como fator de conforto e proteção. (FIGUEIREDO et al., 2015, p. 1715).

Apesar de o estudo ter como escopo a população idosa, a relação da espiritualidade com a prevenção ao suicídio é confirmada nas demais faixas-etárias da população (FIGUEIREDO, 2006; MINAYO, 2012; COOK, 2014). Embora estas descobertas não relativizem a influência sociocultural e histórica das religiões na construção de estigmas sobre o suicídio no Brasil, as discussões promovidas na academia sobre o tema, tendem a amenizar esse efeito. Atualmente é possível ver iniciativas promissoras, por parte das instituições religiosas, para amenizar o preconceito aos suicidas e promover apoio aos seus familiares (CAVALCANTE; MINAYO, 2012; FIGUEIREDO et al., 2015).

A partir da literatura levantada para esta discussão, compreende-se que a religiosidade atua ambigualmente sobre a questão do suicídio. Por um lado, exerce influência como expressão cultural, criando um estigma negativo que se transfere para a sociedade e fortalece o tabu sobre o tema. Por outro lado, as instituições religiosas assumem um trabalho protetivo relevante, confirmado empiricamente, e que deve ser considerado na elaboração e implementação de



políticas de prevenção. Assim, entende-se que o suicídio não é apenas uma questão de saúde pública, mas um problema que abrange as diferentes áreas da vida humana, pois, evidencia as contradições nas relações sociais e na própria estrutura da nossa sociedade. Ademais, este tema poderia/deveria ser discutido por diferentes vertentes filosóficas, ideológicas, religiosas, culturais e sociológicas. Para cada interpretação sobre o fenômeno, encontram-se teorizações diferentes sobre causas e formas de enfrentar ou, pelo menos, amenizar o impacto do suicídio na sociedade.

Uma das formas de amenizar o impacto do suicídio na sociedade, diminuindo o número de mortes, é a intervenção do Estado a partir do investimento de recursos em serviços de saúde mental e/ou políticas que promovam o cuidado e a valorização da vida. Todavia, 79% dos casos de suicídios do planeta ocorrem em países de baixa ou média renda (OMS, 2018), sinalizando um obstáculo na implementação de políticas consistentes, as quais necessitam de investimentos e recursos. No relatório anual da OMS<sup>4</sup> sobre investimentos públicos em serviços de saúde mental, percebe-se que o Brasil investiu, no ano de 2018, cerca de U\$ 1,13 (um dólar e treze centavos) por habitante em serviços públicos de saúde mental. Em comparação ao mesmo período, o governo dos Estados Unidos investiu, por habitante, cerca de U\$ 343,83, o equivalente a 300 vezes mais que o investimento brasileiro. Países como Alemanha, França e Reino Unido investem ainda mais em saúde mental. No entanto, não é possível afirmar que os investimentos públicos em saúde mental equivalem a maiores recursos direcionados às políticas de prevenção ao suicídio de cada país. Porém, através dos dados publicados nos relatórios da OMS, nota-se que no Brasil existem, em média, três psiquiatras para cada 100 mil habitantes, enquanto nos EUA são 10 destes profissionais a cada 100 mil, na Alemanha 13/100 mil e na França 20/100 mil habitantes. Este tipo de comparação, apesar de precária e pouco relacional, destaca que a disponibilidade ou a preconização de investimentos na área de saúde mental é um fator relevante para a projeção de políticas de prevenção ao suicídio no território.

Entretanto, para que se possa fazer uma relação adequada entre investimentos públicos e taxas de suicídio, é necessário considerar outros indicadores, como os índices de desigualdade e renda da população, condições de moradia, acesso a lazer e alimentação adequada, entre outros. Cada um destes indicadores influencia na incidência de suicídios de um território ou país, bem como na capacidade de investimento do Estado. Além disso, os países possuem

---

<sup>4</sup> Os relatórios mencionados estão descritos no Mental Health Atlas, um instrumento online, disponível no site da OMS, e que registra e atualiza diversas informações estatísticas sobre as políticas de saúde mental de cada país. O relatório completo está disponível em: <[www.who.int/mental\\_health/](http://www.who.int/mental_health/)>.

estruturas de assistência à saúde distintas, o que impede uma comparação relativa entre investimento público e taxas de mortalidade. Contudo, destaca-se que países com capacidade de investimento menor que o Brasil, destinam valores proporcionalmente maiores, a exemplo do Suriname, Peru, Paraguai e Equador (citando apenas países da América do Sul). Desde o ano de 2005, quando a OMS passou a monitorar os recursos financeiros dedicados à saúde mental de seus países membros, o investimento médio do Estado brasileiro, oscilou na margem de U\$ 1,00 (um dólar) por pessoa e por ano (MENTAL HEALTH ATLAS, 2017). A falta de investimentos públicos às demandas de saúde mental — tão importantes para a qualidade de vida da população — ampliam o processo de precarização dos serviços de saúde e de seus trabalhadores.

É necessário frisar que as demandas em saúde mental se referem a um conjunto de necessidades humanas, emergenciais ou contínuas, ligadas a doenças mentais, tratamentos hospitalares, clínicos e terapêuticos, situações diversas que influenciam na autonomia do indivíduo, além de uma série de outros problemas que necessitam de atenção e acompanhamento profissional. Além disso, dentro do escopo da saúde mental, estão algumas das doenças mais incapacitantes do mundo, a exemplo da depressão.

[...] a depressão constitui uma das principais causas de absenteísmo e presenteísmo no ambiente laboral, sendo a terceira causa de afastamento do trabalho no Brasil. O país lidera o ranking de prevalência de depressão entre as nações em desenvolvimento, com uma frequência de 10 a 18% no período de doze meses, representando 20 a 36 milhões de pessoas afetadas — **o equivalente a 10% das pessoas com depressão no mundo!**” (RAZZOUK, 2016, p. 846, grifo do autor).

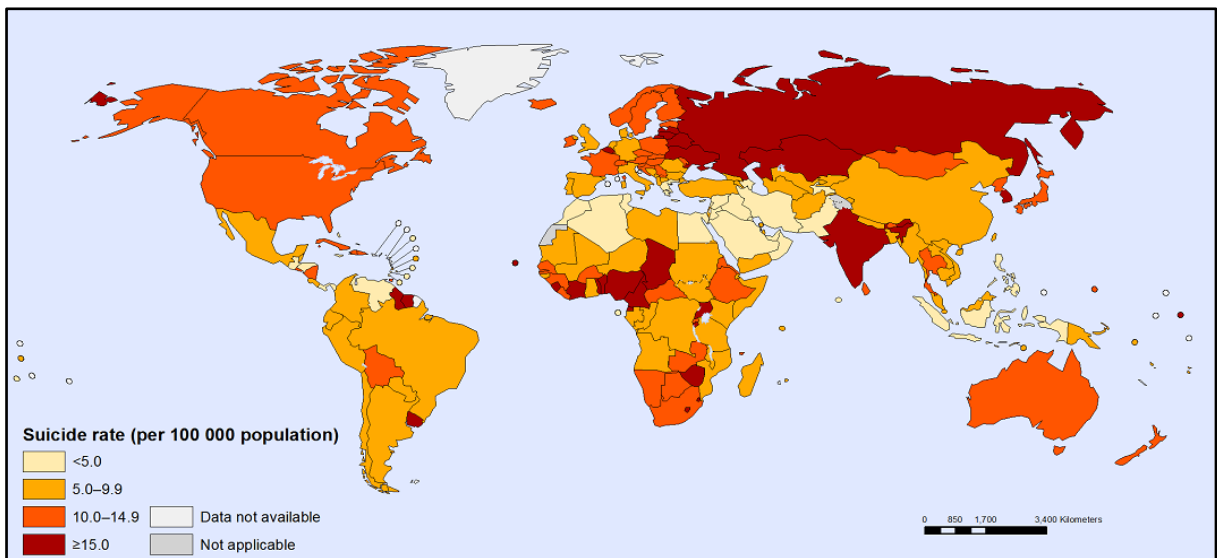
Razzouk (2016), em seu artigo de opinião sobre a necessidade de realocação de recursos para a saúde no Brasil, explicita que o país investe pouco em políticas de saúde mental e que a falta de investimento público está causando um colapso nos serviços e equipamentos desta política e conseqüentemente, na qualidade de vida da população. O autor ressalta que “os custos com o tratamento da depressão são inferiores aos custos sociais e econômicos por ela gerados” (RAZZOUK, 2016, p. 847), criando um efeito negativo duplo, que afeta tanto a saúde dos indivíduos quanto a economia do país.

Estas considerações sobre a destinação de recursos para a política de saúde mental demonstram o real desafio de se construir políticas públicas no Brasil. A escassez de recursos nesta área prejudica a própria sustentabilidade da política e dificulta a ampliação das redes de atenção e cuidado. Importante lembrar que a política de saúde mental é responsável pelo acompanhamento e tratamento de pacientes com ideação suicida e com histórico de tentativas

de suicídio — apesar da necessidade de abordar este problema em outras políticas públicas. Assim, quando o Estado não investe na política de saúde mental, enfraquece as estratégias de prevenção ao suicídio já praticadas, como a qualificação e treinamento de profissionais da saúde, oferta de serviços e a promoção de campanhas de prevenção e informação.

Apesar destas informações indicarem a relação entre a capacidade de investimento público e a diminuição das taxas de suicídio, este fato não pode ser confirmado apenas pela análise dos recursos e investimentos. Muitos países, alguns com orçamentos em saúde mental, superiores aos do Brasil, possuem percentuais elevados de mortalidade. Na figura a seguir, apresenta-se o mapa mundial do suicídio, segundo dados da OMS, representando a distribuição geográfica das médias nacionais de suicídio por 100 mil habitantes, de ambos os sexos e em todas as faixas-etárias, referentes ao ano de 2016.

**Figura 1. Mapa dos países com representação das taxas de suicídio por 100.000 habitantes em todas as faixas etárias (total de homens e mulheres), ano de 2016.**



Fonte: Information Evidence and Research / World Health Organization, 2018.

O mapa apresenta os índices de suicídio com base nas informações e registros de mortalidade de cada país. Apesar de significativas diferenças entre países próximos, nota-se que algumas regiões possuem uma maior incidência de suicídios, como a região do leste europeu (Ucrânia, Lituânia, Bielorrússia, Rússia e Cazaquistão) e o oeste africano (Chade, Camarões, Nigéria, Togo, Benin e Costa do Marfim). Nota-se que o continente Latino-Americano possui a menor média de suicídio do planeta e que a América do Norte, Oceania e

o sul da África, possuem médias superiores a 10 suicídios para cada 100 mil habitantes. Em suma, a Europa lidera o *ranking* dos continentes, com uma média de 14,1/100 mil habitantes, seguida pelo sudeste Asiático, com 12,9 / 100 mil habitantes. A média mundial é de 11,4 suicídios a cada 100 mil habitantes (OMS, 2018).

Ao observar o mapa e os dados de mortalidade dos países, percebe-se que este fenômeno não pode ser compreendido apenas pela interpretação de variáveis socioeconômicas ou relacionadas as características de saúde da população. Nações com índices de desenvolvimento e características sanitárias distintas apresentam taxas similares de mortalidade, enquanto nações com economias comparáveis diferem significativamente em suas taxas de suicídio. Países como a Índia e Bélgica, Ucrânia e Nigéria ou Uruguai e Zimbábue, não possuem semelhanças que expliquem os altos níveis de suicídio, tampouco compartilham estruturas sociais, históricas e culturais entre si. Até mesmo em seus sistemas políticos, econômicos ou em níveis de desenvolvimento humano, as diferenças entre os países não permitem uma relação causal com a problemática. Assim, percebe-se que para compreender a incidência de suicídio em uma região, é necessário observar as múltiplas expressões do território, como: cultura, história, relações sociais, condições de vida das famílias e a intervenção de políticas de prevenção e de cuidado à vida (MENEGHEL et. al., 2004; SCHNITMAN et. al., 2010).

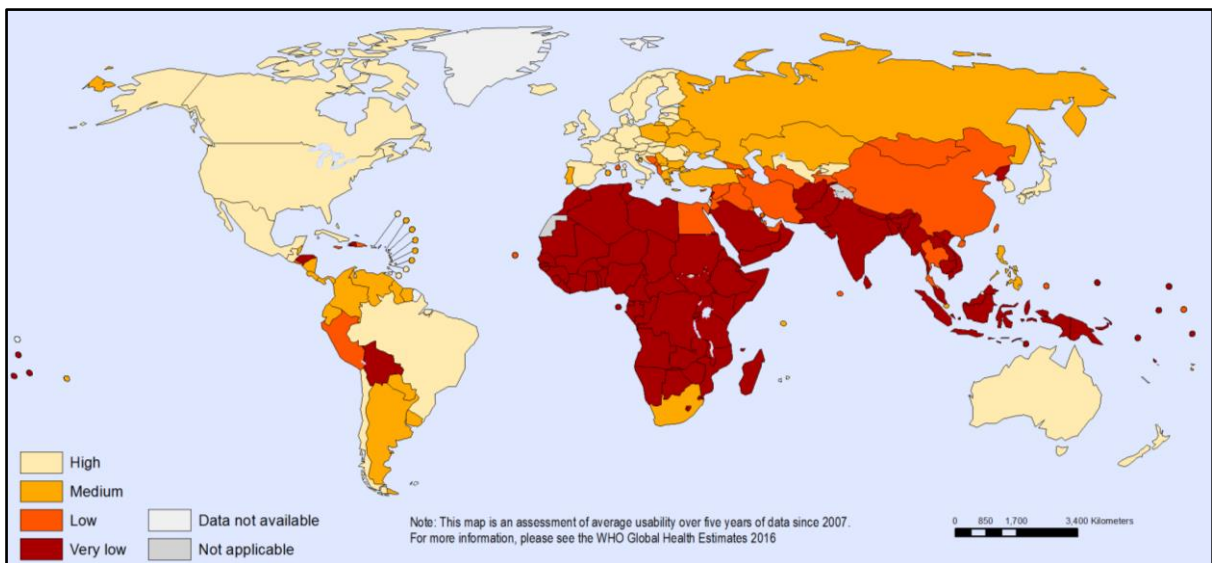
Além disso, é necessário ressaltar que as informações relacionadas ao suicídio no planeta não são homogêneas, tampouco seguem um mesmo padrão de notificação ou registro deste tipo de morte. As subnotificações sobre lesões autoprovocadas é uma realidade em muitos países, causada pela precariedade dos sistemas de informação, (des) interesse governamental, questões culturais etc. As mortes não registradas escondem a gravidade do problema e dificultam o planejamento de estratégias de prevenção, em especial nos países com notórias dificuldades econômicas e conseqüentemente menor possibilidade de investimento em políticas públicas.

O problema da subnotificação é uma questão enfrentada pela Organização Mundial da Saúde, sendo especialmente difícil na questão do suicídio. Por ser um tema delicado e considerado um tabu em diferentes países e culturas, as mortes autoprovocadas são, frequentemente, registradas como outras fatalidades, como: overdoses, acidentes automobilísticos ou com armas de fogo, envenenamentos, quedas etc. No Brasil, a subnotificação ocorre com menor ou maior frequência, dependendo da região do país e da qualificação dos profissionais responsáveis por estes registros. Além de aspectos locais e individuais, capazes de influenciar no registro destas mortes, destaca-se que o uso de sistemas

informatizados de vigilância em saúde é recente no país, e necessita de constante adaptação e formação dos profissionais responsáveis pelo preenchimento destes sistemas.

A figura a seguir apresenta o mapa mundial sobre a qualidade e confiabilidade dos dados emitidos pelos países, segundo a OMS, em 2016. O mapa destaca as informações referentes as causas de morte, sem destacar tipos ou origem. Considera-se, para a classificação dos países, os seguintes indicadores: grau de detalhamento dos atestados de óbito; níveis de investigação sobre mortalidade; sistemas de informação sobre causas e circunstância das mortes; e periodicidade dos dados. Os países têm suas informações classificadas em quatro categorias, sendo: *Very low* (muito baixo) para países com dados pouco confiáveis e *High* (alto) para os países com dados confiáveis (OMS, 2018).

**Figura 2. Mapa dos países com representação do nível de qualidade dos dados cadastrais vitais sobre causas de morte, incluindo suicídios, referente ao ano de 2016.**



Fonte: Information Evidence and Research / World Health Organization, 2018.

\*Observação: este mapa é uma avaliação da usabilidade média ao longo de cinco anos de dados desde 2007. Para mais informações, consulte as Estimativas Globais de Saúde da OMS 2016.

A figura 2 demonstra a baixa confiabilidade dos indicadores de mortalidade dos países da África, Oceania e região sul da Ásia, seguido por uma avaliação baixa ou mediada nos países da Ásia, leste da Europa e América do Sul. Na América Latina, o México, Chile e Brasil possuem dados considerados de alta confiabilidade, o que se repete nos Estados Unidos, Canadá, Japão, Coreia do Sul, Austrália, Nova Zelândia, Uzbequistão, Quirguistão e na maioria dos países europeus (OMS, 2018). De modo geral, a qualidade dos dados sobre mortalidade no

mundo é baixa, o que dificulta a elaboração de diagnósticos adequados sobre o suicídio e outras comorbidades. Destaca-se, em especial, a baixa qualidade dos dados de países do norte da África e sul da Ásia — os quais apresentam índices altos de mortalidade por suicídio e indicadores preocupantes em termos sanitários e socioeconômicos da população. A Índia, por exemplo, além de ser um dos países mais populosos do planeta, possui uma das maiores taxas de suicídio (18,5 mortes por 100 mil habitantes), sem considerar a subnotificação proveniente da baixa qualidade de seus dados epidemiológicos (WHO, 2017)<sup>5</sup>.

Por outro lado, o Brasil aparece como um dos países com a menor incidência de suicídios e maior confiabilidade dos dados de mortalidade, indicando um cenário positivo em relação ao contexto global. Entretanto, o fenômeno do suicídio deve ser observado em escalas territoriais menores, que considerem e expressem as características locais do fenômeno, permitindo análises sobre a “regionalização do suicídio”. A questão da regionalização é necessária para analisar as diferentes taxas de mortalidade dos estados e regiões brasileiras, considerando as diferenças sociais, econômicas, culturais e espaciais do território. Pesquisas recentes comprovam que as mortes por suicídio no Brasil diferem significativamente entre as regiões, estados e municípios (GONÇALVES et al., 2011; MACHADO; SANTOS, 2015; FRAGA et al., 2016; ARAÚJO, 2020).

No Brasil, nos últimos vinte anos, as taxas de suicídio têm sido maiores na região sul e centro-oeste, com destaque para os estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul, que apresentam taxas de mortalidade muito superiores à média nacional. Destacam-se ainda os municípios de pequeno e médio porte destes estados, responsáveis pelas maiores taxas de suicídio do país, algumas chegando à marca de 30 suicídios a cada 100 mil habitantes. Além disso, as características regionais expressam-se nos diferentes arranjos sociais que compõem o território, alguns com maior incidência de mortes por suicídio, como idosos, indígenas, homens e, na última década, adolescentes (MINAYO, 2007; BERTOLOTE, 2012; BOTEAGA, 2014).

Nesta Dissertação, atenta-se, principalmente, para os dados do Rio Grande do Sul, que historicamente é o estado brasileiro com as maiores taxas de suicídio. Na última década, o estado manteve uma taxa média de 11 suicídios a cada 100 mil habitantes, sendo 17,8/100 mil para homens e 4,5/100 mil para mulheres, o que representa quase o dobro da média nacional, no mesmo período (CEVS, 2018, p. 2). Além das mortes, o estado possui um alto índice de

---

<sup>5</sup> Estima-se que 36,6% do total de casos de suicídio no sexo feminino, a nível mundial, sejam praticados na Índia. A taxa de suicídio entre as mulheres indianas é três vezes mais alta se comparado a média mundial. Casamentos precoces, violência sexual e de gênero, violência doméstica e a fraca autonomia financeira das mulheres estão entre os principais motivos apontados para explicar este fenômeno (TOMAS, 2018).

tentativa de suicídio — a maioria relacionada à intoxicação exógena por agrotóxicos ou automutilação, segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)<sup>6</sup>, monitorados pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde (CEVS/RS). Entretanto, os dados referentes às tentativas de suicídio e lesões autoprovocadas não possuem a mesma qualidade dos dados de mortalidade — reflexo da subnotificação.

Dianin (2015), em sua tese sobre as políticas de prevenção ao suicídio no Brasil, afirma que “a subnotificação dos casos de tentativas e de suicídio é uma realidade nacional, independentemente da proporção do território, sendo mais evidente nos municípios com menos de 20.000 habitantes” (DIANIN, 2015, p. 205). A subnotificação de tentativas de suicídio perpassa diversas ações práticas no cotidiano, tanto das equipes de saúde como dos próprios pacientes e familiares. O preconceito, que cerca as vítimas de suicídio até hoje, reforça estigmas e constrangimentos aos familiares, dificultando a procura por ajuda e aumentando a subnotificação. Estudos de caso apontam que o preconceito é um dos principais motivos de evasão aos tratamentos em saúde mental, especialmente pelo estigma de “louco” ou “suicida” atribuído aos pacientes, o que dificulta a busca por tratamento (CONTE et al., 2012; FOGAÇA, 2019). Atualmente, estima-se que o número de casos de tentativa de suicídio sejam de 10 a 20 vezes maiores que os registros de morte (BOTEGA, 2014, p. 231).

Entende-se que as tentativas de suicídio servem como um termômetro do problema no território e sua subnotificação dificulta o planejamento de ações de prevenção ou intervenção, quando há risco de morte. Além disso, a OMS (2014) afirma que uma pessoa que já tentou o suicídio possui uma probabilidade maior de realizar novas tentativas, estando entre o público de maior risco, entre a população geral.

[...] quienes ya hayan intentado el suicidio corren un riesgo mucho mayor de morir por suicidio que quienes no lo hayan intentado antes. Identificar a estas personas de alto riesgo y proporcionarles seguimiento y apoyo debe ser un componente clave de todas las estrategias integrales de prevención del suicidio. (OMS, 2014, p. 35).

Para Botega (2015), as tentativas de suicídio possuem, ao mesmo tempo, um impacto social e econômico, devido à sobrecarga dos serviços de saúde e o efeito social e psicológico causado nas vítimas e familiares. O autor alerta que “essas tentativas devem ser encaradas com

---

<sup>6</sup> "O SINAN é alimentado pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória [...]. Sua utilização efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica." (MS, 2007, p. 07).

seriedade, como um sinal de alerta a indicar a atuação de fenômenos psicossociais complexos” (BOTEGA, 2015, p. 234). As taxas de tentativa de suicídio são maiores entre os jovens e alguns métodos utilizados causam graves danos à saúde das vítimas, podendo criar limitações permanentes, a exemplo da ingestão de pesticidas ou de medicamentos. Neste sentido, compreende-se que identificar os casos de tentativa de suicídio no território é essencial para elaboração de políticas de prevenção.

No entanto, o CEVS/RS enfatiza que as subnotificações são causadas, especialmente, por trabalhadores da saúde que registram as lesões autoprovocadas de forma equivocada ou incompleta, o que dificulta as análises dos dados epidemiológicos e a compreensão do problema no estado e nos municípios.

O Rio Grande do Sul, historicamente, tem apresentado as maiores taxas de suicídio do país. Apesar da magnitude do problema, este fenômeno ainda é cercado de desconhecimento, em função de ser um tabu, o que justifica a necessidade de ações de informação e mobilização social em todos os níveis, inclusive entre os profissionais de saúde. (CEVS, 2018, p. 1).

Outro elemento, que merece atenção, é o fato de o suicídio ser considerado um tabu, inclusive entre os profissionais de saúde, o que demonstra como os aspectos culturais influenciam na qualificação destes dados e afetam as rotinas de trabalhadores responsáveis pelo atendimento à população. Trata-se de uma influência que decorre das relações históricas do território com este tema, da relação dos profissionais de saúde com a problemática e da própria participação da academia no debate sobre a prevenção do suicídio. Além disso, sobre a influência da cultura no cotidiano e interpretação individual de cada sujeito, cabe analisar a afirmativa de Hall (1997), que diz:

Os seres humanos são seres interpretativos, instituidores de sentido. A ação social é significativa tanto para aqueles que a praticam quanto para os que a observam: não em si mesma mas em razão dos muitos e variados sistemas de significado que os seres humanos utilizam para definir o que significam as coisas e para codificar, organizar e regular sua conduta uns em relação aos outros. (HALL, 1997, p. 16).

A afirmação de Hall (1997) é oportuna para pensar sobre como uma política de prevenção ao suicídio seria posta em prática no território, pois, trata-se de um fenômeno que desperta, diferentes condutas nos indivíduos, incluindo profissionais ligados à saúde mental. Seria necessário que a construção da política promovesse uma “regulação cultural” que estabelecesse normas de interação da sociedade com a questão do suicídio.



O que a regulação normativa faz é dar uma forma, direção e propósito à conduta e à prática humana; guiar nossas ações físicas conforme certos propósitos, fins e intenções; tornar nossas ações inteligíveis para os outros, previsíveis, regulares; criar um mundo ordenado — no qual cada ação está inscrita nos significados e valores de uma cultura comum a todos. (HALL, 1997, p. 42).

Para o autor, a regulação normativa da cultura traz consigo um processo de ruptura da ordem cultural estabelecida e cria sistemas classificatórios, instituindo o que é “aceitável” ou não, dentro do grupo (HALL, 1997, p. 43). Contudo, a problemática do suicídio envolve-se com diferentes aspectos culturais, ligados à história dos povos, identidades culturais, dogmas religiosos, tabu, conceituações teóricas divergentes, e inevitavelmente, formas distintas de pensar em prevenção e intervenção.

Meneghel e Moura (2018), em estudo sobre a relação do suicídio, cultura e trabalho em povos de origem germânica no Rio Grande do Sul, evidenciam que certos traços culturais herdados de imigrantes e colonizadores alemães ligados à agricultura, se tornaram fatores de risco para o suicídio, frente ao avanço do capitalismo no meio rural.

Em algumas regiões do Rio Grande do Sul, colonizadas por imigrantes alemães, como o município de Santa Cruz do Sul, há uma combinação de condicionantes socioculturais, econômicos e psicológicos, que aumentam o risco de suicídio. Dentre eles, pode-se pensar na ética do trabalho herdada pelos imigrantes alemães que vivem na região; na subordinação à agroindústria fumageira transnacional; na sobrecarga exigida pelo trabalho familiar nas pequenas propriedades produtoras de fumo, e no temor da perda da terra frente à entrada do capitalismo no campo. (MENEGHEL; MOURA, 2018, p. 1137).

Ademais, a “ética do trabalho” trazida pela cultura alemã do século XIX, transfere exigências de produtividade, por vezes incompatíveis com as próprias capacidades dos agricultores ou da família, o que cria sentimentos de frustrações e um medo constante de falência ou perda da terra (MENEGHEL; MOURA, 2018, p. 1142). Para as autoras, o avanço do capitalismo no trabalho camponês criou um cenário de exploração desmedido e incoerente com a cultura e rotinas de outros povos rurais da Região do Vale do Rio Pardo. Afirmam ainda que “em culturas tradicionais, como a de agricultores de origem germânica, a ética do trabalho pressupõe que, quando eles não conseguem cumprir os compromissos firmados, podem atentar contra a própria vida” (MENEGHEL; MOURA, 2018, p. 1142). Assim, percebe-se que os aspectos culturais que influenciam nas ocorrências de suicídio em um território, devem ser analisados tanto no âmbito institucional, quando no âmbito privado da vida e história dos indivíduos. A relevância do elemento cultural influenciará, inclusive, no processo de construção de políticas públicas e na escolha de Repertórios de Ação coletiva.

Por fim, destaca-se a relação entre os índices de suicídio e as condições materiais de reprodução da vida das classes trabalhadoras — questão central para compreender o aumento exponencial do suicídio nas sociedades capitalistas. Trata-se de uma problemática pouco explorada pela academia e negligenciada nos relatórios da Organização Mundial da Saúde e instituições afins. Apesar disso, estudos recentes demonstram que as políticas de redistribuição de renda possuem um potencial positivo para diminuição das taxas de mortes autoprovocadas (SCHNITMAN et al., 2010; GONÇALVES et al., 2011). Inversamente, o aumento da desigualdade, associado à precarização das condições materiais de vida das famílias, tende a elevar os riscos de mortalidade por suicídio (FRAGA; MASSUQUETI; GODOY, 2016; AMARAL, 2019).

Amaral (2019), que analisou os dados socioeconômicos de municípios do Rio Grande do Norte e sua relação com o suicídio, afirma que “a relação direta entre taxa de suicídio e desigualdade de renda mostra que a redução do suicídio pode ser um subproduto de políticas de redistribuição de renda” (AMARAL, 2019, p. 306). Em consonância a esta afirmação, Schnitman et al. (2010), que analisaram a relação entre suicídio e indicadores socioeconômicos nas capitais brasileiras, afirmam que a situação econômica das famílias aparece como um indicador significativo de risco para o suicídio.

Entende-se a pobreza como uma situação que pode predispor ao suicídio, já que é geradora de fatores estressores, incluindo o desemprego, o estresse econômico e a instabilidade familiar. Portanto, o aumento nos coeficientes de suicídio pode refletir os problemas gerados pelas políticas econômicas junto à população trabalhadora, especialmente a seus segmentos mais vulneráveis: os extremos etários, os menos qualificados, os emocionalmente debilitados. (SCHNITMAN et al., 2011, p. 49).

No contexto em que esta dissertação é produzida, na qual o mundo vivencia a maior crise sanitária e econômica do século XXI, causada pela pandemia de COVID-19, a questão da desigualdade social ressurgiu com força no debate público. Os cenários socioeconômicos que se desenham para o futuro, preveem o aumento do desemprego, da pobreza e da fome, em muitas regiões do planeta. Além do mais, o imensurável sofrimento causado pelas, milhares de mortes da pandemia e as incertezas com o futuro, trazem novas e desafiadoras demandas para as políticas de saúde mental.

Com isso, reforça-se a necessidade de compreender o suicídio como expressão máxima da desesperança e sofrimento humano, superando paradigmas que reduzem este tema a sintomas psiquiátricos e intervenções pontuais. O suicídio deve ser enfrentado como um fenômeno complexo e conectado com as inúmeras esferas da vida humana. Assim como as

estratégias de prevenção ao suicídio devem visar a diminuição dos índices de mortalidade a partir da “promoção da vida” e construção de redes de cuidado; também devem fomentar uma nova visão sobre este fenômeno. Pois, assim como afirmado pelo cientista social alemão Karl Marx, em 1846, em seu livro intitulado “Sobre o Suicídio”, “não se pode pretender medir a sensibilidade dos homens usando-se uma única e mesma medida”, pois, “a felicidade e a infelicidade têm tantas maneiras de ser e de se manifestar quantas são as diferenças entre os indivíduos e os espíritos” (MARX [1846], 2006, p. 25).

## **2.2. Democratização e Políticas Públicas de prevenção ao suicídio no Brasil.**

O debate proposto nesta Dissertação, ao analisar o processo de construção de uma política de prevenção ao suicídio, conecta-se ao processo histórico de disputas por direitos sociais ligados à saúde mental no Brasil. Trata-se de uma discussão que surge no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, durante o período de Ditadura Militar, em 1978. O precursor desta histórica é o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que organiza a luta pelos direitos de indivíduos com transtornos mentais, tão oprimidos e discriminados no país até então. Apesar de não haver, na época, pautas exclusivas sobre a questão do suicídio, o MTSM cumpriu a tarefa de cobrar do Estado a inclusão das demandas sociais de pessoas com sofrimento psíquico dentro das agendas de Políticas Públicas.

[...] este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. (BRASIL, 2005, p. 7).

Na década de 1980, quando a abertura democrática do regime militar criou oportunidades de avanço das pautas sociais, o movimento construiu sua base de apoiadores. Um dos eventos mais significativos neste período foi a realização do II Congresso Nacional do MTSM, na cidade de Bauru/SP, em 1987. O evento trazia o lema: “Por uma sociedade sem manicômios”, visando a construção de um movimento nacional para a desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos<sup>7</sup>. No mesmo ano é criado, na cidade de São Paulo/SP, o primeiro

---

<sup>7</sup> O Manifesto de Bauru é o documento da fundação do Movimento Antimanicomial, que marca a afirmação do laço social entre os profissionais e a sociedade para o enfrentamento da questão da loucura e de suas formas de tratamento, buscando a articulação nacional e pautando-se, enquanto movimento social e sindical, na defesa de uma reforma sanitária democrática e popular (BARBOSA; COSTA; MORENO, 2012, p. 47).

CAPS<sup>8</sup> do Brasil, materializando o projeto de tratamentos alternativos aos manicômios (BARBOSA; COSTA; MORENO, 2012). A partir destas ações, os movimentos sociais envolvidos com a humanização da atenção em saúde mental se fortaleceram e passaram a conquistar espaço nas agendas de governo em todas as regiões do país, sobretudo no Rio Grande do Sul (FAGUNDES, 2006).

Ressalta-se, que a Luta Antimanicomial e o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, fazem parte de um processo histórico que antecede o período ditatorial de 1964 e que está presente até hoje na pauta de coletivos e movimentos sociais ligados à saúde mental. Trata-se de uma luta que, em diferentes períodos, contestou o aprisionamento de pessoas com doenças mentais e denunciou medidas cruéis contra estes indivíduos. A organização política deste movimento faz parte de um movimento internacional de desinstitucionalização da loucura, que nasce na Itália e migra para diferentes países a partir de seus militantes (FAGUNDES, 2006; DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

No Brasil de 1970 (período mais violento da Ditadura Militar) o movimento pela Reforma Psiquiátrica surgiu como o maior movimento social não sindical do país, capaz de aglutinar não apenas pautas ligadas à saúde, mas à própria redemocratização do Estado brasileiro. Havia diversos atores, partidos políticos e movimentos sociais que ajudaram a escrever a história da Reforma Psiquiátrica e que continuaram sua militância, dentro e fora do Estado, após sua redemocratização (FAGUNDES, 2006, p. 55-56).

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, seguida pela implementação do Sistema Único de Saúde, em 1990, a Luta Antimanicomial solidificou seu espaço na organização do Estado e iniciou um processo de vitórias na construção de políticas públicas de saúde mental. De lá para cá, a Luta Antimanicomial enfrentou ameaças políticas importantes, mas prosperou, conquistando o apoio da sociedade para um tratamento digno e humanizado aos pacientes com transtornos mentais e seus familiares.

É sobre este apoio popular e abertura política que as ações de prevenção ao suicídio são introduzidas no debate público e nas agendas governamentais do país. No entanto, durante a redemocratização e na primeira década após a criação do SUS, o debate sobre a prevenção ao suicídio se manteve ausente do cenário político, e sem representação efetiva junto aos

---

<sup>8</sup> O Centro de Atenção Psicossocial “Prof. Luís da Rocha Cerqueira”, também conhecido como “CAPS Itapeva”, foi inaugurado em 1987, na região da Bela Vista em São Paulo, próximo da Avenida Paulista e seu nome homenageia o antigo coordenador de Saúde Mental de São Paulo, que militava pelo fim dos hospitais psiquiátricos e manicômios no Brasil.

movimentos sociais — em comparação aos processos que deram origem às políticas de saúde mental. Enquanto os projetos em torno da qualidade dos serviços, ampliação de direitos e investimento estatal na política de saúde mental avançavam desde a década de 1980, a problemática do suicídio no Brasil permaneceu distante das agendas de governo, até o início do século XXI.

Fora do Brasil, a OMS criou, em 1999, o *Suicide Prevention Program* (SUPRE), sendo a primeira iniciativa em escala mundial sobre a prevenção do suicídio, da história. O programa consistia na elaboração e publicação de guias com orientações para a intervenção na problemática do suicídio, dirigidos a grupos sociais e profissionais específicos, que são de particular relevância para a prevenção do suicídio (OMS, 2006, p.24). Em 2000, alguns dos manuais produzidos pelo Programa de Prevenção ao Suicídio da OMS foram traduzidos e publicados no Brasil, com guias exclusivos para médicos clínicos gerais, profissionais da atenção primária de saúde, agentes penitenciários, professores, trabalhadores da mídia e familiares. Em cada um destes manuais, apresentava-se, de forma pragmática, “o que fazer” e “o que não fazer” em casos de suicídio (OMS, 2000; DIANI, 2015).

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

Naquele contexto, alguns atores foram especialmente importantes para a ampliação do debate sobre o suicídio no país e para o desenvolvimento de estudos e pesquisas no âmbito acadêmico e científico do País. Entre estes atores, destacaram-se dois nomes. O primeiro foi Alexandra Fleischmann, membra do departamento de saúde mental e abuso de substâncias da OMS, autora de dezenas de trabalhos sobre o suicídio e articuladora das estratégias globais de prevenção ao suicídio (WHO, 2015). O segundo foi José Manoel Bertolote, coordenador do departamento de saúde mental da OMS e doutor pela Universidade Federal do Rio Grande do

Sul (UFRGS). Foi através dos estudos de Bertolote e Fleischmann, (2002) e resultados de pesquisas nacionais, que as ações estratégicas de prevenção ao suicídio chegaram até o poder público. Com a abertura política no Ministério da Saúde e Coordenação Nacional de Saúde Mental, o tema passou a compor a agenda do governo federal e a construção de uma política pública nacional ganhou força.

Cabe ressaltar, entretanto, que ambos os autores assumem uma linha teórica voltada ao tratamento de pacientes com risco de suicídio, segundo diagnósticos psiquiátricos. As soluções propostas pelos autores para diminuição dos índices de suicídio consistem em maior investimento do Estado na capacitação de trabalhadores para identificar os fatores de risco e no tratamento preventivo. As contribuições dos pesquisadores e seu lugar de prestígio junto a OMS, somadas à conjuntura política do país, criaram as oportunidades políticas para que se avançasse na construção de estratégias de prevenção ao suicídio no Brasil.

Assim, em dezembro de 2005, o Ministério da Saúde formou, através da Portaria nº 2.542/GM, um grupo de trabalho para implementação de um Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio. Composto por representantes do governo, organizações da sociedade civil e universidades, aquele grupo de trabalho — liderado pelo psiquiatra e então coordenador de saúde mental do Ministério da Saúde, Carlos Felipe D'Oliveira<sup>9</sup> — criou, em agosto de 2006, as “Diretrizes Nacionais para Prevenção ao Suicídio”, através da Portaria nº 1.876/06. Estas diretrizes foram lançadas oficialmente durante o I Seminário Nacional de Prevenção ao Suicídio, realizado nos dias 17 e 18 de agosto de 2006, na cidade de Porto Alegre/RS. O evento contou com a participação de mais de 400 pessoas, entre profissionais da saúde, pesquisadores, gestores e militantes ligados à prevenção ao suicídio, além da transmissão simultânea para cerca de 1.300 internautas (BRASIL, 2007, p. 56). Durante o Seminário, foram lançados ainda o “Manual de Prevenção do Suicídio para Profissionais das Equipes de Saúde Mental” e as “Referências Bibliográficas Comentadas sobre Suicídio, Sobreviventes e Família”, além de um DVD com o registro do evento (BRASIL, 2007).

A realização do I Seminário Nacional sobre Prevenção ao Suicídio marca o início de uma jornada que traria protagonismo para o debate sobre o suicídio no país, criando as oportunidades políticas para a implementação de uma política pública nacional. No entanto, as

---

<sup>9</sup> Segundo informações publicadas na Plataforma Lattes, Carlos Oliveira dedica-se, desde 2005, com a problemática do suicídio, tendo sido representante do país na *International Association for Suicide Prevention* (2006-2009), atuando, até hoje, como coordenador da Rede Brasileira de Prevenção do Suicídio; e ser membro da diretoria da Associação Brasileira de Estudo e Prevenção do Suicídio (ABEPS). Assim, entende-se que sua aproximação com o tema, no período em que assumiu o cargo de coordenador nacional de saúde mental (2005 – 2006), contribuiu para o engajamento político da pauta do suicídio no país.

Diretrizes Nacionais para Prevenção ao Suicídio limitaram-se a ser um guia para profissionais e serviços de saúde mental, embutidas dentro da Política Nacional de Saúde. Apesar disso, as Diretrizes trouxeram para o SUS, questões caras e emergentes para a prevenção do suicídio, como enfatizado em seu enunciado:

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

Nota-se que o documento já considerava o aumento do suicídio entre os mais jovens; os danos causados pelas tentativas de suicídio para os indivíduos e suas famílias; a ideia de que o suicídio pode ser evitado através da promoção e prevenção; a necessidade de atendimento especial para pacientes de maior risco; e a importância da sociedade civil na prevenção. Isto demonstra que a proposta se apoiava no que existia de mais atual em termos de prevenção do suicídio no mundo. Percebe-se a forte influência da ciência na proposta das Diretrizes, especialmente no que diz respeito às principais características do fenômeno do suicídio no Brasil e na preocupação com o aumento das mortes, apontada como uma tendência mundial (OMS, 2000; BERTOLOTE, 2004; BOTEGA, 2005). Além disso, destaca-se o reconhecimento das populações de risco, onde além dos pacientes com histórico de doenças mentais, depressão e uso de drogas, considerou-se os trabalhadores rurais (expostos a determinados agentes tóxicos) como população vulnerável ao suicídio. Este fato é determinante para ampliar estudos sobre a relação dos agrotóxicos e as tentativas de suicídio em territórios rurais do país, alguns dos quais foram realizados no município de Santa Cruz do Sul/RS, devido à alta incidência de suicídios entre fumicultores da Região do Vale do Rio Pardo (TRAPÉ; BOTEGA, 2006).

Entretanto, as Diretrizes Nacionais não alcançaram o patamar de política pública, tampouco conquistaram o espaço político para isso. Fogaça (2019), em sua tese sobre a prevenção ao suicídio no Brasil, destaca que houve uma “ruptura de oito anos na discussão da problemática do suicídio e da implementação das primeiras medidas concretas para sua prevenção” (FOGAÇA, 2019, p. 188).

Em suma, a formulação das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio serviu como um guia de intervenção para serviços de saúde mental, sendo utilizado como base para elaboração de políticas de prevenção em alguns estados e municípios, mas não para a construção de uma política pública nacional. O debate político iniciado em 2005/2006 perdeu espaço na agenda governamental, criando uma lacuna que se estendeu até a publicação da Portaria nº. 1,271, de junho de 2014, que instituiu a Lista Nacional de Notificação Compulsória em todo o território nacional, tornando as tentativas de suicídio e o suicídio, agravos de notificação compulsória imediata para todos os estabelecimentos de saúde do país (BRASIL, 2014; FOGAÇA, 2019).

Machado, Leite e Bando (2014), ao realizarem uma revisão sistemática sobre as políticas públicas de prevenção ao suicídio no Brasil, afirmam que apesar das Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio não evoluírem para a criação de uma política pública, serviram como modelo para políticas de nível local. Um exemplo trazido pelos autores é a experiência do Distrito Federal, responsável pela primeira política da prevenção ao suicídio do país, com a criação da “Política Distrital de Prevenção ao Suicídio” (MACHADO; LEITE; BANDO, 2014, p. 347). Entre suas diretrizes, estavam a promoção da saúde; prática multiprofissional; formação de equipes de saúde, especializadas em casos de suicídio; fomento à pesquisa; educação permanente dos profissionais de saúde; e aperfeiçoamento dos sistemas de informação. Apesar de ser uma experiência relevante no contexto nacional, esta política não perdurou, sendo reduzida, mais tarde, em um Grupo de Trabalho vinculado à Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Apesar disso, a política de prevenção do Distrito Federal instituiu, através da Portaria 185/2012, normas de intervenção utilizadas até hoje nos serviços de saúde mental e de urgência e emergência do país. Esta política foi responsável por divulgar as principais descobertas científicas sobre o suicídio produzidas no país e transformá-las em ações práticas para casos de tentativa de suicídio. Destaca-se, entre os artigos da política:

Art. 4º Pacientes com ideação suicida e tentativa de autoextermínio, de qualquer idade, após a estabilização do quadro clínico e/ou cirúrgico, deverão ser mantidos em observação para avaliação do risco de nova tentativa devendo ser acompanhados conjuntamente pelo psiquiatra, psicólogo e assistente social, que deverão promover os devidos manejos psicossociais. (BRASIL; Distrito Federal; Portaria nº 185, de 12 de setembro de 2012).

Ao determinar, dentro de seu território, a atuação multiprofissional e o fluxo de acompanhamento obrigatório aos pacientes que tentaram suicídio, a política põe em prática uma



das principais estratégias de proteção contra o suicídio (OMS, 2018). Além disso, ao instruir os serviços de saúde a atuarem com categorias profissionais distintas em casos de tentativa de suicídio (“psiquiatra, psicólogo e assistente social”), nota-se um avanço sobre a compreensão do problema e uma inclinação do poder público sobre o caráter multifacetado do suicídio.

Entende-se que, assim como apontado por Machado, Leite e Bando (2014), a política e portarias instituídas no Distrito Federal contribuíram para estruturação dos serviços de saúde mental e emergência em casos de suicídio, capacitação dos profissionais de saúde e fomento à pesquisa no território (MACHADO; LEITE; BANDO, 2014, p. 347). Apesar destes avanços, a política do Distrito Federal foi revogada, em 2018, pela Portaria nº 536, que passou a instruir a atuação da política de saúde mental da capital brasileira, sem contemplar as ações de prevenção ao suicídio, implementadas em 2012.

Cabe destacar, que em 2011 já havia sido implementado no Brasil a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)<sup>10</sup> do SUS (BRASIL, 2018). Uma Rede que organizou os serviços de saúde mental e instituiu redes de atenção, envolvendo hospitais, serviços de emergência, atenção primária e CAPS. Entende-se que a RAPS vem qualificando o atendimento de pacientes com ideação suicida, promovendo um trabalho interdisciplinar e integral aos pacientes. Contudo, está vinculação da prevenção ao suicídio aos serviços de saúde, dificulta a participação de outras políticas públicas no trabalho de enfrentamento ao aumento do suicídio no território nacional.

Outra experiência relevante no campo das políticas públicas de prevenção ao suicídio foi a implementada pelo governo do Rio Grande do Sul — historicamente o estado com o maior índice de suicídio do Brasil (CEVS, 2018). Em 2015, após iniciativa de pesquisadores da Escola de Saúde Pública (ESP/RS) e membros do Centro Estadual de Vigilância em Saúde do estado (CEVS/RS), criou-se o “Comitê Estadual de Promoção da Vida e de Prevenção do Suicídio”, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde. Este Comitê, formado majoritariamente por atores políticos, surge com a finalidade de “elaborar e de implantar a Política Estadual de Prevenção do Suicídio” (RIO GRANDE DO SUL, 2016). Um dos motivos que impulsionaram a criação deste Comitê, foi o aumento exponencial de mortes por suicídio no estado desde 2010 e não existência de um plano de ação condizente com as particularidades do território gaúcho. Assim,

---

<sup>10</sup> A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída no Brasil pela Portaria nº 3088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, tendo como objetivo principal a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral, promovendo a vinculação das pessoas com transtornos mentais e suas famílias aos serviços de Saúde Mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Além disso, um dos princípios da RAPS é garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando a assistência por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências psiquiátricas (BRASIL, 2011).

o Comitê Estadual assumiu a vanguarda deste trabalho ao nível estadual, tendo como primeira tarefa a coleta de dados sobre o suicídio nos municípios e regiões, e a promoção de capacitações para as equipes de saúde mental do estado. O Comitê Estadual de Promoção da Vida e de Prevenção do Suicídio foi instituído pelo Governo do Estado em dezembro de 2016, através do Decreto nº 53.361/2016 (CEVS, 2017). A partir disso, iniciou-se o trabalho de divulgação de pesquisas e qualificação de profissionais, em parceria com as Coordenadorias Regionais de Saúde do estado (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Em 2017, o Comitê Estadual iniciou suas ações formativas, com foco na divulgação de dados sobre suicídio e casos de tentativa de suicídio no Rio Grande do Sul e na elaboração de materiais de apoio para as equipes de saúde mental. Através de encontros e seminários, os membros do Comitê visitaram os municípios com maior incidência de casos de suicídio no estado, fazendo uma jornada de capacitações sobre formas de intervenção, “mitos” e “verdades”, instrumentos de notificação e estratégias de prevenção ao suicídio. Além disso, o Comitê assumiu a tarefa de organizar a campanha “Setembro Amarelo”<sup>11</sup> no estado, promovendo uma série de atividades para promoção do debate na sociedade, em parceria com os municípios e regionais de saúde (CEVS, 2018).

No entanto, é necessário destacar que a criação do Comitê Estadual, insere-se em um contexto maior, que contempla a retomada e ampliação deste debate no âmbito nacional e internacional. Na esfera do governo federal, a discussão sobre a criação de uma política pública de prevenção ao suicídio volta a ganhar força a partir do ano de 2014, com a inclusão da obrigatoriedade de registro das tentativas de suicídio, através da Portaria nº. 1,271, de junho de 2014. Com a modificação proposta pela portaria, o Sistema Único de Saúde passa a coletar informações qualificadas sobre os índices de mortalidade e de casos de tentativa de suicídio no território — fato essencial para estabelecer parâmetros de intervenção e planejamento das políticas públicas. Já em 2015, o Governo Federal firma uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Centro de Valorização da Vida (CVV)<sup>12</sup>, para promoção de um serviço de apoio emocional gratuito, através da linha telefônica “188”, para todo o território nacional. Segundo

---

<sup>11</sup> O “Setembro Amarelo” é uma campanha promovida pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e Conselho Federal de Medicina (CFM). Surgiu em 2014, com o intuito de promover o debate sobre a prevenção ao suicídio na sociedade. Atualmente, a campanha é realizada em todo território nacional.

<sup>12</sup> “O Centro de Valorização da Vida é uma associação civil sem fins lucrativos e filantrópica. Presta serviço voluntário e gratuito de apoio emocional e prevenção do suicídio para todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo e anonimato. A instituição é associada ao *Befrienders Worldwide*, que congrega entidades congêneres de todo o mundo.” (Fonte: <https://www.cvv.org.br/o-cvv/>).

Fogaça (2019), esta parceria reconhece o trabalho do CVV como “serviço de utilidade pública”, viabilizado sua atuação em todos os estados e no Distrito Federal (FOGAÇA, 2019, p. 190).

Para mais, em 2017, o governo federal lançou a “Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil (2017-2020)”, o que marcou a retomada dos trabalhos de prevenção ao suicídio em nível nacional. Ainda em 2017, foi instituído o Comitê Gestor para elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil, através da Portaria nº 3.479/2017, alinhado com as Diretrizes Nacionais para Prevenção ao Suicídio, de 2006. A principal diferença entre as propostas, está no “incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde, direcionados para prevenção do suicídio” (FOGAÇA, 2019, p. 189), não previstos anteriormente. Com isso, os estados com maior incidência de casos receberiam recursos federais para executar ações de prevenção ao suicídio<sup>13</sup>. Apesar da criação do Comitê Estadual de prevenção ao suicídio do Rio Grande do Sul anteceder o envio dos recursos federais e a própria criação do Comitê Gestor do Ministério da Saúde, ambos processos estão conectados ao contexto internacional de prevenção. Mais especificamente, ao plano mundial para diminuição das mortes por suicídio, proposto pela OMS.

Em 2014, a OMS lançou o seu primeiro relatório mundial sobre a questão do suicídio no mundo, intitulado “*Suicide Prevention: a global imperative*” (Prevenir o suicídio: um imperativo global). Neste relatório, a OMS apresenta dados epidemiológicos do suicídio ao redor do mundo, classificando o fenômeno como um problema de saúde global e uma das dez principais causas de morte no planeta. Traz, ainda, características importantes sobre o fenômeno, como o indicativo de que os países de baixa renda possuem os maiores índices de mortalidade por suicídio e apresentando fatores de risco e de proteção para os territórios. Apresenta também uma série de experiências de prevenção, praticadas em diferentes países, indicando caminhos a serem seguidos para diminuição das taxas de mortalidade e de tentativas de suicídio no mundo (WHO, 2014). Um elemento importante, apresentado no relatório, é a elaboração de políticas locais de prevenção, que considerem as diferenças regionais de cada país. Além disso, a OMS utiliza os resultados positivos de países que possuem políticas nacionais de prevenção ao suicídio para incentivar gestores e governantes de seus países membros a desenvolverem suas próprias políticas de prevenção (WHO, 2014, p. 57-58).

---

<sup>13</sup> Em 2018, foram repassados R\$ 220.000,00 aos estados do Amazonas e Roraima e R\$ 250.000,00 aos estados de Santa Catarina, Mato Grosso do Sul, Piauí e Rio Grande do Sul, para o 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 (FOGAÇA, 2019, p. 189).

Um dos itens mais interessantes do Relatório de 2014 é justamente o relato de casos de políticas de prevenção ao suicídio implementadas. Um dos exemplos citados é a estratégia nacional de prevenção ao suicídio do Chile, criada em 2011 e que previa uma diminuição de 10% no número de óbitos, até 2020. O plano chileno baseia-se na reestruturação do sistema de saúde de forma regional; investimento em sistemas de informação e monitoramento dos casos; capacitação de profissionais de saúde mental; programas de prevenção nas escolas; implementação de um sistema de ajuda em casos de crise suicida via internet; e em um programa de educação para profissionais da mídia. Outro exemplo é o da Suíça, que optou por apoiar iniciativas locais e promover ações de curto prazo para redução de casos de suicídio. A estratégia dos suíços consiste em reduzir os meios para o suicídio (acesso a agrotóxicos e armas de fogo); acompanhamento de pessoas que tentaram o suicídio recentemente; treinamento de porteiros; atividades de conscientização (Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio); e monitoramento da mídia. Um último exemplo é da Escócia, que em 2002 assumiu uma estratégia nacional de prevenção ao suicídio, com o objetivo de reduzir em até 20% o número de óbitos no país, até 2013. A Escócia possuía uma das maiores taxas de suicídio da Europa (27 suicídios por 100 mil habitantes para homens e 9 suicídios por 100 mil habitantes para mulheres) e conseguiu diminuir estes números ao implementar uma política pública nacional de saúde mental. A estratégia escocesa consiste na promoção da qualidade de vida, na promoção da justiça e no combate à desigualdade social no país. Em apenas uma década, entre 2002 e 2012, a taxa de suicídios da Escócia diminuiu 18% (WHO, 2014, p. 62).

A experiência escocesa é especialmente relevante para esta Dissertação e para a área do Desenvolvimento Regional, pois, utiliza a promoção da “qualidade de vida” como principal medida de prevenção ao suicídio, ao invés dos métodos tradicionais de prevenção, baseados no controle e monitoramento de sintomas dos indivíduos. Os resultados desta política pública, que demonstra sua eficácia ao reduzir em quase 1/5 o número de suicídios no país, demonstra que a problemática pode/deve ser enfrentada como um problema social. Ao investir na promoção da justiça social e no enfrentamento à desigualdade no país, a Escócia assume uma estratégia que considera a promoção da qualidade de vida da população como fator protetivo contra o suicídio.

Nota-se que os dados e experiências apresentadas no relatório *Suicide Prevention: a global imperative* repercutiram na elaboração de políticas de prevenção ao suicídio ao redor do mundo. No Brasil, é possível perceber uma reorganização do trabalho preventivo a partir desta publicação, com maior ou menor impacto nas diferentes regiões do país. Em suma, por ser um

país signatário das ações promovidas pela OMS, as orientações da organização tendem a influenciar na elaboração de políticas públicas de prevenção ao suicídio no território brasileiro (pelo menos, até o momento). Percebe-se esta influência ao constatar a simetria entre as ações de prevenção ao suicídio brasileiras e a divulgação das orientações da OMS. De fato, as duas principais ações de âmbito federal, em prol da criação de uma política de prevenção ao suicídio, estão conectadas às campanhas internacionais e a influência de representantes da OMS no país. Tanto a criação das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, em 2006, como a Agenda de Ações Estratégicas, em 2017, coincide com as campanhas internacionais. Ademais, as campanhas estaduais e municipais também mantêm relações com o contexto nacional e global, retratando estes eventos como oportunidades para a criação de uma política de prevenção ao suicídio no território.

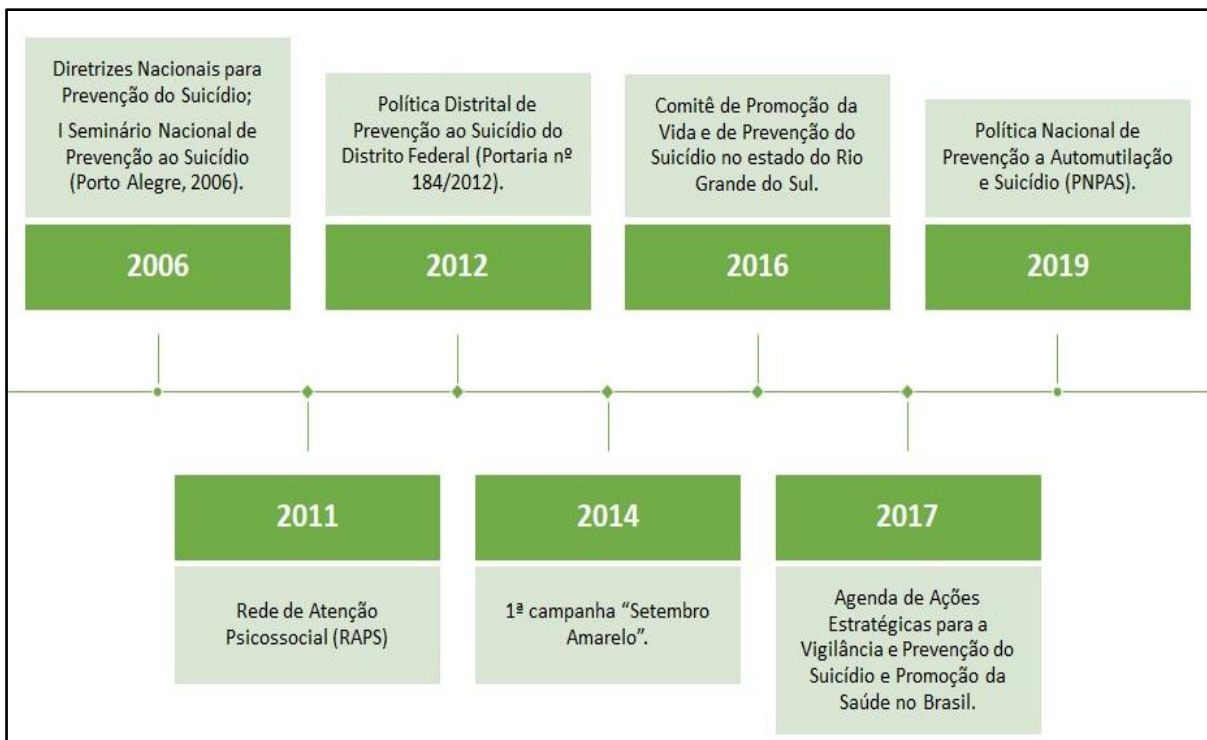
Ademais, cabe apresentar ainda uma última e recente iniciativa brasileira em prol da prevenção ao suicídio, promovida pelo governo federal e intitulada “Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio” (PNPAS) — Lei nº 13.819, publicada no Diário Oficial da União em 26 de abril de 2019. Esta nova lei, que se configura como uma política pública regulatória, estabeleceu aos estados, Distrito Federal e municípios a obrigatoriedade de notificação de situações de automutilação e ideação suicida de crianças e adolescentes através das escolas (públicas e privadas). Apesar desta normativa já valer para os estabelecimentos de saúde, a PNPAS torna obrigatória a notificação pelas instituições de ensino (BRASIL, 2019). Entre as novidades trazidas pela PNPAS, destaca-se a alteração da Lei nº 9.656/1998, que determina as regras para os planos de saúde privados no país, tornando obrigatório a oferta de atenção psiquiátrica e psicológica aos contratantes. Esta mudança moderniza a legislação vigente, a qual não previa a cobertura de tratamentos de saúde mental. Além disso, a PNPAS destaca a questão da automutilação entre crianças e adolescentes, considerando-a como objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde e educação do país. Ambas as novidades vêm ao encontro da necessidade de prevenção ao suicídio entre os jovens, especialmente na faixa etária de 15 a 19 anos, onde se constata o maior crescimento do índice de suicídios (OMS, 2018; BRASIL, 2019).

A preocupação do governo com a automutilação e tentativas de suicídio entre adolescentes encontra eco nas principais estratégias mundiais de prevenção ao suicídio. Ao incluir estas orientações na PNPAS, sem prejuízo das já previstas pelas Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio, entende-se como positiva a iniciativa do governo federal em instituir uma política pública de prevenção ao suicídio em nível nacional.

Contudo, destaca-se que a PNPAS não faz menção ao aumento de investimento ou criação de um fundo econômico para subsidiar as ações de prevenção previstas na própria lei. Na prática, a PNPAS atribui novas obrigações aos trabalhadores do sistema educacional e de saúde, sem oferecer qualquer contrapartida em termos de qualificação ou aperfeiçoamento dos sistemas de informação. No entanto, por não haver dados suficientes para avaliar a efetividade desta nova política e considerando o contexto atípico causado pela pandemia de COVID-19, não é possível afirmar se a PNPAS é uma ação positiva para a prevenção ao suicídio no país.

Além disso, destaca-se que as estratégias de prevenção ao suicídio de abrangência nacional nunca foram de fato implementadas no Brasil, e que as diferenças regionais do país dificultam a elaboração de uma política pública nacional, capaz de intervir nas determinações singulares do suicídio em cada estado e região (MACHADO; LEITE; BANDO, 2014). Ademais, reconhecem-se os limites desta Dissertação em apresentar a totalidade dos eventos relacionados a prevenção ao suicídio no país. Neste sentido, apresenta-se na figura a seguir, as principais políticas de prevenção ao suicídio, implementadas no Brasil, de modo a auxiliar na compreensão do processo histórico que liga estas ações com os objetivos da Dissertação.

**Figura 3. Políticas Públicas voltadas à prevenção ao suicídio realizadas pelo Estado brasileiro, entre os anos de 2006 e 2020.**



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

Ao analisar a figura 3, percebe-se que a história da prevenção ao suicídio no âmbito do Estado brasileiro é incipiente na esfera política. Contudo, entende-se que sua trajetória, alicerçada na própria história dos movimentos da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, evidenciam um processo amplo de qualificação do papel do Estado na promoção da qualidade de vida da população. Além disso, percebe-se que a construção da agenda política em torno da prevenção ao suicídio no país apresenta diferentes períodos e para cada período há um repertório de ação diferente, para que o tema ganhe protagonismo junto ao Estado e construa o caminho para elaboração de uma política pública nacional.

Três períodos merecem destaque. O período de 2006 a 2011, marcado pela influência da OMS e de teorias ligadas ao tratamento clínico de pacientes com fatores de risco e na construção das Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio. O período de 2012 a 2014, quando a Política de Prevenção ao Suicídio do Distrito Federal traz uma abordagem ampliada sobre o problema, envolvendo uma abordagem multidisciplinar e investindo na formação dos profissionais de saúde. E, por fim, o período entre 2014/2015 até o momento, aonde a presença da sociedade civil ganhou protagonismo, especialmente através das campanhas “Setembro Amarelo” e da criação de espaços democráticos de discussão, a exemplo do Comitê de Prevenção a Vida e Prevenção ao Suicídio do Rio Grande do Sul. Este último período é marcado pela união das práticas de períodos anteriores, como o tratamento clínico multidisciplinar e a qualificação dos trabalhadores da saúde mental, associada à conscientização da sociedade.

Salienta-se, contudo, que as experiências trazidas nesta dissertação não contemplam a totalidade das estratégias de prevenção ao suicídio, praticadas no Brasil, tampouco as ações e campanhas desenvolvidas por organizações não-governamentais, instituições de ensino, movimentos sociais etc. Apesar de serem limitações relevantes para a interpretação da evolução histórica das políticas de prevenção ao suicídio no país, entende-se que os períodos delimitados fornecem um panorama adequado para analisar os Repertórios de Ação Coletiva, utilizados no processo histórico de construção de políticas de prevenção ao suicídio no Brasil.

Por fim, destaca-se que a produção científica em torno do tema é limitada, não contemplando as diferentes interpretações que envolvem a problemática do suicídio. A própria avaliação de políticas públicas de prevenção ao suicídio no Brasil é recente e não possui um número suficiente de publicações, capaz de garantir a veracidade e efetividade das ações desenvolvida no país. Neste sentido, este trabalho visa contribuir para a qualificação deste debate, fornecendo subsídios para análises sobre o processo de construção de políticas públicas ligadas à problemática do suicídio no Brasil.

### **2.3. A discussão sobre Políticas Públicas a partir do conceito de Ciclos**

Historicamente, as políticas públicas são vistas como a construção de soluções para problemas públicos, alinhadas ou não com determinados projetos políticos e que englobam uma série de ações e instrumentos disponíveis aos governos (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013). Para além da busca por uma definição homogênea, o debate em torno das políticas públicas traz reflexões sobre as ações necessárias para que elas ocorram, incluindo a ação coletiva dos movimentos sociais na formação de agendas governamentais para criação e execução de políticas públicas (SOUZA, 2006; MARQUES, 2013; TATAGIBA; ABERS; SILVA, 2018).

Nesta dissertação, interessa a análise da relação entre os Repertórios de Ação coletiva e as janelas de oportunidade que se evidenciam durante o processo de construção das políticas públicas, utilizando a política de prevenção ao suicídio como exemplo empírico destas relações. Entende-se que ao evidenciar o papel da ação coletiva, identifica-se quais os sujeitos envolvidos na construção da política e o contexto que permite a interação entre governos, instituições e diferentes agentes sociais. Ao mesmo tempo, busca-se interpretar quais as ameaças e oportunidades políticas surgem neste processo, especialmente nas relações que se estabelecem em meio ao confronto político que envolve a criação de políticas públicas. Para sustentar este debate, utiliza-se um referencial teórico com autores clássicos e contemporâneos, que discutem os principais conceitos sobre políticas públicas relacionando-os com o contexto histórico e político na formação das agendas de governo e na ação coletiva (SOUZA, 2006; TATAGIBA; ABERS; SILVA, 2018).

Inicialmente, destaca-se que as pesquisas ligadas às políticas públicas estão inseridas no contexto acadêmico das ciências sociais desde a década de 1930, originalmente apresentadas por Harold Lasswell, no livro “*Politics: Who Gets What, When, How*” (Política: Quem obtém o quê, quando e como?), de 1936. Segundo Souza (2006), Lasswell é o primeiro a introduzir a expressão *policy analysis* no campo das ciências políticas, visando “conciliar conhecimento científico/acadêmico com a produção empírica dos governos e como forma de estabelecer o diálogo entre cientistas sociais, grupos de interesse e governo” (SOUZA, 2006, p. 23). Com o tempo, outros cientistas dedicaram-se a aprimorar a análise das políticas públicas de Lasswell, atualizando conceitos e metodologias e tornando-as cada vez mais próximas da realidade contemporânea.

Outro autor que amplificou o debate sobre políticas públicas foi o economista Herbert Simon, em 1957, com o livro “*A Behavioral Model of Rational Choice*” (Um modelo



comportamental de escolha racional). Simon (1957) introduz, nas ciências sociais, o termo *policy maker* referente às limitações da racionalidade para a tomada de decisões. Para o autor, a racionalidade humana limita-se pelas informações que recebe (incompletas ou imperfeitas), pela limitação cognitiva (entendimento ou interesse) e pelo tempo disponível para a tomada de decisão. Essa racionalidade, contudo, pode ser maximizada com o uso de regras e incentivos que modelem o comportamento dos atores sociais envolvidos e impeçam que o poder decisório atue para interesses próprios (SOUZA, 2006, p. 23-24).

Reconhece-se a importância destes trabalhos, especialmente por introduzirem o estudo sobre as políticas públicas no campo das ciências sociais. Contudo, ambas análises são criticadas pela ênfase dada à racionalidade humana no processo de construção das políticas públicas, relativizando as expressões conjunturais e estruturais sobre a atuação dos governos e do próprio Estado neste processo. Entende-se que a formulação de políticas públicas transcende os interesses individuais dos sujeitos ou grupos sociais, mantendo uma relação íntima com o contexto social, político e econômico, o que pressupõe uma série de interações, disputas e soluções para os problemas públicos da sociedade. Buscando um conceito que contemple esta visão ampliada sobre política pública, considera-se a afirmação de Souza (2006), que diz:

Pode-se, então, resumir política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que **os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real.** (SOUZA, 2006, p. 26, grifo do autor).

Para Souza (2006), a relação entre políticas públicas e a ação governamental é intrínseca, dentro de sistemas políticos estruturados pelo Estado Democrático de Direito<sup>14</sup>. Em Estados democráticos, cabe aos governos, através da gestão dos recursos do Estado, nas diferentes esferas federativas, fornecer respostas para os problemas da população. No entanto, a forma com que os recursos do Estado serão utilizados para dar estas respostas refletirá nos propósitos do grupo político que assume o governo e de atores capazes de influenciar diretamente na tomada de decisão (SOUZA, 2006).

Todavia, cabe salientar que no Brasil a instituição do Estado de Direito é, na verdade, a construção de um Estado “Liberal” de Direito, no qual, segundo Silva (2005), “deu-se máxima

---

<sup>14</sup> Segundo o Artigo 1º da Constituição Federal de 1988, a República Federativa do Brasil se constituiu como um Estado Democrático de Direito, baseada nos fundamentos da: Soberania, cidadania, dignidade da pessoa humana, valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e sobre o pluralismo político. (BRASIL, 1988).

ênfase ao aspecto da legalidade, concedendo o poder absoluto de produção jurídica ao legislador estatal” (SILVA, 2005, p. 215). Numa perspectiva histórica, no entanto, o que se observa é que a representação legislativa tende a apresentar uma orientação que está fortemente vinculada aos interesses das classes economicamente dominantes e, portanto, aos agentes que têm maior poder econômico (SILVA, 2005; WOLKMER, 2012). Paradoxalmente, a maioria da população, que não dispõe do poder econômico para influenciar seus interesses políticos, legitima o Estado Liberal através do voto, dentro de um sistema político que legisla em causa própria.

A ação prática dos movimentos sociais, pelo menos desde as últimas décadas do século XX, demonstra que os confrontos políticos se estruturam em diferentes pautas e demandas sociais, como questões identitárias, culturais, espaciais etc., muitas destas ligadas a reivindicação da ação do Estado. Isso significa que a capacidade organizativa dos movimentos sociais, ainda que não diminua a importância do poder econômico (e seus detentores) na gestão do Estado, encontram na ação coletiva uma estratégia para apresentar suas reivindicações e demandas ao Estado, a partir de recursos que vão além do financeiro.

Secchi (2014), ao comentar sobre os recursos utilizados pelos grupos de interesse, no processo de criação de políticas públicas, destaca que os recursos podem ser: financeiros, cognitivos e organizacionais. Os recursos financeiros são aqueles que viabilizam as ações do grupo; os recursos cognitivos auxiliam na interpretação de dados e na publicização de conhecimentos técnicos; e os recursos organizacionais correspondem à capacidade de planejamento, controle e articulação em torno de um objetivo (SECCHI, 2014, p.109). A disponibilidade de recursos depende essencialmente do tamanho que o grupo tem, sendo proporcional o gasto destes recursos, conforme o tamanho do grupo. O autor considera grupos grandes aqueles que contemplam um número expressivo de sujeitos, como sindicatos, classes profissionais, movimentos sociais etc., os quais possuem custos elevados para sua organização. Os grupos pequenos, aqueles com menor custo organizativo ou que seus membros são capazes de arcar com os estes custos, são representados por associações industriais, grandes produtores agrícolas, grupos de mídia em massa etc. (SECCHI, 2014, p.109-110).

Os grupos de interesse utilizam vários meios para fazer seus interesses serem ouvidos e respeitados no processo de elaboração de políticas públicas: campanhas publicitárias, *lobby*, financiamento de campanhas eleitorais, marchas ou paradas, greves e também corrupção ativa. Em alguns casos, a simples existência de um grupo de pressão consegue influenciar o desenho da política pública. (SECCHI, 2014, p.110).

Nota-se que, entre os exemplos apresentados pelo autor, destacam-se os recursos financeiros de um grupo, que mesmo sendo pequeno, pode exercer tanto ou mais influência nas políticas públicas, quanto grupos grandes, porém, sem estes recursos. Além disso, grupos que abrangem sujeitos dispersos geograficamente, a exemplo das classes profissionais, possuem maior dificuldade para organizar recursos em torno de seus interesses, o que pode ser amenizado ao delimitar a ação da política pública para áreas ou regiões menores (SECCHI, 2014, p. 115). Entretanto, grupos com maior poder econômico não sofrem com esta dificuldade, pois, são capazes de concentrar seus recursos em instâncias políticas maiores, como governos estaduais e federal. Em suma, a influência exercida por aqueles que concentram o poder econômico, dentro da estrutura de Estado democrático, é maior, dado sua capacidade de mobilização de recursos, em comparação aos grupos com poucos recursos financeiros ou que tenham custos elevados para sua organização política. Por outro lado, os trabalhadores ou grupos de interesse que não dispõem do poder econômico, encontram na ação coletiva e nos recursos cognitivos e organizacionais, meios para influenciar as políticas públicas e pressionar a ação do Estado, frente suas demandas e necessidades. Esta dinâmica é compreendida, em especial, através da atuação dos movimentos sociais na construção de políticas públicas no Brasil.

Tatagiba, Abers e Silva (2018), ao discutirem sobre a construção de modelos alternativos de políticas públicas, destacam que os movimentos sociais “oferecerem às pessoas comuns uma possibilidade de se organizarem coletivamente para fazer sua voz ouvida nos circuitos de tomada de decisão” (TATAGIBA; ABERS; SILVA, 2018, p. 106). Para as autoras, os movimentos sociais são capazes de representar interesses e atores que seriam esquecidos no processo de formulação das políticas públicas, sem que houvesse essa interação. Ademais, por serem organizações com projetos políticos particulares, os movimentos sociais são capazes de propor modelos alternativos de políticas públicas, em um processo de confronto com os modelos governamentais.

Os movimentos sociais atuam nos subsistemas a partir da construção de modelos alternativos de políticas públicas, que são estruturas ideacionais que buscam traduzir as ideias que conformam o projeto político do movimento em propostas de política pública. [...] participam deste processo na medida em que propõem (e experimentam) modelos alternativos que irão desafiar modelos concorrentes. (TATAGIBA, ABERS, SILVA, 2018, p. 107).

Neste processo, os modelos de políticas públicas, propostos pelos movimentos sociais, representam conflitos relacionados aos projetos políticos em disputa, que podem ser de transformação ou manutenção do projeto de sociedade defendido pelos governos. Neste sentido, as autoras enfatizam que os conflitos entre movimentos sociais e o Estado extrapolam as propostas sobre políticas públicas, envolvendo conflitos sobre a própria organização da vida social (TATAGIBA, ABERS, SILVA, 2018, p. 109).

No entanto, esta relação conflituosa entre os projetos políticos dos movimentos sociais e dos governos que assumem a gestão do Estado, diminui a influência destes grupos sobre a elaboração ou direcionamento das políticas públicas, criando um cenário de ameaças para a representação política de grupos de interesse que necessitam dos movimentos sociais para acessar o Estado (TATAGIBA, ABERS, SILVA, 2018, p. 111). As oportunidades de acesso ao Estado diminuem, visto que “a construção de políticas tem uma dimensão relacional, na medida em que seus resultados dependem das interações entre atores políticos e atores sociais estratégicos, em condições institucionais e conjunturais dadas” (2018, p. 106). Assim, entende-se que a representação política, através dos movimentos sociais, permeia relações instituídas historicamente e que podem se transformar em oportunidade, caso o governo esteja alinhado com o projeto político do movimento, ou em ameaça, caso as divergências impeçam a participação ou o avanço das reivindicações dos sujeitos que compõe o movimento.

Neste cenário de confrontos, um dos articuladores entre os interesses da sociedade ou de grupos de interesse e o Estado, são os partidos políticos, que se definem como “organizações formalmente constituídas em torno de um projeto político, que buscam influenciar ou ser protagonistas no processo de decisão pública e administração do aparelho governamental” (SECCHI, 2014, p. 110). Os recursos disponíveis aos partidos políticos excedem a de grupos de interesse ou movimentos sociais, pois se utilizam da ideia de representação política formal para reivindicar sua participação no Estado. Os partidos políticos representam interesses amplos da sociedade e articulam sua ação com base em um projeto político que abarque diferentes áreas da vida em sociedade. Resumidamente, pode-se dizer que os agentes envolvidos na construção de políticas públicas representam não apenas um olhar técnico sobre um determinado problema, mas uma forma particular de solução destes problemas, com base em projetos políticos. As políticas públicas (soluções para problemas públicos da sociedade) podem estar alinhadas ou não com determinados projetos políticos, o que envolve os recursos disponíveis aos grupos de interesse, mas também os conflitos presentes nas relações entre governos, partidos políticos, movimentos sociais etc. (TATAGIBA, ABERS, SILVA, 2018).

Azevedo (2003), ao discutir sobre a implementação de políticas públicas, afirma que “política pública é tudo o que um governo faz e deixa de fazer, com todos os impactos de suas ações e de suas omissões” (AZEVEDO, 2003, p. 38). O autor refere-se ao fato de que a omissão de um governo em determinada demanda, é, na verdade, uma ação deliberada, voltada para grupos de interesse que se beneficiam com a omissão do Estado. Um exemplo que demonstra esta relação, é a falta de investimento em políticas de preservação da Amazônia, aonde a omissão do governo beneficia grupos que lucram com o desmatamento da floresta.

Assim, entende-se que as políticas públicas, mesmo após sua criação, sofrem influências dos governos que assumem, temporariamente, o protagonismo na gestão dos recursos do Estado. Desta maneira, é necessário destacar as diferenças entre “Políticas de Governo” e “Políticas de Estado”. As Políticas de Governo, como o nome sugere, são políticas ligadas aos interesses, visão de mundo e prioridades de determinados grupos de interesse que compõe e/ou influenciam o governo. Estas políticas podem e devem estar alinhadas aos interesses da população, considerando que, em um sistema eleitoral democrático, são as propostas dos partidos políticos que motivam a população a elegê-los. Mas não há necessidade nessa relação, pois determinadas políticas de governo podem estar alinhadas aos interesses particulares de indivíduos, empresas ou grupos de interesse menores, em detrimento dos interesses da maioria da população. Outro aspecto das políticas de governo é a temporalidade, sendo que de tempos em tempos as disputas e alianças políticas alteram a relação de prioridades do Estado. Desta forma, entende-se que as políticas de governo permeiam relações de interesse que estão constantemente em disputa (SOUZA, 2003; 2006; REIS, 2003; AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015).

Já as Políticas de Estado implicam uma construção institucional mais duradoura, de forma que as relações de disputa e a temporalidade das políticas seja menor ou criem, ao longo de sua estatização, instrumentos para amenizar a influência dos grupos de interesse na execução da política (DIAS et al., 2011). Além disso, as Políticas de Estado são construídas com participação da sociedade, criando ou fortalecendo a credibilidade das políticas públicas, a partir do controle e monitoramento da sociedade. Contudo, existem outras formas de transferir credibilidade para as ações do Estado, como destacado por Souza (2006):

A credibilidade baseia-se na existência de regras claras em contraposição à discricionariedade dos decisores públicos e burocratas, a qual levaria à inconsistência. Além do mais, a discricionariedade gera altos custos de transação. Assim, a discricionariedade, de acordo com esta visão, seria minimizada ou eliminada, delegando poder a instituições bem desenhadas e “independentes” do jogo político e fora da influência dos ciclos eleitorais. (SOUZA, 2006, p. 35).

A autora põe em aspas o termo “independentes” por entender que mesmo dentro da burocracia de Estado ou com instituições fortes de fiscalização, a influência política e econômica de grupos de interesse exerce força sobre os rumos das políticas públicas. Por este motivo, Souza (2006) destaca que a credibilidade, muitas vezes, é buscada a partir de instituições paralelas à disputa eleitoral, mas não ao político. Estas instituições, que trazem credibilidade para as ações dos Governos, podem ser nacionais ou internacionais e contam com um processo técnico de avaliação das políticas (SOUZA, 2006, p. 36).

Em suma, as políticas de Estado estão mais intrinsecamente vinculadas a processos políticos e históricos que resultam num processo de institucionalização que criam barreiras aos desejos e interesses governamentais. Pode-se considerar, como exemplo de política de Estado, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) — uma política pública construída com a participação direta de diferentes segmentos sociais, diferentes movimentos sociais, dentro de uma agenda de reivindicações populares nas décadas de 1970 e 1980 e que conquistou o *status* constitucional, em 1988. O SUS, que nasce dos movimentos sociais e da luta pela Reforma Sanitária, completou 30 anos em 2020, passando por diferentes governos e dezenas de gestores, ministros e burocratas, com visões e projetos políticos distintos e, por vezes, contrários aos princípios da política. Apesar disso, mesmo sofrendo com ataques e medidas de enfraquecimento do SUS, como contenções orçamentárias, abertura para o setor privado, entre outras, a política de saúde brasileira se mantém como uma política de Estado, com presença em todo território nacional e forte participação popular, na gestão, monitoramento e avaliação da política pública (SILVA; BATISTA; SANTOS, 2017; MESQUITA, 2019).

Na análise sobre políticas públicas, compreende-se quais os elementos que compõe a elaboração das políticas públicas e de que forma a identificação de um problema público transforma-se em ideias e ações possíveis de serem executadas. Esta discussão está intrinsecamente relacionada aos “ciclos das políticas públicas”, presente nas obras de Lasswell (1936) e Simon (1957), mas difundidas especialmente pelo trabalho do cientista político David Easton, no livro “*A Framework for Political Analysis*” (Um quadro para a análise política), publicado em 1965.

Para Easton (1965), o modelo de ciclo das políticas representa um “sistema”, a partir de interações do comportamento político, que contemplam: demanda, apoio, decisão e ação, em um ciclo que se molda ao ambiente (físico, biológico, social e psicológico) ao tempo em que é capaz de resistir a influência deste ambiente. Souza (2006), explica que Easton considera o ciclo como à própria estrutura das políticas públicas, as quais “recebem inputs dos partidos, da mídia

e dos grupos de interesse, que influenciam seus resultados e efeitos” (SOUZA, 2006, p. 24). Segundo Marques (2013), Easton associava a ideia do ciclo “à explicação da dinâmica das políticas, assim como à inserção dessas no funcionamento mais amplo de outros sistemas sociais” (MARQUES, 2013, p. 27). Estes e outros conceitos da obra de Easton (1965) vem sendo atualizados e adaptados por pesquisadores ligados às políticas públicas (RUA, 2009).

Os modelos mais utilizados na literatura, sobre ciclo das políticas públicas, apresentam um processo lógico e sistêmico que, apesar de não haver consenso sobre quantas “etapas” compõe o ciclo, sua representação pode ser resumida por: 1º) Formação da Agenda; 2º) Formulação da Política; 3º) Implementação da Política; e 4º) Avaliação. O modelo escolhido para esta dissertação baseia-se na obra de Howlett, Ramesh e Perl (2013), com ajustes pontuais na nomenclatura das etapas do ciclo – explicadas posteriormente. Considera-se ainda, segundo Ramos e Schabbach (2012), o elemento “monitoramento”, como parte integrante do ciclo das políticas públicas modernas. A figura a seguir apresenta um modelo baseado nestes elementos.

**Figura 4. Modelo de Ciclo das Políticas Públicas.**



Fonte: Elaborado pelo autor, baseado em Howlett, Ramesh e Perl (2013), 2020.

O modelo representado pela Figura 4, traz um ciclo que inicia com a formação da agenda política, onde um determinado problema público é apresentado por interlocutores envolvidos com a problemática. Nesta etapa, os recursos utilizados para transformar um problema em demanda difere de grupo para grupo, podendo inclusive ser supervalorizado, mediante Repertórios de Ação capazes de mobilizar o poder público e a sociedade em prol da resolução do problema. Já na segunda etapa — formulação da política — delimita-se o problema de forma que sua solução seja possível. Esta etapa, que pode ser elaborada com participação popular ou não, sofre influência direta do ambiente político que está inserido. A disputa sobre a forma de se resolver o problema é influenciada pelos recursos de cada grupo de interesse e pelo uso de repertórios que condicionem a política a construção de consensos.

A terceira etapa é comumente apresentadas com diferentes ramificações, que podem incluir o processo de tomada de decisão, definição de recursos, planejamento estratégico, entre outras (MARQUES, 2013). Para este modelo, optou-se por definir a etapa como “implementação da política”, considerando todos os recursos e processos que envolvem a execução de uma política pública. Trata-se do momento em que se define a estratégia de implementação da segunda etapa, a partir dos recursos disponíveis (estruturais, logísticos, financeiros e humanos), além da definição de objetivos, metas, prazos e alcance, bem como a elaboração de indicadores capazes de medir este processo.

A quarta e última etapa, definida como “avaliação”, refere-se à análise dos indicadores construídos durante o processo de implementação, relacionando-os com a formulação da política e seus objetivos. É durante a avaliação que se analisa a eficácia, a eficiência e a efetividade da política, considerando seus resultados reais e comparando-os com os resultados esperados (RAMOS; SCHABBACH, 2012). Percebe-se ainda, a representação do elemento “monitoramento”, no centro do ciclo, mantendo contato com todas as etapas. O monitoramento baseia-se no controle sobre as diferentes etapas, analisando constantemente o processo de criação, formulação, implementação e avaliação da política. Esta etapa, por vezes negligenciada na prática das políticas públicas, é capaz de identificar falhas durante as etapas e promover ajustes que recoloquem a política pública no caminho correto, segundo seus objetivos.

Através do monitoramento, gestores, pesquisadores ou outros agentes podem examinar como a implementação está sendo realizada, se está atingindo seus objetivos, além de verificar que problemas estão interferindo nas ações, processos e consecução dos objetivos previstos. (RAMOS; SCHABBACH, 2012, p. 1280).



Segundo Ramos e Schabbach (2012), o monitoramento de políticas públicas permite realizar ajustes no processo de implementação da política, avaliando as condições operacionais e fazendo a correção dos rumos, quando necessário (RAMOS; SCHABBACH, 2012). Além disso, o monitoramento exige recursos financeiros, cognitivos e organizacionais, o que aumenta os custos para execução da política, mas evita que imprevistos, durante o processo, prejudiquem os resultados esperados pela política (RUA, 2009; RAMOS; SCHABBACH, 2012).

Entende-se que o ciclo representado nestas quatro etapas, mais o monitoramento, não contempla a complexidade envolvida nos processos de criação, elaboração, implementação, avaliação e ajustes das políticas públicas. No entanto, este modelo lógico e sistêmico é utilizado por diferentes políticas públicas, independentemente do problema que se espera solucionar ou o contexto político que esteja inserido. Na prática, estas etapas adaptam-se conforme a configuração política e correlação de forças entre os atores sociais e entre os interesses envolvidos na criação de uma política pública. A mediação e a negociação são categorias que estão presentes tanto nas relações, quanto nas prioridades de uma política, que pode, durante seu ciclo, mudar significativamente seus objetivos.

Marques (2013) avalia que a lógica dos “ciclos” pressupõe um processo muito mais político do que técnico, sustentado pelas relações estabelecidas entre as ideias/ideologias dos sujeitos e nas relações estabelecidas entre estes e as instituições. Em outras palavras, as políticas públicas nascem primeiramente no campo das ideias e dos interesses individuais de grupos políticos, antes de uma formulação embasada no levantamento de dados relevantes para planejar a intervenção do Estado em determinado assunto ou problema público (MARQUES, 2013, p. 44). A cada etapa do ciclo, abrem-se “janelas de oportunidade” para a intervenção dos diferentes grupos de interesse, mediante os recursos e repertórios disponíveis. Além dos recursos e repertórios disponíveis pelos envolvidos na construção da política, o contexto repercute fortemente nas possibilidades de mudanças de uma política pública.

Machado, Leite e Bando (2014), ao analisarem o processo de criação das agendas políticas ligadas ao suicídio no Brasil, afirmam que além da constatação de um problema público é necessário haver um ‘clima favorável’ para sua implementação. A união destes elementos criam as janelas de oportunidade para criação de uma agenda política, a partir dos repertórios e da correlação de forças sobre a problemática, é capaz de viabilizar a construção de uma política pública. Segundo os autores “essas janelas de oportunidade podem se abrir de forma previsível ou imprevisível como, por exemplo, acontecimentos fortuitos, eventos

institucionalizados como as eleições ou mudanças em arcabouços legislativos e administrativos” (MACHADO; LEITE; BANDO, 2014, p. 341).

Capella (2005), ao revisar a formação de agendas governamentais, traz que as oportunidades de mudanças na formação da agenda, surgem “quando um novo problema consegue atrair a atenção do governo [...], ou quando mudanças são introduzidas na dinâmica política” (CAPELLA, 2005, p. 10). Para a autora, atrair a atenção dos governos envolve diferentes repertórios, como a análise de indicadores, feedbacks sobre resultados parciais da política, ou acontecimentos de alteram as prioridades governamentais naquele momento. Já as oportunidades relacionadas à dinâmica política, referem-se à conjuntura do próprio governo, sua correlação de forças, alteração de quadros ou mudanças no clima nacional.

[...] os grupos de pressão, a opinião pública, as pressões do legislativo e das agências administrativas, os movimentos sociais, o processo eleitoral, entre outros fatores, determina o clima político para a mudança da agenda governamental, podendo tanto favorecer uma mudança, quanto restringi-la. (CAPELLA, 2005, p. 10).

Ademais, Capella (2005) destaca que o processo de monitoramento das políticas públicas é especialmente importante para descoberta destas oportunidades de mudança, tanto na agenda quando no processo de planejamento e implementação da política.

O monitoramento dos gastos, o acompanhamento das atividades de implementação, o cumprimento (ou não) de metas, possíveis reclamações de servidores ou dos cidadãos, e o surgimento de consequências não-antecipadas, são mecanismos que podem trazer os problemas para o centro das atenções dos formuladores de políticas. (CAPELLA, 2005, p. 5).

Assim, entende-se que a cada etapa do ciclo de políticas públicas, abrem-se oportunidades de mudança, que podem ser aproveitadas pelos grupos de interesse, através de seus recursos e repertórios. Da mesma forma, o “clima político” evidencia períodos de ameaça ou possibilidades de mudança nas políticas públicas, que devem ser avaliados constantemente pelos sujeitos, para redefinição de seus Repertórios de Ação.

Destaca-se que a ação governamental está intrinsecamente ligada aos interesses de seu grupo de sustentação, fazendo com que as trocas de governos resultem em possibilidades de mudança nas políticas públicas, criando um cenário solúvel e incerto na perspectiva de continuidade das ações do Estado. Além disso, deve-se compreender que os Repertórios de Ação coletiva contemplam recursos e ações dos diferentes grupos de interesse, e que a escolha destes repertórios definirá se a abertura de uma janela trata oportunidades ou ameaças àquele

grupo. Assim, consideram-se os Repertórios de Ação coletiva como um recurso imaterial para a implementação de políticas públicas.

No entanto, além dos Repertórios de Ação e janelas de oportunidade, os sujeitos que participam da construção das políticas são especialmente importantes para o processo, tendo um impacto direto na forma com que um problema público será transformado em política pública. O cientista político John Wells Kingdon, no livro “*Agendas, Alternatives, and Public Policies*”, de 1984, já alertava sobre a importância dos agentes políticos para inclusão de propostas na agenda governamental. Para Kingdon, os sujeitos presentes no processo de elaboração de uma política pública, nos diferentes espaços da política (técnicos, burocratas, políticos etc.), influenciam, em menor ou maior medida, na formação de agendas e na criação de políticas públicas (KINGDON, 1984).

Souza (2006), ao comentar sobre os participantes da construção de políticas públicas, traz que estes sujeitos podem ser classificados como atores políticos visíveis (presidentes, prefeitos, vereadores, deputados, ministros, senadores etc.) e atores invisíveis (analistas, pesquisadores, servidores públicos, movimentos sociais, entre outros). Para a autora, “os participantes visíveis definem a agenda e os invisíveis, as alternativas” (SOUZA, 2006, p. 30), em um processo dialético em que a ação dos atores visíveis sofre influência dos invisíveis e vice-versa. A burocracia e a academia também podem ser vistas como atores políticos invisíveis, evidenciando a ideia de que os sujeitos são capazes de influenciar diretamente na criação de janelas de oportunidade.

Por fim, destaca-se a etapa de “avaliação” como propulsora de mudanças na política pública, sendo este o momento que analisa os resultados e avalia os impactos da política. A avaliação da política pública é o momento em que os resultados são verificados, segundo objetivos pré-definidos, e a interpretação destes dados revelará sua continuidade, ampliação ou redução dentro da agenda de governo.

[...] a avaliação é um instrumento importante para a melhoria da eficiência do gasto público, da qualidade da gestão, do controle social sobre a efetividade da ação do Estado, esse último instrumentalizado pela divulgação de resultados das ações de governo. [...] a avaliação permite aos formuladores e gestores de políticas públicas desenharem políticas mais consistentes, com melhores resultados e melhor utilização dos recursos. (RAMOS; SCHABBACH, 2012, p. 1272-73).

Para as autoras, a avaliação estabelece critérios fundamentais para se decidir se uma política deve continuar a ser implementada ou não, podendo ser realizada de diferentes formas ou por diferentes atores. Segundo o estudo da arte sobre “avaliação de políticas públicas”,

realizado pelas autoras, percebe-se que a etapa de avaliação possui diferentes naturezas e categorias podendo ser: Gerencialista (ligadas a questão fiscal) ou não-gerencialista (ligadas a efetividade e impactos da política); internas (com participação dos atores envolvidos na política), externas (avaliação de especialistas e sem participação na política), mista (com atores internos e externos) ou participativa (com presença dos beneficiários da política pública); e a natureza da avaliação, que pode ser formativa (visando ajustes no processo de implementação) ou somativa (avaliação de metas e objetivos).

Ramos e Schabbach (2012) destacam o momento em que a avaliação é realizada, podendo ser *ex ante*, realizada antes de iniciar a política, formulando “cenários” e avaliando o custo-benefício e custo-efetividade; ou *ex post*, realizada durante e após a implementação, onde se julga a continuidade, ou não, da política pública. A união destes dois momentos de avaliação — *ex ante* e *ex post* — traduzem o impacto que a política teve na realidade, avaliando se o problema que originou a criação da política pública teve alterações, desde sua implementação. (RAMOS; SCHABBACH, 2012).

#### **2.4. Repertórios de Ação Coletiva: contribuições para o debate contemporâneo sobre movimentos sociais e análise dos confrontos políticos.**

Soma-se ao conceito de repertório, um conjunto de teorizações sobre as estruturas de oportunidades, estruturas de mobilização e sobre os movimentos sociais. Estas categorias se unem dentro da Teoria do Processo Político (TPP), a qual visa evidenciar a cultura como elemento chave para a ação coletiva e formação de movimentos sociais (ALONSO, 2009). A TPP soma tradição, cultura, política e história na análise dos movimentos sociais, fazendo a crítica às visões deterministas sobre as lutas sociais e a ação coletiva (TILLY, 2008). Com análises históricas, a TPP traz uma forma de olhar o confronto político a partir das relações entre os sujeitos. Na TPP, considera-se que na medida em que o Estado assume a tarefa de regular a produção e o mercado, possibilita que novos conflitos ascendam dentro da área do confronto político (TILLY, 2008; McADAM; TARROW; TILLY, 2009).

Ao trazer a ideia de “solidariedade” para a análise da ação coletiva, amplia-se o leque de interpretações sobre as “condições materiais” para a luta política e evidencia a importância do elemento “cultura” para interpretação dos Repertórios de Ação. Esta contribuição traz

elementos relevantes para entender a ação dos movimentos sociais e o engajamento dos sujeitos em pautas políticas diversas. Apesar disso, entende-se que a solidariedade e as expressões culturais dos indivíduos não são capazes de gerar a ação coletiva, sendo necessário, para isso, um contexto político favorável para expressão destas categorias.

Segundo Alonso (2009), as Estruturas de Oportunidades Políticas (EOPs) existem a partir das dimensões formais e informais do ambiente político, que abrem ou criam canais para expressão de reivindicações para grupos sociais de fora da política. Estas estruturas podem ser vistas tanto na relação do Estado com a sociedade (menor ou maior repressão), nos espaços de participação política (fóruns, conselhos etc.) e pela presença de aliados políticos (ALONSO, 2009, p. 54-55). As expressões que evidenciam quais são as EOPs presentes em determinado contexto podem favorecer ou prejudicar a luta social e, especialmente, a escolha dos Repertórios de Ação coletiva. Em situações favoráveis, seja pela menor repressão do Estado ou maior apoio dos aliados (mídia, atores políticos, movimentos sociais etc.) as reivindicações ganham força na disputa política. Da mesma forma, oportunidades políticas desfavoráveis tendem a prejudicar, minimizar e até criminalizar as reivindicações de um grupo social (TARROW, 2005; McADAM; TARROW; TILLY, 2009; ALONSO, 2009).

Destaca-se, ainda, a categoria “Estruturas de Mobilização”, referente aos recursos formais presentes no confronto político, como organizações civis, formais e informais, redes sociais e espaços que favorecem a organização política. Para Alonso (2009), a mobilização é “o processo pelo qual um grupo cria solidariedade e adquire controle coletivo sobre os recursos necessários para sua ação” (2009, p. 55). Entretanto, isto só ocorrerá se as oportunidades políticas forem favoráveis aos interesses do coletivo ou do movimento social que lhe representa.

A mobilização baseia-se num conflito entre partes, uma delas momentaneamente ocupando o Estado, enquanto a outra fala em nome da sociedade. Essas posições são variáveis, os atores migram entre elas. Por isso, a análise tem de suplantar as barreiras convencionais que definem “Estado” e “sociedade” como duas entidades coesas e monolíticas. (ALONSO, 2009, p. 56).

A percepção de que os atores sociais migram entre Estado e sociedade é crucial para compreender a dialética envolvida nas estruturas de mobilização. Em suma, a Teoria do Processo Político compreende que o confronto não se resume em “movimentos sociais *versus* Estado”, e sim a uma dinâmica sobre quem detém o poder de decisão sobre a política em determinado contexto. Desta maneira, o Estado e os movimentos sociais deixam de ser

definidos como “atores” do processo político, e passam a ser entendidos como “formas de ação coletiva” (ALONSO, 2009, p. 56).

Desta forma, entende-se, que as estruturas de oportunidade políticas e as estruturas de mobilização referem-se aos acontecimentos macroestruturais, da ordem externa à ação dos movimentos sociais. Estão expressas nos arranjos políticos, econômicos e sociais, em determinado local e conjuntura, os quais podem facilitar ou prejudicar a ação coletiva; ou até mesmo, fortalecer ou enfraquecer a organização e luta dos movimentos sociais. Estas questões podem ser representadas, por exemplo, na troca de governos ou reconfiguração dos grupos de interesse presentes no Estado; crises econômicas, de saúde, políticas, ecológicas, climáticas etc.; comoção popular por um tema ou problema público, com participação da mídia ou através das novas tecnologias de comunicação; entre outras.

Percebe-se que as categorias “Estruturas de Oportunidades Políticas” e “Estruturas de Mobilização” não consideram as determinações materiais objetivas da luta de classes que definem/redefinem o papel do Estado. Antes, estas categorias consideram o posicionamento do Estado como uma questão em disputa, aonde a conjuntura determinará os limites do confronto político e as possibilidades de mobilização das massas ou de grupos políticos das classes trabalhadoras.

Ao considerar estas categorias em relação à construção de uma política pública de prevenção ao suicídio, entende-se que certas circunstâncias ou acontecimentos sociais tendem a contribuir com a inclusão do tema nas agendas de governo, ou de políticas públicas, da mesma maneira com que diferentes acontecimentos tendem a dificultar este processo (CAPELLA, 2005). Sem um olhar atento às formas de mobilização, corre-se o risco de imaginar que a nomeação de um governo que atente para a problemática do suicídio facilitaria a inclusão do tema na agenda política; ou, supor que a nomeação de sujeitos envolvidos com a discussão, para cargos decisórios, dentro da estrutura do Estado, seria suficiente para elaboração de uma política pública ou ainda, presumir que o aumento dos índices de mortalidade por suicídio promoveriam uma conscientização geral da população sobre o tema. Entretanto, a análise sobre as oportunidades políticas não se resume a um ou outro fator, mas ao contexto no qual as estruturas de mobilização se apresentam.

Nesta dissertação, o “contexto” contempla as características conjunturais e particulares do território, a exemplo da cultura, dos sujeitos, das estruturas políticas e das condições materiais postas ao confronto político, em determinado período histórico. Além disso, entende-se que os agentes sociais diferem dos sujeitos/indivíduos envolvidos no confronto político,

sendo o primeiro referente a grupos identificados ou instituições representativas, e o segundo referente a sujeitos individuais, que podem ou não estar alinhados a um coletivo, mas que na ação prática, respondem privativamente por suas ações e estratégias. A partir disso, compreende-se que a análise sobre os Repertórios de Ação dos agentes sociais se faz necessário, no sentido de demonstrar como as oportunidades políticas criadas pelo contexto são aproveitadas, ignoradas ou desperdiçadas pelos indivíduos, ou grupos de interesse envolvidos na construção de políticas públicas.

Assim, após as discussões trazidas até aqui, evidencia-se o significado de “repertório” utilizado nesta dissertação, entendido como um “conjunto de formas de ação” (TILLY, 1978, p. 156). O repertório refere-se ao conjunto de estratégias limitadas e utilizadas por um grupo ou movimento social durante o confronto político. A ideia de repertório compreende que os sujeitos possuem um conjunto limitado de técnicas, modelos e formas de agir em movimentos políticos e pressupõe que cada repertório é composto pelos saberes dos sujeitos, as experiências de movimentos políticos anteriores e o contexto sociopolítico do confronto (TILLY, 1995; 2009; ALONSO, 2009; MCADAM; TARROW; TILLY, 2009). O caráter “limitado” dos repertórios não deve ser lido, no entanto, como uma condição estática. Pelo contrário, os repertórios são dinâmicos, pois, os agentes sociais, os movimentos sociais, no contexto mesmo dos confrontos políticos, podem redefinir suas estratégias de ação, bem como os valores políticos, culturais que orientam suas ações. Assim, o próprio confronto é um espaço importante de avaliação, de modificação, de criação e de recriação dos repertórios.

Um dos principais interlocutores do conceito de Repertórios de Ação Coletiva é o historiador, sociólogo e cientista político Charles Tilly (1929 – 2008), autor de pesquisas que interpretaram as mudanças nos Repertórios de Ação em longos períodos históricos. Alonso e Guimarães (2004) afirmam que Charles Tilly é um dos principais sociólogos contemporâneos e “referência obrigatória para os estudiosos das mobilizações coletivas e para os adeptos da sociologia histórica” (ALONSO; GUIMARÃES, 2004, p. 289). Segundo Gohn (1997), Tilly é responsável por analisar “como as grandes mudanças estruturais afetam os modelos prevaletentes de ação coletiva” (GOHN, 1997, p. 65), apoiado nas teorias clássicas da sociologia, somadas à análise histórica de longa duração.

As análises de Tilly sobre a relação histórica dos confrontos políticos trouxe para as ciências sociais, uma abordagem moderna, que evidencia a importância da formação política dos sujeitos no processo de luta e na própria escolha de Repertórios de Ação. Tilly converge o estudo histórico das lutas sociais, com as teorias sociológicas, formando um diálogo entre

diferentes vertentes teóricas e assumindo uma visão nova sobre o confronto político e ação dos sujeitos coletivos neste confronto. Em seus trabalhos, o autor buscou apresentar análises históricas de longa duração, fazendo comparações com lutas sociais do passado e da atualidade, criticando teorias universalistas, as quais não se fundamentam na experiência empírica da ação coletiva (MCADAM; TARROW; TILLY, 2009; ALONSO, 2009; GOHN, 1997).

A carreira acadêmica de Tilly<sup>15</sup> iniciou em um momento de revisão do marxismo, especialmente devido ao fenômeno da globalização e seus reflexos nas relações de classe sob o capitalismo. Seus estudos caminharam na contramão do reducionismo estrutural e o levaram “ao realismo relacional” (ALONSO; GUIMARÃES, 2004, p. 292). O próprio autor se declarou crítico às explicações clássicas das ciências sociais, apesar de utilizar as categorias do materialismo histórico e de outras vertentes sociológicas em seus estudos históricos. Segundo Alonso e Guimarães (2004), Tilly distanciou-se da lógica sociológica de explicar os efeitos da industrialização na vida social, enfatizando a cultura como elemento chave para compreensão da ação coletiva. Para os autores, seu trabalho contribuiu para que as ciências sociais saíssem do debate “modernidade e pós-modernidade” e avançassem para a análise de processos sociais de larga escala (ALONSO; GUIMARÃES, 2004, p. 296).

Para Gohn (1997), Tilly preocupou-se em analisar “como as grandes mudanças estruturais afetam os modelos prevaletentes de ação coletiva” (GOHN, 1997, p. 65). Segundo a autora, Tilly foi capaz de identificar “como o repertório das ações coletivas desenvolvido por atores relaciona-se com suas formas de associação e com as novas formas que emergem” (p. 65). Em outras palavras, a teoria tillyana traz que, mesmo em movimentos sociais de atuação reconhecidamente inovadora, os Repertórios de Ação mantêm uma relação histórica com confrontos políticos do passado.

A própria escolha do termo “ação coletiva” é utilizada por Tilly para expressar a ligação histórica entre os movimentos sociais e seus repertórios, definida como: "Toda ocasião na qual um conjunto de pessoas confiam e aplicam recursos, incluindo seus próprios esforços, para fins comuns" (TILLY, 1981, p. 17). Esta definição para ação coletiva refere-se a incontáveis formas

---

<sup>15</sup> Charles Tilly iniciou sua carreira acadêmica em 1970 e publicou trabalhos até o ano de sua morte, em 2008. Publicou cerca de 30 livros e centenas de artigos, ensaios e estudos. Foi professor em diversas universidades, na França, Inglaterra e EUA. Atuou como professor nas Universidades de Michigan, Toronto, Harvard, Nova York e Columbia, onde terminou sua carreira no departamento de sociologia da Cambridge University Press. Tilly fundou, em parceria com grandes nomes das ciências sociais, como Doug McAdam e Sidney Tarrow, o Seminário “Studies in contentious politics” – responsável por muitas pesquisas de qualidade no campo das políticas públicas, movimentos sociais e ação coletiva (ALONSO; GUIMARÃES, 2004).



de luta e intensidades, servindo tanto para as rebeliões, ocupações e revoluções, como para as passeatas, petições, abaixo-assinado etc. (GOHN, 1997; TILLY, 2009).

Contudo, o uso amplo do termo “ação coletiva” não significa dizer que toda movimentação se configura como confronto ou como movimento social. Tilly, em seu livro “*Social Movements, 1768-2004*”, de 2004, destaca que é um erro associar a ação coletiva ao movimento social, sem que haja de fato a formação de redes, dentro da ação. Utilizando o movimento ambientalista como exemplo, o autor afirma que não é possível considerar toda e qualquer ação popular em prol da preservação do meio ambiente como parte do movimento ambientalista global. Fazer tal associação é, no mínimo, um exagero por parte de analistas e ativistas, pois mesmo que se tenha relação entre as reivindicações da ação coletiva e o movimento social, estes não possuem relação entre si.

Os analistas muitas vezes confundem a ação coletiva de um movimento com as organizações e redes que apoiam a ação, ou até mesmo consideram as organizações e redes como aquilo que constitui o movimento, identificando, por exemplo, o movimento ambientalista com as pessoas, as redes interpessoais e as organizações defensoras da proteção ao meio ambiente ao invés das campanhas nas quais estão engajadas. (TILLY, 2010, p. 141).

Entende-se que, mesmo havendo consonância de pautas e reivindicações, a ação coletiva de um grupo isoladamente não se configura como movimento social, tampouco pode ser interpretado como parte de um movimento maior, sem que haja uma conexão entre elas — o objeto de estudo desta Dissertação serve como exemplo para isso. O fato de existir uma ação coletiva que reivindique à prevenção ao suicídio no município de Santa Cruz do Sul, não significa dizer que esta ação faz parte de um movimento social maior de prevenção ao suicídio. Esta relação se faz a partir das redes que interligam a ação coletiva ao movimento social, o qual se identifica através da interação entre sujeitos, ativistas, aliados, alvos, autoridades, inimigos e o público, os quais, segundo Tilly (2010), constituem a “textura cambiante dos movimentos sociais” (TILLY, 2010, p. 141).

A partir disso, entende-se que às ações coletivas que mobilizam a pauta de prevenção ao suicídio no país, não se articulam a partir de redes, pois se nota certa individualidade na criação e execução de políticas, nos diferentes estados brasileiros. Para exemplificar, observa-se que a criação da política de prevenção ao suicídio do Distrito Federal, em 2012, parte de um processo político e de referências teóricas que diferem da criação da política de prevenção ao suicídio do Estado do Rio Grande do Sul, elaborada em 2016. Apesar de as políticas terem semelhanças entre si, a primeira surge de um movimento formativo dos trabalhadores de saúde

mental, na lógica de incluir a multidisciplinariedade nas relações de cuidado, aos pacientes com ideação suicida; já a experiência gaúcha, surge de um processo identitário regional, aonde a problemática do suicídio passa a ser compreendida como um problema de saúde pública do território, transferindo para o poder público a tarefa de construir uma política pública.

Contudo, compreende-se que existe uma ligação histórica entre essas duas mobilizações coletivas, relacionada, especialmente, à construção da pauta de prevenção ao suicídio no Brasil e sua convergência com as ações da Organização Mundial da Saúde no país.

Outro exemplo que evidencia a relação histórica entre movimentos sociais, mesmo que não haja relações entre seus atores ou a construção de redes, é a ação coletiva de movimentos sociais que lutam pela saúde mental no Brasil. O movimento da Luta Antimanicomial, atuante a partir da década de 1970, mantém relações intrínsecas com o movimento social da Reforma Psiquiátrica, na década de 1980, e este com os Fóruns de Saúde Mental, na década de 1990, que por sua vez, organizam a ação coletiva para construção da Política Nacional de Saúde Mental. Neste exemplo, cada movimento social é independente em suas pautas, Repertórios de Ação e recursos, mas convergem historicamente como movimentos sociais pela saúde mental brasileira. Estas relações corroboram com a afirmativa de Tilly (2010), aonde diz que “os movimentos sociais têm, inquestionavelmente, uma história específica e interrelacionada” (TILLY, 2010, p. 145).

Assim, a partir das contribuições de Tilly, entende-se que para analisar uma ação coletiva em menor escala (regionais, municipais, de bairro etc.), se faz necessário reconhecer as conexões entre esta ação coletiva e o processo histórico das lutas sociais do território. É a partir deste olhar que será possível identificar os repertórios da ação coletiva e as relações que formam a “textura cambiante dos movimentos sociais”.

Gohn (1997) enfatiza este aspecto da obra de Tilly, afirmando que o autor procura “estabelecer comparações entre diferentes períodos históricos, destacando o repertório das ações coletivas” (GOHN, 1997, p. 67). Através da análise dos Repertórios de Ação, é possível ver a ação coletiva, e relacionar os movimentos inovadores com as práticas de luta históricas, e desta maneira perceber quais adaptações foram necessárias para o contexto e as necessidades de cada movimento. Logo, assim como os operários do século XVIII desenvolveram Repertórios de Ação relacionados ao contexto, como greves e ocupação das fábricas, no contexto do século XIX essas mesmas táticas se desenvolveram para a instrumentalização dos sindicatos, grandes greves e a formação de partidos políticos. Da mesma maneira, os novos Repertórios de Ação, criados no século XIX (panfletos, abaixo-assinado, mobilizações

direcionadas etc.) foram incorporados pelas lutas sociais do século XX. Em suma, entende-se que os Repertórios de Ação coletiva estão em constante modernização, adaptando-se ao contexto dos territórios e aos objetivos da ação coletiva, sem abandonar suas relações históricas com os movimentos do passado.

Segundo Tilly (2010), a modernização dos Repertórios de Ação está relacionada às mudanças do processo político da época, às estruturas de poder e organização política e ao fortalecimento do Estado nacional como organizador da produção. A centralização do poder no Estado e a concentração de capital pela burguesia, deslegitimaram os Repertórios de Ação do século XVIII, ao tempo em que legitimaram os Repertórios de Ação menos agressivos do século XIX. Não se trata de um salto qualitativo dos repertórios dos movimentos sociais ou das organizações de trabalhadores e sim da institucionalização das formas de luta, através do Estado. Este fato remete ao tempo que leva para um novo repertório ser introduzido à ação coletiva, bem como o tempo que leva para este mesmo repertório ser aceito ou repellido pela ação do Estado (TILLY, 2010; ALONSO, 2012).

Segundo Alonso (2012), os repertórios tendem a mudar lentamente, porém, a mudança está associada as transformações sociais modernas, como a urbanização e a industrialização, alterando suas formas conforme o uso, “que adiciona ações bem-sucedidas e subtrai as menos eficientes” (ALONSO, 2012, p. 23). Esta ideia, introduzida pela obra de Tilly, afirma que os sujeitos/indivíduos são capazes de aprender apenas um pequeno número de maneiras alternativas de agir coletivamente durante a vida, reproduzindo, na grande maioria das vezes, as rotinas já utilizadas antes.

Num dado ponto do tempo, o repertório de ações coletivas disponível para uma população é surpreendentemente limitado. Surpreendente, dadas as inúmeras maneiras pelas quais as pessoas podem, em princípio, empregar seus recursos ao perseguir fins comuns. Surpreendente, dadas as muitas maneiras pelas quais os grupos existentes perseguiram seus próprios fins comuns num tempo ou noutro. (TILLY, 1978, p. 151-152 apud ALONSO, 2012, p. 23).

O limite aqui não está relacionado ao conhecimento individual dos sujeitos que compõe a ação coletiva, mas as formas de enfrentamento culturalmente utilizadas ou aceitas pelo coletivo. “Os repertórios não são simplesmente uma propriedade dos atores do movimento; são uma expressão da interação histórica e atual entre eles e seus opositores” (TILLY, 2008, p. 24). Apesar de algumas estratégias de luta serem transmitidas ou ensinadas, os repertórios são aprendidos pelos sujeitos, na prática do confronto político e na interação entre os diferentes

atores sociais. Organizar ações coletivas requer um conjunto de repertórios, adquiridos através de experiências passadas e introduzidas ao contexto atual, de forma planejada ou improvisada.

[...] as pessoas num dado tempo e lugar aprendem a executar um número limitado de rotinas de ação coletiva alternativas, adaptando cada uma a circunstâncias imediatas e às reações de antagonistas, autoridades, aliados, observadores, objetos da ação, e outras pessoas de alguma maneira envolvidas na luta. (TILLY, 1995, p. 27).

Com isso, compreende-se que os Repertórios de Ação tratam de interações e relações entre grandes grupos de sujeitos, e não de ações isoladas ou individuais. O conceito está relacionado à interação entre várias partes. O repertório engloba formas de pensar, desejos, valores, crenças e as mais diversas expressões culturais do indivíduo e do coletivo. É, portanto, um conhecimento social fortalecido nas relações que emergem do confronto, os quais estruturam a ação coletiva e a formação de movimentos sociais (TILLY, 1995; ALONSO, 2012).

Neste sentido, entende-se que a mobilização se traduz como o processo de construção da solidariedade entre sujeitos, que adquirem, dentro da organização política, os instrumentos e recursos necessários para propor ou manter direitos sociais, em um contexto de conflito de classe. Assim, se faz necessário estabelecer o conceito de “movimentos sociais” utilizado nesta dissertação, apresentado por Gohn (1997):

Movimentos sociais são ações sociopolíticas construídas por atores sociais coletivos pertencentes a diferentes classes e camadas sociais, articuladas em certos cenários da conjuntura socioeconômica e política de um país, criando um campo de força social na sociedade civil. As ações se estruturam a partir de repertórios criados sobre temas e problemas em conflitos, litígios e disputas vivenciados pelo grupo na sociedade. As ações desenvolvem um processo social e político-cultural que cria uma identidade coletiva para o movimento, a partir dos interesses em comum. Esta identidade é amalgamada pela força do princípio da solidariedade e construída a partir da base referencial de valores culturais e políticos compartilhados pelo grupo, em espaços coletivos não-institucionalizados. (GOHN, 1997, p. 251).

Para a autora, os movimentos sociais são responsáveis pelo avanço da sociedade, tanto na esfera pública como na privada, contribuindo para o desenvolvimento do território em suas diferentes áreas. Ademais, a atuação dos movimentos sociais contribui para a transformação da sociedade, mas para isso, requer tempo e ação contínua, sendo que seus resultados só poderão ser observados em “períodos de média ou longa duração histórica” (GOHN, 1997, p. 252).

Wautier (2001), ao discutir sobre a ação dos sujeitos e o metabolismo social na contemporaneidade, traz que “conflito e luta são então os eixos sobre os quais vão se construir os movimentos sociais” (WAUTIER, 2001, p. 43). É na luta que os sujeitos encontrarão eco

para suas demandas e reivindicações, assim como é na luta que se desenvolverá os repertórios. É neste processo que se desenvolve a Identidade Coletiva<sup>16</sup>, conceito que contemplará as mais diversas formas de interação e comunicação entre os sujeitos que compõe o movimento social.

Malucci (1988), ao trazer a discussão sobre “oportunidades e constrangimentos”, refere-se às diversas formas de influência, negociação e interação que existe entre os sujeitos, as quais transformam-se, durante o processo político, em “redes de relacionamento” (MELUCCI, 1988, p. 340). O conceito de Redes de Relacionamento complementa a tese das Estruturas de Mobilização apresentado anteriormente, enfatizando a intencionalidade dos sujeitos em recorrer seletivamente aos Repertórios de Ação coletiva. Nesta perspectiva, “a cultura seria uma caixa de ferramentas, composta por símbolos, rituais e visões de mundo, que só adquiririam sentido pelo uso, isto é, quando mobilizados para orientar ações” (ALONSO, 2009, p. 79). Desta maneira, compreende-se que a cultura condiciona o uso dos repertórios de forma intencional e improvisada, interpretando os significados a medida em que são utilizados pela ação coletiva.

Tilly (2008), em sua última atualização sobre o conceito de repertório de ação, introduz esta ideia, dado a veracidade do uso da cultura na Teoria dos Novos Movimentos Sociais (TNMS). O autor introduz o termo *agency* para explicar as possibilidades de interpretação contrária que os sujeitos de um mesmo grupo têm sobre determinado repertório e o termo *performance*<sup>17</sup>, para distinguir as ações improvisadas como unidade mínima do repertório de ação. Assim como no Jazz, *performance* é uma forma de ação que se relaciona diretamente com o contexto imediato, considerando as oportunidades e as ameaças políticas postas naquele momento.

Para compreender a relação do improviso (*performance*) com a ação coletiva, deve-se considerar que o uso repetido de um repertório tende a diminuir sua eficácia à medida que é utilizada no confronto. O “efeito surpresa” é um elemento relevante dentro do confronto político e não deve ser ignorado em análises sobre a ação coletiva. Em suma, Repertórios de Ação pouco

---

<sup>16</sup> A identidade coletiva é uma definição interativa e compartilhada produzida por numerosos indivíduos e relativa às orientações da ação e ao campo de oportunidades e constrangimentos no qual a ação acontece. (MELUCCI, 1988, p. 342).

<sup>17</sup> Como característica particular da obra de Charles Tilly, muitos conceitos estão associados a terminologias oriundas da música, em especial ao Jazz norte americano. O próprio uso do termo “repertório” é uma referência à influência da música nos textos do autor. Outros termos como “partituras sociais” (para definir as interações entre os atores sociais e seus repertórios) e “*script*” (forma de ação prevista no repertório), são apenas alguns exemplos dos termos adotados por Tilly ao longo de sua carreira.

eficazes ou que sejam “comuns” na perspectiva dos opositores, tendem a enfraquecer o movimento social; ou levá-lo a inovar seu repertório de ação.

A eficácia instrumental de um repertório deriva basicamente de sua novidade, de sua habilidade de, temporariamente, pegar desprevenidos oponentes ou autoridades e de criar exemplos de desordem pública que são custosos aos interesses estabelecidos. O uso repetido do mesmo repertório diminui sua eficácia instrumental e, desta forma, encoraja a inovação tática. (McADAM; TARROW; TILLY, 2009, p. 25).

Para os autores, esta necessidade constante de inovação é propulsora da radicalização de certas ações coletivas, as quais assumem táticas extremas de convencimento, chegando a desenvolver Repertórios de Ação violentos. A escalada radical da ação coletiva surge em situações em que repertórios não-violentos não surtem o resultado esperado/desejado, assumindo formas de luta cada vez mais agressivas, a exemplo dos movimentos sociais terroristas do final do século XX e início do século XXI. Todavia, existem Repertórios de Ação que, mesmo sendo repetidamente utilizados, mantêm sua eficácia, devido ao seu sucesso histórico nas lutas sociais. Estes repertórios seguem sendo utilizados pelos movimentos sociais, sem prejuízo das ações inovadoras.

McAdam, Tarrow e Tilly (2009) denominam este efeito como “função expressiva”, a qual, através da lógica, encoraja a persistência ao invés da mudança de Repertórios de Ação.

A lógica expressiva do repertório raramente foi reconhecida, mas ajuda a explicar porque os repertórios convencionais persistem apesar das vantagens instrumentais da inovação. [...] durante os estágios iniciais de um ciclo de protesto, as escolhas táticas feitas por grupos desafiantes expressam sua identificação com os primeiros insurgentes e sinalizam uma definição mais ampla e inclusiva da luta que surge. (McADAM; TARROW; TILLY, 2009, p. 25).

Assim, entende-se que os Repertórios de Ação convencionais, utilizados em diferentes situações e períodos históricos, mantêm sua eficácia em momentos iniciais da ação coletiva, enquanto ações inovadoras não são elaboradas ou aderidas pelos sujeitos que compõe o movimento social. Alguns Repertórios de Ação que mantêm sua função expressiva, são: Greves, utilizadas como estratégia de reivindicação da classe trabalhadora desde a revolução industrial; Ocupações, globalmente utilizadas por movimentos sociais de moradia e de Reforma Agrária; manifestos ou notas de repúdio públicas; panfletagens; passeatas; comícios; abaixo-assinados; entre tantos outros. Cada uma dessas ações sofre alterações conforme o contexto político e cultural em que são utilizadas, porém, sua função expressiva é mantida.

Tilly enfatiza este fenômeno em sua obra, criando, inclusive, uma classificação para as ações coletivas, de forma a dividi-las em três grupos: Competitivas, reativas e proativas. Segundo a síntese de Fonseca e Fiúza (2015), as ações competitivas representam “as rivalidades dentro de um sistema construído” (p. 135), ou seja, ações baseadas no antagonismo de ideias, objetivos e concepções de mundo. Já as ações reativas, segundo os autores, “buscam um modo de defender os direitos dos grupos detentores da ação” (p. 135), vistas com frequência no contexto do mundo do trabalho. E por fim, as ações proativas, as quais visam “reivindicar novos direitos demandados pelos grupos” (p. 136). Entretanto, cabe salientar que as ações coletivas são incertas e seu propósito sofre alterações, dependendo da rigidez ou flexibilidade assumida pelo movimento social (FONSECA; FIÚZA, 2015, p. 135-136).

A partir dos conceitos apresentados até aqui, compreende-se que, tanto a escolha dos Repertórios de Ação, quanto a rigidez ou a flexibilidade de um movimento social, estruturam-se no contexto sociopolítico e na cultura do território e dos sujeitos envolvidos na ação coletiva. Assim como um movimento social opta por fazer uma passeata ou uma panfletagem, devido à eficácia histórica deste repertório de ação, o uso deste repertório dependerá do aceite dos sujeitos que compõe o movimento. Em um contexto favorável, estes repertórios podem ser utilizados sem maiores resistências de seus atores e sujeitos. Contudo, estes mesmos repertórios, utilizados em um contexto desfavorável (a exemplo da conjuntura de pandemia, que solicita a todos o distanciamento social) poderão sofrer represálias, tanto do Estado como da sociedade. Percebe-se, com isso, a eficácia no uso de um repertório está intrinsicamente ligada ao contexto cultural da época.

Este entendimento fez com que Tilly corrigisse seus conceitos, assumindo que:

[...] minha primeira formulação pressupunha que um ator singular (individual ou coletivo) possuía um repertório de meios e o empregava estrategicamente. Foi um erro. Cada rotina no interior de um repertório estabelecido de fato consiste em uma interação entre duas ou mais partes. **Repertórios pertencem a conjuntos de atores em conflito, não a atores isolados.** (TILLY, 1995, p. 30 apud ALONSO, 2012, p. 25, grifo do autor).

Esta nova compreensão do autor enfatiza que um repertório de ação se molda e/ou se adapta conforme a configuração do próprio conflito em que está inserido, somado às experiências de luta já praticadas pelo coletivo e não pelos sujeitos que formam esse coletivo. Os sujeitos que aderem a um ou a outro, ou a vários Repertórios de Ação, o fazem por ocasião do conflito em que estão inseridos, levando em conta o contexto do território.

A partir deste novo entendimento, Tilly introduz o conceito de “rotinas” para explicar as ações relacionadas com “o hábito, a tradição, o costume, a memória, ou seja, a retratos da cultura” (FONSECA; FIÚZA, 2015, p. 137). Se os repertórios são as ações apreendidas por um coletivo durante a história e lutas; as rotinas são os repertórios disponíveis em dado momento e situação, podendo ser utilizadas pelos dois lados do confronto. As rotinas são delimitadas pelos Repertórios de Ação e atuam conforme os interesses de quem as utiliza. Como elas estão ligadas diretamente à cultura, seu uso serve especialmente para a análise de ações coletivas de cunho privado, diferenciando-se dos movimentos ligados ao mundo do trabalho. Por exemplo, no caso das greves, os trabalhadores utilizam este repertório de ação para reivindicar ao patronado demandas específicas; porém, os patrões não podem se utilizar da greve para exigir mais produtividade dos trabalhadores — este é um repertório de ação criado pela classe trabalhadora e serve somente a ela. Em contraponto, as rotinas podem ser utilizadas pelas duas partes de um confronto, no qual o sentido da ação se dá em seu uso. Alonso (2012) explica didaticamente esta questão através do exemplo de um abaixo-assinado pró ou contra o aborto. O tipo de ação é o mesmo e a problemática também, contudo, o uso desta rotina determinará o seu sentido (ALONSO, 2012, p. 26).

Destaca-se que, apesar do termo rotinas evidenciar as características culturais presentes na ação coletiva, conceitualmente esta relação, pouco influí no seu uso. Suponha-se que certos Repertórios de Ação são utilizados “culturalmente” pelos sujeitos, porém, afirmar isto excluiria a lógica da influência cultural na escolha dos repertórios, em diferentes contextos. Tilly traz essa questão ao afirmar que “o repertório muda em conformidade” (TILLY, 1995, p.35 apud ALONSO, 2012, p. 27), referenciando as mudanças de repertório da classe trabalhadora do século XIX, após a consolidação do Estado nacional na Grã-Bretanha. No contexto em que as reivindicações dos grupos sociais passam a ser mediadas pelo Parlamento, criam-se as oportunidades para legitimação de novos Repertórios de Ação, como a formação de partidos políticos, sindicatos, movimentos sociais, greves, comícios etc. Com o tempo, estes repertórios tornaram-se comuns aos diferentes contextos do confronto político, tornando-se expressões culturais da luta de classes.

No entanto, há repertórios que se confundem com expressões culturais, mesmo sem conquistar a legitimação para seu uso dentro do processo histórico das lutas sociais. Um exemplo, é a ação de movimentos sociais terroristas, que se utilizam da violência para reivindicar suas demandas ou para publicização de seus projetos políticos para mundo. Estes movimentos, criam relações culturais com o método terrorista, a fim de justificar seu uso, tanto



para seus membros como para o conjunto da sociedade. Ao relacionarem o terrorismo às expressões religiosas e culturais, estes movimentos buscam legitimar o uso da violência como um repertório de ação culturalmente aceito. Contudo, o terrorismo é uma aberração ao processo de evolução das lutas sociais, pois, utiliza a violência e a morte como método e não como estratégia política.

Charles Tilly, já em seus últimos trabalhos, retoma o debate sobre repertórios em um contexto no qual a cultura ganha destaque dentro dos estudos sociológicos globais. O terrorismo islâmico impulsiona pesquisas sobre os confrontos políticos, saindo da esfera regional e desenvolvendo-se em teorias globais sobre o confronto político (FONSECA; FIÚZA, 2015). É neste momento que a ideia de *performance* se destaca, ao servir para interpretar o uso dos Repertórios de Ação, em uma conjuntura marcada pela disseminação da informação de forma instantânea, contínua e impossível de conter (ALONSO, 2012). Através das mídias digitais e das redes sociais virtuais, os movimentos sociais, de diferentes lugares do planeta, têm a oportunidade de expor suas narrativas e projetos políticos para outros movimentos e sujeitos, rompendo as barreiras geográficas de sua atuação. Além disso, os meios eletrônicos aproximaram sujeitos com reivindicações ou visões de mundo similares, transformando o planeta em uma “aldeia global” de movimentos sociais (McADAM; TARROW; TILLY, 2009, p. 36).

A possibilidade de compartilhar reivindicações com grupos ou sujeitos, em tempo real e sem barreiras espaciais, traz uma nova relação entre os sujeitos e o confronto político. Estas novas relações vêm consolidando pautas globais e estratégias de luta, disseminadas especialmente por coletivos e/ou sujeitos ligados a luta feminista, ambientalista, antirracista ou às reivindicações identitárias. Um exemplo da força e alcance destas “aldeias globais”, capazes de aproximar os movimentos sociais de sujeitos em diferentes lugares do mundo, aconteceu em junho de 2020, quando o movimento social “*Black Lives Matter*” ganhou destaque mundial após promover uma série de protestos contra o racismo nos EUA. Estes protestos foram replicados em dezenas de países, envolvendo atores sociais, partidos políticos e indivíduos do mundo todo, identificados com a luta contra ao racismo.

Neste sentido, entende-se que as reivindicações ligadas à prevenção do suicídio, podem ser vistas como um movimento global, especialmente por ter a Organização Mundial da Saúde como um de seus principais atores. A campanha Setembro Amarelo®, trazida para o Brasil pela Associação Nacional de Psiquiatria, em 2014, é um exemplo de movimento global, replicado em diferentes países e acolhido por grupos e sujeitos ligados a pauta da prevenção ao suicídio.

A campanha faz relação com o movimento “Dia Mundial de Prevenção do Suicídio”, instituído pela OMS no dia 10 de setembro. O amarelo, por sua vez, simboliza a campanha de prevenção ao suicídio, chamada “*Yellow Ribbon*” (Fita Amarela), datada de 1994, a qual também se tornou um movimento global, impulsionado por país de vítimas de suicídio.

Assim, considerando o contexto do século XXI, marcado pela globalização e pelo avanço das tecnologias de informação, o ativismo migrou para estruturas transnacionais e o Estado nacional deixou de ser o único alvo das mobilizações sociais. Estas novas estruturas de mobilização são analisadas pela Teoria dos Novos Movimentos Sociais (TNMS), que analisa a ação política de movimentos marcados pela politização da vida privada e reivindicações ligadas a afirmação de novas identidades (GOHN, 2008).

[...] neste novo século, observa-se que novíssimos sujeitos entraram em cena, como os movimentos sociais anti ou alterglobalização. Várias lutas sociais se internacionalizam rapidamente, novos conflitos sociais eclodiram, abrangendo diferentes temáticas que vão da biodiversidade, lutas e demandas étnicas, até as lutas religiosas de diferentes seitas e crenças. Essas temáticas criam novas agendas e propostas ou projetos sociopolíticos variados, como a do biopoder. (GOHN, 2008, p. 440).

Para a autora, estes novos movimentos são responsáveis por organizar movimentos sociais locais, regionais, nacionais e transnacionais, a partir de Repertórios de Ação Coletiva, compartilhados culturalmente ou através de redes sociopolíticas, como fóruns, plenárias, colegiados, conselhos etc. (GOHN, 2008, p. 440). O alvo destes novos movimentos sociais não é o Estado, tampouco os padrões ou a classe dominante, mas a Sociedade Civil. O projeto político destes movimentos globais difere das lutas ligadas ao mundo do trabalho, que visavam, como pauta máxima, o fim da exploração pelo trabalho ou a construção das bases de uma nova sociedade. Os movimentos sociais globais contemporâneos, visam conscientizar a sociedade para as questões identitárias ou para os diferentes estilos de vida, sem criticar à estrutura social capitalista. Exemplos destes novos estilos de vida se expressam nas lutas por direitos individuais como o direito ao aborto, ao relacionamento homossexual, a livre manifestação religiosa, entre outros.

Os novos movimentos sociais seriam, então, antes grupos ou minorias que grandes coletivos. Suas demandas seriam simbólicas, girando em torno do reconhecimento de identidades ou de estilos de vida. Recorreriam à ação direta, pacífica, baseada numa organização fluída, não hierárquica, descentralizada, desburocratizada. (ALONSO, 2009, p. 67).

Os novos movimentos sociais, apesar de estarem relacionados às minorias sociais, contemplam, por vezes, grandes grupos de indivíduos, formando, por vezes, instituições que transcendem o território e atravessam longos períodos histórico. Alguns exemplos seriam os movimentos feministas, movimento contra o racismo e segregação racial, ações coletivas de trabalhadores do campo, movimentos ambientalistas e a luta contra o preconceito dos homossexuais e transexuais. Percebe-se que estes grupos representam uma parcela significativa da sociedade e que sua identidade não está conectada exclusivamente com a categoria de classe. Estes novos movimentos sociais não atuam a partir de uma pauta única, tampouco existe uma direção orgânica do movimento. A ação coletiva destes novos movimentos sociais representa um momento único do confronto político, marcando pela polarização de ideias e projetos políticos, tendo à disposição uma rede de informação e comunicação global e instantânea, através da internet.

Com isso, apresenta-se uma última categoria da obra de Charles Tilly, a qual dialoga diretamente com a TNMS. Trata-se do conceito de *framing*, que deriva da tese de *Frame Analysis*, publicada em 1974 pelo sociólogo Erving Goffman. Em seu estudo sobre políticas públicas, Goffman buscou compreender como as interpretações de informações são capazes de influenciar na tomada de decisões, especialmente na etapa de formação de uma agenda política. Simplificadamente, a teoria goffmaniana explica que as informações produzidas pelos movimentos sociais são selecionadas de forma a atingir indivíduos ou coletivos, segundo suas intenções, encaixando-as em determinados “quadros” (*frame*), os quais determinam a própria compreensão sobre a informação.

O modo em que um movimento social enquadra um problema é um dos indicadores da sua tendência para formar a opinião pública. Os quadros (*frames*) servem como “andaimos conceituais” para a construção de novas ideologias ou para modificar as atualmente existentes. Os quadros não estão fixados em padrões de conversação culturalmente assimilados; ao contrário, os ativistas e os afiliados num movimento social têm grande responsabilidade sobre o processo de enquadramento. (NUNES, 2013, p. 264).

Tilly (2006), introduz a categoria *frame* no conceito de Repertórios de Ação coletiva para sinalizar as ações aparentemente improvisadas dos movimentos sociais. A ação, mesmo aquelas aparentemente improvisadas, atuam dentro de roteiros, ou *scripts*. Para o autor, a improvisação na ação coletiva se orienta pelas interações do próprio movimento, de forma agrupada e apreendida pelo movimento, seguindo um *script* estabelecido pelos membros do movimento (NUNES, 2013).

As terminologias utilizadas por Tilly ao longo de sua carreira, oriundas de conceitos ligados à música, expressam mais do que uma elegante conceituação teórica sobre a ação dos movimentos sociais. Simbolizam o que de fato se evidencia na arena dos conflitos políticos e sociais da atualidade. Os movimentos sociais, assim como os músicos de uma banda, ensaiam e planejam suas apresentações em conformidade aos interesses de seu público. Para os movimentos sociais, a escolha dos repertórios definirá a eficácia da ação coletiva e está projetará as oportunidades e ameaças ao movimento, bem como o *framing* e a *performance*, ditarão o alcance que as ações coletivas terão, dentro do contexto cultural, ao qual o movimento social está inserido.

Por fim, considerando os conceitos e discussões trazidos neste item, os quais estruturam o referencial teórico desta dissertação, espera-se justificar o uso do conceito de Repertórios de Ação coletiva de Tilly. A obra de Tilly auxilia na compreensão da ação coletiva, ao entendê-la como reflexo de um processo histórico e cultural de aprendizagem dos sujeitos, sobre formas de luta e estratégias de reivindicação. Esta compreensão, que atenta para a menor unidade da luta social, contribui para desvendar de que forma o contexto e as expressões do território definem/redefinem os Repertórios de Ação dos sujeitos, coletivos, movimentos sociais, partidos políticos ou de uma classe social.

Desta forma, entende-se que a ação coletiva é a origem da própria política e os movimentos sociais são as entidades capazes de canalizar as reivindicações populares, transformar em ação e com isso conquistar espaço de reivindicação, dentro e fora do Estado. No entanto, a ação coletiva não se faz sem resistência, de ambos os lados do confronto político, em um processo constante de disputas, ameaças e oportunidades, e é neste processo que se faz a escolha dos Repertórios de Ação, condicionados ao contexto do confronto. Assim, ao analisar os Repertórios de Ação coletiva de sujeitos envolvidos com a construção de uma política de prevenção ao suicídio, com critério e autenticidade, é possível perceber quais as janelas de oportunidade presentes no território e projetar cenários para o futuro. A partir deste conhecimento, cria-se as condições de mudança da ação coletiva, servindo àqueles que se dedicam a tarefa histórica de construir políticas públicas e sociais no Brasil.

### **3. POLÍTICAS DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL**

O primeiro recorte empírico deste trabalho está na escolha do território que servirá como cenário para as análises sobre a construção de uma política de prevenção ao suicídio. Este recorte é necessário, dado a complexidade da temática e a quantidade de determinações presentes no objeto de estudo, sendo imprudente considerar que tal análise pudesse ser realizada em um território maior, considerando o tempo disponível para conclusão de uma dissertação. Além do mais, a escolha do programa de pós-graduação é especialmente relevante, pois, traz consigo uma base conceitual que dialoga diretamente com os objetivos da pesquisa e fornece os meios para sua elaboração, dentro da área interdisciplinar do Desenvolvimento Regional.

Neste sentido, destaca-se primeiramente o recorte territorial, referente ao município de Santa Cruz do Sul (RS), o qual possui uma relação direta com a problemática do suicídio, sendo, atualmente, um dos locais com as maiores taxas de suicídio do país. (MOURA, 2016). Atualmente, a Região do Vale do Rio Pardo, da qual o município faz parte, possui a maior taxa de suicídios do Estado do Rio Grande do Sul e do Brasil, com uma média de 19,6 mortes a cada 100 mil habitantes e de 127,4 tentativas de suicídio, na mesma proporção (SIM/DATASUS, 2020; SINAN, 2019). Em números absolutos, foram registradas 119 mortes autoprovocadas em Santa Cruz do Sul, entre 2014 e 2020, com uma variação de 18 a 25 casos por ano, sendo, atualmente o sexto município gaúcho com maior número de casos, apesar de ser a 14ª em número de habitantes (SIM/DATASUS, 2018; IBGE, 2010).

Com uma população estimada em 130.416 habitantes (IBGE, 2019), Santa Cruz do Sul é o município mais populoso e a principal referência econômica, política e de oferta e serviços e bens coletivos (saúde, educação) no Vale do Rio Pardo. Sua economia está baseada, majoritariamente, no beneficiamento da folha do tabaco e na produção e distribuição de cigarros, através das indústrias multinacionais, instaladas na região. Com a presença de fumageiras transnacionais e uma cadeia produtiva importante para a região, o município possui um Produto Interno Bruto (PIB) superior a R\$ 8 bilhões, com um PIB per capita de R\$ 63.536,14 (IBGE, 2019). Além disso, o município registra os melhores índices de IDHM (0,773), IDHM Renda (0,782) e IDHM Educação (0,693) da região. Possui ainda o segundo melhor índice do IDHM Longevidade (0,852) e coeficiente de Gini (0,49) do Vale do Rio Pardo, ambos liderados pelo município de Encruzilhada do Sul (PNUD, 2018). Entretanto, no Índice

de Theil, que avalia a distribuição de renda, o município aparece em 18º lugar no ranking dos municípios que compõem a região do COREDE Vale do Rio Pardo<sup>18</sup>, com uma média de 0,42, estando abaixo da média regional (0,4) (PETRY; SILVEIRA, 2017).

Estes dados demonstram quantas variáveis são possíveis delimitar sobre um território ou problemática de pesquisa, traduzindo características socioeconômicas e de saúde, importantes para a interpretação do fenômeno do suicídio em Santa Cruz do Sul. Entende-se que os índices de desenvolvimento humano (IDHM), o coeficiente de Gini e o índice de Theil, trazem elementos que contribuem para uma análise ampliada sobre o fenômeno do suicídio na região e para formulação de políticas de prevenção. Estes e outros dados serão analisados com maior atenção ao longo deste capítulo, fazendo um processo comparativo com municípios próximos ou que mantenham relações políticas, econômicas e culturais com o território analisado. Neste sentido, a interpretação de dados quantitativos é utilizada como complemento às análises qualitativas deste trabalho, fornecendo subsídios para a discussão e delimitando recortes empíricos de análise.

Todavia, o objetivo deste capítulo é apresentar a discussão sobre políticas de prevenção ao suicídio em Santa Cruz do Sul, a partir do processo histórico de construção desta pauta na discussão pública, evidenciando atores, sujeitos e eventos relevantes a este processo. Para isso, além de informações relacionadas à dados e indicadores, se faz necessário apresentar parte do material coletado com a pesquisa, através das Entrevistas semiestruturadas. Neste sentido, serão apresentados os depoimentos de membros do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul (CMPS) e de sujeitos envolvidos com a problemática do suicídio no território nas últimas décadas. Estes depoimentos serão contextualizados a partir do trabalho de revisão bibliográfica realizada, que contemplou teses, dissertações, artigos científicos, reportagens jornalísticas, materiais publicitários; mas, também, através do levantamento de dados primários relacionados com o território objeto do estudo. Juntas, estas informações formam a base empírica deste estudo e são utilizadas para a compreensão da dinâmica de construção e uso dos Repertórios de Ação coletiva dos agentes envolvidos na construção de uma política de prevenção ao suicídio no município estudado.

---

<sup>18</sup> O Conselho Regional de Desenvolvimento do Vale do Rio Pardo – Corede/VRP, contempla os seguintes municípios: Arroio do Tigre, Boqueirão do Leão, Candelária, Encruzilhada do Sul, Estrela Velha, General Câmara, Herveiras, Ibarama, Lagoa Bonita do Sul, Mato Leitão, Pantano Grande, Passa Sete, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul, Segredo, Sinimbu, Sobradinho, Tunas, Vale do Sol, Vale Verde, Venâncio Aires e Vera Cruz. (COREDE/VRP, 2020).

Primeiramente, é necessário destacar que o município possui diferentes iniciativas voltadas à prevenção ao suicídio e sujeitos engajados com esta problemática, tanto no meio acadêmico, quanto na ação prática dos serviços de saúde mental e de urgência e emergência em saúde. Pode-se dizer que existe uma rede de sujeitos voltados à prevenção do suicídio, formada por profissionais da saúde, assistência social e educação, vinculados ao poder público; professores e pesquisadores da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC); e membros de instituições, públicas e privadas, que interagem entre si.

O espaço aonde a rede se manifesta, de forma mais expressiva, é através do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio. Este espaço está presente e atuante no território desde 2015, sendo um espaço de discussões sobre as diversas questões que envolvem o suicídio e as tentativas de suicídio em Santa Cruz do Sul. A atuação deste Comitê é especialmente importante para o objeto de estudo desta Dissertação, pois é o espaço na qual as discussões se transformam em ações e os sujeitos envolvidos com a problemática encontram um espaço importante de avaliação de seus Repertórios de Ação, sendo o próprio Comitê uma expressão do processo de construção de repertórios.

A partir deste espaço — que apesar de não ser institucionalizado, mantém um contato próximo com o poder público — é que se inicia a construção de uma política de prevenção ao suicídio no município. Além do mais, este Comitê surge em um contexto com determinações importantes para compreender como se formam as estruturas de oportunidade política e as estruturas de mobilização e como os movimentos sociais se utilizam de projetos alternativos para influenciar na ação do Estado. Contudo, esta discussão será feita no próximo capítulo.

Em um segundo momento, destaca-se a relação cultural do território com a problemática do suicídio e as expressões e formações culturais dos sujeitos que influenciam na ação coletiva. Entende-se — com base na literatura trazida no capítulo anterior — que a cultura tem expressivo valor na análise dos Repertórios de Ação e suas expressões influenciam na interação dos sujeitos com o confronto político e com outros sujeitos. Para sustentar esta reflexão, apresentam-se os relatos sobre militância política, participação em espaços de discussão ou movimentos sociais e a avaliação pessoal dos entrevistados sobre a conjuntura política atual<sup>19</sup>. Questionou-se ainda de que forma os sujeitos que participam do Comitê influenciaram na ação política dos indivíduos e vice-versa, visando identificar as relações criadas durante a ação coletiva. Através destes elementos e com a análise histórica sobre a formação do CMPS,

---

<sup>19</sup> As questões referentes ao tema estão presentes no roteiro de entrevista, que está no “Apêndice A” deste trabalho.

apresentam-se considerações sobre o uso deste espaço como repertório de ação e como mediador entre as reivindicações da sociedade civil com o Estado.

Para além dos objetivos da pesquisa, este capítulo traz contribuições para o debate sobre o Desenvolvimento Regional na Região do Vale do Rio Pardo, apresentando reflexões sobre os conceitos de território, região, regionalização e desenvolvimento. Trata-se de uma discussão incipiente, baseada em concepções de autores contemporâneos e que vincularam suas pesquisas ao campo de estudo desta dissertação. Neste sentido, destacam-se as dissertações e teses defendidas no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional (PPGDR/UNISC), ao qual este trabalho está vinculado, reconhecendo as contribuições do Programa em seus mais de 25 anos de existência.

Para isso, divide-se este capítulo em três itens. O primeiro traz a discussão sobre o desenvolvimento regional na região, com informações relevantes sobre o campo de estudo e suas determinações ligadas a construção de uma política de prevenção ao suicídio. O segundo item apresenta uma sistematização de dados epidemiológicos relacionados ao suicídio na região, com representações cartográficas, gráficas e apresentação de tabelas sobre diferentes informações do território. Por fim, apresenta-se a discussão sobre políticas públicas de prevenção ao suicídio em Santa Cruz do Sul, a partir da formação do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio.

### **3.1. O campo de estudo: Santa Cruz do Sul e a dinâmica de Desenvolvimento Regional no Vale do Rio Pardo**

Milton Santos dizia o seguinte: “o território é a arena da oposição entre o mercado [...] e a sociedade civil” (SANTOS, 2006, p. 175). O autor refere-se, nesta passagem, às influências do mercado no território, o qual afeta e modifica as dinâmicas sociais e as relações humanas, a partir dos interesses singulares de atores hegemônicos. Em contrapartida, a sociedade civil possui interesses genéricos, que resiste à influência do mercado, a partir do conhecimento sistemático do território, seus atores e relações (SANTOS, 2006). Santos, em “A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo. Razão e Emoção”, de 1996<sup>20</sup>, apresenta conceitos sobre os territórios e seu desenvolvimento, a partir de uma visão globalizada de interações e sobre uma perspectiva de totalidade. Considera a totalidade como “um todo de ‘essências’ e como um todo de

---

<sup>20</sup> Para esta Dissertação, utiliza-se a 4ª edição do livro, publicado em 2006, pela Editora da USP.



‘**existências**’, simultaneamente” (2006, p. 79, grifo do autor), enfatizando que a essência de um objeto é tanto fato como possibilidade, dependendo da ação dos sujeitos; entendendo que a totalidade é oculta, até que se apresente suas “particularidades”.

A totalidade como latência é dada pelas suas possibilidades reais, mas histórica e geograficamente irrealizadas. Disponíveis até então, elas se tornam realizadas (historicizadas, geografizadas) através da ação. É a ação que une o Universal ao Particular. Levando o universal ao Lugar, cria uma particularidade. E esta sobreviva como Particular, ao movimento do Todo, para ser ultrapassada pelos novos movimentos. A particularidade ultrapassada precede a universalidade atual e sucede à universalidade defunta. Há, pois, um movimento interativo no qual **particularidade e universalidade fertilizam-se mutuamente**. (SANTOS, 2006, p. 80, grifo do autor).

A partir de Milton Santos, compreende-se que o território está marcado pelas expressões da sociedade capitalista, que molda não apenas o sistema econômico, mas as particularidades de cada território, afetando a produção, as relações, as normas e a ação política dos sujeitos. Entretanto, também a partir de Santos, reconhece-se o valor do território como espaço de resistência e até de influência à ordem hegemônica vigente. É através do território — e sua menor escala, o local — que as dinâmicas sociais e de produção são postas em movimento, revelando, com isso, contradições que alteram a ordem hegemônica e criam formas alternativas de produzir, viver e se relacionar. Neste processo dialético, as particularidades do local se evidenciam em contraste com o global (SANTOS, 2006; ETGES, 2005).

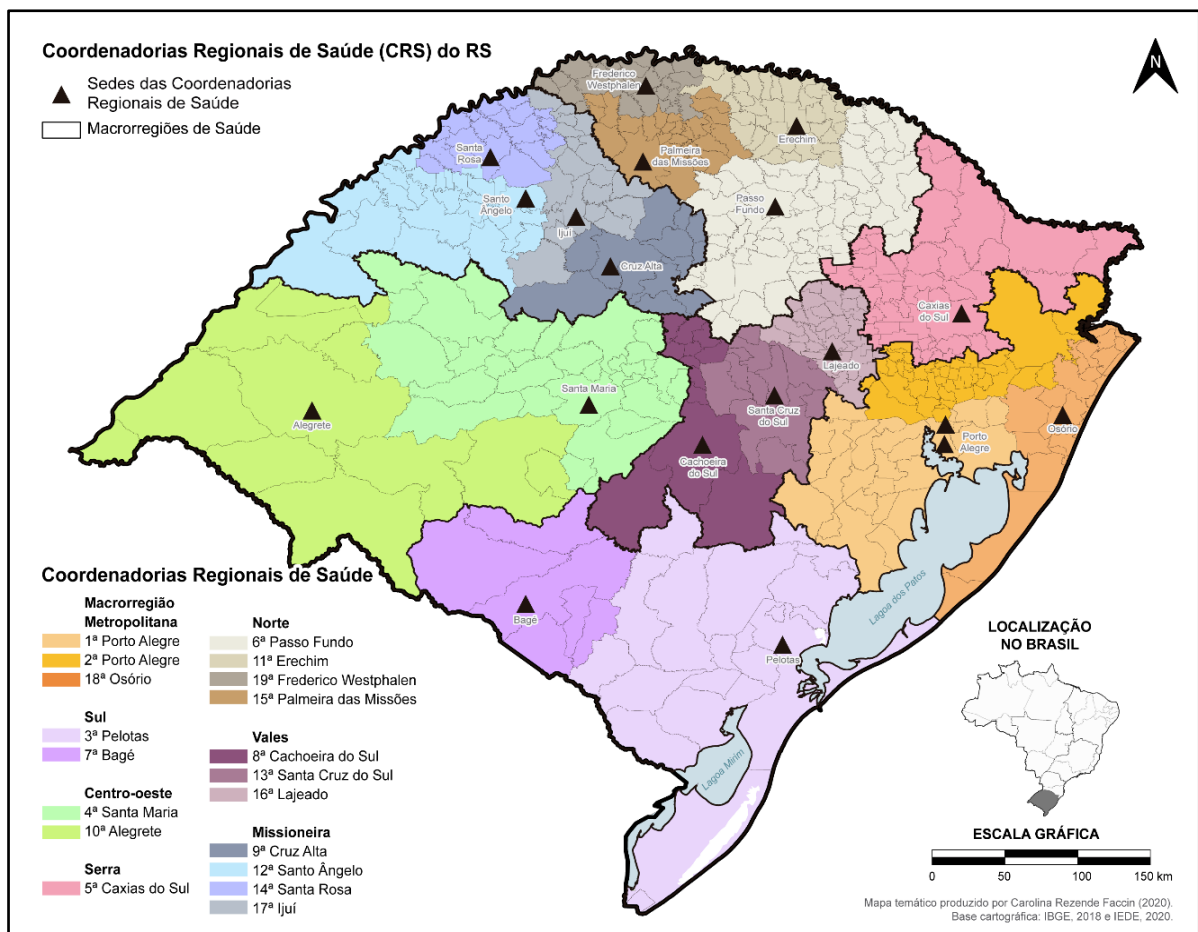
Etges (2005), ao discutir sobre Desenvolvimento Regional Sustentável, levanta a questão trazida por Santos (1996), classificando o desenvolvimento oriundo da influência do mercado sobre o território como desenvolvimento “**sustentado**”; enquanto a interação entre atores regionais (sociedade organizada) e o território, criam o desenvolvimento “**sustentável**” (ETGES, 2005, p. 52-53, grifo do autor). Na perspectiva da autora, a Região ou “escala regional”, é o recorte ideal do território para enfrentar as forças globais, sendo que a escala Local não possui força ou estrutura suficiente para produzir um desenvolvimento sustentável; e as macrorregiões inviabilizam a elaboração de projetos políticos de desenvolvimento, devido sua extensão (2005, p. 53). A ideia da região é criar um recorte territorial que permita estabelecer relação entre os recursos disponíveis e as necessidades da população, fornecendo assim as condições materiais para o seu desenvolvimento, frente aos interesses exógenos expressos no território (ETGES, 2005; FAVARETO et al., 2015).

Neste sentido, entende-se que a escala do município não é a mais adequada para observar um fenômeno como o suicídio, tampouco estabelecer categorias de análise para o processo de criação de uma política de prevenção. Mesmo que o objeto de estudo se refira a

uma política municipal, as relações e interações envolvidas no processo perpassam os limites políticos do município e encontram em escalas que o transcendem (regional, subnacional e, mesmo, nacional) as potencialidades para sua realização (ETGES, 2005).

O recorte regional utilizado nesta Dissertação — “Região do Vale do Rio Pardo” — baseia-se nas delimitações geográficas estabelecidas pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A organização da saúde no território gaúcho consiste em 30 regiões de saúde<sup>21</sup>, coordenadas e planejadas por 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), que juntas formam sete macrorregiões de saúde (SES-RS, 2016, p. 25). O mapa a seguir apresenta o Estado do Rio Grande do Sul com suas respectivas regiões e macrorregiões de saúde, segundo o Plano Estadual de Saúde 2016-2019.

**Mapa 1. Mapa das Macrorregiões e Regiões de Saúde do Rio Grande do Sul.**

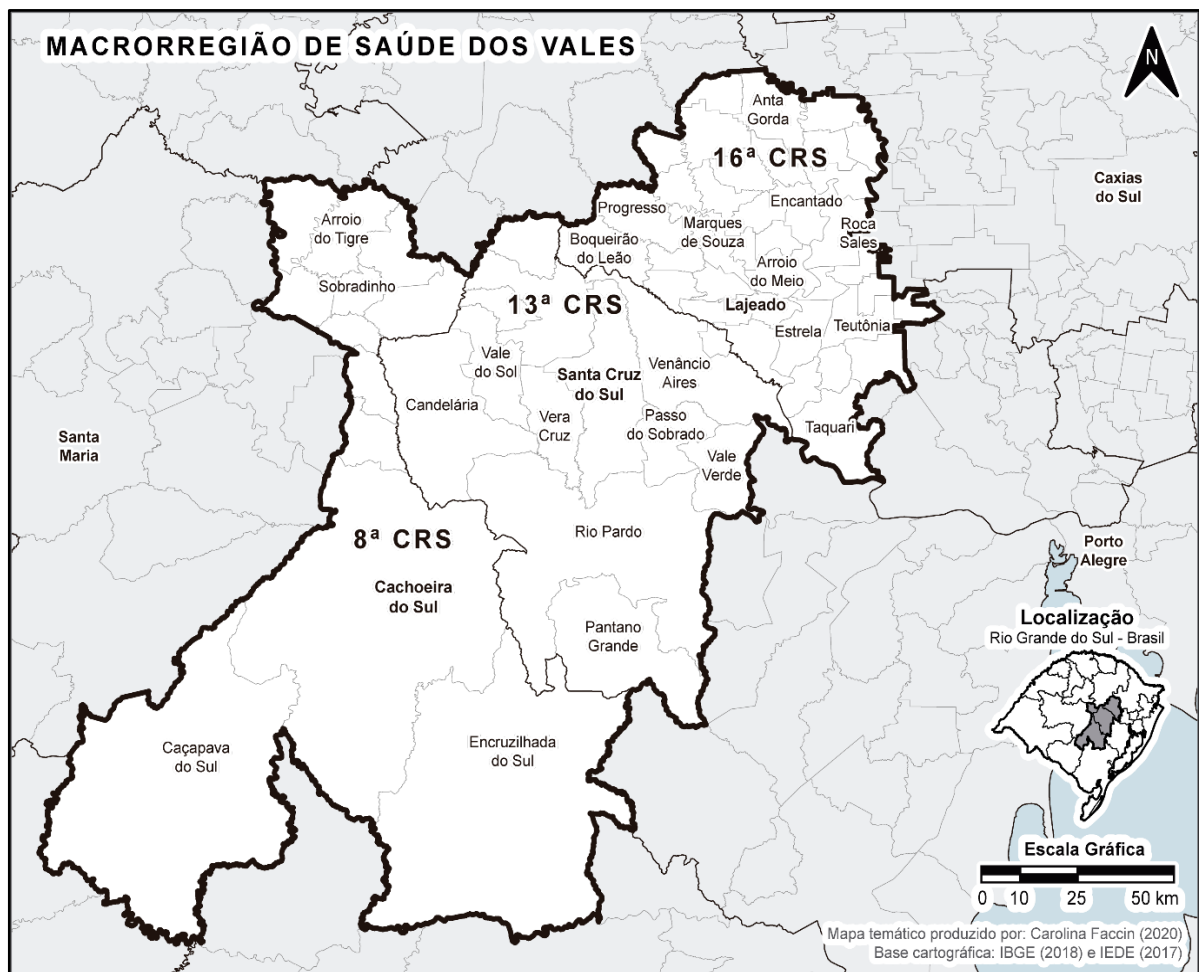


Fonte: IEDE/SES-RS, 2020. Elaborado por: Carolina Rezende Faccin, 2020.

<sup>21</sup> “A Região de Saúde é um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Decreto nº 7508/2011).” (SES-RS, 2016, p. 25).

No Mapa 1, estão representadas, além das regiões e macrorregiões de saúde, as sedes das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, localizadas em municípios estratégicos ou de referência para a gestão do SUS. A Região do Vale do Rio Pardo é a 28ª região de saúde do estado e faz parte da Macrorregião dos Vales, localizada na região central do Rio Grande do Sul, formada por 64 municípios e cerca de 1.000.000 (um milhão) de habitantes. A Região do Vale do Rio Pardo é coordenada pela 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, responsável pelo planejamento e gestão do SUS nos seguintes municípios: Candelária, Gramado Xavier, Herveiras, Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul, Sinimbu, Vale Verde, Vale do Sol, Venâncio Aires e Vera Cruz. O mapa 2, a seguir, apresenta o recorte territorial da Macrorregião dos Vales e respectivas regiões e municípios, incluindo a Região do Vale do Rio Pardo.

**Mapa 2. Mapa da Macrorregião de Saúde dos Vales e respectivos município**



Fonte: IEDE/SES-RS, 2017. Elaborado por: Carolina Rezende Faccin, 2020.

A regionalização da saúde no território gaúcho baseia-se na organização dos serviços de apoio diagnóstico, atendimento ambulatorial e hospitalar, e ações de proteção e prevenção da saúde. Este modelo auxilia no encaminhamento de pacientes com comorbidades de média e alta complexidade de municípios que não possuem tais serviços, como Hospitais, UTIs, CAPS, Residenciais Terapêuticos, entre outros. No Vale do Rio Pardo, por exemplo, apenas Santa Cruz do Sul e Venâncio Aires possuem leitos de Terapia Intensiva e alguns municípios, como Herveiras, Mato Leitão, Passo do Sobrado e Vale Verde não possuem serviço hospitalar algum, sendo necessário o encaminhamento de casos graves para serviços de referência em outros municípios. Além da gestão dos serviços de saúde, as coordenadorias regionais são responsáveis pelo planejamento das ações e campanhas de saúde, identificando demandas emergentes na região e agindo de forma integrada com os gestores municipais (SES-RS, 2016).

Neste sentido, a prevenção ao suicídio na região é uma ação que perpassa o trabalho de gestão da 13ª CRS, a qual, através de sua coordenação de Saúde Mental, organiza e articula a rede psicossocial dos municípios, inclusive no encaminhamento de pacientes com ideação suicida grave ou que necessitem de internação hospitalar. Além da gestão de leitos psiquiátricos, a coordenação de saúde mental da 13ª CRS é responsável pela qualificação dos profissionais de saúde mental; elaboração de políticas, programas e projetos; coordenação das ações estratégicas ou dos planos de ação regionais; fiscalização das condições de trabalho e qualidade dos serviços psicossociais; criação e divulgação de protocolos referentes à saúde mental e diálogo com gestores públicos, entre outras competências (SES-RS, 2016).

Estas ações estão subordinadas à Secretaria de Saúde do estado e as prioridades do Governo estadual, podendo assumir (ou não) diferentes prioridades para cada região de saúde do Rio Grande do Sul. Entretanto, cabe ressaltar que a participação popular, a descentralização na gestão da saúde nos municípios, as articulações e confrontos políticos e eventuais emergências sanitárias do território, afetam diretamente na escolha de prioridades da 13ª CRS e do próprio Governo. No que se refere à prevenção ao suicídio, por exemplo, esta é uma pauta que ainda carece de atenção governamental, apesar de haver certo avanço, mesmo que modesto, na construção de um plano regional de prevenção ao suicídio no Vale do Rio Pardo (STAVIZKI JR; CADONÁ, 2019).

Seja na organização da rede regional de saúde ou na definição de prioridades, o município de Santa Cruz do Sul é tido como um importante articulador destes processos, especialmente por possuir a rede de saúde mais robusta do Vale do Rio Pardo, sendo referência para encaminhamento hospitalar de diversos municípios vizinhos. Além disso, o município

conta com a mais completa rede de Saúde Mental da região, com CAPSIA, CAPS II, CAPS AD III, residenciais terapêuticos e leitos hospitalares para pacientes psiquiátricos.

Outro aspecto que deve ser destacado é a existência da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), que além de ser a única universidade da região possui uma diversificada oferta de cursos da área de formação em saúde, com cursos de graduação em: Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Odontologia, Farmácia, Nutrição, Educação Física, Psicologia, Serviço Social e Estética, além da pós-graduação *stricto sensu* em Promoção da Saúde (mestrado e doutorado). A presença da universidade e respectivos cursos da área da saúde trazem para o município, diferentes serviços de organização regional, a exemplo do Sistema Integrado de Saúde (SIS/UNISC), que oferta atendimentos com médicos, enfermeiros, nutricionistas e psicólogos — inclusive para pacientes com ideação ou tentativa de suicídio. Além destes, a UNISC oferta serviços regionais de fisioterapia, odontologia e assistência jurídica, entre outras. Apesar de haver na região outras instituições de formação em saúde, a UNISC é a única que mantém um Hospital Escola (Hospital Santa Cruz), o que permite estabelecer parcerias e manter relações próximas com outros municípios e participar das ações e campanhas da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde.

Desta forma, entende-se que a Universidade de Santa Cruz do Sul se apresenta como referência regional na área de formação em saúde e mantém uma relação intrínseca com os municípios vizinhos, através da oferta de serviços regionais. Para além da oferta destes serviços, a Universidade mantém laços institucionais com a 13ª CRS, o que cria uma relação entre a instituição de ensino e a coordenação da saúde no território. Esta relação está explícita no compromisso institucional da Universidade, em que firmasse:

“compromisso com a comunidade e realidade regional, que se traduz em um perfil institucional definido a partir das características do modelo comunitário de universidade e das demandas e necessidades da região, em políticas institucionais de ensino, pesquisa e extensão, bem como na participação do poder público e da sociedade civil organizada nos órgãos colegiados da Universidade” (UNISC, 2020, s/p.).

Em outras palavras, a UNISC age como espaço de articulação entre as necessidades da região e seus atores sociais, a partir de sua estrutura organizativa comunitária e condicionada à conjuntura econômica, política e social do território. A relevância da UNISC para a formação de profissionais de saúde e a possibilidade de participação da sociedade civil nos espaços de planejamento da Universidade, torna a instituição em um espaço importante para discussão das prioridades em saúde do Vale do Rio Pardo. Assim, compreende-se que a Universidade de Santa

Cruz do Sul participa diretamente da articulação do diálogo entre os indivíduos e o poder público, podendo assumir o protagonismo de certas problematizações, seja através de um posicionamento institucional ou através da produção científica/socialização do conhecimento científico (extensão universitária).

Para além da presença da Universidade ou da relevância do município na estrutura de saúde da região, a relação de Santa Cruz do Sul com o desenvolvimento regional se destaca especialmente pela produção de riqueza baseada, majoritariamente, no beneficiamento industrial de tabaco. O município abriga o maior complexo industrial de tabaco do país, o que repercute fortemente na estrutura e organização do território, além de ser considerado um fator determinante no grau de desenvolvimento econômico e social do Vale do Rio Pardo (CADONÁ, 2015; PETRY; SILVEIRA, 2017). Entretanto, apesar do impacto econômico para o desenvolvimento, a produção de tabaco na região possui reflexos contraditórios ao desenvolvimento dos municípios (VOGT, 1994; ETGES, 2001).

Etges (2001), ao discutir sobre o processo de globalização na Região do Vale do Rio Pardo, relata que a produção de tabaco é essencialmente agrícola e realizada em diversos municípios no Sul do Brasil, porém, 80% do seu beneficiamento (preparação da folha para uso industrial) é realizado nos municípios de Vera Cruz, Venâncio Aires, Rio Pardo e, principalmente, Santa Cruz do Sul (ETGES, 2001, p. 8). A centralização deste beneficiamento e conseqüentemente a produção industrial necessária, se expressa na distribuição desigual da riqueza gerada pela agricultura, absorvida na forma de retorno fiscal (IPI, ICMS, PIS, CONFINS etc.) por estes quatro municípios. Esta dinâmica da cadeia produtiva do tabaco na região, faz com que os municípios com maior grau de desenvolvimento industrial concentrem a produção da riqueza da região, abrindo caminho para o monopólio industrial na região, encabeçado por empresas transnacionais. A autora enfatiza, ainda, que apesar de haver um crescimento econômico através da produção do tabaco, a região concentra alguns dos municípios mais pobres do Estado do Rio Grande do Sul.

[...] trata-se de uma região que produz um dos principais produtos de exportação do Estado do Rio Grande do Sul e do país, que gera lucros fantásticos às empresas do setor, ao mesmo tempo em que tem contribuído, historicamente, de forma marcante, na arrecadação de impostos em nível nacional, na medida em que, em média, 66% do preço de uma carteira de cigarros corresponde a impostos, recolhidos aos cofres públicos. Cabe ressaltar, entretanto, que ao longo dos últimos anos aproximadamente 70% da produção do tabaco do sul do país vem sendo exportada, ou seja, não sofre incidência de impostos, mais um fator que tem contribuído para incrementar os lucros fantásticos das empresas do setor. (ETGES, 2001, p. 8).

A partir disso, destaca-se que a compreensão de “desenvolvimento” não se limita as determinações econômicas de um território ou ao seu grau de produção de riqueza. No caso do Vale do Rio Pardo, nota-se que as mesmas empresas responsáveis por trazer “desenvolvimento” para os municípios, são também as principais responsáveis pela pobreza e desigualdade da região. Milton Santos (2006) discute este fenômeno a partir da ideia de “gestão externa dos territórios”, onde as empresas passam a exercer poder determinante em um território ou região, condicionando o Estado (gestor oficial do território) a servir aos interesses destas empresas a medida em que avança a globalização da tecnologia e da economia (SANTOS, 2006, p. 164).

Assim, compreende-se que o desenvolvimento econômico da região e do próprio município de Santa Cruz do Sul, traz consigo contradições inerentes a cadeia produtiva do tabaco — principal atividade econômica do Vale do Rio Pardo. Além disso, a ideia de desenvolvimento baseado apenas no crescimento econômico ou industrial de uma região, carrega em si a contradição de um desenvolvimento frágil e que pouco contribui para um desenvolvimento sustentável do território.

A partir do exemplo de Santa Cruz do Sul, percebe-se que a riqueza produzida pelas indústrias fumageiras é ínfimo se comparado à riqueza extraída da região. Neste processo, os municípios, e mais especificamente os agricultores, perdem a maior parte da riqueza produzida para as empresas transnacionais, que transferem essa riqueza para fora do território, ao mesmo tempo, em que produzem um discurso desenvolvimentista, baseado na exploração da agricultura familiar e no próprio enfraquecimento da capacidade de desenvolvimento dos territórios (ETGES, 2001; CADONÁ, 2015).

É importante destacar que a produção de tabaco na Região do Vale do Rio Pardo faz parte de um contexto histórico e cultural da região, ligado às tradições germânica e às famílias de imigrantes alemães, que se estabeleceram no território a partir do século XIX. No contexto cultural, Santa Cruz do Sul é um dos polos da imigração germânica no Brasil, com uma parcela significativa de sua população descendente de imigrantes alemães, muitos destes ligados a agricultura e ao plantio do tabaco por gerações. As marcas da tradição germânica estão expressas nos hinos, nas festas, na comida, na bandeira, na arquitetura, nos logradouros, no sotaque e no dia a dia de centenas de santa-cruzenses.

Vogt (1994), em sua dissertação de mestrado sobre o processo histórico de formação do município de Santa Cruz do Sul, afirma que “o colono produtor de fumo, ainda que detendo a posse dos meios objetivos e subjetivos da produção, sempre esteve subordinado às regras do capital que extorquiou e continua a lhe extrair sobretrabalho” (VOGT, 1994, p. 11). Na análise

histórica do autor sobre o município, destaca que na formação da colônia alemã na região, em 1849, os imigrantes produtores de tabaco estavam subordinados aos comerciantes que intermediavam a venda e o transporte do fumo, e delimitavam o valor dos produtos, conforme seus interesses. A partir de 1917, se inicia a transferência da subordinação ao comerciante para as agroindústrias fumageiras, que a partir da segunda metade do século XX, já possuíam um sistema integrado de fumo, tornando a atividade agrícola em uma ramificação da cadeia industrial do tabaco (VOGT, 1994, p. 12-13).

Os plantadores começam a adquirir insumos provenientes da indústria e fornecem a matéria-prima diretamente para a agroindústria beneficiadora a que estão ligados, eliminando os intermediários. **A agroindústria passa a controlar cabalmente os estágios da produção e da comercialização da matéria-prima sem precisar se apropriar da terra e dos demais meios de produção.** Interfere na forma de produzir e no tempo da produção ao fornecer sementes, insumos, assistência técnica, adiantar meios para a construção de estufas para a secagem das folhas de tabaco, etc., com o intuito de obter a qualidade e a quantidade do produto desejado. (VOGT, 1994, p. 12, grifo do autor).

Esta dinâmica de relações sociais de exploração e de dominação, oriunda do século XIX e aperfeiçoada no século XX, se mantém até hoje na região e nas relações de compra e venda da matéria-prima produzida pelas famílias produtoras de tabaco (COSTA, 2019). A cadeia produtiva do fumo se utiliza da exploração da mão de obra da agricultura familiar e da acumulação do capital produzido na região, para estabelecer sua hegemonia nos territórios. Este processo histórico — mas também contemporâneo — está diretamente relacionado com as estruturas políticas, sociais e culturais do campo de estudo desta dissertação, e mantém, entre outras determinações, relações explícitas com os altos índices de suicídio e de tentativas de suicídio em Santa Cruz do Sul.

Meneghel e Moura (2018), ao analisarem a relação entre suicídio, cultura e trabalho em um município de colonização alemã, afirmam que “nas regiões de imigração alemã, a valorização do trabalho e da poupança como elementos-chave para atingir o êxito econômico, afetaram não apenas os descendentes de imigrantes, mas todos os grupos étnicos que ali vivem” (MENEGHEL; MOURA, 2018, p. 1138). Para as autoras, a tradição trazida com os imigrantes alemães, está arraigada nos princípios morais da ética protestante, especialmente ligada a meritocracia e a conquista de riqueza através do trabalho e acumulação de bens. Nesta lógica, o acúmulo de Capital é visto como uma forma de agradar a Deus e a não acumulação como sinônimo de incompetência, as quais criam sentimentos de fracasso e ruína (MENEGHEL; MOURA, 2018, p. 1138).



Estes condicionantes culturais, que se expressão em uma parcela significativa da população do município de Santa Cruz do Sul, sobretudo no meio rural, traz características únicas para interpretação do fenômeno do suicídio. Além disso, as próprias mudanças conjunturais do território, das relações sociais e econômicas, e o avanço das forças produtivas ligadas a indústria fumageira, criam um contexto onde a exploração da mão de obra de pequenos agricultores torna-se cada vez mais um fator de adoecimento, físico e mental.

Neste sentido, entende-se que o avanço do capitalismo no campo exigiu (e exige) um ritmo de produtividade que não condiz com a rotina e cultura dos agricultores da Região do Vale do Rio Pardo, tampouco da agricultura familiar. A exigência constante para o aumento da produção e qualidade do fumo faz com que estes agricultores não consigam atingir as metas estabelecidas pela indústria e sofram não apenas pela exploração do trabalho, mas pela herança cultural baseada na ética do trabalho. Pois, assim como destacado por Meneghel e Moura, “em culturas tradicionais, como a de agricultores de origem germânica, a ética do trabalho pressupõe que, quando eles não conseguem cumprir os compromissos firmados, podem atentar contra a própria vida” (MENEGHEL; MOURA, 2018, p. 1142). Com isso, compreende-se que este determinante cultural do território é especialmente relevante para análise dos índices de suicídio na Região do Vale do Rio Pardo e no município de Santa Cruz do Sul.

Por fim, destaca-se a dicotomia territorial expressa no campo de estudo, por ser um município que mantém sua economia alicerçada na atividade agrícola ao tempo em que mantém uma alta taxa de urbanização, se comparado aos municípios vizinhos. Em Santa Cruz do Sul, a taxa de urbanização cresceu 12,16% entre 2000 e 2010, chegando a 88,86% da população residindo em áreas urbanas; enquanto no sentido inverso, a população rural decresceu 4,78% no mesmo período, representando, atualmente, cerca de 11% dos residentes do município. Esta disparidade entre população rural e urbana é a maior entre os municípios do Vale do Rio Pardo, que possuem uma média de 40% da população em áreas rurais (PETRY; SILVEIRA, 2017, p. 366). No caso de Santa Cruz do Sul, a relação entre urbanização e desenvolvimento territorial se expressa nas determinações sobre a vida e bem-estar da população. Porém, neste trabalho, compreende-se que urbanização não é sinônimo de desenvolvimento, tampouco existe uma dinâmica relacional entre estas categorias.

Veiga (2002), ao refletir sobre o desenvolvimento territorial, explica que as configurações físicas e naturais de um território influenciam em seu desenvolvimento, assim como as condições de educação, mobilidade, moradia, entre outras características que tornam uma região propícia ao desenvolvimento industrial e urbano. Contudo, as regiões desenvolvem-

se em ritmos diferentes e de forma relacional, o que significa a retração de um território diante do crescimento de outro. Para o autor, a urbanização no Brasil se deu, especialmente na segunda metade do século XX, através de “investimentos públicos em infraestrutura e várias formas de incentivos e regulamentações sobre os investimentos privados” (VEIGA, 2002, p. 12). Este modelo desenvolvimentista, baseado no uso dos recursos do Estado para promoção das áreas urbanas é um dos responsáveis pela dicotomia territorial e pelo aumento da pobreza dos territórios rurais e interioranos do Brasil.

No caso de Santa Cruz do Sul, a vinda das indústrias fumageiras e a formação de um perímetro urbano para locação da mão de obra operária, exigiu do Estado o investimento em políticas de infraestrutura, como saneamento, calçamento, construção de escolas, creches, unidades de saúde etc., o que repercutiu na valorização do espaço urbano. No entanto, estes mesmos investimentos públicos não ocorrem (ou ocorrem em menor proporção) nas áreas rurais, ampliando a desigualdade entre a população rural e urbana do território. Além disso, as empresas transnacionais se utilizam da infraestrutura promovida pelo Estado para aumentar sua produtividade, envolvendo, inclusive, empresas locais na prestação de serviços para a cadeia produtiva. Contudo, o crescimento econômico oriundo destas relações não se evidencia como desenvolvimento territorial, mas como um mecanismo que utiliza recursos públicos em prol do lucro privado, aumentando a desigualdade social, sobretudo no meio rural. O contrassenso está na própria dinâmica produtiva do tabaco, que se apropria da riqueza produzida no território, devolvendo uma pequena parte desta riqueza para o município e região através de impostos, enquanto transfere a maior parte para o capital estrangeiro (ETGES, 2001; COSTA, 2019).

Neste sentido, pode-se afirmar que o município de Santa Cruz do Sul expressa em seu território os reflexos negativos da globalização, tanto na relação com às dinâmicas produtivas e de desenvolvimento, como nas relações do povo com o trabalho. Além disso, a relevância do município para a Região do Vale do Rio Pardo, destaca sua relação com o desenvolvimento regional, expresso nas determinações políticas, econômicas, culturais e históricas do município.

As determinações do território destacadas nesta Dissertação, possuem relações intrínsecas com a problemática do suicídio e com os Repertórios de Ação Coletiva, utilizados no processo de construção de uma política de prevenção ao suicídio no município. Destacam-se entre estas: A regionalização da saúde e suas instituições de planejamento e gestão, a exemplo da 13ª CRS; a importância da Universidade de Santa Cruz do Sul para formação de redes de informação e qualificação de trabalhadores da saúde na região; a relação entre a cadeia produtiva do tabaco e a cultura regional, com destaque para a tradição germânica; as determinações econômicas do

território, destacando a influência das indústrias transnacionais na gestão financeira e política do município; e a dicotomia entre o rural e o urbano decorrentes das contradições da cadeia produtiva do tabaco na Região.

Assim, define-se o campo de estudo como um município polo para o desenvolvimento econômico, cultural e político da Região do Vale do Rio Pardo, concentrando em seu território as principais empresas do setor fumageiro, a única Universidade da região e um conjunto de serviços especializados da saúde e de atividades comerciais (PETRY; SILVEIRA, 2017)<sup>22</sup>.

### **3.2. Investigando o fenômeno do suicídio no município de Santa Cruz do Sul.**

A forma habitual de análise do fenômeno do suicídio em um território é através de sua incidência, baseada em dados epidemiológicos e de mortalidade, os quais quantificam a relação entre população e número de casos relacionados ao suicídio, em determinado período. Sabe-se que o suicídio é responsável por mais de 800 mil mortes anuais no planeta e sua frequência é maior em países de baixa renda ou em condições de desigualdade social (OPAS, 2019). Além disso, sabe-se que este fenômeno se expressa de forma particular em recortes territoriais distintos, como no caso do Estado do Rio Grande do Sul ou da Região do Vale do Rio Pardo, que apresentam um número significativamente maior de suicídios do que a média nacional.

Para esta Dissertação, realizou-se um levantamento atualizado sobre os índices de suicídio da Região do Vale do Rio Pardo, utilizando os recursos disponíveis para agrupar os dados epidemiológicos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e apresentá-los de forma objetiva. Para isso, utilizou-se, além do SIM, os dados epidemiológicos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e o Sistema de Informações de Saúde (TABNET), disponíveis no Banco de Dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Entretanto, as informações relacionadas a “violência autoprovocada” e “óbitos por lesão autoprovocada”, utilizadas para registro das tentativas de suicídio e suicídios, tiveram sua última atualização oficial em 2019, limitando esta análise aos dados até 2018. Além disso, algumas interações basearam-se em dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), considerando a defasagem dos dados desde o último Censo Demográfico, realizado em 2010. Estes dados, que apresentam o fenômeno do suicídio em Santa Cruz do Sul,

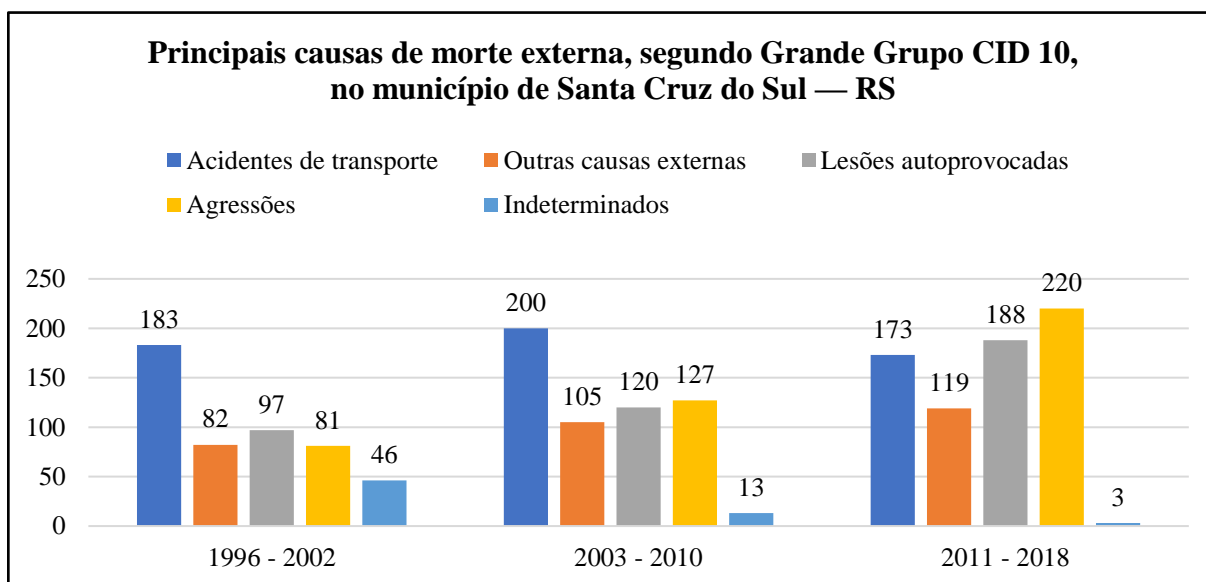
---

<sup>22</sup> Para informações complementares sobre o município e região do Vale do Rio Pardo, sugere-se a leitura do “Plano Estratégico de Desenvolvimento do Vale do Rio Pardo (2015-2030)”, construído em parceria pelo COREDE VRP e UNISC e que traz um diagnóstico robusto sobre diferentes características do território. A íntegra deste plano está disponível em: <<https://repositorio.unisc.br/jspui/handle/11624/1761>>.

em diferentes períodos históricos, estão organizados em gráficos, tabelas e mapas, construídos a partir de recursos do Software Microsoft Excel® e do Software Macromedia Freehand®. Assim, espera-se destacar a importância deste fenômeno no território de análise, apresentando, primeiramente, um comparativo entre o suicídio e as principais causas de morte no município.

Os dados referentes a mortes por causas externas (não consideradas como mortes naturais), classificados por “Grande Grupo CID 10”, mostram que as mortes por lesão autoprovocada representam cerca de 23% das mortes externas ocorridas em Santa Cruz do Sul, entre 1996 e 2018. Esta porcentagem coloca o suicídio como a terceira principal causa de morte externa no município, atrás apenas de “acidentes de transporte” (31%) e “agressões” (24%). Analisando os mesmos dados em períodos diferentes, percebe-se que o suicídio foi a segunda causa de morte externa entre 1996 e 2002 e entre 2011 e 2018, superando, no último período, as mortes causadas por acidentes de transporte. O gráfico a seguir apresenta estas informações, baseado nos dados do Sistema de Informação de Mortalidade do SUS.

**Gráfico 1. Principais causas de morte externa em Santa Cruz do Sul, segundo o Grande Grupo CID10, nos períodos de 1996 a 2002, 2003 a 2010 e 2011 a 2018.**



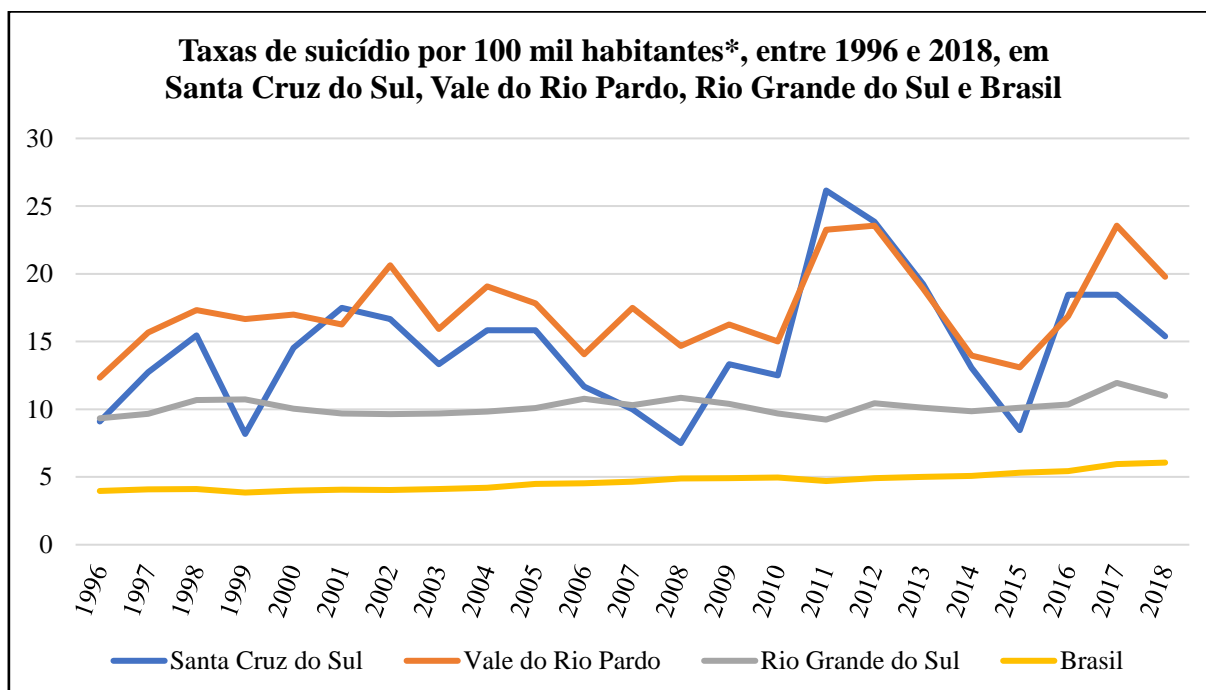
Fonte: SIM-DATASUS, 2020. Organizado pelo autor.

O gráfico demonstra a prevalência das lesões autoprovocadas como uma das principais causas de óbito no município e seu crescimento exponencial com o passar do tempo. Cabe ressaltar que, a partir de 2011, houve mudanças no modelo de declaração de óbito no Brasil, incluindo elementos que detalhavam com maior rigor as causas e circunstâncias da morte. Por este motivo, optou-se por apresentar os dados de forma temporalizada, evidenciando que após

2011 as mortes por suicídio passam a ser registradas com maior critério, o que explica, em parte, o aumento substancial destas mortes no último período. Além disso, sabe-se que algumas mortes classificadas como “causas externas” (quedas, afogamentos, envenenamento, entre outras) podem estar associadas a tentativas de suicídio, assim como o uso abusivo de álcool, entorpecentes, medicamentos etc. (ALMEIDA et al., 2015, p. 521).

Este dado, por si mesmo, evidencia a relevância da discussão do fenômeno do suicídio no município de Santa Cruz do Sul, especialmente por se tratar de uma morte evitável e que historicamente esteve entre as principais causas de óbito no território. No entanto, este fenômeno não está relacionado exclusivamente com o município, mas a todo o contexto regional do Vale do Rio Pardo. Ao analisar os dados de mortalidade dos últimos 22 anos (1996 a 2018), percebe-se uma relação intrínseca entre os dados de Santa Cruz do Sul e do conjunto de municípios que compõe a região. Em uma análise geral, percebe-se a relação entre os dados locais e regionais, especialmente se analisados conjuntamente a série histórica e em comparação com outras escalas territoriais. O gráfico a seguir apresenta um comparativo, através do modelo de linha, das taxas de suicídio por 100 mil habitantes registradas em Santa Cruz do Sul, Vale do Rio Pardo, Rio Grande do Sul e Brasil.

**Gráfico 2. Taxas de óbitos por lesão autoprovocada entre 1996 e 2018.**



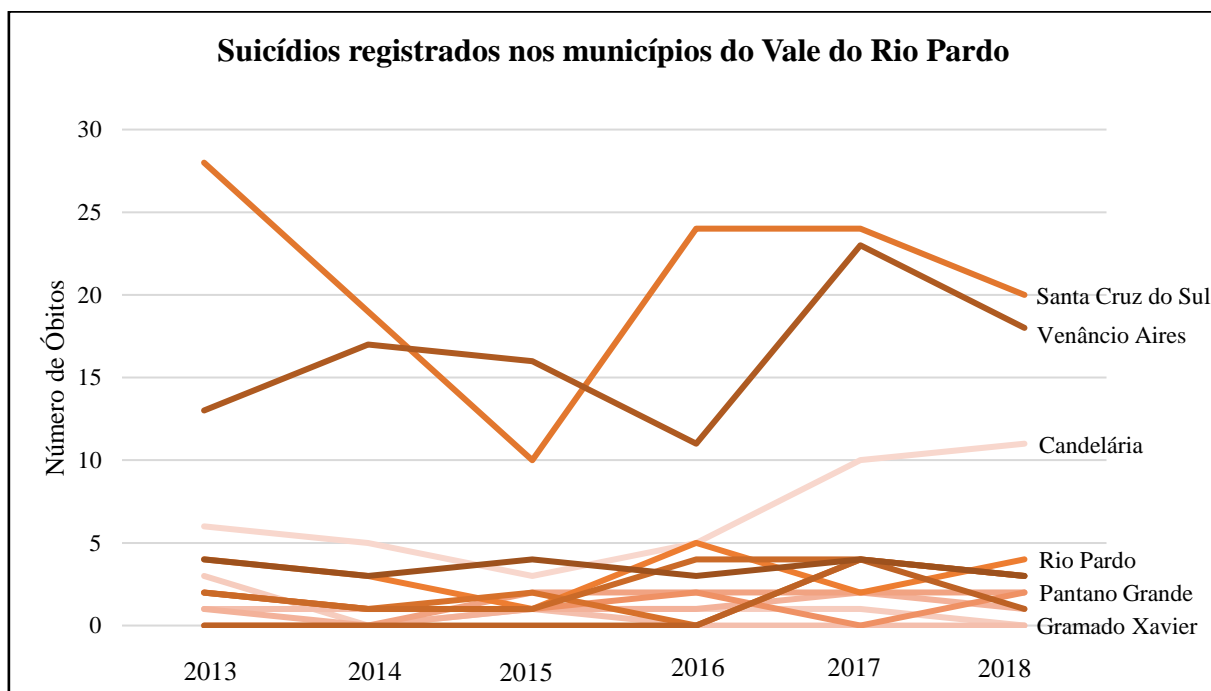
Fonte: Censo IBGE 1990;2000;2010. SINAN/SIM-DATASUS, 2020. Organizado pelo autor.

\*Para calcular as taxas de suicídio, utilizou-se a fórmula: nº de óbitos X 100.000 / nº de habitantes, nos períodos de 1990, 2000, 2010 e 2018 (estimativa IBGE).

Neste gráfico, nota-se a disparidade entre as taxas de mortalidade nacional e estadual, em relação à região e ao município. Percebe-se que a taxa nacional e estadual, apesar da diferença expressiva de seus valores em todo o período analisado, mantém certa estabilidade em seus índices e uma tendência de crescimento modesta. Ambos registram um crescimento de 1% a 3% na relação anual e poucas oscilações durante o período histórico. Em oposição, a Região do Vale do Rio Pardo e o município de Santa Cruz do Sul apresentam oscilações significativas de seus dados, com curtos períodos de estabilidade e uma tendência significativa de crescimento. Além disso, nota-se que certos períodos de oscilação coincidem entre si, com “picos” de mortalidade, similares na região e no município. Uma explicação para este fenômeno é a própria relevância dos dados de Santa Cruz do Sul para a região, especialmente por ser o município com maior número de habitantes e de óbitos por suicídio.

Contudo, nem todos os municípios que compõe o Vale do Rio Pardo possuem números expressivos de mortes autoprovocadas. Alguns, inclusive, mantém a taxa de suicídio em zero, como no caso de Herveiras e Gramado Xavier. Em um comparativo do número absoluto de mortes, registrados entre 2013 e 2018 na região, nota-se que os maiores responsáveis pelas altas taxas da região são os municípios de Santa Cruz do Sul, Venâncio Aires e Candelária. O gráfico a seguir sintetiza isto, a partir de um comparativo em linha do número absoluto de óbitos.

**Gráfico 3. Número absoluto de óbitos por lesão autoprovocada nos municípios da 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul (Vale do Rio Pardo), de 2013 a 2018.**



Neste gráfico, evidencia-se a relevância dos índices de Santa Cruz do Sul, Venâncio Aires e Candelária para as elevadas taxas de suicídio da região e a relação entre os períodos de queda e crescimento do número de mortes. Optou-se por analisar os casos a partir de 2013, pois, alguns municípios não mantinham o registro de suicídio em períodos anteriores. Além disso, entende-se que a análise do número de mortes não é adequada para o comparativo entre municípios. Para isso, apresentam-se na tabela a seguir as taxas de suicídio e tentativas de suicídio em relação à população dos treze municípios da região, segundo dados de 2018.

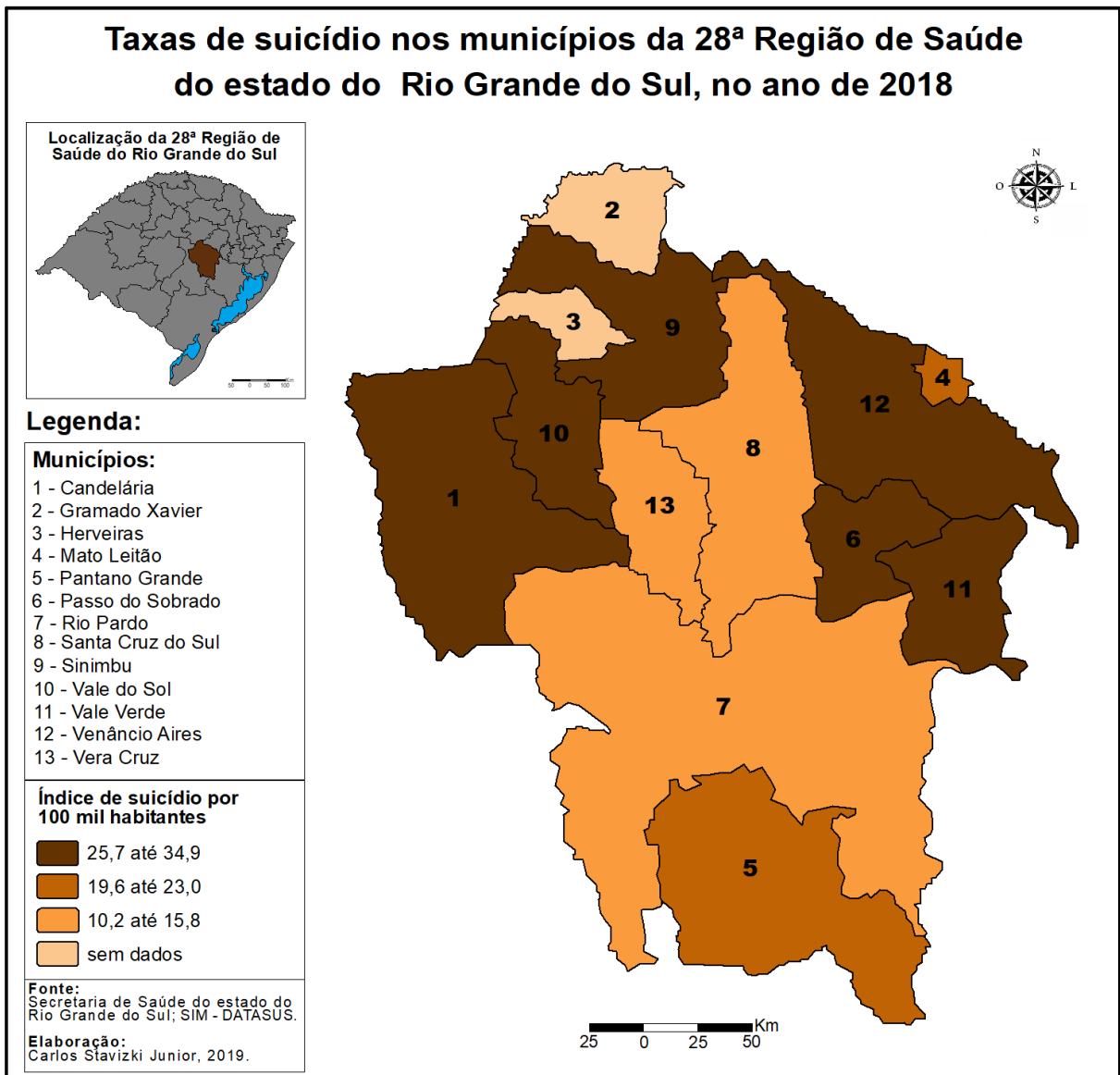
**Tabela 2. Taxas de suicídio e tentativas de suicídio (TS) por 100 mil habitantes nos municípios da 28ª Região de Saúde (Vale do Rio Pardo), em 2018.**

<b>Município</b>	<b>TS</b>	<b>Suicídio</b>	<b>População (Censo 2010)</b>	<b>Tx. TS</b>	<b>Tx. Suicídio</b>
Candelária	56	11	31.475	177,92	34,9
Gramado Xavier	1	0	4.216	23,72	0
Herveiras	4	0	3.065	130,51	0
Mato Leitão	6	1	4.201	142,82	23
Pantano Grande	11	2	9.931	110,76	20,1
Passo do Sobrado	2	2	6.375	31,37	31
Rio Pardo	41	4	38.935	105,30	10,2
Santa Cruz do Sul	160	20	126.082	126,90	15,8
Sinimbu	12	3	10.402	115,36	28,8
Vale do Sol	2	3	11.650	17,17	25,7
Vale Verde	1	1	3.434	29,12	29,1
Venâncio Aires	122	18	69.861	174,63	25,7
Vera Cruz	22	3	25.700	85,60	11,6
<b>Total Vale do Rio Pardo</b>	<b>440</b>	<b>68</b>	<b>345.327</b>	<b>127,42</b>	<b>19,6</b>

Fonte: SINAN/SIM-DATASUS, 2020.

Na relação entre taxas de suicídio, Santa Cruz do Sul aparece com uma taxa de mortalidade menor do que a média regional, 15,8/100 mil e 19,6/100 mil respectivamente, em 2018. Nota-se que a maioria dos municípios possui uma taxa superior à média regional, e com exceção de Rio Pardo, Herveiras e Gramado Xavier, os demais registram taxas superiores à do estado. Contudo, destaca-se que alguns municípios registram taxas de suicídio elevadas apesar do baixo número de mortes, o que pode causar interpretações equivocadas se analisados isoladamente ou sem um comparativo equivalente. Sabe-se que em município com população menor que 5 mil habitantes, uma única morte pode representar taxas superiores à 20/100 mil, sendo necessário um comparativo histórico para perceber tendências. Nestes casos, a melhor forma de observar o fenômeno é através da representação cartográfica.

**Mapa 3. Taxas de suicídio por 100 mil habitantes nos municípios da 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul (Vale do Rio Pardo), em 2018.**



Fonte: SINAN/SIM-DATASUS, 2020. Elaborado pelo autor.

Ao observar o mapa 3, percebe-se como a incidência do suicídio abrange todo território do Vale do Rio Pardo, com uma incidência maior em municípios menos populosos, mas com uma frequência alta no conjunto dos municípios. Ao observar a relação de proximidade entre os municípios com altos índices de mortalidade, nota-se certa relação com o efeito contágio — que explica como a ocorrência de suicídios pode influenciar na incidência de municípios próximos geograficamente (AMARAL, 2019). Neste sentido, a centralidade de Santa Cruz do Sul para a região, não apenas em elementos econômicos, políticos, culturais etc., mas como



espaço geográfico, revela sua importância no debate sobre a prevenção do suicídio no Vale do Rio Pardo.

Destaca-se, ainda, um outro dado relacionado ao suicídio e que vem apresentando elevados números nos municípios da região: as lesões autoprovocadas ou tentativas de suicídio. Desde 2015, tornou-se obrigatório o registro dos atendimentos em estabelecimentos de saúde, referentes a pacientes que tentaram o suicídio. Embora exista uma evidente subnotificação destes dados (DIANI, 2015), percebe-se um aumento das notificações nos últimos anos, especialmente em municípios que possuem Serviços de Emergência ou Hospitais. As notificações de violência autoprovocada são preenchidas pelos profissionais de saúde (não exclusivamente) e encaminhadas aos respectivos serviços de vigilância epidemiológica dos municípios, para posteriormente serem analisadas pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS/RS). A tabela a seguir apresenta o número absoluto de casos de lesão autoprovocada notificados nos municípios da região, entre 2015 e 2018, segundo dados do SINAN.

**Tabela 3. Lesões Autoprovocadas registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação dos municípios da 13ª CRS do Rio Grande do Sul, entre 2015 e 2018.**

<b>Município de Notificação</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Candelária	0	38	44	56
Gramado Xavier	2	2	3	1
Herveiras	1	1	1	4
Mato Leitão	3	6	8	6
Pântano Grande	4	5	9	11
Passo do Sobrado	0	0	0	2
Rio Pardo	4	0	17	4
Santa Cruz do Sul	123	106	133	160
Sinimbu	1	7	8	12
Vale do Sol	0	0	0	2
Vale Verde	0	0	4	1
Venâncio Aires	59	42	123	122
Vera Cruz	7	15	28	22
<b>Total Vale do Rio Pardo</b>	<b>204</b>	<b>222</b>	<b>378</b>	<b>440</b>

Fonte: SINAN/CEVS/SES e DGTI, 2020.

Assim como nos índices de mortalidade, Santa Cruz do Sul e Venâncio Aires lideram o número de notificações autoprovocadas, em parte pelo número de habitantes, mas também pela própria incidência de suicídios no território, sendo ambos dados correlacionados. Segundo

Botega (2014), estima-se que o número de casos de tentativa de suicídio sejam de 10 a 20 vezes maiores que os registros de morte, o que significaria dizer que o número de notificações em Santa Cruz do Sul deveria estar entre 200 e 400 casos, em 2018. Entretanto, entende-se que certas ocorrências não são notificadas por diferentes motivos, sejam elas individuais dos profissionais responsáveis ou pela relação cultural já destacada, que afeta tanto os profissionais de saúde como as próprias vítimas e seus familiares.

A relação da cultura local com a subnotificação de casos de tentativa de suicídio ajuda a explicar o fato de que, em 2018, mesmo tendo a maior taxa de suicídio do estado (19,6/100 mil habitantes), a Região do Vale do Rio Pardo foi a quinta em notificações de violência autoprovocada. A tabela a seguir apresenta a relação completa das regiões de saúde do Rio Grande do Sul e respectivas taxas de suicídio e tentativa de suicídio por 100 mil habitantes.

**Tabela 4. Taxas de suicídio e tentativas de suicídio (TS) total por 100 mil habitantes, referente as Regiões de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul no ano de 2018.**

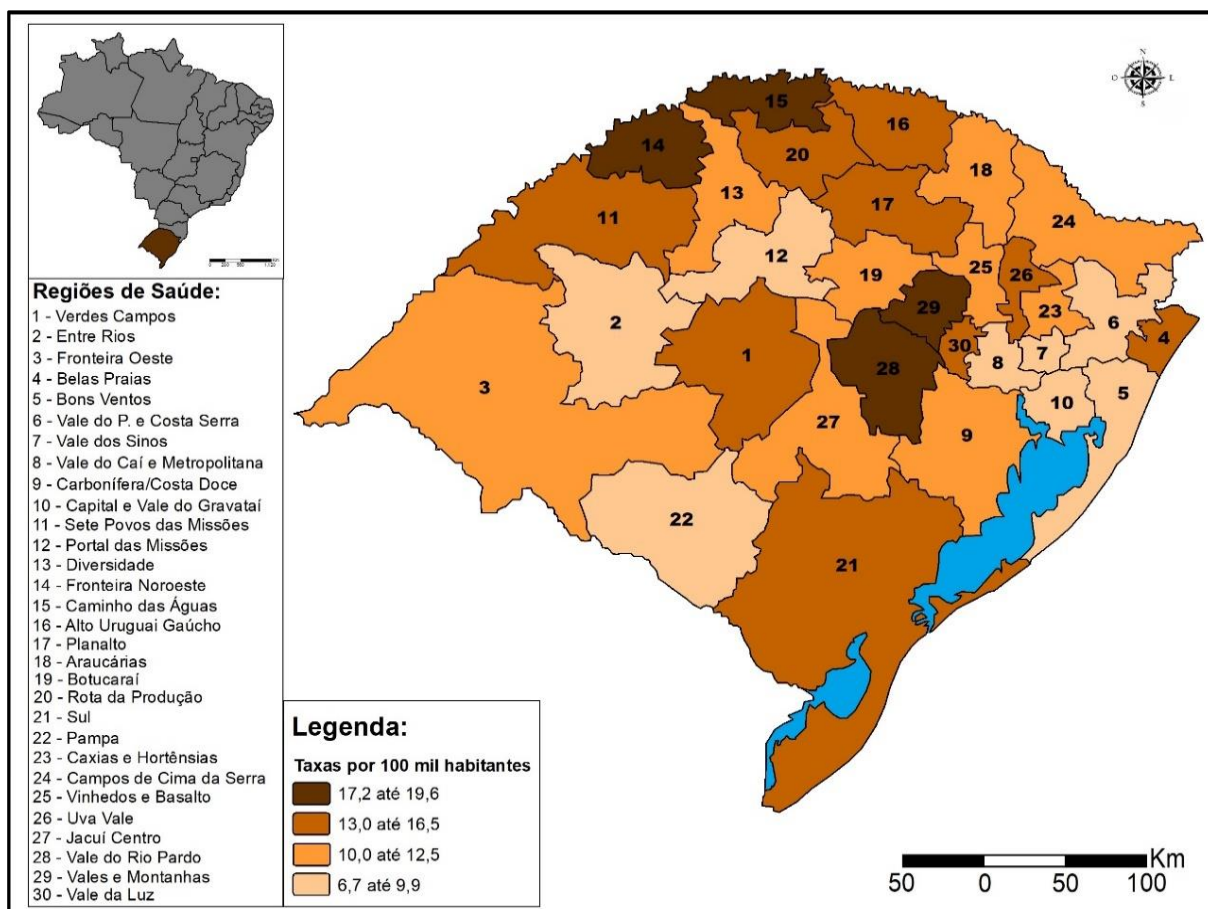
<b>Região de Saúde</b>	<b>Tx. suicídio</b>	<b>Tx. TS</b>	<b>Região de Saúde</b>	<b>Tx. suicídio</b>	<b>Tx. TS</b>
Alto Uruguai Gaúcho	14,2	37,3	Verdes Campos	13	69,7
Planalto	16,5	132,3	Entre Rios	9,4	66,6
Araucárias	10,4	102,4	Fronteira Oeste	11,1	73,9
Botucaraí	10,8	127,8	Belas Praias	15,9	91,2
Rota da Produção	14,9	51,5	Bons Ventos	9,9	40,3
Sul	13,6	64	V.Paranhana/C. Serra	9,2	63
Pampa	8,4	35,2	Vale dos Sinos	7,2	49,5
Caxias e Hortênsias	10	31	Vale Caí/Metropolitana	8,9	85,2
Campos de Cima Serra	12	79,4	Carbonífera/Costa Doce	10,6	72,4
Vinhedos e Basalto	10,9	128,2	Capital/Vale Gravataí	6,7	70,6
Uva Vale	14,3	68,3	Sete Povos Missões	13,3	35,9
Jacuí Centro	12,5	176,7	Portal das Missões	8,3	86,2
Vale do Rio Pardo	19,6	127,4	Diversidade	10,7	79
Vales e Montanhas	18,1	200,5	Fronteira Noroeste	17,2	92,4
Vale da Luz	14,3	115,6	Caminho das Águas	17,7	43,4
<b>Total do estado</b>	<b>10,9</b>	<b>76,6</b>			

Fonte: SINAN/SIM-DATASUS, 2018.

Nota-se que, de modo geral, as taxas de tentativa de suicídio estão relacionadas com as taxas de suicídio, porém, estão abaixo da estimativa de 10 vezes o número de óbitos. Isto indica que a subnotificação é um fato a ser enfrentado pelas políticas públicas já existentes e um alvo para as novas estratégias de prevenção ao suicídio no estado. Para além da relação entre TS e

suicídio, percebe-se que em todas as regiões de saúde do estado, o índice de mortalidade é maior que a média nacional, de 6,1/100 mil habitantes. Ademais, em 17 das 30 regiões, o índice de óbitos por suicídio é superior à média estadual de 10,9/100 mil habitantes, evidenciando a alta incidência de suicídio na maior parte do estado. No mapa a seguir é possível ver a representação das regiões de saúde e suas respectivas taxas de suicídio.

**Mapa 4. Taxas de suicídio nas regiões de saúde do Rio Grande do Sul em 2018.**



Fonte: SIM-DATASUS, 2020. Elaborado pelo autor.

O Mapa 4 demonstra a prevalência do suicídio no Estado do Rio Grande do Sul em todas as regiões e evidencia a maior incidência nas regiões centrais e norte do estado. Destaca-se que o suicídio ocorre com maior frequência em áreas interioranas do território gaúcho. Este fato pode estar relacionado tanto às características locais de cada região, como com a defasagem da oferta de serviços de saúde especializados ou a dificuldade de formar redes de cuidado em regiões interioranas, entre outros motivos. Além disso, destaca-se que as regiões com as maiores taxas de suicídio possuem forte presença da agricultura familiar, o que traz consigo o acesso

facilitado a pesticidas e agrotóxicos — historicamente os produtos mais utilizados para tentativas de suicídio no Brasil (PIRES; CALDAS; RECENA, 2005, p. 599).

Além dos dados epidemiológicos, que são reveladores sobre a incidência de casos e prevalência do suicídio no contexto atual, existem determinações deste fenômeno que permeiam o imaginário e a própria identidade do território e de sua população. Uma demonstração disto está na representação midiática do suicídio no município de Santa Cruz do Sul, que em diferentes momentos, traz o tema para a discussão pública, apesar do tabu que lhe envolve. Um exemplo categórico desta representação pode ser visto na matéria publicada em 2018 pela revista *Veja*®, que rotulou uma das localidades de Santa Cruz do Sul como: “Terra dos Enforcados” — expressão que intitula a matéria. Apesar do apelo sensacionalista do título, a matéria da revista apresenta relatos e depoimentos de moradores da localidade de Monte Alverne (distrito rural de Santa Cruz do Sul) sobre o grande número de suicídios realizados no território, a maioria através do método de enforcamento. Na matéria, o jornalista Solano Nascimento entrevista moradores, médicos, representantes sindicais e empresariais, agricultores e até mesmo o coveiro da localidade para construir sua narrativa. Concluí que o grande número de suicídios está relacionado ao contato dos agricultores com a nicotina (substância presente nas folhas de tabaco) e ao uso excessivo de agrotóxicos no plantio de fumo. A matéria, que gerou críticas e até mesmo um pedido de retratação da revista *Veja*®, por parte de trabalhadores da Secretaria de Saúde de Santa Cruz do Sul, demonstra como o fenômeno do suicídio é representado como uma característica do município.

Moura (2016), em sua tese sobre as narrativas culturais e o suicídio em um município de colonização alemã, identifica características peculiares do território que servem como determinação para os altos índices de suicídio encontrados em Santa Cruz do Sul e na Região do Vale do Rio Pardo. Para a autora, a história da colonização na região se diferencia de outras colônias alemãs no Brasil, especialmente pela falta de presença do Estado na formação destes territórios e pela característica reservada dos imigrantes que ocuparam este espaço no século XIX, e que foram se distanciando de outros povos e criando relações exclusivas entre si.

Bons agricultores, eram considerados imigrantes ideais para povoar vazios demográficos no regime da pequena propriedade. Pela exigência de permanecerem nos lotes, as colônias alemãs ficaram um longo tempo, social e espacialmente distantes da sociedade brasileira, o que contribuiu para o fortalecimento de uma consciência étnica coletiva. Os alemães constituíram uma sociedade étnica, econômica e culturalmente diversa da brasileira e esse fato motivou a eclosão de conflitos, atingindo maior gravidade durante o Estado Novo. (MOURA, 2016, p. 137).

Durante o Estado Novo, entre 1937 e 1946, os imigrantes alemães da região tiveram inúmeras dificuldades para obtenção de apoio do Estado, e tiveram seu trânsito limitado, obrigando-os a suprir suas necessidades materiais através dos recursos disponíveis na região e criando formas alternativas de organização do território. Este processo resultou na formação do “germanismo ou o sentimento de uma etnicidade teuto-brasileira, reforçando o pertencimento cultural e étnico à nação alemã” (MOURA, 2016, p. 137). As expressões culturais dos imigrantes tornaram-se uma forma de proteção para esta comunidade, que passou a exigir o uso da língua alemã nas escolas, no comércio e nos serviços públicos. Estas relações formaram a identidade do território e de seu povo, influenciando nas diferentes relações humanas e conseqüentemente, na própria relação desta comunidade com o ato suicida.

[...] o silenciamento e a negação são usados na cultura local para lidar com situações que produzem vergonha e mal-estar, pelo fato de constituírem condutas eticamente duvidosas, como o uso do trabalho escravo no início da colonização, as altas prevalências de suicídio e o preconceito em tempos mais recentes. (MOURA, 2016, p. 146).

As marcas históricas da colonização alemã e conflitos com o Estado, somado às características culturais ligadas a ética do trabalho e a negação de suas contradições, criaram determinações culturais significativas para compreender o fenômeno do suicídio no território. O município de Santa Cruz do Sul possui estas determinações e guarda em sua história a presença marcante dos altos índices de suicídio e de sua subnotificação.

Os suicídios aconteciam no município e região desde a chegada dos primeiros imigrantes no século XIX. [...] os historiadores da época enumeravam as histórias de suicídios em famílias inteiras, fato que não é possível comprovar pela falta de registros deste período e segundo ele, também porque era comum naquela época, solicitar ao médico da família a ocultação deste dado no documento. (MOURA, 2016, p. 136).

Com o avanço dos mecanismos de informação as subnotificações relacionadas às mortes por suicídio diminuíram e evidenciaram a frequência com que este tipo de morte ocorre na região. Contudo, as subnotificações em relação às tentativas de suicídio ainda são presentes e dificultam o acesso e acompanhamento de pacientes com ideação suicida. Este é um desafio atual para os municípios do Vale do Rio Pardo: superar as contradições históricas em relação ao suicídio.

Com isso, compreende-se que não é por acaso que a região e o município figurem as maiores taxas de suicídio do estado e do país. Trata-se de um fenômeno presente na história de Santa Cruz do Sul, e tem suas origens firmadas na própria constituição do território, de seu

povo e de suas formas de produção. As diferentes determinações do fenômeno do suicídio no campo de estudo desta Dissertação aproximam-se de uma explicação coerente para os altos índices de mortalidade, apesar de não serem capazes de explicar o porquê, de até hoje, o município não possuir uma política específica para prevenção do suicídio.

### **3.3. A discussão sobre políticas públicas de prevenção ao suicídio em Santa Cruz do Sul: os caminhos que resultaram na formação do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio.**

As Entrevistas realizadas durante a elaboração desta Dissertação trazem os acontecimentos que deram origem às reivindicações para construção de uma política pública de prevenção ao suicídio em Santa Cruz do Sul. Esta história, contada por diferentes sujeitos, testemunha sobre um processo recente e ainda incipiente no território. Ao buscar as origens da construção desta pauta no município, resgatou-se uma história com desdobramentos regionais e relatos com informações cruciais para compreender os Repertórios de Ação coletiva e as janelas de oportunidade presentes nesta trajetória.

Assim, apresentam-se os relatos extraídos das Entrevistas semiestruturadas, realizadas com sujeitos que participaram da construção da pauta de prevenção ao suicídio no município em diferentes períodos e sobre diferentes contextos. Entre estes sujeitos, estão trabalhadores da saúde, gestores de serviço, pesquisadores e militantes ligados a saúde mental e à prevenção ao suicídio no território. Visando manter o sigilo dos entrevistados, optou-se por nomeá-los como: Entrevista 1, Entrevista 2, Entrevista 3 etc. Suas profissões e espaços sócio-ocupacionais não são divulgados neste momento, pois, são informações que não interferem na compreensão do contexto histórico dos fatos. Ressalta-se que, devido às normas de distanciamento controlado, instauradas pelo Governo do Rio Grande do Sul em decorrência da epidemia de COVID-19, catorze Entrevistas foram realizadas virtualmente, através de chamadas de vídeo. Outras cinco Entrevistas foram realizadas presencialmente, na primeira semana de março de 2020 (antes, portanto, da confirmação do primeiro caso de Covid-19 na Região do Vale do Rio Pardo). O roteiro das Entrevistas semiestruturadas está em anexo neste trabalho. No entanto, algumas informações apresentadas extrapolam os questionamentos pré-estabelecidos no roteiro. Além dos relatos de Entrevistas, apresentam-se fatos colhidos com a pesquisa documental e bibliográfica.

A visibilidade de uma história de prevenção ao suicídio na Região do Vale do Rio Pardo inicia no ano de 2006, concomitante ao lançamento das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde. O I Seminário Nacional de Prevenção ao Suicídio do Brasil, realizado na cidade de Porto Alegre/RS — palco para o lançamento das Diretrizes — marca o início da construção desta pauta na região. Neste Seminário, participaram atores políticos e profissionais de saúde mental de diferentes municípios da região, os quais, viriam a se destacar como pioneiros na construção de políticas de prevenção. Entretanto, o objeto de estudo se conecta a outros caminhos, sendo necessário limitar o recorte empírico para os acontecimentos diretamente relacionados à construção da política de prevenção ao suicídio no município de Santa Cruz do Sul.

Assim, inicia-se esta história em 2007, no primeiro ano do governo estadual de Yeda Crusius (PSDB), quando foi implementado o Programa de Prevenção à Violência (PPV) — uma política de governo com o objetivo de enfrentar o aumento de mortes violentas no Rio Grande do Sul. Com uma abordagem integrada entre Secretarias de Estado<sup>23</sup>, governos municipais e sociedade civil, o PPV foi implementado nos 50 municípios gaúchos com os mais altos índices de homicídios, suicídios e acidentes de trânsito do estado (SES/RS, 2010). No evento de lançamento do PPV, na cidade de Porto Alegre/RS, alguns profissionais de saúde mental e gestores de serviços de Santa Cruz do Sul, e de outros municípios da região, foram convidados a participar do I Fórum Estadual de Prevenção da Violência e relatar sobre as altas taxas de suicídio da região. A partir deste encontro, teve início o Programa de Prevenção do Suicídio, no âmbito do PVV. Neste programa, foram escolhidos 10 municípios para receber uma série de capacitações e participar de pesquisas ligadas a temática do suicídio. Em Santa Cruz do Sul, duas psicólogas do CAPS II participaram das capacitações e ficaram responsáveis pelo compartilhamento das informações e levantamento de dados, juntamente com a Vigilância Epidemiológica do município. Após estas capacitações, os índices de suicídio do município reduziram 25% em relação ao ano anterior.

Desde que a gente foi para aquele congresso [2007], a gente começou a monitorar e os números começaram a cair. Porque o serviço tinha esse olhar para o suicídio. Antes, nós tínhamos muito mais para o CAPS intensivo, do paciente crônico e psicótico. Ai com a história do suicídio, a gente começou a rever os atendimentos e controlando, a gente viu que houve uma redução [dos suicídios]. (Entrevista 3, 17 de março de 2020).

---

<sup>23</sup> Compunham o PPV, as Secretarias Estaduais da Saúde, Cultura, Educação, Habitação, Segurança Pública, Justiça e do Desenvolvimento Social, Turismo, Esporte e Lazer, Planejamento e Gestão, Ciência e Tecnologia, Administração e dos Recursos Humanos, Fazenda, Casa Civil e Militar (SES/RS, 2010, s/p).

A Entrevistada 3 relaciona a diminuição dos casos com a própria mudança de foco dos serviços de saúde mental, que passaram a perceber a demanda do suicídio e agir de forma preventiva. Esta percepção se reflete nos dados epidemiológicos do município, que registra uma queda da taxa de 10 suicídio para cada 100 mil habitantes, em 2007, para 7,5 para cada 100 mil habitantes em 2008. Cabe destacar que a configuração da gestão municipal na época favorecia essa mudança de paradigma sobre o suicídio, sendo uma medida apoiada pelo prefeito, segundo às Entrevistas. Contudo, 2008 foi o último ano do governo municipal de José Alberto Wenzel (PSDB), que havia também sido Secretário de Saúde do município durante a construção do CAPS II, em 1997; e mantinha uma agenda política atenta às demandas de saúde mental. No governo de sua sucessora, Kelly Moraes (PTB), no período entre 2009 e 2013, não foram implementadas políticas públicas ou projetos voltados à prevenção do suicídio.

Considere-se, no entanto, que a primeira experiência efetiva de construção de uma política pública de prevenção ao suicídio, na Região do Vale do Rio Pardo, tem origem no município de Candelária, no ano de 2009. Na época, o município possuía uma das maiores taxas de suicídio e de tentativas de suicídio da região. Este fato motivou a criação do Programa de Promoção à Vida e Prevenção ao Suicídio (PPS), como política de governo, no primeiro ano do segundo mandato de Lauro Mainardi (PMDB). Destaque-se que o programa nasceu a partir de uma proposta do “Grupo Vida SIM”, formado por três profissionais de saúde do município e um técnico extensionista da Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER/RS). A proposta do grupo consistia na qualificação dos profissionais de saúde do município, visando formar trabalhadores sensíveis ao tema e capazes de identificar fatores de risco para o suicídio. Esta proposta deu continuidade ao PPV no território, amplificado pela iniciativa dos sujeitos que formaram o Grupo Vida SIM, em 2008. Este grupo assumiu a tarefa de coletar os dados sobre suicídio no município e traçaram um perfil epidemiológico das vítimas. Estas informações foram apresentadas à Secretaria Municipal de Saúde. A partir do apoio da gestão de saúde, criou-se o PPS de Candelária, em 2009, com os seguintes objetivos:

Realiza reuniões com a Rede municipal de saúde para sensibilização e informações sobre o tema [do suicídio]; Notificar as tentativas de suicídio e casos consumados; Estabelecer fluxo para os casos (toda tentativa em qualquer ponto da rede chega ao CAPS); Atendimento junto ao CAPS aos pacientes de tentativas; Grupo de atendimento para os sobreviventes; Estudo e anamnese dos casos consumados; Tabulação de dados para montar perfil epidemiológico; Revisão sistemática das declarações de óbito; Eventos para discussão do tema com profissionais e sociedade. (Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, 2010)<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup> Informações colhidas do website do Programa, sem identificação de autoria, publicado em 2010. Disponível em: <<https://prevsuicidiors.wordpress.com/>>, acessado em: 11/08/2020.



Nota-se que os objetivos do PPS se baseiam nas Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio de 2006, especialmente no que se refere ao acompanhamento de pacientes e formação de redes de informação. Mantém, ainda, uma referência ao Programa de Prevenção ao Suicídio vinculado ao PPV, de 2007. Contudo, algumas ações do PPS de Candelária foram inovadoras, como a revisão das declarações de óbito e a construção de um “perfil epidemiológico”, sinalizando uma preocupação com os dados e a qualidade das informações sobre suicídio, produzidas no município. Assim, ao incorporar estas estratégias e transformá-las em uma política pública, Candelária se destaca como o primeiro município do estado a pôr em prática uma política de prevenção ao suicídio no âmbito local. Além disso, logo no primeiro ano de implementação do PPS, o município reduziu em 70% o número de suicídios em seu território, sinalizando para a eficácia das estratégias do programa.

Conte et al. (2012), ao realizarem um estudo de caso sobre o programa de prevenção ao suicídio de Candelária, apresentam uma análise a partir dos relatos de seus participantes, que especificam os motivos para a elaboração do projeto e seus principais objetivos.

O Programa de Promoção à Vida e Prevenção ao Suicídio (PPS) de Candelária (RS) foi organizado com a finalidade de enfrentar uma situação histórica de altos coeficientes de mortalidade por suicídio, tanto na população total quanto na população idosa. (CONTE et al., 2012, p. 2018).

Segundo as autoras, os membros do Grupo Vida SIM identificaram a precariedade da rede de saúde mental do território e a dificuldade de alguns profissionais de saúde em reconhecer fatores de risco para o suicídio e na falta de comunicação entre serviços de atenção básica ou de urgência e o CAPS do município. Além disso, o grupo relatou haver “resistência dos gestores dos serviços para acolher a demanda atendida em urgências” (CONTE et al., 2012, p. 03). Estas dificuldades de comunicação entre serviços de saúde, culminavam no aumento do risco de suicídio para pacientes que já haviam tentado contra sua vida anteriormente. Neste sentido, o relato a seguir é revelador para compreender a dinâmica de encaminhamento de pacientes com risco de suicídio no município, na época de criação do PPS.

*Enfermeira: Em 2008, quando trabalhávamos no grupo que antecedeu à organização do programa, fizemos uma autópsia psicológica em uma família e encontramos uma moça com ideação e plano para o suicídio. Combinamos com ela que seria atendida no serviço de saúde, mas esse atendimento não aconteceu. [...] Técnico: Ela já havia tentado [o suicídio] três vezes. [...] Psicóloga: A gente então argumentou com o serviço que precisava ter atendimento sem agendamento prévio porque é uma situação de urgência. (CONTE et al., 2012, p. 2019, grifo do autor).*

O relato acima refere-se a um caso em que a falta de comunicação entre os serviços de saúde e o não acompanhamento imediato da paciente, resultou na morte autoprovocada — que na visão dos entrevistados poderia ter sido evitada. Os interlocutores, que também são os criadores do PPS de Candelária, trazem esta história para justificar a necessidade de um programa voltado para a formação de redes de comunicação e acompanhamento de pacientes com ideação suicida e para desmistificação do tema entre os profissionais de saúde e comunidade local. Esta compreensão, vista até hoje como uma das principais estratégias para a prevenção ao suicídio, tornou-se o objetivo central da política pública municipal.

A primeira ação estratégica do PPS teve a finalidade de desmistificar o tema da morte por suicídio e, com isto, abrir possibilidades de falar sobre o assunto. A equipe constatou que apesar da elevada prevalência de suicídio na região, ele continuava a se manter como um assunto tabu, do qual se falava em surdina. (CONTE et al., 2012, p. 2020).

A avaliação do programa, que analisou o impacto e a relação de casos de ideação suicídio, acompanhados pelas equipes do CAPS I e Estratégias de Saúde da Família (ESF) de Candelária com o número de óbitos por suicídio registrados nos dois primeiros anos do Programa, constatou que “desde a implementação do PPS, não houve casos de suicídio entre pessoas atendidas com tentativa prévia” (CONTE et al., 2012, p. 2024). Apesar de ter havido quatro suicídios no período de implementação do programa, as autoras identificam que estas mortes ocorreram em áreas rurais do município e que as vítimas não tiveram atendimentos prévios, tanto pelas equipes do CAPS ou ESF.

Destaca-se, na análise feita pelas autoras, que “o compromisso do atual gestor de saúde com o apoio político-institucional ao projeto” (2012, p. 2024) potencializou a eficácia do programa e sua gestão democrática. Este elemento, configura-se como uma janela de oportunidade utilizada pelos sujeitos na construção e implementação da política no território. Percebe-se, a partir do exemplo de Candelária, que o processo de construção de uma política pública municipal é capaz de revelar os Repertórios de Ação Coletiva dos sujeitos, que neste caso podem ser destacados: o levantamento e publicização de dados sobre suicídio (mortalidade, autópsia psicológica e perfil epidemiológico das vítimas); a construção de redes de comunicação entre profissionais de saúde do município e intermunicipais; a definição de estratégias de prevenção ao suicídio, aplicáveis no território (Diretrizes Nacionais e orientações da OMS); a construção de vínculos institucionais com atores políticos (secretário de saúde e prefeito); e a conscientização de gestores, através da publicização destes dados. A soma destes Repertórios, aliados a uma demanda expressiva no território e ao contexto favorável a

construção da política, permitiu que o Programa de Promoção à Vida e Prevenção ao Suicídio de Candelária fosse criado e posto em prática.

A construção do PPS no município de Candelária teve significativa importância na formulação de estratégias de prevenção ao suicídio dos serviços de saúde mental da Região do Vale do Rio Pardo. Embora este programa não esteja mais em funcionamento, serviu como instrumento de qualificação dos trabalhadores da saúde de Candelária e repercutiu positivamente para a diminuição das taxas de suicídio do município. Além disso, algumas das proposições do programa na época são utilizadas até hoje pelos trabalhadores de Saúde Mental, como o fluxo de encaminhamento imediato dos casos de tentativa de suicídio ao CAPS e a criação de um prontuário específico para estes casos (CONTE et al., 2012, p. 2022).

Paralelo ao PPS de Candelária, realizou-se, na região, um projeto de pesquisa, financiado pelo Ministério da Saúde, através da Coordenação de Saúde Mental e executado por pesquisadores do curso de Mestrado em Saúde da Família da Universidade Estácio do Sá, do Rio de Janeiro, em parceria com outras instituições, pesquisadores e profissionais de saúde, ligados à prevenção do suicídio no Brasil. Esta pesquisa teve como objeto de estudo, os municípios de Candelária, Santa Cruz do Sul, Venâncio Aires e São Lourenço do Sul — todos localizados no Rio Grande do Sul (BRASIL, 2011, p. 9). Os resultados da pesquisa foram divulgados no documento “Prevenção do suicídio no nível local: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram”, publicado em 2011, pelo Ministério da Saúde. Contudo, este documento não apresenta dados específicos sobre o fenômeno do suicídio nos municípios analisados. Consiste, basicamente, na sistematização de manuais para intervenção em casos de tentativa de suicídio, voltado para diferentes categorias profissionais, como: assistentes sociais, educadores, jornalistas, policiais militares, técnicos de extensão rurais e profissionais da área da saúde (BRASIL, 2011, p. 9). Em consonância com as orientações publicadas pela SUPRE (OMS), em 2006, estes manuais são utilizados até hoje para auxiliar na atuação individual de profissionais envolvidos com ações de prevenção ao suicídio, em diferentes regiões e municípios do Brasil.

Após a repercussão dos resultados do PPS, algumas das práticas e estratégias desenvolvidas pelo programa foram replicadas em outros municípios da região. Estratégias como: a qualificação das notificações de tentativas de suicídio; a primazia pelo atendimento de pacientes com ideação suicida e a criação de fluxos de encaminhamento da Atenção Básica para o CAPS, dentre outras, foram implementadas (em momentos distintos) em todos os serviços de saúde mental do Vale do Rio Pardo. Isto ocorreu, em parte, através do compartilhamento de

informações e experiências entre profissionais de saúde mental da região, mas especialmente pela articulação e mobilização política destes profissionais, através do Fórum Regional de Saúde Mental do Vale do Rio Pardo (FRSM/VRP).

A criação do Fórum Regional de Saúde Mental, em 1997, foi resultado de um movimento social decorrente da defesa da Reforma Psiquiátrica e das políticas de Saúde Mental na região, a partir do enfoque participativo e democrático. A ação política do Fórum, converge com o movimento da Luta Antimanicomial Brasileira, mantendo, desde sua origem, o foco na participação dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental na condução da política.

O Fórum organiza-se, atualmente, em encontros mensais, realizados de forma itinerante nos municípios do Vale do Rio Pardo. Além disso, anualmente o Fórum promove um grande encontro, também de forma itinerante, aonde participam trabalhadores, gestores, atores políticos, usuários, pacientes, familiares, estudantes e apoiadores da Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica. Nas Entrevistas para fins desta Dissertação, os encontros anuais do Fórum foram destacados como espaços fundamentais de vínculo de comunicação entre profissionais da região, além de ser um espaço para formação, através dos seminários, rodas de conversa e atividades lúdicas, construídas pelos próprios membros do Fórum. O quadro a seguir apresenta os temas das 24 edições do encontro anual do FRSM/VRP.

**Quadro 1. Temáticas dos encontros anuais do Fórum Regional de Saúde Mental do Vale do Rio Pardo, entre os anos de 1997 e 2019.**

Ano	Município Sede	Temática/Título
1997	Santa Cruz do Sul	“Saúde Mental: Troca de Experiências”
1998	Santa Cruz do Sul	“Por uma sociedade mais humana”
1999	Venâncio Aires	“Internação Psiquiátrica! Serpa que é a solução?”
2000	Rio Pardo	“Saúde Mental e Cidadania”
2001	Passo do Sobrado	“Controle Social via Associação de Usuários”
2002	Mato Leitão	“Saúde Mental na Rede Básica”
2003	Candelária	“Saúde Mental ontem, hoje e amanhã”
2004	Vera Cruz	“Saúde Mental na Família”
2005	Sinimbu	“Reforma Psiquiátrica: o ser humano na sua integralidade”
2006	Santa Cruz do Sul	“Saúde Mental: 10 anos de construção”
2007	Venâncio Aires	“Avanços na Reforma Psiquiátrica”
2008	Rio Pardo	“Saúde Mental e cultura”

2009	Pantano Grande	“Saúde Mental e alegria. O que te faz sorrir?”
2010	Passo do Sobrado	“Saúde Mental e Comunicação”
2011	Mato Leitão	“15 anos do Fórum”
2012	Candelária	“Carnaval e Saúde Mental”
2013	Vera Cruz	“Gincana de Saúde Mental”
2014	Gramado Xavier	“Arte e cultura como expressão de saúde”
2015	Venâncio Aires	“Conviver é tri”
2016	Santa Cruz do Sul	“A participação Popular fortalece o Controle Social”
2017	Rio Pardo	“Lugar de Saúde Mental é onde o usuário quiser”
2018	Vale Verde	“Dê asas a sua loucura: vista sua fantasia e venha ser você”
2019	Mato Leitão	“Liberdade, liberdade, abre as asas sobre nós: (re)inventar, (re)existir”

Fonte: Diário de Campo, 2020. Organizado pelo autor.

Nota-se que as temáticas dos encontros abordam diferentes categorias ligadas à saúde mental, como cultura, comunicação, família, atenção básica, entre outras. A partir dos títulos dos eventos, percebe-se que, em diferentes momentos, o Fórum assume temáticas de formação política, com destaque para as categorias de participação popular e controle social. Destaca-se, ainda, a característica itinerante dos eventos anuais, possibilitando a realização em diferentes municípios da região e assim, permitindo que um número maior de sujeitos participe da construção deste espaço. Em seus 24 anos, apenas em 2020 não ocorreu o encontro anual do Fórum (geralmente realizado no mês de maio), devido às precauções de saúde e medidas de distanciamento controlado estabelecidos em decorrência da pandemia de COVID-19. Apesar disso, as reuniões mensais do Fórum seguem acontecendo de forma virtual.

Apesar do tema “prevenção do suicídio” não estar relacionado em nenhuma das edições anuais do Fórum, sabe-se, a partir das Entrevistas e registros dos encontros, que o tema vem sendo abordado em espaços alternativos do Fórum, como rodas de conversa. Além disso, entende-se que a atuação contínua do Fórum Regional, bem como o lugar que ocupa na formação de redes e defesa da política de saúde mental no Vale do Rio Pardo, lhe colocam como um espaço importante para discussão e construção de políticas públicas. Segundo relatos de trabalhadores da saúde mental de Santa Cruz do Sul e militantes do Fórum, destaca-se que:

**O Fórum sempre teve essa função: poder discutir os temas relevantes para a saúde mental da nossa região.** [...] O objetivo do Fórum não é uma festa, uma vez por ano. O Fórum é político! Ele precisa sempre ser um espaço onde se possa levar as decisões ou os questionamentos, ou os momentos que se enfrentam na saúde mental. (Entrevista 4, 17 de março de 2020, grifo do autor).

Esta característica militante é ressaltada em outras Entrevistas, em que se destaca o aspecto de formação política dos encontros e a própria construção política do Fórum, através da fiscalização e proposição de ações aos Governos e gestores públicos. Este espaço político é assumido, especialmente, pelo perfil militante dos profissionais de saúde mental que constroem este espaço e estão presentes em diferentes locais do Vale do Rio Pardo.

Santa Cruz do Sul e a região toda, é um lugar onde tem muitos profissionais capacitados. Profissionais com muita experiência. Experiência não só de trabalho, mas também de militância. Que se identificam, faz parte da própria identidade, é uma questão de vida o trabalho com saúde mental. Que tem formações acadêmicas super potentes. (Entrevista 14, 10 de junho de 2020).

Esta característica militante dos profissionais da região, amplifica o papel de controle social e a própria construção da política de saúde mental na região. A formação acadêmica destes profissionais é destacada como um elemento positivo para a construção de alternativas, fiscalização das ações governamentais no território. Entretanto, esta característica também é apontada como um limitador da participação dos usuários, no qual o protagonismo dos profissionais no Fórum, tende a inibir a participação dos usuários e/ou familiares.

Fórum é um lugar assembleário. Um lugar em que, se a gente tem uma pauta que não foi vencida, a gente não chega na última. É processual. [...] Não dá pra gente querer a participação do usuário só pra organizar a festa anual. [...]Tinha municípios, que pela sua fragilidade na estruturação do trabalho, pensava que participação do usuário era preparar o teatro para festa do Fórum, onde os usuários iriam se apresentar. (Entrevista 14, 10 de junho de 2020).

Apesar da crítica ao contrassenso que é a construção coletiva de profissionais e usuários no mesmo espaço, a relevância deste movimento social para a qualificação da política de saúde mental na região é reforçada pela maioria das Entrevistas. Neste sentido, entende-se que as determinações históricas e políticas que envolvem a atuação do Fórum Regional são fundamentais para compreender o processo político que estrutura a saúde mental no Vale do Rio Pardo<sup>25</sup>. Contudo, sua análise extrapola os objetivos desta dissertação, limitada à compreensão do processo de construção da política de prevenção ao suicídio em Santa Cruz do Sul. O destaque dado a este movimento social, justifica-se por sua presença histórica nos debates sobre a política de saúde mental na região, por sua capacidade de compartilhar

---

<sup>25</sup> “A história do Fórum Regional de Saúde Mental e de seus militantes conecta-se com a própria história da Reforma Psiquiátrica no estado do Rio Grande do Sul e de outros movimentos. Um dos principais movimentos sociais neste contexto é o Fórum Gaúcho de Saúde Mental (FGSM), fundado em 1991, na cidade de Porto Alegre/RS, e que mantém representações políticas na maioria das regiões de saúde do estado. O FGSM é o movimento social mais antigo da Luta Antimanicomial no estado e um dos principais movimentos do Brasil”. (FRSM/VRP, 2020, s/p).

experiências entre os sujeitos e por ser um espaço de interlocução entre trabalhadores, gestores, usuários e a sociedade. Além disso, alguns sujeitos envolvidos na construção da política de prevenção ao suicídio em Santa Cruz do Sul, e da própria discussão do tema no território, são militantes históricos do FRSM do Vale do Rio Pardo.

Silva (2013), em sua dissertação sobre a articulação da Saúde Mental em Santa Cruz do Sul, destaca a relevância do FRSM/VRP e sua presença na 1ª Conferência Municipal de Saúde Mental de Santa Cruz do Sul, realizada em março de 2007, com o tema: “Saúde Mental na Rede de Atenção: fazendo acontecer”. Segundo a autora, a partir desta Conferência criou-se a Comissão de Saúde Mental (CSM), vinculada ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), e contando com a representação de “conselheiros de saúde, gestores de serviço de saúde mental, trabalhadores de saúde mental, usuários e/ou familiares, instituições de ensino e prestadores de serviço” (SILVA, 2013, p. 27). A partir desta Comissão, retomou-se a discussão, no âmbito institucional e governamental, sobre os altos índices de suicídio do território e sobre formas de enfrentamento desta problemática.

A prevenção ao suicídio tem ocupado um lugar importante na agenda de discussões, tanto dos gestores como nas equipes dos serviços de Saúde Mental e na CMSM. Assim, tem sido elaborado um plano de enfrentamento ao suicídio, levando em consideração que Santa Cruz do Sul tem um dos mais altos índices de suicídio do País. (SILVA, 2013, p. 29).

No contexto em que a autora faz esta afirmação, o PPS de Candelária já havia sido divulgado nacionalmente e seus resultados publicados em artigos científicos e relatórios do Ministério da Saúde. Porém, em Santa Cruz do Sul, o “plano de enfrentamento ao suicídio” mencionado pairava no âmbito das intenções, carecendo de interesse político. Este processo foi relatado na Entrevista 5, que destaca o papel da Comissão em propor soluções para enfrentamento ao aumento abrupto de casos de suicídio no município, a partir de 2011.

Na época [...] a Comissão Municipal de Saúde Mental apontou que Santa Cruz tinha dois grandes problemas e que deveriam ter um Plano Municipal: a questão do uso de drogas e as questões de suicídio. A gente levou isso para a gestão e a gestão disse: ‘não temos como fazer dois planos municipais desta magnitude, agora’. [...] Então, naquela época, teve o boom do Crack, e [optou-se por] fazer o plano municipal de prevenção ao uso de drogas e criaram o programa ‘Minha Santa Cruz sem Drogas’. (Entrevista 5, 17 de março de 2020).

Nota-se que, diante do contexto de 2011/2012, apesar do aumento expressivo das mortes por suicídio no território, o governo municipal optou em desenvolver uma política pública para diminuição do uso de drogas — em um momento em que a problemática do “Crack” tinha

ampla visibilidade na mídia e nas ações governamentais. Destaca-se que esta escolha se dá em ano eleitoral, na qual a gestão municipal estava em campanha de reeleição.

Capella (2005), destaca que em períodos eleitorais existe um “clima favorável” para mudança nas agendas dos governos (CAPELLA, 2005, p. 10), o que se confirma nesta experiência. O Programa “Minha Santa Cruz sem Drogas” não durou muito, encerrando suas atividades no mesmo ano, logo após as eleições de 2012, ocasião na qual a atual Prefeita foi derrotada nas eleições municipais. Neste sentido, entende-se que, apesar da importância das políticas de tratamento para dependentes químicos, na época, a escolha desta proposta, em detrimento da prevenção ao suicídio, expressou uma decisão política, dentro do contexto de disputa eleitoral. Além disso, ressalta-se que a Comissão apresentou dois problemas emergentes para o território, ambos relacionados à saúde mental, o que pode ter criado uma interpretação equivocada por parte da gestão municipal, relacionando-os como uma “escolha” de prioridades da agenda de governo, naquele momento.

Em 2013, com o início do governo de Telmo José Kist (PP), a proposta de construção de um plano municipal de prevenção ao suicídio manteve-se distante da agenda de governo. As equipes dos CAPS e os Serviços de Emergência continuaram a atender um número expressivo de casos de tentativa de suicídio. Contudo, o número de óbitos manteve uma tendência de queda até 2015, quando voltou a subir. Durante este período de amortização da pauta no território, houve um processo de articulação entre profissionais de saúde para implementação de práticas preventivas, como o encaminhamento de pacientes com ideação suicida diretamente para o CAPS e o monitoramento e tratamento de pacientes que tentaram o suicídio.

Em 2015, a temática da “prevenção ao suicídio” ganhou destaque nas mídias locais e regionais, tendo novamente a chance de conquistar espaço na agenda governamental, após a realização da primeira campanha “Setembro Amarelo” em Santa Cruz do Sul. A campanha, que visava conscientizar governos, instituições de saúde e a sociedade em geral, teve a adesão da administração pública, que promoveu a distribuição de “lacinhos amarelos” e cartazes da campanha, que foram fixados dentro de ônibus do transporte público municipal (GAZETA DO SUL, 2015, s/p). A campanha “Setembro Amarelo” trouxe o tema para dentro do debate público, mesmo que de forma pontual, o que trouxe visibilidade para à prevenção ao suicídio, especialmente nas rotinas dos serviços de saúde mental. Após a campanha, ainda em 2015, trabalhadores dos três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II, CAPSIA e CAPS AD III), juntamente com a Coordenação de Saúde Mental do município, criaram um grupo de trabalho



para discussão da problemática no território e construção de um plano de prevenção ao suicídio. Assim nasce o Comitê Municipal de Prevenção do Suicídio de Santa Cruz do Sul (CMPS).

A partir da formação do Comitê, então, se iniciou um trabalho de criação de redes institucionais para a prevenção do suicídio no município, através de trabalhadores ligados à problemática, em diferentes espaços sócio-ocupacionais. Assim, em pouco tempo e em razão da comoção criada pela campanha “Setembro Amarelo”, o CMPS surgiu com representantes das seguintes instituições e serviços: Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul (SMS); Secretaria Municipal de Educação e Cultura de Santa Cruz do Sul (SMEC); 6ª Coordenadoria Regional de Educação do Rio Grande do Sul (6ª CRE); Hospital Santa Cruz (HSC); Hospital Ana Nery (HAN); Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER/RS); Centro de Atenção Psicossocial de Santa Cruz do Sul (CAPS II); Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS AD III); Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência (CAPSIA); Sindicato dos Trabalhadores Rurais (STR); Serviço de Vigilância Epidemiológica de Santa Cruz do Sul; Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC); Centro de Valorização da Vida (CVV); e Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Todas as instituições supracitadas permanecem como membras efetivas do Comitê e mantêm representação nas reuniões mensais. Posteriormente, outras instituições foram sendo anexadas ao grupo.

Entende-se que a composição do CMPS contempla o conjunto de entidades e instituições que, direta ou indiretamente, lidam com a problemática do suicídio: no caso dos CAPS's e Hospitais, no atendimento direto às vítimas; no caso do CEREST e do STR, na relação com o trabalho; no caso da UNISC e da Vigilância Epidemiológica, na produção de dados e informações; no caso da CVV, EMATER, SMEC e 6ª CRE, na promoção de ações preventivas. Além da potência destas representações, a relação destas instituições traz legitimidade para a atuação do Comitê que, a partir de seus membros, é capaz de atuar como um ator de promoção de informações no território. Por não ter um caráter deliberativo, o Comitê surge como um espaço de discussão sobre o fenômeno do suicídio nos diferentes espaços da sociedade, tendo a potencialidade para propor ações ou um plano de prevenção ao Poder Público. Além disso, a proximidade do Comitê com o Poder Público — considerando que parte das instituições membras compõem a administração municipal e os sujeitos envolvidos são servidores públicos — permite um diálogo direto entre o Comitê e os órgãos deliberativos, a exemplo do Conselho Municipal de Saúde, as Secretarias de Governo e a Prefeitura.

Assim, compreende-se que, apesar de não haver um ato institucional para criação do Comitê, este grupo assume a tarefa de interpretar as expressões da problemática do suicídio em Santa Cruz do Sul e de propor alternativas para sua prevenção. Entretanto, na visão de parte de seus membros, o Comitê torna-se um espaço “consultivo” da gestão de saúde municipal.

A gestão nos vê quando ela precisa. Quando ela é cobrada. Mas quando pedimos, no ano passado [2019], no Setembro Amarelo: ‘Secretário [a], agora que temos um Plano Municipal, vamos oficializar o Comitê?’. Até hoje não veio. [...] Tanto que até hoje não está oficializado o Comitê. Já pedimos para o X. [Conselho Municipal de Saúde], mas até agora nada. (Entrevista 3, 17 de março de 2020).

A Entrevista 3 exemplifica a dinâmica estabelecida entre o Comitê e os órgãos deliberativos do Poder Público municipal, evidenciando que o grupo possui abertura para solicitar e propor ações. Isto permitiu que o Comitê se estabelecesse, logo no seu primeiro ano, como um espaço “oficial” de discussão sobre o suicídio no território, composto por servidores públicos e trabalhadores da saúde, voltados para a prática da prevenção ao suicídio em seus respectivos locais de trabalho. A partir de então, se iniciou um processo de solidificação deste grupo e de formação de seus membros, que passaram a se reunir mensalmente, com pautas pré-definidas, registro em ata de reunião e escolha da coordenação/representante do Comitê. A formalidade atribuída aos encontros e à própria escolha de um dirigente, substituiu (em parte) a necessidade imediata de seus membros para a institucionalização do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio. Entretanto, este tema voltaria a acender como uma das principais tarefas dos sujeitos que compõe o CMPS.

Em 2016, o Comitê assumiu a tarefa de organizar a campanha “Setembro Amarelo” no município, com aval da Secretaria Municipal de Saúde e apoio das instituições parceiras. Promoveu, durante todo o mês de setembro, uma série de ações voltadas à prevenção do suicídio, como: palestras em escolas e na Universidade, participação em Seminários, rodas de conversa nos serviços de saúde, distribuição de fitas amarelas, panfletos e cartazes em locais públicos da cidade, e a confecção de uma faixa da campanha, exposta em uma das principais praças públicas do município. A confecção desta faixa é especialmente destacada nas Entrevistas como sendo um símbolo da formalização do Comitê no âmbito institucional, considerando que tanto a faixa, quanto o material de divulgação (cartazes e folders) foram confeccionados com recursos da Secretaria Municipal de Saúde e traziam o nome do Comitê Municipal de Prevenção do Suicídio.

**Figura 5. Campanha “Setembro Amarelo” realizada na praça Getúlio Vargas, no centro de Santa Cruz do Sul, no dia 10 de setembro de 2016.**



Fonte: CEREST/Vales, 2016.

A confecção desta faixa criou uma certa sensação coletiva de formalização do Comitê Municipal no âmbito institucional. Foi a primeira ação própria do Comitê, financiada com recursos oriundos da Secretaria de Saúde e organizados, inteiramente, pelos sujeitos membros do Comitê. Isto trouxe maior sustentação para as intervenções públicas do CMPS e para o próprio trabalho de prevenção ao suicídio promovido pelos sujeitos em seus locais de trabalho. Além disso, os servidores públicos que faziam parte do Comitê, na época, puderam ajustar suas rotinas de trabalho para participar das ações promovidas pelo CMPS, inclusive com convocação para trabalho nos finais de semana (Entrevista 3, 17 de março de 2020).

Neste sentido, a campanha “Setembro Amarelo” de 2016 representa a primeira campanha de conscientização oficialmente promovida pelo Comitê Municipal. Apesar de a campanha ser um evento de amplitude nacional e ter em sua origem as orientações da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), os materiais confeccionados e divulgados no município foram inteiramente produzidos pelos membros do Comitê. A escolha do logotipo da campanha, o título “Suicídio: precisamos falar para prevenir” e o material visual da campanha resultaram de um trabalho coletivo e foram aprovados pelos sujeitos que faziam parte do Comitê na época. Para além da campanha, os membros do CMPS promoveram uma série de encontros para formação e qualificação de profissionais da saúde do município, com palestras sobre fatores de risco para o suicídio, formas de prevenção, entre outros temas.

**Figura 6. Palestra realizada pelo Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio com as Agentes Comunitárias de Saúde do município de Santa Cruz do Sul, em 2016**



Fonte: Comitê Municipal de Prevenção do Suicídio de Santa Cruz do Sul, 2016.

Em 2017, o Comitê manteve a tarefa de organizar uma agenda de atividades alusivas ao “Setembro Amarelo”, com atividades similares e complementares ao ano anterior. Neste mesmo ano, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o Programa de Residência Multiprofissional do HSC passaram a ter representação no Comitê. Além disso, em setembro de 2017 ocorreu um encontro promovido pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde, 13ª CRS e Escola de Saúde Pública, em Santa Cruz do Sul. Naquele encontro foram apresentados os dados epidemiológicos do suicídio no estado e na Região do Vale do Rio Pardo, com destaque para o aumento de casos de violência autoprovoçada entre escolares<sup>26</sup>. No mesmo evento, foi realizado uma capacitação para preenchimento do SINAN e divulgação da criação do Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (CEPS).

Cabe destacar que a criação do Comitê Estadual é oriunda da articulação de um Grupo de Trabalho vinculado ao departamento de Vigilância da Violência no estado e da coordenação de saúde mental da Secretaria Estadual de Saúde. O CEPS foi instituído a partir do Decreto Estadual nº 53.361, de 22 de dezembro de 2016, contando com a representação das seguintes entidades: Secretaria Estadual de Saúde; de Segurança Pública; de Comunicação; do Trabalho e do Desenvolvimento Social, Justiça e Direitos Humanos; Polícia Federal; ONG’s (CVV, Cruz

---

<sup>26</sup> Na época, o jogo “Baleia Azul” estava em destaque na mídia local, devido a casos de automutilação entre adolescentes registrados nos serviços de saúde e relacionados ao jogo. A referência preocupava, especialmente, pois o termo estava associado a uma série de suicídio de jovens em diversos países.

Vermelha e outras); e Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS (SES/RS, 2017). Segundo as Entrevistadas, o processo de criação do Comitê Estadual e do Comitê Municipal são movimentos perpendiculares, apesar de sua similaridade. Além disso, a criação do CMPS antecede a criação do CEPS.

No ano seguinte, em 2018, às campanhas de prevenção ao suicídio foram expandidas para as áreas rurais, impulsionadas pela ação de sujeitos ligados à EMATER e ao Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Santa Cruz do Sul. A figura 7 apresenta um destes momentos.

**Figura 7. Palestra sobre prevenção do suicídio, realizada no grupo de trabalhadoras rurais da EMATER/RS, na localidade de Linha Saraiva, setembro de 2018.**



Fonte: Comitê Municipal de Prevenção do Suicídio de Santa Cruz do Sul, 2018.

Além desta expansão das ações para as áreas interioranas, os membros do CMPS dedicaram-se a conclusão de seu Regimento Interno, esboçado em 2016, mas que carecia de revisão e sustentação jurídica. Neste regimento, os sujeitos decidem por vincular oficialmente o Comitê à Secretaria de Saúde do município e se estabelecer como um espaço de referência técnica sobre a temática do suicídio, a partir de uma estrutura organizativa democrática, aberta a participação da sociedade civil e com eleição direta de seus dirigentes. A versão final do Regimento foi enviada em 2018 para apreciação da gestão municipal, contudo, como relatado durante as Entrevistas, “até hoje não veio” (Entrevista 3, 17 de março de 2020).

Concomitante ao trabalho realizado nas áreas rurais e ao envio do Regimento Interno ao Governo Municipal, o grupo intensificou sua presença nas escolas estaduais e municipais,



através de palestras realizadas pelos membros do Comitê, em parceria com as instituições membras, como o CAPSIA, CEREST, HSC e CVV. As atividades nas escolas e no interior solidificaram a proposta de criação de Redes de prevenção ao suicídio no território. Através destes eventos, criaram-se canais de comunicação entre o Comitê e outros espaços de cuidado, como os ESFs e as escolas, fazendo com que as estratégias de prevenção ao suicídio fossem compartilhadas com maior eficácia. Além disso, a realização de atividades em diferentes meses do ano, criou um certo distanciamento do Comitê em relação à ideia de replicador da campanha “Setembro Amarelo” no município.

Também em 2018, ocorreu um encontro entre secretários de governo, gestores de serviço e trabalhadores da saúde mental da região, promovido pelo Comitê Estadual de Prevenção ao Suicídio, Centro Estadual de Vigilância em Saúde e 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, realizado no Campus da UNISC, em Santa Cruz do Sul. Aquele encontro foi realizado em dois turnos, sendo o primeiro dedicado à apresentação dos resultados parciais da pesquisa realizada pelo Observatório de Análise da Situação do Suicídio no Rio Grande do Sul, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde<sup>27</sup>. Naquela apresentação, as representantes da SES e do CEVS e membras do Observatório do Suicídio, expuseram os principais dados epidemiológicos sobre suicídio do estado – informações publicadas no “1º Boletim de Vigilância do Suicídio e Tentativas de Suicídio do RS”, lançado em setembro de 2018 (elencado nas referências deste trabalho). O segundo momento do encontro foi dedicado à construção de eixos de intervenção que viriam a ser incluídos no Plano Estadual de Prevenção ao Suicídio. Para isso, os participantes foram divididos em grupos, de forma paritária entre os municípios, para construir propostas de ação para os seguintes eixos do Plano: Promoção de Saúde e Prevenção ao Suicídio; Atenção e Estratégias; Vigilância em Saúde; Educação Permanente; e Gestão. As propostas foram apresentadas e discutidas pelo grupo e levadas para apreciação do Governo. Contudo, até o momento, este Plano Estadual de Prevenção ao Suicídio não foi divulgado.

Em 2019, o Comitê manteve uma agenda de encontros voltadas à prevenção do suicídio durante todo o ano, através de palestras e rodas de conversa, em escolas e grupos de usuários dos serviços de saúde. Neste ano, o Comitê recebeu diversos convites para participar de eventos sobre o tema, inclusive em municípios vizinhos. Um destes eventos foi o I Seminário Regional de Promoção da Vida e Prevenção ao Suicídio, promovido pela 13ª CRS e realizado na Câmara

---

<sup>27</sup> “O Observatório de Análise de Situação do Suicídio tem por objetivos garantir a realização de uma vigilância ativa e qualitativa e produzir conhecimento e condições para o aperfeiçoamento da atenção à saúde dos usuários em situação de risco para o suicídio (ideias de morte, ideação suicida, plano, tentativa de suicídio e suicídio consumado) e seus familiares ou sobreviventes”. (Portaria SES/RS nº 678, de 09 de julho de 2018, p. 1).

de Vereadores de Santa Cruz do Sul. Este Seminário — que contou com a presença de autoridades políticas, gestores municipais, pesquisadores e profissionais de diferentes áreas e municípios da região — teve como objetivo a troca de experiências sobre prevenção ao suicídio na região e a qualificação das notificações de casos de violência autoprovocada. Durante o Seminário, o Comitê apresentou as ações de prevenção desenvolvidas no município.

**Figura 8. Seminário Regional de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, promovido pela 13ª CRS, realizado de Santa Cruz do Sul, em 2019.**



Fonte: Comitê Municipal de Prevenção do Suicídio de Santa Cruz do Sul, 2019.

Destaca-se que, em 2019, o CMPS elaborou, a pedido da 13ª CRS e segundo orientações da Secretaria Estadual de Saúde, a primeira versão do “Plano Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul”. O referido Plano, que propõe ações integradas entre o Poder Público, Empresas, Mídia, Instituições de Ensino, Igrejas, ONG’s e a Sociedade Civil, foi construído ao longo do ano e apresentado, em setembro de 2019, à Secretaria Municipal de Saúde e à Coordenação de Saúde Mental da 13ª CRS, em uma reunião com representantes dos treze municípios da região. Entretanto, após a apresentação do Plano, não houve qualquer movimento para discussão ou ajuste das propostas, tampouco para sua implementação<sup>28</sup>.

Em 2020, com as restrições causadas pela pandemia de COVID-19, as ações externas do Comitê foram interrompidas. As reuniões seguem acontecendo de forma virtual, tendo como foco a discussão da problemática do suicídio no contexto de pandemia, o levantamento de dados

<sup>28</sup> Os eixos e propostas do Plano Municipal de Prevenção ao Suicídio de SCS, estão no Anexo 1 desta Dissertação.

epidemiológicos no município e a divulgação de materiais de apoio nas redes sociais. Destaca-se que, desde 2016, o CMPS mantém uma página na plataforma do Facebook®, aonde divulga fotos e campanhas relacionadas a temática do suicídio. Durante a pandemia, o Comitê está utilizando este espaço para divulgação de orientações ao público sobre cuidados com a saúde mental, dicas de como lidar com o isolamento social e outros temas. Ademais, durante o ano de 2020 foram incluídos ao Comitê representações do Conselho Municipal da Pessoa Idosa de Santa Cruz do Sul e do Ambulatório do Idoso (serviço de saúde municipal especializado). A inclusão destes espaços de controle social e atendimento à saúde da população idosa era uma pauta recorrente nas reuniões do CMPS, devido ao alto índice de suicídios e tentativas de suicídio entre pessoas com mais de 60 anos.

A trajetória relatada neste texto apresenta o processo histórico de construção da política de prevenção ao suicídio no município de Santa Cruz do Sul, a partir de um recorte temporal entre 2005 e 2020. Compreende-se que outros acontecimentos e/ou fatos poderiam ser trazidos para complementar este debate, considerando a gama de determinações que envolvem um período de 15 anos, especialmente se tratando de um tema multifacetado, como é o caso da prevenção ao suicídio. Priorizou-se, no entanto, a apresentação dos eventos destacados nas Entrevistas realizadas para esta Dissertação, considerando a veracidade das informações e a relação com o objeto de estudo.

Por fim, ressalta-se que os caminhos que resultaram na formação do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio simbolizam uma jornada de construção política e de conquista de espaço nas agendas de governo, em um território que historicamente negligenciou o enfrentamento ao suicídio. A criação de uma Política Pública para Prevenção do Suicídio segue sendo um objetivo do Comitê e de seus membros, mas, fundamentalmente, para o município de Santa Cruz do Sul.



#### **4. SUJEITOS, OPORTUNIDADES POLÍTICAS E REPERTÓRIOS DE AÇÃO NA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO EM SANTA CRUZ DO SUL**

As discussões apresentadas nos capítulos anteriores já formam a base conceitual, empírica e analítica do problema de pesquisa desta dissertação. As categorias e abstrações apresentadas situam a discussão sobre a construção de uma política de prevenção ao suicídio em Santa Cruz do Sul no contexto atual, porém, não revelam a influência da ação dos sujeitos envolvidos nesta construção. Para isso, é necessário relacionar as determinações já apresentadas com os objetivos da pesquisa, que espera, a partir da análise, responder a seguinte questão: *como as oportunidades/ameaças políticas implicadas numa dinâmica de construção de políticas públicas repercutem nos Repertórios de Ação dos sujeitos que atuam na construção das políticas de prevenção ao suicídio no município de Santa Cruz do Sul?*

Para ampliar a resposta a essa questão, foram realizadas Entrevistas semiestruturadas com membros do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul e com sujeitos envolvidos com a problemática, em diferentes locais e períodos históricos. Através das Entrevistas, buscou-se compreender as motivações dos sujeitos envolvidos com o CMPS, seu histórico de militância ou não-militância, seus compromissos institucionais, a relação com o objeto de intervenção (uma política de prevenção ao suicídio) e a interpretação dos sujeitos sobre a conjuntura política atual. Isto permitiu que fossem feitas abstrações da realidade em movimento, tanto na escala da ação dos sujeitos ou do coletivo, quanto do contexto político, social, cultural e histórico do território.

Um pressuposto importante que orientou toda a investigação é que o desvendamento das realidades dos fenômenos que se apresentam requer a compreensão dos mesmos como partes de uma realidade maior e mais complexa.

O fenômeno singular deste estudo é a ação coletiva dos membros do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio; enquanto o fenômeno universal é a sociedade capitalista no contexto brasileiro e sua influência sobre os Repertórios de Ação dos sujeitos. No entanto, as limitações impostas em relação ao tempo e recursos disponíveis para elaboração de uma dissertação, exigem um recorte da realidade menos abrangente, mas que seja capaz de representar as determinações necessárias para análise dos fenômenos. Neste sentido, a escolha do município

de Santa Cruz do Sul como espaço/tempo de análise dos usos de Repertórios de Ação é o primeiro recorte da totalidade dos fenômenos. Optou-se em utilizar este município, por sua relação histórica com o fenômeno do suicídio. E nessa “realidade local”, como manifestação da singularidade do fenômeno, que se pode analisar a presença de um movimento particular e relevante no contexto de construção de políticas de prevenção ao suicídio, as experiências anteriores de formação de uma agenda política sobre o tema, o envolvimento político de sujeitos e instituições na construção de uma política de prevenção.

O segundo recorte da totalidade está na própria problemática do suicídio, ou melhor, na ideia de prevenção ao suicídio como uma ação a ser executada pelo Estado. Este recorte traz consigo determinações que afetam diretamente na escolha e uso dos Repertórios de Ação e que possui características particulares no contexto histórico de construção de políticas públicas. O tema em si envolve, contradições que podem ser interpretadas como indiferentes à sociedade capitalista, como no caso dos paradigmas religiosos e culturais, e mais especificamente sobre o paradigma biomédico. A própria escolha da problemática esconde determinações importantes para a sua compreensão, como o debate sobre as diferentes teorias que instrumentalizam a prevenção do suicídio no Brasil e no mundo. Assim — ressaltando os limites impostos a uma dissertação — optou-se por apresentar a problemática a partir das práticas do Estado brasileiro, desde a formulação das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, em 2006. Este recorte não delimita a compreensão dos sujeitos ou do próprio autor sobre o fenômeno, mas caracteriza a ideia de prevenção ao suicídio, tal qual é desenvolvida no território.

O terceiro recorte do estudo se refere ao período histórico que foi analisado, o qual coincide com a construção do debate sobre prevenção do suicídio no âmbito nacional. Este recorte é o que possui mais implicações para leitura da realidade, pois, em cada período histórico existem determinantes conjunturais que afetam as dinâmicas e os processos políticos. Quanto a isso, destaca-se que certos elementos não serão contemplados, especialmente em períodos anteriores à 2005. Neste estudo, optou-se por apresentar o processo de construção de uma política de prevenção ao suicídio em Santa Cruz do Sul a partir de três momentos históricos, sendo: 1º) **2005 a 2008** — período de efervescência do debate no Estado do Rio Grande do Sul, com experiências de construção de políticas na Região do Vale do Rio Pardo e elaboração de propostas de políticas de prevenção em Santa Cruz do Sul; 2º) **2009 a 2012** — período de retração da pauta nas agendas de governo, acompanhado por uma tendência de queda da taxa de mortalidade por suicídio no município e região; 3º) **2013 a 2020** — período de criação e atuação do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio e ampliação do debate na mídia, na

academia e no meio político, seguido por uma tendência de aumento do número de óbitos e tentativas de suicídio no território. Estes períodos, além de apresentarem determinantes de sua época, auxiliam na compreensão do processo de construção da política em Santa Cruz do Sul e na escolha de Repertórios de Ação dos sujeitos, nas diferentes conjunturas.

Um último recorte da totalidade, consiste na escolha dos sujeitos que participaram da pesquisa, selecionados através da técnica *snowball sampling* ou “amostragem em Bola de Neve”. Esta técnica, que utiliza uma amostra não probabilística, a partir da indicação dos participantes da pesquisa, é amplamente utilizada em pesquisas sociológicas e qualitativas (BIERNACKI; WALDORF, 1981). Trata-se da construção da amostra a partir dos primeiros participantes, os quais indicam os próximos e assim por diante. A busca por novos participantes, encerra-se quando se chega ao “ponto de saturação” da pesquisa, seja pela repetição das indicações ou repetição dos conteúdos extraídos das Entrevistas.

Para esta dissertação, a pesquisa iniciou com a entrevista de três membros do CMPS, sendo estes os únicos participantes do estudo que compõe o Comitê desde sua criação, em 2015. Ao final destas Entrevistas, foram coletadas indicações de outros dois ou três membros que fossem atuantes dentro do Comitê. Nesta segunda rodada, foram indicados oito nomes, dos quais sete aceitaram participar da pesquisa. Destes (todos sujeitos ativos no Comitê) foram colhidas novas indicações, porém, todas já haviam sido elencadas anteriormente. Assim, foram entrevistados um total de 10 membros do CMPS.

Além destes, realizou-se contato com a coordenação de Saúde Mental de Santa Cruz do Sul e a coordenação do Comitê Estadual de Prevenção ao Suicídio do RS, sendo solicitado, ao final das Entrevistas, indicações de sujeitos relevantes para o objetivo da pesquisa. A partir destas indicações, foram realizadas Entrevistas com dois membros do Fórum Regional de Saúde Mental do Vale do Rio Pardo, uma membra/fundadora do Fórum Gaúcho de Saúde Mental e ex-secretária de saúde do estado, uma professora do curso de Psicologia da UNISC e uma professora do curso de Psicologia da PUC/RS. Foram Entrevistadas, ainda, a coordenadora e ex-coordenadora de Saúde Mental da 13ª Coordenaria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. Ao todo, foram realizadas 19 Entrevistas semiestruturadas, das quais cinco foram realizadas presencialmente e 14 foram realizadas através de videoconferência, devido às medidas de distanciamento controlado propostas pelo governo do Rio Grande do Sul, no contexto da pandemia de COVID-19. A relação completa das Entrevistas está no Anexo 2 desta Dissertação.

Destaca-se que a escolha dos participantes da pesquisa possibilitou uma leitura ampliada do objeto de estudo, extraindo depoimentos de sujeitos que participaram/participam da construção da política de prevenção ao suicídio no município. As Entrevistas realizadas com sujeitos que não fazem parte do CMPS trouxeram elementos complementares para a análise histórica do processo de construção da política de saúde mental no território, bem como discussões sobre oportunidades e ameaças políticas presentes no confronto que caracteriza a construção de uma política pública.

As Entrevistas realizadas com coordenadores e gestores de serviço trouxeram elementos sobre os Repertórios de Ação utilizados nas relações institucionais desenvolvidas entre os serviços de saúde mental e o Poder Público. Entretanto, foi através das Entrevistas realizadas com os membros do CMPS que se obteve as informações mais relevantes para este trabalho, relatadas por sujeitos que participam ativamente da construção da política de prevenção ao suicídio na conjuntura atual do território.

Certos elementos, especialmente referentes à conjuntura política do território, foram relatados de forma parcial ou pouco explícita por parte dos entrevistados. Entende-se que a captura destes elementos tende a ser prejudicada devido à vinculação dos sujeitos com a administração pública e por questões pessoais e/ou institucionais. Para contornar esta barreira, optou-se por manter o sigilo das Entrevistas e utilizar o gênero feminino para todas as referências de entrevista. Assim, os sujeitos foram identificados como “Entrevistada 1”, “Entrevistada 2”, “Entrevistada 3” [...], até a “Entrevistada 19”. As profissões, local de trabalho e formação acadêmica dos sujeitos são identificados apenas quando a informação for relevante para análise dos fatos. Os movimentos sociais, serviços públicos, instituições, partidos políticos, empresas e secretarias de governo são mencionadas sem identificação nominal de seus gestores, com exceção de cargos políticos eletivos, sendo utilizados, em alguns casos, depoimentos públicos e referentes ao tema desta Dissertação.

Por outro lado, as falas e os posicionamentos políticos dos sujeitos, expressos durante as Entrevistas, são reproduzidos na íntegra (com pequenas correções de vício de linguagem), sendo este o foco central de análise deste trabalho. Cabe salientar que as Entrevistas foram obtidas com consentimento das partes, tendo sido entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da pesquisa — que se encontra no Apêndice B deste trabalho e contém informações de contato do pesquisador e do Programa de Pós-Graduação ao qual está vinculado.

Além das Entrevistas, foram utilizadas diferentes fontes para confirmação ou argumentação dos relatos. Estas fontes foram obtidas através de matérias jornalísticas, atas de reunião, registro de reuniões ou eventos, documentos e fotos. Todo o material utilizado nesta pesquisa foi adquirido de forma lícita e com autorização prévia para divulgação. A maior parte deste material foi obtido diretamente com a coordenação do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio e Coordenação de Saúde Mental de Santa Cruz do Sul. As matérias jornalísticas utilizadas estão disponíveis na internet e foram devidamente elencadas nas referências bibliográficas deste trabalho. Após realizado o trabalho de campo da pesquisa e levantamento de dados, iniciou-se a Análise de Conteúdo.

Segundo Bardin (2004), a Análise de Conteúdo é compreendida como “um conjunto de instrumentos metodológicos em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a ‘discursos’ (conteúdos e continentes) extremamente diversificados” (BARDIN, 2004, p. 9). Para a autora, a análise de conteúdo deve estar relacionada a um posicionamento de “vigilância crítica” sobre o objeto e suas manifestações, mas em especial para a postura do pesquisador frente a seus dados. Como estratégia epistemológica para uma análise de conteúdo crítica e verdadeira do objeto, utilizou-se a Análise de Conteúdo em três fases, sendo: 1º) Pré-análise; 2º) Exploração do material; e 3º) Interpretação dos dados (BARDIN, 2004, p. 31).

A pré-análise consiste na apropriação literária sobre a problemática e suas categorias, sobre os fenômenos e suas mediações, e sobre o contexto no qual se inserem, considerando um recorte temporal e territorial da problemática, bem como as possibilidades de realização da pesquisa e elaboração da dissertação.

A segunda fase — exploração do material — foi realizada em quatro etapas, conforme orientação de Bardin (2004), sendo: 1ª) Preparação das Informações; 2ª) Classificação das unidades em categorias; 3ª) Descrição; e 4ª) Interpretação. Na Preparação das informações realizou-se uma revisão da literatura sobre os temas centrais da dissertação, com destaque para pesquisas atuais e pertinentes. A Classificação das unidades em categorias se fez através do agrupamento dos dados, segundo os critérios estabelecidos nos objetivos da pesquisa. Como parte dos dados foram obtidos através de Entrevistas e registros dos diários de campo, teve-se um cuidado especial na categorização destes elementos, assim como destaca Moraes (1999).

Categorias definidas a priori já devem atender aos critérios de classificação de antemão, isto é, antes de proceder à classificação propriamente dita do conteúdo. Categorias construídas a partir do próprio material exigem que o atendimento aos critérios de classificação ocorra ao longo do processo da análise. Os argumentos de validade, exaustividade, homogeneidade, exclusividade e objetividade precisam ser construídos ao longo da análise. (MORAES, 1999, p.11).

Neste sentido, optou-se por não categorizar demasiadamente os dados, o que poderia prejudicar a análise da relação entre os fenômenos singulares e o movimento dialético da realidade. Pois, segundo Moraes (1999), o objetivo da análise de conteúdo é “produzir uma redução dos dados de uma comunicação, o que, em geral, exigirá um número reduzido de categorias” (MORAES, 1999, p. 14). Esta técnica condiz com a abstração da realidade, fomentada pelo método materialista-histórico, e é capaz de fornecer proximidade com a realidade, seja a partir de dados primários ou secundários ou da revisão da literatura. Para exploração do material e categorização das Entrevistas, utilizou-se as seguintes questões norteadoras: Como as mudanças na conjuntura política do território repercutiram/repercutem na construção de políticas de prevenção do suicídio? Qual a importância do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul e de seus sujeitos no contexto atual dos movimentos sociais voltados a construção de uma agenda política em torno da problemática do suicídio? Qual a trajetória do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul até a sua constituição, evidenciando os repertórios percebidos na ação coletiva dos sujeitos que a compõem? Como as Janelas de Oportunidades Políticas definem/redefinem as condições de atuação dos sujeitos envolvidos na construção da Política de Prevenção ao Suicídio do município? Neste caso, a exploração do material não se utilizou de hipóteses, mas de questionamentos, que posteriormente foram incorporados ao roteiro de entrevista.

A terceira etapa da exploração do material — a descrição — serviu para destacar os significados captados nas Entrevistas semiestruturadas. Segundo Bardin (2004), esta etapa não está dedicada à interpretação, mas à produção de descrições cada vez mais abrangentes, qualificando o trabalho de pesquisa. De modo geral, a descrição foi determinada pelas categorias do próprio método científico, como a abstração, historicidade, práxis, totalidade e a busca pela essência dos fenômenos observados. Aliado a descrição, está a técnica de gravação e transcrição das Entrevistas, realizadas exclusivamente pelo pesquisador, de forma direta e fidedigna, com correções pontuais, para facilitar a compreensão dos relatos. As informações obtidas com as Entrevistas foram confirmadas (quando possível) por dados primários e secundários, como: atas de reunião, relatórios de gestão e bases de dados oficiais do Estado (DATASUS, SIM, SINAN, DGTI/RS, IBGE e IPEA-DATA).

Por fim, realizou-se a etapa de Interpretação, que consistiu em analisar os resultados significativos e fiéis suficientes para formular interpretações sobre os objetivos previstos na pesquisa ou que dialogassem com novas descobertas. Estas interpretações estão apresentadas ao longo do texto, sobretudo neste capítulo e com maior ênfase no item 4.3 desta Dissertação.

Destaca-se que as interpretações do pesquisador expressam a mediação entre o conteúdo descrito e o método científico que orientou a pesquisa, criando conclusões peculiares sobre o objeto de estudo. A análise de conteúdo é uma técnica adequada para este fim, pois, propõe uma compreensão aprofundada do tema, produzindo sentidos e significados em suas particularidades, podendo transformar estas informações singulares em novas categorias de análise (BARDIN, 2004).

Netto (2011), destaca que “só quando está concluída a sua investigação (e é sempre relevante lembrar que, no domínio científico, toda conclusão é sempre provisória, sujeita a comprovação, retificação, abandono etc.) é que o pesquisador apresenta, expositivamente, os resultados a que chegou” (NETTO, 2011, p. 26). Este modo de construir conhecimento se alicerça no movimento constante da realidade e desconstrói a pretensão de evidenciar padrões sobre o objeto de estudo. Neste trabalho, as considerações sobre os Repertórios de Ação estão vinculadas exclusivamente aos sujeitos, ao território e especialmente ao contexto ao qual foram analisados. Ademais, entende-se que o pesquisador "tem de apoderar-se da matéria, em seus pormenores, analisar suas diferentes formas de desenvolvimento e de perquirir a conexão que há entre elas" (MARX, 1968, p. 16).

Dito isto, apresenta-se neste capítulo três ramificações da discussão sobre os Repertórios de Ação e a construção de uma política de prevenção ao suicídio, que, apesar de estarem conectadas entre si, possuem determinações singulares. A primeira discussão diz respeito aos sujeitos que participam da construção da política de prevenção ao suicídio em Santa Cruz do Sul, elencados em membros e não membros do CMPS. Serão apresentadas as características destes sujeitos que se relacionam com a pesquisa e considerações, extraídas das Entrevistas, sobre a importância dada a criação de uma política de prevenção ao suicídio no território e quais as repercussões deste debate em Santa Cruz do Sul. A segunda ramificação está relacionada com o processo de construção do CMPS, destacando as oportunidades e ameaças políticas na definição dos Repertórios de Ação dos sujeitos. Nesta discussão, é incluído o debate sobre a influência de uma agenda política conservadora na definição dos Repertórios de Ação, baseado nas experiências dos sujeitos e na conjuntura política brasileira. Ao final, apresenta-se a discussão sobre oportunidades políticas e Repertórios de Ação, evidenciando a importância da ação coletiva na construção de políticas de prevenção ao suicídio em Santa Cruz do Sul.

#### **4.1. Os sujeitos na construção da política de prevenção ao suicídio em Santa Cruz do Sul.**

A escolha da categoria “Sujeito”, para identificação dos participantes desta pesquisa, refere-se à concepção de que os indivíduos possuem características e concepções políticas que modificam sua disposição para a luta e alteram os rumos da ação coletiva. Trata-se da associação entre política e cultura, em indivíduos que, em seu cotidiano, deixam de agir exclusivamente como representantes institucionais e passam a expor e reivindicar sua individualidade dentro do campo de disputa política. Nesta perspectiva, o sujeito expressa sua participação enquanto indivíduo, vinculado a ações coletivas que ora se apresentam de forma institucionalizada, ora se apresentam enquanto concepções políticas e ideológicas compartilhadas por grupos sociais (WAUTIER, 2001).

Entende-se que cada sujeito possui concepções particulares sobre o fenômeno do suicídio, sobre sua prevenção, sobre o papel do Estado, sobre a construção de políticas públicas etc. Neste sentido, buscou-se identificar quais as concepções dos sujeitos sobre as categorias que envolvem o enfrentamento ao suicídio no território, evidenciando questões como: você considera importante a criação de uma Política Pública de Prevenção ao Suicídio em Santa Cruz do Sul? Qual a sua visão sobre os movimentos sociais e sua importância para a construção de uma política pública de prevenção ao suicídio? Como o debate sobre a prevenção ao suicídio se constituiu na Região do Vale do Rio Pardo e quais as repercussões deste debate no município de Santa Cruz do Sul? — Além das questões presentes no roteiro de entrevista, utilizam-se informações sobre formação acadêmica, área de atuação, local de trabalho, participação em movimentos sociais, participação em espaços de controle social (conselhos, comissões, comitês etc.) e autodeclaração sobre formação política, vinculação partidária e militância.

Estas informações, aliadas com a pesquisa documental e análise dos dados, visa identificar os Repertórios de Ação coletiva dos sujeitos e inferir sobre sua eficácia em prol da construção de uma política de prevenção ao suicídio no território. A partir deste processo de análise, pôde-se identificar as relações entre a ação dos sujeitos e as oportunidades políticas, expressas na escolha de repertórios e na efetiva ação coletiva. Os próximos parágrafos apresentam uma sistematização destas informações, apresentando brevemente as Entrevistadas e sua relação direta com a construção da política. Ao final, apresentam-se considerações sobre estas informações, destacando as relações dos sujeitos com as intervenções do Comitê Municipal e a construção de uma política de prevenção ao suicídio em Santa Cruz do Sul.



A **Entrevistada 1** é assistente social e trabalha com a problemática de prevenção ao suicídio em seu espaço sócio-ocupacional. Compõe o CMPS desde 2017, convidada a compor o espaço a partir de sua aproximação profissional com a pauta de saúde mental e atuação junto aos trabalhadores rurais. É representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Santa Cruz do Sul (STR/SCS) junto ao CMPS e em outros espaços políticos e de controle social, como o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (COMDICA). Sobre a problemática do suicídio, considera um tema de suma importância para o contexto regional, especialmente para o meio rural, onde se evidencia altas taxas de suicídio e de doenças relacionadas à saúde mental, como depressão e dependência química. Em sua rotina profissional, assume compromissos com a prevenção do suicídio através de palestras e organização de grupos temáticos em comunidades rurais. Entende como essencial a criação de políticas públicas voltadas à prevenção do suicídio e destaca que apenas com o compromisso governamental essas ações serão efetivadas.

Penso que é algo que a gente precisa fortemente trabalhar. [...] Penso que as políticas públicas deveriam urgentemente focar em algo assim, como meta mesmo. Porque os municípios só vão trabalhar nisso quando forem cobrados, no sentido de metas e questão de repasse de recursos. Fora isso, vai existir um monte de planos que vão ficar na “gaveta”, mas que não vão ter efetividade. (Entrevista 1, 16 de março de 2020).

A Entrevistada 1 é militante em diferentes espaços, mantendo um olhar crítico sobre a ação governamental em relação à construção de uma política de prevenção ao suicídio. Compreende que as instâncias superiores do Estado devem cobrar a efetivação das políticas municipais, sobretudo através do planejamento e repasse de recursos.

A **Entrevistada 2** é psicóloga no Centro de Atenção Psicossocial de Santa Cruz do Sul (CAPS II) e militante do Fórum Regional de Saúde Mental do Vale do Rio Pardo (FRSM/VRP). Sua aproximação com a prevenção do suicídio se dá no cotidiano profissional, no qual destaca ter atendido muitos casos de ideação suicida ou de pacientes que tentaram o suicídio nos últimos anos. Relata ter um histórico de mais de 20 anos de militância pela saúde mental, iniciada ainda no período de graduação, através de agremiações estudantis, até o momento atual, aonde participa ativamente da construção das pautas e encontros do FRSM/VRP. Apesar de não participar diretamente do CMPS, destaca o espaço como um articulador para a construção de uma política pública de prevenção ao suicídio, a qual considera de suma importância para o território.

Eu acho que ele é um espaço super importante. Não vejo como não ter, pois, é uma questão muito séria, dado os números que nós temos, sendo que nossos municípios

são quase os recordistas nacionais em suicídio. [...] Eu acho que tem que ter um espaço que tenha pessoas para pensar sobre isso e também pessoas da sociedade civil. Porque o suicídio é uma questão tão trágica, que não é a saúde mental que vai dar conta. São [necessárias] ações intersetoriais. (Entrevista 2, 16 de março de 2020).

O destaque dado pela Entrevista 2 sobre os altos números de suicídio no território é trazido em outras Entrevistas como razão para criação da política de prevenção e como justificativa para formação do Comitê. Sua crítica sobre a incapacidade da política de saúde mental em lidar com a problemática, sendo necessário, ações intersetoriais, evidencia sua visão ampliada sobre a questão do suicídio e a valorização da participação da sociedade civil na construção de políticas públicas.

A **Entrevistada 3** é psicóloga no CAPS II e participa ativamente da construção do CMPS, desde 2016. Sua vinculação com o Comitê se deu através da indicação dos trabalhadores do CAPS II e por interesse particular da psicóloga com a problemática do suicídio. Atualmente, além do atendimento aos pacientes e familiares, exerce a função de coordenadora de serviço, sendo uma das mais longevas trabalhadoras da saúde mental do município, com mais de 25 anos de atuação. Em sua trajetória, participou da formação do FRSM/VRP e dos processos políticos para construção do primeiro CAPS em Santa Cruz do Sul, sendo militante da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial na região, já na década de 1990. Dentro do CMPS, a psicóloga assume a tarefa de coordenação, sendo a principal interlocutora entre o Comitê, o Governo e a mídia local. Sua visão sobre o fenômeno do suicídio e formas de prevenção possuem forte influência sobre o Comitê e demonstram um posicionamento crítico do sujeito frente a problemática, como destacado na seguinte fala:

Eu acho que a prevenção só vai se tornar relevante quando tiver algo muito intenso sobre isso. Alguma coisa muito intensa! Eu acho que não pode ser nós que estamos nas pontas. Teria que ser um grupo, quase que um matriciamento, porque nós vamos ter que sensibilizar todas as equipes. E não é com uma palestra, com uma fala. É [necessário] um circular constante, porque tem muita aversão contra tentativas de suicídio. [...] Quando as pessoas tiverem menos medo, isso vai ser a prevenção. E eu não acho que seja possível zerar o número de suicídios. Não em uma sociedade como a nossa, cheia de metas, onde você tem que estar sempre bem financeiramente, conquistando, criando etc. Enquanto as pessoas não voltarem a ter uma vida onde elas por si só se bastam, e não o externo, não vai ter [erradicação do suicídio]. Mas isso é o modo de sociedade capitalista [...]. (Entrevista 3, 17 de março de 2020).

As colocações da entrevistada demonstram uma compreensão ampla sobre prevenção, que envolve não apenas o Comitê, mas a qualificação massiva de profissionais que atendam diretamente o público. Trata-se de uma visão crítica, considerando a desmistificação do suicídio como a principal forma de prevenção. Ademais, a psicóloga admite que em uma sociedade

baseada na competição, na produção e na acumulação, as chances de diminuição dos casos de suicídio são reduzidas. Entretanto, a entrevistada destaca a importância do CMPS para esse processo.

O Comitê sim, eu acho que faz diferença, só pelo fato de estarmos falando e divulgando e indo nos grupos e alertando, eu acho que isso faz com que haja mais de sensibilidade. E as pessoas que estão ‘ruim’, saibam onde procurar ajuda. [...] **Neste sentido o Comitê é importante, mas teria que ser muito mais atuante.** Não nessa forma que é hoje, quase que voluntária, dentro de seu serviço. Teria que ter um grupo que trabalhasse com isso, que circulasse. Eu acho que o Comitê deveria ser o grupo ‘pensante’. (Entrevista 3, 17 de março de 2020, grifo do autor).

Para ela, os membros do Comitê deveriam formar um corpo profissional técnico, capaz de dedicar tempo à construção de uma política de prevenção ao suicídio e criação de estratégias específicas para cada espaço sócio-ocupacional. Caberia ao Comitê, na visão da entrevistada, reivindicar ampliação dos serviços especializados ou criação de um serviço específico para atendimento de casos de ideação suicida.

A **Entrevistada 4** é assistente social e militante do FRSM/VRP, da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial. Atua a mais de 15 anos na política de saúde mental do município e participa ativamente da construção do Fórum Regional. Durante a entrevista, destacou o processo militante de construção das políticas públicas de saúde mental na região, com destaque para a influência do FRSM/VRP para solidificação da participação de usuários e familiares neste processo. Sobre a prevenção ao suicídio, a profissional declara não estar próxima desta problemática, mas afirma:

Eu sempre achei muito interessante a organização do Comitê. A contribuição de quem constitui esse Comitê, é poder pensar em todas as redes que fazem parte. Porque fazer prevenção em saúde mental e fazer prevenção do suicídio, [nós] todos somos responsáveis. Cada espaço que reúne pessoas, que têm pessoas, ele é responsável pela saúde mental. Ele pode participar disso. Acho que esse é um ponto muito positivo do Comitê, quando pensa que vários seguimentos precisam estar presentes, porque cada um pode trazer o seu “norral” [know-how], cada um traz a sua visão e como é que se mistura tudo isso. [...] **Eu vejo o Comitê como um espaço potente.** (Entrevista 4, 17 de março de 2020, grifo do autor).

Nota-se que a assistente social enfatiza a potencialidade do Comitê, especialmente através da formação de redes — se referindo aos diferentes serviços e sujeitos que compõem o CMPS. Destaca que a prevenção ao suicídio, assim como o cuidado com saúde mental, pode e deve ser realizada por diferentes seguimentos e alerta (durante a entrevista), que uma das estratégias para prevenção do suicídio deve ser a valorização da vida, através de melhorias na qualidade de vida dos indivíduos e suas famílias.

A **Entrevistada 5** é terapeuta ocupacional na política de saúde mental de Santa Cruz do Sul, é membra do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio desde sua criação e milita em prol da Luta Antimanicomial na região, através do FRSM/VRP. A profissional dedica-se especialmente às questões relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes e mantém uma postura vigilante sobre a qualidade dos serviços de saúde mental do município. Com um posicionamento crítico sobre a atuação dos governos no fortalecimento de políticas públicas ligadas à saúde mental, a entrevistada destaca, durante a entrevista, as principais ameaças políticas à criação de uma política de prevenção ao suicídio em Santa Cruz do Sul. Entre estas ameaças, destacou a pouca adesão de pacientes e familiares na construção do Comitê e de suas campanhas de prevenção. Enfatizou que é fundamental para o fortalecimento da política, a participação de usuários, especialmente através do controle social. Explica que parte do trabalho do Fórum Regional é promover essa participação, não apenas nos eventos anuais, mas durante todo o ano e nos diferentes municípios da região. Destacou, ainda, a influência do Fórum Regional para a construção do CMPS, quando comenta que:

O Comitê surgiu pelo aumento de casos de suicídio no município. [...] Tinha já um trabalho em Candelária/RS e provavelmente isso veio nas reuniões do Fórum. Candelária que é um município tão menor, já tinha uma rede [de prevenção ao suicídio] e nós também precisamos organizar. (Entrevista 5, 17 de março de 2020).

Nota-se que a entrevistada apresenta a experiência de Candelária/RS como argumento para a criação de um Plano de prevenção ao suicídio em Santa Cruz do Sul. Neste episódio, o espaço do Fórum Regional serviu como divulgador das ações, mas não como um mediador da construção da política. De fato, o episódio narrado descreve eventos ocorridos em 2012, já elencados no capítulo anterior e que não resultaram na imediata concretização do CMPS. A Entrevistada 5 afirma que a construção do Comitê Municipal veio para viabilizar a elaboração de um Plano Municipal de Prevenção ao Suicídio, o que viria a ser elaborado apenas em 2019. Durante os sete anos que separam a primeira tentativa de elaboração do Plano, até sua efetiva construção, percebe-se uma série de avanços e retrocessos políticos. Segundo a entrevistada, a lentidão deste processo se fundamenta na visão equivocada de alguns governantes sobre a política de saúde mental.

A gente percebe aqui no município que existe um certo incômodo com a saúde mental. Parece que a gente só dá problema. Parece que a gente só reclama. Mas acho que isso vem de uma dificuldade da gestão mesmo em entender que a gente trabalha com o subjetivo. A gente não trabalha com números, com quantidade de coisas. É um trabalho qualitativo e subjetivo. Não é o que funciona pra um, funciona pra outro. Não dá pra gente descer [aplicar] uma norma e aplicar pra todo mundo. (Entrevista 5, 17 de março de 2020).

Este destaque sinaliza para algumas falhas de comunicação entre o Comitê e a gestão de saúde do município, mas não apenas. Trata-se de um comentário com forte subjetividade em relação ao interesse político sobre a problemática do suicídio, que até hoje, menospreza esta problemática, mantendo-a distante das agendas de governo. A falta de interesse político para ampliação das ações preventivas e consolidação do CMPS, dificultam a ação coletiva e limitam os Repertórios de Ação dos sujeitos.

A **Entrevistada 6** é terapeuta ocupacional e está vinculada ao CAPS AD III, com atenção exclusiva para pacientes com dependência química. Apesar de não ter vinculação política com movimentos sociais, a profissional demonstra se identificar com as pautas de luta da saúde mental, tendo uma história de militância no processo de implementação do serviço em que trabalha. Durante a entrevista, destaca o processo de construção da Comissão de Saúde Mental, vinculada ao Conselho Municipal de Saúde e sua ação militante para monitoramento da política de saúde mental no município. Atuante neste período, a profissional recorda os confrontos políticos que a Comissão assumiu em defesa dos profissionais de saúde e como este espaço era capaz de mediar os conflitos, além de propor soluções para as principais demandas de saúde mental do município. Comentou que, durante a construção do CAPS AD III, uma das principais estratégias de ação foi a mediação da Comissão de Saúde Mental e a participação da comunidade nos debates — reduzindo a personificação dos trabalhadores e inibindo repressões políticas. Percebe-se que os embates políticos deste período são cruciais para compreender os Repertórios de Ação dos sujeitos na ampliação da política de saúde mental no território, algo que tende a ser enfrentado no processo de construção da política de prevenção ao suicídio.

Contudo, a profissional afirma que sua proximidade com a problemática do suicídio se deu a partir de 2018, quando passou a representar o CAPS AD III junto ao Comitê, em substituição de outro colega. Apesar da pouca intervenção com a problemática e uma relação ainda protocolar com o Comitê, a entrevistada destacou que:

Eu acho que o Comitê tem um ‘baita’ [grande] potencial. Eu acho que todas as pessoas que estão ali são engajadas e levam muito à sério. **Mas eu acho que falta um reconhecimento oficial disso.** [...] As pessoas que estão ali fazem inúmeras outras coisas ‘E’ participam do Comitê. Eu acho que Santa Cruz, pro nível dos índices de suicídio que a gente tem e índice de tentativas de suicídio que a gente tem, em nível de país, merecia uma política muito enfática sobre isso. (Entrevista 6, 18 de março de 2020, grifo do autor).

A visão crítica da profissional sobre o trabalho do Comitê e sobre os altos índices de suicídio no território, lhe fazem afirmar a necessidade de construção de uma política específica

para enfrentamento do suicídio. Em outros momentos, destaca que a problemática carece de atenção dos governos e que o tema só ascende no debate público quando está associado à morte de uma celebridade ou algum caso de grande repercussão. Para a terapeuta ocupacional, o suicídio segue como um tabu em nossa sociedade e sugere como solução: “falar cada vez mais sobre o tema, para que as pessoas percam o medo de buscar ajuda” (Entrevista 6, 2020).

O **Entrevistado 7** é extensionista rural da Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural de Santa Cruz do Sul (EMATER) e participa do CMPS desde 2017. Em sua ação profissional, desenvolve atividades voltadas a qualidade de vida e saúde mental no meio rural, especialmente através de grupos de mulheres e de agricultores. Sua vinculação com a pauta de prevenção ao suicídio surge no espaço sócio-ocupacional, que identifica pessoas com risco de suicídio através das visitas técnicas. Destacou, durante a entrevista, que nas áreas interioranas de Santa Cruz do Sul têm muitos casos de suicídio, sendo este um tema importante no trabalho de extensionistas rurais. Em seu cotidiano de trabalho, o entrevistado participa de diferentes espaços de controle social, como o Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS), Conselho de Alimentação Escolar (CAE) e o Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional do Rio Grande do Sul (CONSEA-RS). Além disso, o profissional mantém um olhar atento para as demandas sociais do campo, sendo um defensor da Agricultura Familiar no município e região. Sobre o trabalho do Comitê, reconhece a importância dos sujeitos envolvidos e do trabalho de prevenção ao suicídio, mas observa:

Noto muito esse distanciamento entre o que é real e o que está no papel. Isso precisa ser mais apurado. Ter um controle melhor. Não sei como!?! Acho que tem muitas pessoas envolvidas que precisavam falar a mesma língua. A rede se aproximar mais. Eu acho que esse ponto da rede a gente precisa continuar trabalhando. (Entrevista 7, 03 de junho de 2020).

Nesta fala, o entrevistado 7 se refere as barreiras de comunicação entre profissionais do meio rural e meio urbano, sinalizando para a necessidade de qualificar a troca de informações e da necessidade de agilizar o atendimento em áreas de difícil acesso. Destacou que em algumas comunidades interioranas o acesso à saúde é prejudicado pela distância e a presença do Poder Público é limitada, sendo necessário encontrar novas formas de atendimento aos povos do campo e aos agricultores do município. Apesar desta crítica, o profissional demonstrou ter uma visão bastante positiva sobre o Comitê, destacando a importância das ações de prevenção e salientando a necessidade de institucionalização do CMPS como espaço oficial de discussão sobre o suicídio no município.

A **Entrevistada 8** é assistente social e residente multiprofissional no Hospital Santa Cruz, aonde frequentemente atende pacientes com ideação suicida ou que tenham tentado o suicídio. Em sua rotina de trabalho, a profissional participa de diferentes espaços de discussão, tendo optado por ser uma das representantes do HSC no CMPS, desde 2019. Ademais, a profissional já havia participado das primeiras reuniões do Comitê como representante do Hospital, ainda do ano de 2015. Declara não ter participado ativamente nesta época e destaca que o Comitê ainda estava em processo de estruturação. Sobre este período inicial, destacou:

A Secretaria Municipal de Saúde que nos convidou e pediu pra gente participar. A gente fazia as reuniões no antigo PU [Plantão de Urgência]. [...] A gente tinha um atendimento grande de demandas [tentativas de suicídio] e eles achavam bem pertinente a gente participar do Comitê. (Entrevista 8, 03 de junho de 2020).

Segundo a entrevistada, na época, a temática do suicídio era pouco debatida entre profissionais do HSC e a equipe de suporte psicossocial (assistentes sociais e psicólogos) raramente era acionada para casos atendidos no Serviço de Emergência da instituição, com exceção dos profissionais residentes. Tendo um olhar crítico e histórico sobre o processo de formação do CMPS, questionou-se qual a visão da profissional sobre o Comitê, em comparação ao ano de 2015 e 2020. Sobre isso, proferiu a seguinte resposta:

Desde que eu estou participando eu vejo que melhorou bastante, desde a última vez. Eu acredito que o Comitê deu uma boa evoluída. Mas eu vejo também que essa questão de se tornar um conselho municipal, de ter outras questões ali ainda falta. Dessa parte mais burocrática, eu vejo que ainda não andou muito. Isso ainda está muito lento. Não se avançou muito neste sentido e acho que falta mais atenção para esta política. E talvez, como é uma coisa que não dê tanto destaque, no caso os gestores não vejam necessidade; não achem que é algo importante. (Entrevista 8, 03 de junho de 2020).

A visão da assistente social reverbera com outros depoimentos que criticam a falta de efetividade na institucionalização do Comitê. Apesar de sua avaliação positiva sobre a organização e potência do CMPS, enfatiza a falta de interesse político para oficialização do Comitê e a vagariedade do processo de criação da política de prevenção ao suicídio no município. A profissional, que possui um olhar crítico sobre a construção de políticas públicas, destaca como um repertório de ação importante à institucionalização do Comitê, considerando-o como um espaço adequado para a criação de uma política de prevenção ao suicídio.

A **Entrevistada 9** é coordenadora do Centro de Valorização da Vida (CVV) de Santa Cruz do Sul e representa a instituição no CMPS. Com formação acadêmica em Contabilidade, a profissional atua no CVV de forma voluntária, desde 2013, tendo assumido a coordenação da

franquia de Santa Cruz do Sul desde o início. A entrevistada destaca as características do serviço, que possui uma sala junto ao Corpo de Bombeiros do município e apenas um telefone, o qual é compartilhado pelos voluntários em turnos de quatro horas. Ao todo são 18 voluntários, que fazem o trabalho de escuta telefônica de pessoas em sofrimento psíquico, de todo o país. O contato com o CVV é feito através do número “188” e os voluntários participam de treinamentos e capacitações para fornecer um serviço de acolhida — segundo a entrevistada.

Em relação ao suicídio, a entrevistada declara que frequentemente são atendidas pessoas com ideia suicida e que os voluntários são treinados para acolher estas demandas. Contudo, a central de ligações recebe chamadas de todas as regiões do país, o que dificulta orientações ou encaminhamentos para a rede de saúde mental. Segundo ela, o trabalho do CVV não possui nenhum aporte financeiro governamental e suas despesas são assumidas pelos próprios voluntários. Devido às rotinas do projeto e seu caráter voluntário, nem sempre é possível participar ativamente das reuniões do Comitê. Sobre isso, destacou que encontra dificuldades em acompanhar as reuniões do CMPS e que o CVV mantém atividades de prevenção durante todo o ano, através de palestras e rodas de conversa. Ao ser questionada sobre o trabalho desenvolvido pelo Comitê, declarou apenas que: “Eu acho que a gente tem que focar mais na ‘Valorização da Vida’. Focar em coisas mais simples” (Entrevista 9, 03 de junho de 2020). A ideia de focar em ações de valorização da vida (slogan do CVV) encontra ressonância em outros depoimentos e condiz com as estratégias contemporâneas de prevenção ao suicídio. Percebe-se, entretanto, que a entrevistada 9 possui uma vinculação emocional com o seu trabalho voluntário e não mantém outras atividades militantes ou de construção de políticas públicas.

A **Entrevistada 10** é assistente social vinculada à Secretaria Municipal de Saúde e atualmente assume o cargo de coordenadora de Saúde Mental de Santa Cruz do Sul. A profissional trabalha a mais de 20 anos na política de saúde mental do município, tendo participado dos processos de implementação dos CAPS em Santa Cruz do Sul, criação do Fórum Regional de Saúde Mental e da Comissão de Saúde Mental, entre outras experiências políticas. Durante estes processos, assumiu uma postura militante em defesa da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, enfrentando embates políticos com empresários, jornalistas, gestores públicos e atores políticos. Durante a entrevista, trouxe elementos que contribuem para análise dos Repertórios de Ação Coletiva, utilizados na construção de políticas públicas, especialmente aquelas voltadas à saúde mental. Percebe-se que, apesar de a entrevistada não estar vinculada ao CMPS, teve uma participação ativa em sua criação.



A gente, na verdade, se reuniu pra poder fazer a Rede, com a sociedade civil, com as escolas, com tudo. [...] A gente se reuniu pra conversar sobre essa Rede. Nessas reuniões que surgiu a história da gente criar um ‘Comitê’. E aí a gente pensou: bem, é um Comitê que a gente quer? O que a gente vai criar? Aí a gente chamou o gestor. Chamamos o gestor estadual [13ª CRS], os municipais [Secretários de Governo], chamamos o Secretário da Assistência [Social], da Saúde. Porque a gente queria que os profissionais fossem liberados para participar do Comitê. Precisava apresentar! Aí a gente mostrou pra eles a proposta que a gente tinha, de fazer [reuniões] uma vez por mês. Que a gente pensou em um Comitê. E aí eles nos deram o ‘OK!’. (Entrevista 10, 03 de junho de 2020).

Nota-se, a partir deste relato, que a criação do Comitê foi proposta pelos profissionais de saúde mental do CAPS II, em parceria com a coordenação de saúde mental da 13ª CRS. Cabe destacar que a preocupação em relação ao aumento de número de óbitos por suicídio no município foi trazida pela Coordenadoria Regional de Saúde e compartilhada com a coordenação municipal de saúde mental e o gestor de saúde da época. Segundo a entrevistada, a comunicação entre as duas coordenações era bastante ágil e prática, simplificando a troca de informações e possibilitando um diálogo menos burocrático. Além disso, a entrevistada destaca as qualidades técnicas da responsável pela problemática na 13ª CRS, sua capacidade de articulação política e motivação para qualificação das políticas públicas.

Destaca-se que, em 2015, a temática da prevenção ao suicídio havia ganhado destaque na mídia local, devido à realização da primeira campanha do “Setembro Amarelo” no município. Além disso, havia um aumento significativo dos casos de tentativa de suicídio e de suicídios na região, registrados pela Vigilância Epidemiológica do Estado — fato apresentado no capítulo anterior desta dissertação. Assim, após esta primeira reunião, que contou com a presença de profissionais e gestores de diferentes políticas públicas, iniciou-se o processo formal de criação do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio.

Quando a gente começou a fazer o Estatuto do Comitê, foi muito legal, porque a gente fez em conjunto. A gente se reuniu em grupos, aí eu e a [Entrevistada 14] fizemos uma parte; outra parte outros foram fazendo. Depois a gente se reuniu, e foi passando [no projetor], com os membros juntos; foi ‘tocando’ e com a gestão. Foi bem trabalhoso! Muito trabalhoso! Porque imagina, eram muitas pessoas dando palpite. (Entrevista 10, 03 de junho de 2020).

Nota-se, durante a entrevista, que a profissional se refere ao processo de construção do Comitê como algo participativo e positivo para todos os envolvidos. Destaca o apoio do Secretário de Saúde na época e, em especial, dos profissionais envolvidos. Sobre a elaboração do Estatuto do CMPS, destaca o caráter contributivo dos sujeitos, que sugeriam, corrigiram e alteravam o texto em tempo real, enquanto o Estatuto era projetado em tela. Além disso, a

entrevistada relembra a realização de um evento para lançamento do Comitê, que contou com palestras do professor Neury José Botega (UNICAMP) e da professora Rosylaine Moura (UFSM) — ambas referências acadêmicas sobre o tema no estado.

O evento comentado pela entrevistada fazia parte da programação da VII Semana Municipal de Prevenção à Violência, organizado pelo Programa de Prevenção à Violência do Rio Grande do Sul. As palestras relacionadas à prevenção do suicídio ocorreram nos dias 17 e 19 de agosto de 2015. No dia 20 de agosto, ocorreu uma reunião ampliada do Comitê Municipal de Prevenção do Suicídio, com participação de representantes dos municípios de Candelária e Venâncio Aires. Nesta reunião foram apresentadas as entidades que compunham o recém criado Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio e anunciado a proposta de elaboração de um Plano Municipal para Prevenção do Suicídio, nos meses seguintes (SIDNEY, 2015).

A entrevistada destacou, ainda, que o professor Botega, que na época participava de diversos eventos voltados a prevenção ao suicídio no país, destacou a iniciativa de criação do Comitê como uma ação pioneira no Brasil. Apesar de haver, na época, outras iniciativas de discussão coletiva sobre prevenção ao suicídio, havia poucas experiências de institucionalização de um espaço próprio para esta finalidade. Entretanto, o Comitê não ganhou o status de almejava junto ao Poder Público, tampouco pôs em prática um Plano de prevenção ao suicídio. Até hoje, apesar da continuidade do trabalho e amplificação das ações no município, a institucionalização do CMPS não foi concluída.

A **Entrevistada 11** é psicóloga, funcionária pública do município e participa do CMPS desde 2016 como representante do Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). A profissional divide sua rotina de trabalho entre as políticas de saúde mental e saúde do trabalhador, atuando, especialmente, com adoecimentos psíquicos causados pelo trabalho. Em sua trajetória profissional, dedicou-se aos casos de assédio moral no ambiente de trabalho, LER/DORT e trabalhadores com depressão. Explica que entre estas demandas, havia pacientes com ideação suicida, tendo atendido casos de tentativa de suicídio, relacionados com o trabalho ou adoecimento físico e mental dos trabalhadores. A entrevistada vem assumindo diferentes ‘frentes’ no trabalho na prevenção ao suicídio, sendo uma das principais divulgadoras das atividades do Comitê no município. Realizou, nos últimos anos, dezenas de palestras com grupos de mulheres, trabalhadores da saúde, agricultores e escolares. Além disso, a profissional é responsável pela manutenção da página do CMPS no Facebook®, no qual publica, periodicamente, ações desenvolvidas pelos membros do Comitê e informações pertinentes à prevenção do suicídio no território.

Durante a entrevista, a psicóloga demonstrou ter um senso crítico sobre o trabalho de prevenção ao suicídio e construção de uma política voltada a esta problemática. Destacou, que esta é uma tarefa que envolve diversas áreas do conhecimento e diferentes políticas públicas, e que é necessário romper com a lógica de medicalização dos pacientes com ideação suicida, promovendo ações em Rede.

Eu acho que a Rede, como um todo, precisa estar mais fortalecida para lidar com essa situação. Porque, quando se pensa em suicídio, parece que a única coisa que tem é encaminhar para o psiquiatra, vai medicar, e deu! Resolveu! Se ele [paciente] estiver medicado está resolvido; mas a gente sabe que não é. [...] isso é um desafio para a gente. (Entrevista 11, 04 de junho de 2020).

Esta visão ampliada sobre o tratamento de paciente com ideação suicida demonstra um posicionamento crítico da profissional sobre os atuais protocolos de saúde mental, praticados no Brasil e no próprio município. Percebe-se, em seu depoimento, que a profissional valoriza o trabalho em equipe para acompanhamento de pacientes com risco de suicídio, entendendo que nenhum profissional é capaz de atender esta demanda isoladamente.

Acho que a gente tem que avançar mais nas políticas públicas, como um todo, para dar conta dessa questão do suicídio. Claro que a [política de] saúde é importante, pois, se tem uma situação de risco, a pessoa vai ter que fazer algum tipo de tratamento, mas a gente sabe que só isso não vai dar conta. [...] Pensando até nas questões sociais que muitas vezes estão envolvidas na questão do suicídio. Por mais que você seja o melhor profissional de saúde, você não vai dar conta daquilo. (Entrevista 11, 04 de junho de 2020).

Em sua análise sobre a construção da política de prevenção ao suicídio em Santa Cruz do Sul e a própria atuação do Comitê, a entrevistada destaca que seria importante buscar um maior envolvimento da sociedade civil nesta construção — para além dos serviços que já compõe o CMPS. Considera que a institucionalização deste espaço traria maior força para a construção da política e reduziria a personalização de seus membros.

A **Entrevistada 12** é professora e supervisora pedagógica, vinculada à Secretaria Municipal de Educação e representante da política de educação do município no CMPS, desde 2016. Além do Comitê, a entrevistada participa de outros seis espaços de controle social e/ou conselhos de direitos no município. Percebe-se que a profissional valoriza sua participação nestes espaços e considera como uma estratégia para aproximar a política de educação das demais políticas públicas. Declara não estar vinculada a nenhum movimento social ou partido político, mas afirma ter participado do movimento estudantil durante sua graduação. A professora é formada em História, possui pós-graduação em ciências sociais e mestrado em

turismo cultural, tendo vivenciado diferentes experiências profissionais na área de educação, até assumir o cargo de supervisora pedagógica.

Sua aproximação com a problemática do suicídio se deu especialmente através do CMPS e pelo trabalho preventivo que passou a ser realizado nas escolas do município. Durante a entrevista, traz que a temática do suicídio é difícil de trabalhar no ambiente escolar e que foi especialmente através do Comitê que este tema foi sendo desmistificado entre os professores. Destacou que, diferentemente de outros espaços de controle social no quais os membros são indicados como representantes, mas que não mantêm vinculação com as pautas, os sujeitos que compõe o CMPS estão engajados com a problemática do suicídio e se esforçam para encontrar soluções para diminuição das taxas de mortalidade.

Eu acho que todas as pessoas que estão ali no Comitê [...] estão ali porque elas gostam disso. Estão preocupadas com essa questão. Elas gostariam de aliviar o sofrimento dessas pessoas. (Entrevista 12, 04 de junho de 2020).

Apesar da entrevistada possuir críticas ao propósito do Comitê e da própria prevenção ao suicídio, ressaltou a importância deste espaço para o contexto do município. Lembrou, como exemplo, o suicídio de um adolescente, ocorrido em 2016 dentro do ambiente escolar — situação que teve forte impacto na comunidade escolar de Santa Cruz do Sul.

Os professores ficaram muito perturbados com isso [suicídio do aluno]. E, porque eles também viram que com os alunos, com os colegas da turma, não tinha mais como seguir trabalhando como se nada tivesse acontecido. Era necessário! [...] Os professores chamaram pessoas de fora para virem conversar com os colegas da turma. (Entrevista 12, 04 de junho de 2020).

A partir deste trágico evento, as escolas passaram a promover espaços de diálogo sobre a prevenção ao suicídio, convidando os membros do CMPS a fazerem palestras e rodas de conversa nas escolas. Estas ações foram mediadas pela entrevistada 12 e deram seguimento nos anos seguintes, em praticamente todas as escolas da rede municipal de ensino e na maioria das escolas estaduais. No entanto, a realização destas palestras é alvo de críticas entre profissionais da Secretaria Municipal de Educação, que expressam preocupação sobre a discussão do tema, alegando que ao debater o assunto nas escolas, aumentaria o risco de suicídio entre os jovens. A entrevistada afirma contrapor esta ideia, mas não negou sua preocupação.

Entende-se que este posicionamento tende a reforçar o tabu que envolve a questão do suicídio e não encontra sustentação na realidade empírica. Segundo relatos de profissionais do Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência do município, após a realização

das palestras nas escolas, houve um aumento na procura por atendimento psicossocial para adolescentes com ideação suicida, mas uma diminuição no número de mortes e de casos de tentativa suicídio. Diante disso, pode-se supor que a realização das palestras de prevenção nas escolas auxiliou no acesso de adolescentes e familiares com risco de suicídio aos serviços de saúde mental, permitindo um atendimento precoce e evitando desfechos críticos ou fatais. No entanto, ressalta-se que este tema merece ser analisado com maior critério e com base em dados oficiais, para que não se tenha conclusões equivocadas.

Cabe destacar, ainda, que desde o suicídio ocorrido dentro da escola, em 2017, os sujeitos que compõe o CMPS veem pautando a prevenção do suicídio entre adolescentes como uma das principais tarefas do Comitê. Este direcionamento ganha força com a divulgação do relatório sobre suicídio da OMS de 2018, aonde se evidencia o suicídio como a segunda principal causa de morte entre adolescentes (OMS, 2018).

A **Entrevistada 13** é psicóloga no Hospital Santa Cruz e representante da instituição no CMPS, desde 2018. A profissional passou a compor o Comitê em substituição de outra colega psicóloga, mas afirma que escolheu participar por interesse na temática e compreensão da importância da prevenção ao suicídio.

[...] É uma temática da qual eu me identifico muito. Tive oportunidade de fazer algumas palestras com essa temática [prevenção do suicídio]. Então justamente por isso eu acho importante. Porque, de alguma forma, se a gente não participar de grupos como esse, para discussão, fica um pouco perdido. [...] Enquanto grupo eu acho que a gente tem mais força pra isso. Para pensar em estratégias, e enfim, no trabalho que o grupo vem tentando buscar, assim, nessa caminhada. (Entrevista 13, 09 de junho de 2020).

A entrevistada faz referência a potência do Comitê em promover o debate sobre a prevenção do suicídio em diferentes espaços e qualifica sua criação como um importante passo para construção de uma política de prevenção ao suicídio no município. Além de psicóloga hospitalar, a entrevistada trabalha como professora em um curso de técnico de enfermagem, onde aborda a questão do suicídio com seus alunos e alunas.

Enquanto profissional da psicologia, eu sempre estive muito atenta a esta temática, mas com certeza com a aproximação do Comitê, muitas coisas mudaram. Meu olhar, o interesse em estar contribuindo ainda mais e a atenção a esse cuidado. Até porque, é 'bacana' pensar que eu ocupo dois espaços diferentes: um de profissional da saúde, em ambiente hospitalar e o outro de professora em um curso técnico. (Entrevista 13, 09 de junho de 2020).

A referência da profissional ao seu trabalho docente, expressa sua intenção em qualificar o debate sobre o suicídio na formação dos trabalhadores da saúde. Ressaltou que a sua participação no Comitê vem contribuindo em sua prática profissional e percebe isto como uma característica do CMPS — a capacidade de ser um espaço tanto de construção política como de formação de seus membros/participantes. Contudo, a psicóloga traz uma crítica à periodicidade das ações do Comitê, destacando que a prevenção do suicídio deve ser realizada durante todo o ano e não apenas nas campanhas de setembro.

Me incomoda um pouquinho de ir lá, em setembro, começar as coisas e precisa ‘falar sobre o suicídio’ e aí então se tem toda uma campanha, [mas] só em setembro. A gente conversou no ano passado [2019], no Comitê, da gente começar a fazer algo mais anual e não só no ‘Setembro Amarelo’. Essa era uma das nossas estratégias. (Entrevista 13, 09 de junho de 2020).

Esta crítica encontra ressonância nas falas dos membros do Comitê. Ademais, o planejamento de uma agenda de atividades anual, voltada a prevenção ao suicídio, pode ser vista como um repertório de ação dos membros do CMPS, capaz de promover ações preventivas ao tempo em que conquista a atenção de atores políticos do governo.

Até aqui, foram apresentados os sujeitos que estão ou estiveram diretamente envolvidos com a problemática do suicídio em Santa Cruz do Sul, sendo, em sua maioria, membros do CMPS e profissionais vinculados à política de saúde mental do município. As próximas Entrevistas foram realizadas com sujeitos que, apesar de não estarem diretamente vinculados a construção da política de prevenção ao suicídio no município, mantêm relação com o processo histórico do CMPS (com exceção das Entrevistadas 15 e 19). Dentre estes sujeitos, estão gestoras da política de saúde mental no estado e na Região do Vale do Rio Pardo e pesquisadoras, ligadas a problemática do suicídio.

A **Entrevistada 14** é psicóloga, mestre e doutora em Educação (UFRGS) e professora na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Esteve à frente da Política Estadual de Saúde Mental do Rio Grande do Sul entre 2011 e 2018, sendo coordenadora estadual em 2014 e coordenadora regional (13ª CRS), entre 2015 e 2018. A atuação profissional da entrevistada é pautada pelos ideais da Reforma Psiquiátrica, sendo militante desde 2000. Durante a entrevista, demonstra ter um posicionamento crítico e combativo a respeito da participação de usuários na construção da política de saúde mental, defesa dos direitos dos trabalhadores e qualificação dos serviços públicos. Durante o período em que esteve na coordenação de saúde mental da 13ª CRS, a profissional protagonizou diversos embates

políticos, a fim de garantir a ampliação da rede de cuidado em saúde mental e qualificação dos serviços. O trabalho da entrevistada foi destacado em diferentes Entrevistas, em relatos que reforçavam suas posições políticas e qualidades técnicas na gestão da saúde mental na região. Durante o período em que trabalhou no Vale do Rio Pardo, a profissional participou da construção do Fórum Regional de Saúde Mental e do Grupo Condutor<sup>29</sup>. Além disso, a psicóloga esteve à frente do processo político que resultou na criação do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul, sendo indicada como uma das principais articuladoras entre o Comitê e o Governo, em 2015.

Durante a entrevista, foram trazidos elementos fundamentais para análise da conjuntura política do Rio Grande do Sul e sobre a influência dos governos no direcionamento das políticas de saúde, com destaque para a Saúde Mental. Em seus relatos, a entrevistada apresentou uma cronologia de sua atuação profissional, a partir dos diferentes arranjos políticos que conduziram esta área na última década. Além disso, trouxe avaliações particulares sobre os Repertórios de Ação e formas de luta social desenvolvidas por profissionais da saúde mental e como algumas estratégias repercutiram na construção da política no estado. Alguns destes relatos estão transcritos no segundo item deste capítulo, aonde se discute questões relacionadas à crise política e formação de agendas conservadoras no Brasil.

Além disso, a psicóloga destacou suas considerações sobre o trabalho de prevenção ao suicídio na Região do Vale do Rio Pardo e apresentou críticas sobre a problemática, sobretudo a respeito da vinculação do tema à área de saúde mental. Em sua fala, ressaltou elementos pertinentes para a análise da atuação do CMPS, tais como:

Essa pauta do suicídio é uma pauta muito mais ampla. Ela não é só da Saúde Mental. Não pode ser! E que o lugar de discutir ações sobre isso não era nem no Fórum [FRSM/VRP], nem o Grupo Condutor da RAPS, nem no município X ou Y. Mas precisava chamar a Sociedade Civil pra participar. E outros atores da gestão. Então, eu participei dessa proposição. [...] Acolhemos sugestões e direcionamentos que vinham do Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio, que já existia. E quais eram as populações mais vulneráveis, então buscar representações que pudessem estar dando conta dessas populações. [...] **A ideia era compartilhar esse assunto pra fora do campo da saúde.** (Entrevista 14, 09 de junho de 2020, grifo do autor).

Percebe-se que a entrevistada compreende a prevenção ao suicídio como uma ação que envolve diferentes políticas públicas e deve ser compartilhada e planejada por profissionais de áreas distintas. Enfatiza a necessidade de envolver a sociedade civil neste debate e na construção

---

<sup>29</sup> O Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi implementado em 2013 e é responsável pelo acompanhamento da Política de Saúde Mental no Rio Grande do Sul e pela avaliação e monitoramento dos Planos Regionais de Saúde Mental, nas 30 regiões de saúde. (Resolução nº 592/2013 – CIB/RS).

da política, bem como atores políticos e gestores. A profissional faz críticas à centralização dada à política de saúde mental em relação a problemática do suicídio, sendo este um dos motivadores para a criação do CMPS em Santa Cruz do Sul.

Destacou-se, durante sua fala, o uso das orientações das Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio (o que a entrevistada diz ser o Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio) para escolha dos membros do Comitê, visando contemplar às populações de maior risco para o suicídio. Nesse sentido, foram convidados representantes do Sindicato dos Trabalhadores Rurais (STR) e da Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER) para compor o Comitê, a fim de representar as populações rurais. Sobre isso, a entrevistada destacou:

A população rural é muito vulnerável ai [em Santa Cruz do Sul] – os índices de suicídio no meio rural. [...] A gente sabe que as pessoas se matam quando perdem a lavoura, quando elas têm um revés financeiro importante, quando elas se aposentam. Têm diversas questões socioeconômicas que são muito mais amplas e a saúde, às vezes, fica muito em torno da vida daquele sujeito que tem sintomas. Era preciso envolver outras pessoas e foi nesse sentido que a gente pensou a construção do Comitê. (Entrevista 14, 09 de junho de 2020).

A questão dos altos índices de suicídio, sobretudo em áreas rurais do município, são destacados pela entrevistada como fatores que contribuíram para a criação do Comitê, aonde se compreendeu, entre os profissionais envolvidos com o tema, a necessidade de envolver outras políticas e, especialmente, outros sujeitos na elaboração de estratégias de prevenção ao suicídio. Assim, surge o germe que viria a se transformar no Comitê, partindo de uma necessidade do território e uma compreensão compartilhada dos profissionais. Com isso, reforça-se a compreensão de que a história de criação do CMPS conecta a ação coletiva e política dos sujeitos envolvidos neste processo, com a conjuntura de Santa Cruz do Sul na época, tanto através da Rede de serviços de saúde mental, como pelos arranjos políticos e pela própria expressão do fenômeno do suicídio no território.

A **Entrevistada 15** é psicóloga, professora na Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) e assumiu, em diferentes momentos, cargos de gestão e/ou assessoria aos governos do Rio Grande do Sul sobre temas relacionados à saúde mental. Além disso, foi assessora e consultora da Reforma Psiquiátrica, desinstitucionalização e saúde mental coletiva junto ao Ministério da Saúde, até 2016. Possui uma trajetória reconhecida de militância e construção da política de saúde mental no estado e no Brasil, sendo, atualmente, coordenadora da Associação Arte e Cultura Nau da Liberdade e do grupo teatral Nau da Liberdade e membra ativa do Fórum Gaúcho de Saúde Mental (FGSM).



O contato com a entrevistada foi mediado por uma representante do FGSM, que indicou a psicóloga como uma referência política na área de saúde mental. Durante a entrevista, percebeu-se que a entrevistada possui uma vivência de luta em defesa do SUS e da Saúde Mental Coletiva que faz jus a sua reputação, além de trazer subsídios fundamentais para compreender as janelas de oportunidade na construção da política pública. Em suas falas, relata a história da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, na qual foi protagonista em diferentes momentos. Ressaltou, que o estado é pioneiro na criação de uma política de saúde mental no Brasil, criada antes mesmo da implementação do SUS, em 1986, durante o governo estadual de Pedro Simon (PMDB) e sobre a liderança do então deputado federal Olívio Dutra (PT). Sua interpretação histórica e análise crítica dos eventos, contribuíram para interpretação dos Repertórios de Ação, envolvidos na criação do Fórum Gaúcho e dos Fóruns Regionais de Saúde Mental. Contudo, a profissional não manteve, durante sua carreira, aproximação com as pautas de prevenção ao suicídio, apesar de salientar a importância do tema e a relevância deste debate para a Região do Vale do Rio Pardo. Assim, optou-se por apresentar as falas da entrevistada 15 no segundo e terceiro subitem deste capítulo, destacando a relação das oportunidades políticas com os Repertórios de Ação Coletiva e a discussão sobre crise política — questão destacada, diversas vezes pela entrevistada.

A **Entrevistada 16** é psicóloga, professora na Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e membra do Fórum Regional de Saúde Mental do Vale do Rio Pardo. Iniciou sua carreira acadêmica em 1981, tendo participado de inúmeros espaços de construção política, inclusive como coordenadora de Saúde Mental na 13ª CRS. Em 1996 foi representante da UNISC no Conselho Municipal de Saúde, tendo acompanhado o processo de implementação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial de Santa Cruz do Sul (CAPS II) e participado do processo de criação do FRSM. A professora declarou lutar pela Reforma Psiquiátrica desde 1988 e nunca ter se afastado da militância. Relatou, ainda, sobre a participação da UNISC no processo de criação do CAPS II, via CMS, e a parceria estabelecida entre o curso de Psicologia e as psicólogas do serviço, que em seu primeiro ano de funcionamento, já contava com a presença de estagiários (as). Esta relação entre o CAPS e a UNISC fortaleceu o serviço e qualificou o seu trabalho, que com o tempo foi se tornando um espaço de cuidado e acolhimento aos pacientes e fazendo resistência ao modelo ambulatorial.

A gente sempre esteve muito próximo ao surgimento do CAPS e eu supervisionava estágio de comunitária, lá no início, depois eu fui pra coordenadoria [13ª CRS] e desde quando eu voltei, em 2003, eu supervisiono os alunos que estão no CAPS II. (Entrevista 16, 10 de junho de 2020).

Destaca-se que o trabalho de supervisão acadêmica, referido pela entrevistada, envolve uma série de processos que extrapolam o ambiente da Universidade, sendo um instrumento de análise sobre o espaço sócio-ocupacional, a partir da experiência dos próprios estagiários. Durante um estágio acadêmico, os alunos são instigados a observar o seu local de estágio de forma crítica e criteriosa, identificando possibilidades de melhorias do serviço e/ou barreiras ao trabalho do psicólogo e da equipe multiprofissional. Sobre isso, a professora destacou:

O curso de Psicologia nasceu com o perfil comunitário. Tanto que nós fomos o primeiro curso do Rio Grande do Sul que teve estágio comunitário. E dali, da comunitária, muito próximo a isso ficou a questão da participação da construção, da elaboração das políticas de saúde. (Entrevista 16, 10 de junho de 2020).

Este aspecto comunitário e participativo na construção da política de saúde do município é característico da UNISC, que mantém, até hoje, representações em diversos espaços de controle social, nas diferentes Políticas Públicas do município e região. Contudo, ressalta-se que a entrevistada foi protagonista em diversos processos de construção política, voltada à política de saúde mental na região — destacado por ela durante a entrevista:

O primeiro Fórum Regional de Saúde Mental fui eu que organizei, via Universidade. Não sozinha, mas eu encabecei isso junto com a UNISC e algumas outras pessoas. E aí pra esse encontro a gente trouxe a S.F. [Entrevistada 19]. [...] Nós éramos uns 30 trabalhadores e ela nos fez esse desafio: ‘como que só tem trabalhadores? Onde é que estão os usuários?’. [...] E aí, no ano seguinte, já organizamos o segundo [...] e aí já veio um monte de pacientes, e no segundo nós já tivemos umas 300 pessoas. (Entrevista 16, 10 de junho de 2020).

Este relato demonstra o envolvimento da entrevistada na construção do FRSM e reconhece a força política que o Fórum conquistou, a partir de seus usuários. Além disso, evidencia a relevância da Universidade nesta trajetória, sendo um ator importante na construção política deste espaço. Desde então, o evento anual do Fórum Regional tornou-se uma referência para trabalhadores, gestores e usuários da política de saúde mental no Vale do Rio Pardo.

Em relação à construção da política de prevenção ao suicídio em Santa Cruz do Sul, a professora trouxe informações sobre a disputa entre a criação de uma política de enfrentamento ao uso de drogas, em detrimento de uma política de prevenção ao suicídio, porém, não apresentou elementos novos ao debate. Destacou que a UNISC vem criando espaços para discussão deste tema nos últimos anos, especialmente através da Semana Acadêmica Integrada dos cursos da Saúde (SAIS) e com pesquisas produzidas nos Programas de Pós-Graduação. Além disso, a entrevista faz referência à campanha “Setembro Amarelo” como algo positivo para o debate sobre a prevenção do suicídio no município, e ressalta:

Eu acho o ‘Setembro Amarelo’ muito importante. Ele é importante porque ele joga a conversa pra dentro da sociedade e ele é importante porque o serviço coloca esse problema, como um problema ‘Seu’. [...] E a partir de lá surge comissões, como aqui em Santa Cruz e surgiu também em Venâncio, então, enfim, todos os municípios da região acabam fazendo alguma ação sobre isso. (Entrevista 16, 10 de junho de 2020).

Apesar da valorização da campanha, a entrevistada traz um questionamento que, segundo ela, já foi discutido no FRSM e se refere ao suposto risco de se chamar atenção para o tema e, assim, causar um aumento no número de tentativas de suicídio. Relata que uma de suas alunas no curso de psicologia está desenvolvendo uma pesquisa para analisar se o número de suicídios aumentou após a realização da campanha ou nos meses seguintes. A partir dos dados obtidos pela acadêmica (compartilhados com o CMPS em 2020) a tese de aumento de casos devido às campanhas não se confirma. Ademais, lembra que a UNISC, e em especial o curso de Psicologia, vem se engajando na campanha ‘Setembro Amarelo’, promovendo palestras ou produzindo materiais alusivos à data e à prevenção ao suicídio.

Ao final da entrevista, a professora fez observações sobre a conjuntura política, destacando os desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil e a necessidade de um posicionamento militante dos profissionais, frente aos retrocessos políticos. Explica que a história da saúde mental no país é uma história de luta constante e permanente. Mesmo com direitos já conquistados e leis instituídas, haverá sempre o risco de retrocesso, o que se evidencia nos ataques políticos e nos discursos conservadores que veem disputando, cada vez mais, os recursos públicos destinados à política de saúde mental brasileira.

A **Entrevistada 17** é formada em Odontologia e, quando a entrevista foi realizada, exercia a função de coordenadora da política de saúde mental na 13ª CRS<sup>30</sup>. Ao assumir o cargo de coordenação, em 2018, a profissional participou de diferentes espaços de discussão e controle social ligados à política de saúde mental na região e fez parte do Fórum Regional de Saúde Mental do Vale do Rio Pardo. Por opção da entrevistada e por aspectos contratuais de seu cargo, não foi possível realizar uma entrevista direta. Assim, as suas colocações foram apresentadas por texto e enviadas por e-mail, com base nas questões do roteiro de Entrevistas (enviado previamente) e orientações do pesquisador. Em seu relato, apresenta uma breve explanação sobre como compreende a prevenção do suicídio, destacando a necessidade de um olhar multiprofissional e a necessidade de envolvimento de diferentes políticas públicas, como saúde, assistência social, segurança e educação, afirmando que “nenhuma [é] menos importante

---

<sup>30</sup> A entrevistada saiu da coordenação de saúde mental da 13ª CRS em outubro de 2020.

que a outra” (Entrevista 17, 20 de julho de 2020). Destacou, ainda, que “quanto mais colocarmos a saúde mental como norteadora do cuidado, menos viabilizaremos o cuidado integral do usuário e das possíveis situações envolvidas”. Para a entrevistada, o trabalho de prevenção ao suicídio deve ser planejado e executado por diferentes atores e de forma coletiva, através de espaços de discussão (Fóruns, grupos, reuniões, comitês e conselhos).

Entretanto, destaca que esta construção é difícil de realizar, pois, segundo ela, a sociedade não valoriza o trabalho coletivo e em equipe. A crítica da entrevistada não possui detalhes ou argumentações e o termo “sociedade” é utilizado genericamente, não sendo possível identificar sua referência ao território ou a sociedade capitalista, em geral. Destacou, em sua resposta, que ao superar esta barreira (referindo-se a desvalorização do trabalho coletivo) surgirão diversas estratégias para “promoção da vida e prevenção ao suicídio”. Ao final do texto, a profissional faz referência ao trabalho desenvolvido em Santa Cruz do Sul, e afirma:

Em Santa Cruz do Sul, encontros com esse objetivo são realizados no Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio, sendo uma ferramenta indispensável e fundamental para a realização das atividades de prevenção. Assim como o Comitê tem sua importância, a criação de uma Política Pública de Prevenção ao Suicídio em Santa Cruz do Sul é necessária para melhorar e ampliar as possibilidades do trabalho que já é feito pelo Comitê Municipal. **Um grande déficit que ainda existe, mesmo após a existência do Comitê, é a pouca participação da sociedade, de usuários e de familiares.** (Entrevista 17, 20 de julho de 2020, grifo do autor).

A identificação do CMPS como ferramenta para a prevenção do suicídio e a indicação da necessidade de criação de uma política pública de prevenção ao suicídio em Santa Cruz do Sul, demonstra certa harmonia entre a visão dos sujeitos que compõe o Comitê e a coordenação de saúde mental da 13ª CRS. Além disso, a coordenadora destaca como um “déficit” no processo de construção desta política, o fato da baixa adesão da sociedade civil, referindo-se aos usuários e familiares — questão destacada por outras Entrevistadas.

A **Entrevistada 18** é assistente social no Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), vinculado à Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e coordenadora do Comitê Estadual de Valorização da Vida e Prevenção ao Suicídio (CEPS/RS). A profissional é uma das principais articuladoras do Plano Estadual de Prevenção ao Suicídio no estado, tendo protagonizado dezenas de palestras, capacitações e reuniões voltadas a implementação do Plano nos municípios gaúchos, inclusive em Santa Cruz do Sul. Em diferentes momentos, a entrevistada esteve no município para promover capacitações sobre preenchimento de formulários de vigilância em saúde, apresentação de dados epidemiológicos e formação de profissionais de saúde, sendo atividades presentes em sua rotina de trabalho no CEVS. Desde

2016, com a criação do CEPS/RS, a profissional vem promovendo reuniões e palestras para divulgação do Comitê Estadual, estando, em diferentes momentos, na Região do Vale do Rio Pardo, visitando os municípios, os serviços de saúde e as equipes voltadas, tanto à vigilância em saúde como à saúde mental.

Segundo a entrevistada, seu envolvimento com a temática do suicídio vem desde a graduação em Serviço Social, mas com maior ênfase após seu trabalho de vigilância em saúde, há mais de 15 anos. Neste trabalho, a assistente social participa diretamente do acompanhamento de casos de violência, registrados através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), onde consta o item “lesões autoprovocadas”, referente às tentativas de suicídio ou situações de automutilação. Sobre o uso deste Sistema para acompanhamento dos casos de violência no estado, comentou o seguinte: “Têm vários tipos de violência, e a gente [equipe CEVS] vem trabalhando com elas na medida que dava” (Entrevista 18, 15 de junho de 2020). A profissional destaca a dificuldade de acompanhar e orientar todas as equipes de vigilância em saúde do estado para preenchimento correto dos formulários e salienta que este instrumento é essencial para sistematização e análise dos dados epidemiológicos sobre violência e tentativas de suicídio.

Especificamente sobre a temática do suicídio e criação de um Comitê Estadual, a entrevistada faz relação entre a primeira campanha “Setembro Amarelo” no estado, em 2015 e a solicitação de alguns municípios, que naquele ano promoveram palestras e capacitações sobre este tema. Assim, devido ao grande número de pedidos, optou-se por organizar um trabalho conjunto entre as Secretarias de Estado e algumas instituições de ensino e da sociedade civil e formar um grupo de trabalho sobre prevenção ao suicídio, vinculado ao CEVS. Este grupo viria a se tornar o CEPS/RS.

Tinha algumas pessoas que queriam fazer alguma coisa. Então a gente pensou se não poderíamos fazer juntos. E aí, em setembro, no dia 10 de setembro daquele ano, nós fizemos o primeiro Seminário, juntos, de Prevenção ao Suicídio. [...] De lá em diante, a gente começou a fazer os Seminários. [...] Esse grupo continuou se reunindo e esse grupo começou a criar ‘tamanho’ e a gente constituiu, por decreto, o nosso Comitê, em dezembro de 2016. (Entrevista 18, 15 de junho de 2020).

Nota-se que o processo de criação do Comitê Estadual é concomitante à criação do Comitê Municipal, ambos desenvolvidos em 2015 e motivados pela realização da primeira campanha “Setembro Amarelo” no estado. Além disso, a criação de um grupo de trabalho voltado à prevenção ao suicídio, em ambos os casos, partiu de sujeitos engajados e preocupados com esta problemática — os quais encontraram na ação coletiva uma forma de promover suas

ações e fortalecer este trabalho. Entretanto, a entrevistada destacou a participação efetiva de entidades da sociedade civil, inclusive com o envolvimento de profissionais autônomos (psicólogos e psiquiatras) e ONG's — diferentemente do processo ocorrido em Santa Cruz do Sul, protagonizado exclusivamente por servidores públicos, ligados à saúde mental.

A entrevistada 18 comentou, ainda, sobre a organização interna do Comitê Estadual, que se divide em pequenos grupos, chamados de Comissões de Trabalho (CT) e que se reúnem (a cada dois meses) para discussão das pautas trazidas por cada CT. Atualmente, existe um CT voltado às crianças, adolescentes e jovens adultos; um CT para profissionais da segurança; um CT sobre a questão dos indígenas (em construção); e o “CT Diretrizes”, que é responsável por escrever as diretrizes, normas, estatutos e afins, e que participou da elaboração do Regimento Interno do CEPS/RS, do Estatuto e do Plano Estadual de Prevenção ao Suicídio. Através destas comissões, o Comitê Estadual faz o levantamento de dados pertinentes a tomada de decisão do Poder Público e produz materiais de capacitação e campanhas de prevenção ao suicídio. Contudo, devido à pandemia de COVID-19 e o envolvimento do CEVS no levantamento de dados epidemiológicos, o trabalho destas comissões está suspenso — inclusive a elaboração do Plano de Prevenção ao Suicídio do atual Governo do Estado, que seria entregue em 2020.

Ao ser questionada sobre a comunicação entre o Comitê Estadual e as equipes de saúde dos municípios e mesmo as Coordenadorias Regionais de Saúde, a profissional explica que existe uma troca constante de informações com as coordenações de saúde mental das CRS e que os coordenadores regionais são responsáveis por compartilhar os dados e materiais produzidos pelo CEPS/RS.

Nós temos na Coordenadoria Regional de Saúde um representante da Vigilância em Saúde e Violência, e têm lá uma pessoa responsável pela Saúde Mental. Então, tudo que nós fazemos aqui, essas pessoas têm conhecimento; elas são convidadas a participar; elas que divulgam nossos eventos; e elas também, muitas vezes, que fazem parte destes eventos que nós fazemos na região. [...] Quando nós fomos aí na região de vocês [Vale do Rio Pardo], o pessoal da 13ª CRS ajudou na organização, conosco. (Entrevista 18, 15 de junho de 2020).

O trecho destacado apresenta um dos Repertórios de Ação utilizados no processo de criação do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul. Neste processo, segundo relatos e a pesquisa documental, a participação da coordenação de saúde mental da 13ª CRS foi fundamental para que se desse o primeiro passo para criação do Comitê. Nota-se, que a coincidência de ações no âmbito estadual e municipal ocorre pela mediação do órgão de gestão regional da saúde e que, através dos sujeitos envolvidos na política de saúde mental, foi

possível replicar no território um repertório de ação desenvolvido pelo CEVS — a criação de um Comitê para lidar com a problemática do suicídio. Este fato revela como os Repertórios de Ação são compartilhados entre os sujeitos e como a potência de uma ação institucional é capaz de influenciar atores políticos e gestores públicos a estabelecerem espaços de diálogo. Da mesma forma, a ação desenvolvida no âmbito estadual, fortalece à ação coletiva dos sujeitos no âmbito municipal, a qual, a partir da experiência do CEVS, passaram a promover capacitações aos profissionais de saúde, inclusive sobre o preenchimento do SINAN.

As informações trazidas pela entrevistada são confirmadas por reportagens jornalísticas e registros do próprio Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio. Além disso, reconhece-se que a realização do I Seminário Estadual de Prevenção ao Suicídio, na cidade de Porto Alegre/RS, é um marco no processo de criação de uma política pública estadual e sua continuidade tende a fortalecer as iniciativas locais e regionais.

A **Entrevistada 19** é psicóloga, professora, consultora e militante da Saúde Mental há mais de 40 anos, tendo vivenciado os principais eventos nacionais da Reforma Psiquiátrica. Em sua trajetória, acumula múltiplos cargos de gestão pública e assessoria técnica voltada a política de saúde mental, onde se destacam os cargos de Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre, Coordenadora de Saúde Mental do Rio Grande do Sul e Diretora de Atenção Hospitalar e de Urgências do Ministério da Saúde. Além disso, a entrevistada é uma referência acadêmica na área de Psicologia, saúde mental coletiva e história da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Durante a Entrevista, trouxe uma gama de informações referentes às trajetórias de lutas sociais e enfrentamentos políticos que deram origem a política de saúde mental no estado, destacando o pioneirismo e o engajamento dos sujeitos em todo o processo. A militância é trazida como um elemento inseparável do processo de construção das políticas públicas da saúde no Brasil. Relatou diversas situações em que participou diretamente da ação coletiva e ilustrou o uso de Repertórios de Ação ligados a luta dos trabalhadores e aos partidos de esquerda do país, como greves, protestos, barricadas, panfletagens e pressão política aos gestores e governantes. Trouxe, em seus relatos, exemplos de situações em que os movimentos sociais foram fundamentais para abertura de espaço político nas agendas de governo. Destacou que, no Rio Grande do Sul, a tradição militante dos trabalhadores da saúde, em especial da saúde mental, permitiu ocupar espaços estratégicos no Estado, com sujeitos engajados com as causas sociais e politicamente forjados pela Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial.

Recorda a participação de atores políticos nestes processos (para o bem e para o mau) e como as alianças políticas foram importantes para a implementação das políticas públicas.

Trouxe, ainda, considerações sobre o papel das Universidades, fazendo uma crítica ao distanciamento dos intelectuais às lutas sociais, e enfatizando que as instituições de ensino tiveram uma participação irrisória na construção das políticas de saúde mental do estado. Ademais, fez apontamentos sobre os pilares da Reforma Psiquiátrica no estado, destacando os Repertório de Ação nos três pilares de militância: Movimento Social, Educação Permanente e Institucionalização. Estes pilares e as próprias considerações da entrevistada sobre a luta social no campo da saúde mental estão destacados ao longo deste capítulo.

Apesar da gama de informações presentes nos relatos da entrevistada, não há uma relação direta entre a sua trajetória e a prevenção ao suicídio, apesar de se entender que a Reforma Psiquiátrica está conectada às políticas públicas de saúde mental no estado. Por este motivo, optou-se em utilizar os registros extraídos da entrevista 19 nas discussões sobre oportunidades políticas e Repertórios de Ação coletiva. Entretanto, cabe apresentar as considerações da entrevistada sobre a problemática do suicídio e sua crítica ao trabalho de prevenção desta problemática, assim como sua visão sobre o território. A psicóloga destacou, em sua fala, questões provocativas, que visam instigar o debate e confrontar o senso comum, como expresso no seguinte trecho da entrevista:

Eu digo que eu sou mais generalista. Eu entendo que é dá política de saúde mental, atender as pessoas no seu sofrimento psíquico em geral. Inclusive quando cogitar o suicídio ou sobrevivente de suicídio. [...] **Não via e não vejo, até hoje, sentido em ter uma política de prevenção do suicídio.** [...] Que as pessoas se dediquem a estudar isso, faz sentido [...], mas de ai fazer toda essa linha ‘biologicista’, de que tem como fazer cartilha; como prevenir; usar medicamentos, ‘psiquiatrizar’ [...] eu acho que o problema do suicídio é mais amplo. (Entrevista 19, 18 de junho de 2020, grifo do autor).

A crítica exposta pela entrevistada diz respeito ao modelo biomédico e psiquiátrico, que relaciona o suicídio, quase que exclusivamente, às determinações biológicas do indivíduo. Neste trabalho, compartilha-se esta crítica — sendo apresentado, brevemente, uma discussão sobre o tema no primeiro capítulo. No entanto, a psicóloga vai além e afirma não ver sentido na criação de uma política pública específica para a questão do suicídio, entendendo o CAPS como um espaço adequado para acolhimento e acompanhamento de pessoas com ideação ou crise suicida. Percebe-se, durante toda a entrevista, a defesa constante da política de saúde mental e uma visão ampliada desta política, a qual considera ser capaz de oferecer cuidado às diferentes expressões do sofrimento humano.

Este posicionamento contrário e questionador à criação de uma política de prevenção ao suicídio aparece, com menor e maior ênfase, nas falas das Entrevistadas 14, 15 e 16 — todas



professoras da área de psicologia e militantes históricas da Reforma Psiquiátrica. O eco desta crítica demonstra um posicionamento vigilante das Entrevistadas sobre possíveis rupturas na política de saúde mental, em decorrência da criação de uma política específica de prevenção ao suicídio. Reconhece-se a legitimidade desta preocupação e a possibilidade de haver uma tendência conservadora na elaboração de uma política voltada à prevenção do suicídio, mesmo que esta seja um problema social importante. Além do mais, valorizam-se as provocações da Entrevistada sobre este trabalho, tendo a contradição como elemento crucial para análise das determinações do objeto de estudo.

Ao realizar as Entrevistas e analisar o seu conteúdo, constatou-se que a temática da prevenção ao suicídio é cercada de incertezas, contradições e visões ambíguas, inclusive entre profissionais e militantes da política de saúde mental. Percebe-se que, na maioria das Entrevistas, surgiram respostas positivas à questão: você considera importante a criação de uma Política Pública de Prevenção ao Suicídio em Santa Cruz do Sul? No entanto, o embasamento dos sujeitos que expressaram uma visão contrária a criação da política, demonstra que esta discussão precisa ser atualizada entre os membros do CMPS e incluir elementos da atual crise política brasileira. Uma solução para isso reaparece nas falas de diferentes sujeitos, os quais destacaram a necessidade de envolver os usuários, familiares e a sociedade neste debate.

No mesmo sentido, percebe-se que a importância dada aos movimentos sociais para a construção de uma política de prevenção ao suicídio passa pela inclusão dos usuários nesse processo. Cabe destacar, que a grande maioria das Entrevistadas se identificam como militantes ou membras de movimentos sociais, ou participam de espaços de controle social. Em suma, os sujeitos escolhidos para esta pesquisa demonstraram ter um posicionamento crítico sobre o papel do Estado e valorizam os espaços democráticos de construção política, assim como a participação popular no processo de construção de políticas públicas. Além disso, os membros do CMPS entrevistados demonstram ter uma forte ligação profissional com a problemática do suicídio e são unânimes em valorizar o Comitê como um espaço de construção, formação e sensibilização sobre esta problemática. Apesar de surgirem críticas pontuais, percebe-se que os sujeitos que participam diretamente da prevenção ao suicídio no município, estão engajados nesta causa e incorporam esta tarefa em seu cotidiano de trabalho.

Por fim, destaca-se o processo histórico que envolve o debate sobre prevenção ao suicídio no território, presente nas falas de membros e não membros do Comitê Municipal. Nota-se que a problemática se apresenta ao Poder Público há mais de 15 anos, tendo, ao longo deste período, diversas iniciativas de construção política e o envolvimento de dezenas de

sujeitos. As repercussões deste debate no município de Santa Cruz do Sul se expressam nas ações desenvolvidas pelos sujeitos e na própria criação do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio. Contudo, apesar da referência das Entrevistadas sobre a conquista de espaço do debate no território, é recorrente à crítica sobre a falta de interesse governamental na implementação de uma política e na institucionalização do CMPS — questão que remete às oportunidades políticas e aos Repertórios de Ação dos sujeitos envolvidos neste processo.

#### **4.2. A construção do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio e as oportunidades políticas na definição dos Repertórios de Ação dos sujeitos.**

Agora, apresenta-se o processo de sua construção do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul, com ênfase nas ações e concepções dos sujeitos sobre este espaço e no seu significado, a partir de uma perspectiva histórica do debate sobre o suicídio no território. Estes elementos e suas categorias, foram distribuídos em três eixos de análise, que são: **Apresentação do Comitê**, segundo o mapeamento de suas ações e um comparativo com ações desenvolvidas no passado; **Análise das Ações Desenvolvidas**, baseando-se nas concepções dos sujeitos que vivenciam e realizam estas ações; e **Interpretação do Significado Histórico do Comitê**, com considerações sobre o ‘antes’ e o ‘depois’ de sua criação, em relação ao debate sobre a problemática do suicídio no território.

Destaca-se que este debate não se limita à ideia de ‘prevenção ao suicídio’, mas à discussão sobre o ‘suicídio’ para os sujeitos participantes da pesquisa, assim como em uma perspectiva geral, que envolve os governos, a mídia local, a academia e a sociedade civil. A análise destes três eixos baseia-se em questões presentes no roteiro de Entrevistas, relacionadas às opiniões das Entrevistadas sobre a importância do Comitê e suas ações, e sobre a definição dada pelos sujeitos em relação às suas participações individuais na formação e/ou sustentação do CMPS. Além destas questões, analisam-se documentos e materiais de campanha elaborados pelo CMPS, reportagens jornalísticas, produções acadêmicas sobre o tema (ligadas ao território) e pronunciamentos públicos de atores políticos.

O Comitê é, em síntese, um espaço coletivo de discussão sobre a problemática do suicídio em Santa Cruz do Sul, com o objetivo de aproximar sujeitos e instituições que atendam questões ligadas à problemática e implementar estratégias de prevenção ao suicídio no

território. Com um olhar mais atento, percebe-se que o Comitê é, também, um instrumento extraoficial do Poder Público para elaboração de um plano de prevenção ao suicídio, formado por instituições e serviços públicos e por sujeitos engajados com a prevenção ao suicídio em suas rotinas de trabalho. Ademais, o Comitê também pode ser definido como um Repertório de Ação Coletiva, utilizado por atores e sujeitos envolvidos com a questão do suicídio e que se utilizam deste espaço e de sua proximidade com o Governo para reivindicar a criação e implementação de uma Política Pública de Prevenção no município. Em cada uma destas definições, percebe-se que o Comitê faz parte de um processo que evidencia oportunidades e ameaças políticas, as quais definem/redefinem os Repertórios de Ação dos sujeitos, segundo o contexto. Assim, entende-se que, ao analisar o processo histórico de construção do Comitê, encontrar-se-á os elementos para sua compreensão e será possível conjecturar uma definição adequada. Para tanto, cabe apresentar uma análise crítica sobre a atuação do Comitê, evidenciando Repertórios de Ação utilizados em cada período, desde sua construção.

Em 2015, quando se iniciou a construção deste espaço, o tema “prevenção ao suicídio” já vinha ganhando destaque na mídia e no debate público, impulsionado pela primeira campanha “Setembro Amarelo” do Brasil, realizada pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), em parceria com o Conselho Federal de Medicina (CFM), em 2014. A campanha, que hoje é uma marca registrada (literalmente) da ABP, foi rapidamente replicada em centenas de municípios e na maioria das capitais do país, tornando-se um símbolo de prevenção ao suicídio no país. O Setembro Amarelo® expandiu fortemente o alcance deste debate no Brasil e alinhou estratégias de prevenção em todo território nacional, incentivando a criação de grupos similares ao Comitê de Santa Cruz do Sul e o próprio Comitê Estadual do Rio Grande do Sul. Hoje, esta campanha está presente nas mídias e no calendário de ações de centenas de instituições, públicas e privadas, tendo conquistado incontáveis apoiadores através das Redes Sociais virtuais<sup>31</sup>.

A primeira campanha realizada em Santa Cruz do Sul, começou a ser construída em meados de junho e julho de 2015, já com a participação da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde e de trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial do município. Durante o processo de planejamento da campanha, a coordenação de saúde mental da 13ª CRS e a

---

<sup>31</sup> “Em 2017, a ABP e o CFM criaram as Diretrizes para Participação e Divulgação do Setembro Amarelo®. O documento serve para orientar toda a sociedade sobre a participação na Campanha, como utilizar corretamente os materiais de utilidade pública produzidos e de que maneira incentivar o Setembro Amarelo em cada região” (ABP, 2020). Disponível em: <[www.setembroamarelo.com](http://www.setembroamarelo.com)>, acessado em: 14/09/2020.

coordenação municipal de saúde mental, propuseram a criação de um grupo de trabalho voltado à problemática do suicídio.

A primeira reunião deste grupo ocorreu em julho daquele ano, quando se decidiu utilizar o título de “Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul”. A proposta de criação deste Comitê foi apresentada aos gestores e secretários municipais das Secretarias de Governo, Saúde, Educação, Assistência Social e a representantes dos serviços de saúde mental, Hospitais e Conselho de Saúde do município. Naquela reunião, foi aprovado, pelo Secretário Municipal de Saúde, a criação do Comitê, que contaria com representantes das diferentes políticas públicas e estaria sobre a gerência da coordenação municipal de saúde mental. Este Comitê foi apresentado durante a VII Semana Municipal de Prevenção à Violência, organizado pelo Programa de Prevenção à Violência do RS, no dia 20 de agosto de 2015. Após estas etapas formais de apresentação, o Comitê se envolveu nas ações da primeira campanha “Setembro Amarelo”, com a divulgação de materiais informativos, distribuição de “laços amarelos” para os profissionais de saúde e iluminação alusiva (luz amarela) da sede do Governo (SIDNEY, 2015; GAZETA DO SUL, 2015).

Nos meses seguintes à campanha, foram realizadas reuniões para elaboração do Regimento Interno do CMPS e construção do Plano Municipal de Prevenção ao Suicídio. Segundo relatado nas Entrevistadas, estes documentos foram elaborados coletivamente entre os membros do Comitê na época, mas não foram finalizados em 2015. Destaca-se que os membros do CMPS eram representantes de serviços públicos ligados à temática do suicídio, sendo inicialmente: CAPS II, CAPSIA, CEREST/Vales, HSC, 6ª CRE, 13ª CRS, SMEC e UNISC. Além destes, participavam: a coordenação de saúde mental do município; a coordenação de atenção básica em saúde; e representante do Programa de Prevenção à Violência (PPV).

Em seu processo inicial, percebe-se que a campanha Setembro Amarelo® serviu como uma janela de oportunidade à criação do Comitê, além de ser um mecanismo importante para promoção do debate sobre o suicídio na sociedade, sobretudo em Santa Cruz do Sul. Aliado a isto estava a atenção dada pela coordenação de saúde mental da 13ª CRS ao aumento de casos de suicídio e de tentativas de suicídio no território, o que motivou a discussão do tema junto com à coordenação municipal de saúde mental.

Ademais, pode-se considerar que havia um clima político favorável à elaboração de medidas de prevenção ao suicídio na região, dado o sucesso do PPS de Candelária e às iniciativas da Secretaria Estadual de Saúde em promover o I Seminário Estadual de Prevenção ao Suicídio, ainda em 2015. Além disso, com a proximidade da VII Semana de Prevenção a

Violência no município, foram criadas as oportunidades necessárias para pautar a criação do Comitê junto aos representantes do governo municipal, que concordaram com a criação do CMPS e com a participação de representantes das diferentes Secretarias de Governo.

Todavia, estas oportunidades políticas só foram aproveitadas devido à escolha de Repertórios de Ação dos sujeitos, em especial aqueles envolvidos com a construção do Comitê Municipal desde o início. A partir da leitura da realidade, os sujeitos aproveitaram as janelas de oportunidade para pautar, não apenas a criação do CMPS, mas a sua institucionalização imediata e a elaboração de um Plano de Prevenção para o município. Essa pauta não surgiu espontaneamente, pois, resultou de uma ação organizada, baseada em experiências passadas dos sujeitos, atreladas aos confrontos políticos durante a construção da Política de Saúde Mental do município. Ressalta-se que parte dos sujeitos envolvidos com a construção do CMPS estiveram presentes nos processos de criação dos CAPS e mais tarde, na criação da Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde. Em ambas as ocasiões, a articulação política dos sujeitos foi crucial para que fosse efetivado a criação dos serviços e espaços de controle, deixando como legado os Repertórios de Ação exitosos e os não exitosos neste processo.

Lembra-se, em fatos relatados nos capítulos anteriores, que em 2012 houve um movimento para elaboração de um Plano Municipal de Prevenção ao Suicídio, pautado pela Comissão de Saúde Mental do CMS. Na ocasião, alguns elementos colocavam-se como janelas de oportunidade, como: Realização da I Conferência Municipal de Saúde Mental em Santa Cruz do Sul; criação da Comissão de Saúde Mental como um ‘braço’ da CMS; implementação exitosa do PPS de Candelária; divulgação Nacional da Política de Prevenção ao Suicídio do DF; primeiro ano desde a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o aumento abrupto de mortes por suicídio na região e no município. Apesar de as oportunidades políticas estarem colocadas naquele contexto e da necessidade de criação de um Plano ser pautada ao Governo Municipal, pela CMS, não houve êxito para inclusão da proposta na agenda de governo.

Ao analisar o conteúdo das Entrevistas e os registros da época, nota-se que as dificuldades políticas se sobrepuseram às oportunidades, como o fato de ser ano eleitoral, no qual o governo municipal buscava a reeleição e a baixa visibilidade da temática na mídia, reforçada pelo tabu que envolvia falar sobre o suicídio no município. A partir deste contexto, os sujeitos optaram por Repertórios de Ação menos incisivos e incapazes de transformar a prevenção ao suicídio em pauta para a agenda de governo. Alguns exemplos destes repertórios são: Sobreposição de propostas do CMS, que evidenciou a problemática do suicídio e do uso

abusivo de drogas, fazendo com que a gestão municipal visse como uma “escolha” entre um e outro; centralização da Comissão de Saúde Mental na elaboração da proposta, não contando com uma participação ampla de atores e sujeitos envolvidos com a problemática; e a falta de articulação política dos sujeitos, que acataram a decisão do Governo sem apresentar uma contraproposta.

Na época [2012] a comissão de saúde mental apontou que Santa Cruz do Sul tinha dois grandes problemas que deveriam ter um Plano Municipal — questão do uso de drogas e as questões de suicídio. A gente levou isso pra gestão e a gestão disse: “não temos como fazer dois planos municipais desta magnitude agora”. [...] Naquela época era o ‘boom’ do Crack dai então [a Secretaria Municipal de Saúde] decidiu fazer um plano municipal de prevenção ao uso de drogas. [...] Infelizmente na época, a maioria dos profissionais escolhidos para tomar a frente deste plano municipal eram CC’s (Cargos Comissionados) ou contratos. [...] Perderam as eleições, saiu todo mundo e ‘morreu’ o plano municipal. (Entrevista 5, 17 de março de 2020).

Este relato traz dois elementos interessantes. O primeiro, diz respeito a opção governamental em investir recursos na elaboração de um plano de prevenção ao uso de drogas e não investir na elaboração de um plano de prevenção ao suicídio — sendo que ambos estavam vinculados à coordenação de saúde mental e possuíam pautas concomitantes, como: construção de redes interdisciplinares entre saúde mental e atenção básica; fortalecimento dos CAPS’s, com contratação de novos profissionais; divulgação de campanhas de conscientização da população; e interlocução entre as Secretarias de Assistência Social, Saúde, Educação, entre outras.

O segundo elemento diz respeito a pouca organização política em torno da problemática do suicídio, por parte da coordenação de saúde mental e profissionais envolvidos neste trabalho. Apesar de terem por certo a necessidade de criação de um plano municipal de prevenção ao suicídio, não foram articuladas ações que impulsionassem essa necessidade para a agenda de governo. O que ocorreu, é que a decisão governamental de investir na prevenção ao uso de drogas ilícitas no município (em que pese estar equivocada) sucumbiu às possíveis ações em prol da prevenção ao suicídio. Este tema só voltaria para a pauta de governo em 2015.

A questão aqui não é apontar erros ou acertos, mas demonstrar que os Repertórios de Ação utilizados em 2012 são diferentes daqueles de 2015, mesmo que algumas oportunidades e ameaças políticas sejam similares. Assim, percebe-se que ao pautar, novamente, a elaboração de um Plano Municipal de Prevenção ao Suicídio, os sujeitos optaram por utilizar Repertórios de Ação diferentes, como a promoção de eventos, divulgação pública de dados e da proposta de prevenção ao suicídio e o envolvimento de diferentes Secretarias de Governo, retirando a

centralidade da saúde mental. Estes repertórios, além de se mostrarem mais efetivos, puderam superar algumas das ameaças políticas do passado e avançar na elaboração do Plano.

A partir de 2016, as reuniões do Comitê passaram a ter uma periodicidade mensal, seguindo um calendário anual e pautas pré-definidas para cada reunião. No início, a coordenação e registro das reuniões eram de responsabilidade da coordenação de saúde mental. Porém, após sua saída, os membros do Comitê elegeram a representação do CAPS II como coordenador e representante oficial do CMPS. Desde então, o Comitê mantém a representante na função de coordenação e não há disputas internas para este cargo, que possui atribuições organizativas do Comitê, porém, sem respaldo jurídico ou retribuição financeira.

Importante destacar que, a partir desse último coordenador, criou-se uma representação que viria a mediar os interesses do grupo com o Governo e com outras instituições. O coordenador passou a assumir a gerência das reuniões, registro das atas e a propor pautas ao grupo. Mesmo que, na prática, esta organização fosse compartilhada por outros sujeitos, a centralidade do coordenador ficou cada vez mais evidente, à medida que este estabelecia uma comunicação direta com órgãos de gestão, como a coordenação de saúde mental, direção e coordenações da 13ª CRS e/ou Secretários de Governo. O estreitamento da comunicação entre a coordenação do Comitê e demais atores trouxe um “ar” de institucionalidade para o cargo, que passou a assumir o papel de consultor do governo municipal para temas relacionados ao suicídio. Da mesma forma, o caráter “consultivo” se atribuiu ao Comitê, que passou a ser visto, inclusive por seus membros, como um espaço de discussão sobre o suicídio no território; e não de construção de uma política pública.

Ao longo do ano, novos sujeitos passaram a fazer parte do Comitê, representando as seguintes instituições: CAPS AD III, EMATER, STR, CVV e Hospital Ana Nery. Após a inclusão dos novos sujeitos, retomou-se o trabalho de elaboração do Regimento Interno e Plano Municipal de Prevenção ao Suicídio. Contudo, a partir de julho o Comitê assumiu a tarefa de organizar e planejar a campanha “Setembro Amarelo”, deixando em aberto as pautas relacionadas à sua institucionalização. Em setembro de 2016, o Comitê havia produzido (com o apoio financeiro da Secretaria Municipal de Saúde), dezenas de cartazes, folders e um banner, os quais traziam informações sobre prevenção ao suicídio, nome e contato dos serviços de saúde mental do município e a identificação do CMPS. Estes materiais foram distribuídos em serviços públicos do município e no transporte coletivo urbano. A figura a seguir apresenta o primeiro cartaz produzido pelos membros do Comitê, o qual foi incluído nos materiais de campanha e na página do Facebook® do Comitê.

**Figura 9. Primeira campanha “Setembro Amarelo” idealizada pelo Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul em 2016.**



Fonte: Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul, 2016.

A partir da Figura 9, nota-se características particulares da campanha realizada em Santa Cruz do Sul e a campanha oficial do Setembro Amarelo® divulgada pela ABP e CFM. Primeiramente, destaca-se o logo da campanha, que apesar de utilizar o “laço amarelo” (característico da campanha) inclui uma mão aberta, que segundo o contexto, simbolizava a oferta de “ajuda”. O segundo detalhe está no slogan da campanha, com a frase: “Suicídio, precisamos falar para prevenir”. Esta frase, apesar de preservar o sentido da campanha, se diferencia do slogan original da ABP em 2016, que dizia: “Falar é a melhor solução” — amplamente divulgado nas campanhas Setembro Amarelo® do Brasil. O terceiro elemento está na frase: “Muitos buscam o fim do sofrimento e não da vida. Busque ajuda nas Unidades de Saúde, CAPS e CVV”, que remete a capacidade dos serviços em atender pessoas com ideação suicida, com a afirmação de que o suicídio seria uma forma de acabar com o sofrimento (questão bastante ambígua, para dizer o mínimo). E por fim, a própria identificação do Comitê Municipal



de Prevenção ao Suicídio, assinando a campanha e tendo a possibilidade de ser divulgado à comunidade através destes materiais.

Apesar das críticas que podem ser feitas a este material, a campanha serviu para dar um status “oficial” ao Comitê, que além de produzir o seu próprio material informativo, pôde apresentar à comunidade local o seu posicionamento frente à questão do suicídio, destacando a necessidade de falar sobre o tema para que se possa prevenir. A afirmativa exposta no slogan da campanha, promove a ideia de que manter a questão do suicídio como um “tabu” é prejudicial. E que é necessário superar os estigmas sobre o tema para que se avance na proteção de pessoas com ideação e de familiares de vítimas. Além disso, a campanha de 2016 evidenciou a parceria entre o Comitê e a Secretaria Municipal de Saúde, que financiou a confecção dos cartazes, folders e banner e apoiou as atividades promovidas pelo CMPS.

Assim, entende-se que, durante o ano de 2016, os sujeitos utilizaram novos Repertórios de Ação para inclusão da problemática nas agendas de governo, como: ampliação do debate sobre o suicídio na sociedade; fortalecimento das alianças com o Poder Público; construção coletiva e independente da campanha “Setembro Amarelo”; e divulgação da existência do Comitê na comunidade local. Arelado a estes repertórios, estão a realização de palestras, rodas de conversa e Entrevistas na mídia local, relacionadas no capítulo anterior. Em suma, o ano de 2016 serviu para solidificar o Comitê e sua atuação na prevenção do suicídio no território.

Em 2017, o CMPS teve a adesão de novos sujeitos, com representações do Núcleo de Atenção em Saúde da Família (NASF) e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Santa Cruz (PRM/HSC). Além destes, houve a troca de representantes de algumas instituições e presença de estagiários das instituições membras e com uma participação efetiva dos sujeitos na construção das pautas de reunião e discussões.

Neste ano, percebeu-se uma mudança no perfil dos membros do Comitê, que passaram a participar segundo sua aproximação ou interesse com o tema, tornando as reuniões mais dinâmicas e as discussões cada vez mais aprofundadas, o que produziu uma homogeneização dos saberes sobre a temática do suicídio entre os sujeitos. Durante as reuniões, era comum estabelecer discussões a respeito das “causas” do suicídio no território e sobre as melhores formas de prevenir, o que culminou na elaboração de materiais informativos sobre “mitos” e “verdades” sobre o suicídio. Embora tenha havido reuniões em que o regimento interno do Comitê e sua institucionalização tenham sido pautadas, não houve movimentos ou ações que fizessem avançar esta reivindicação até o Governo.

Cabe destacar que, em 2017, a temática de prevenção ao suicídio passou a fazer parte do calendário escolar de algumas instituições de ensino do município — devido à morte autoprovocada de um adolescente no ano anterior. O Comitê, com a Secretaria Municipal de Educação e 6ª Coordenadoria Regional de Educação, organizaram palestras e rodas de conversas com estudantes, professores e pais, para tratar o tema. Naquele contexto, o Comitê voltou esforços para a realização destes eventos o que incentivou outros membros do CMPS a realizarem palestras em seus locais de trabalho ou com públicos específicos. Naquele ano, foram realizadas palestras conjuntas entre a EMATER e membros do Comitê, com grupos de agricultores e de mulheres do campo; palestras no Hospital Santa Cruz, promovidas pelos representantes do HSC e do PRM/HSC no CMPS; entre outras atividades.

Além das ações promovidas pelo Comitê durante o mês de setembro, realizou-se um encontro sobre prevenção do suicídio em Santa Cruz do Sul, promovido pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde, 13ª CRS e Escola de Saúde Pública, voltado aos profissionais de saúde e pesquisadores da Região do Vale do Rio Pardo. Durante o encontro, foram apresentados dados epidemiológicos do suicídio no estado e na região, com destaque para o aumento de casos de tentativa de suicídio e automutilação entre adolescentes; capacitação sobre formas de prevenir e agir em casos de ideação suicida, com um momento de formação sobre o preenchimento do SINAN; e apresentação do Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (CEPS) e do Observatório do Suicídio<sup>32</sup>.

Após o fim da campanha “Setembro Amarelo” de Santa Cruz do Sul, o Comitê fez uma reunião de avaliação das atividades, as quais foram destacadas como positivas pelos membros do CMPS. Entretanto, houve críticas sobre a centralização destas atividades durante o mês de setembro, sendo sugerido a realização de ações de prevenção ao suicídio em todos os meses e não apenas durante a campanha, inclusive as palestras e rodas de conversa nas escolas. Assim, o Comitê tirou como encaminhamento para o próximo ano a realização de eventos mensais, visando contemplar um público maior e promover ações específicas para cada grupo social (idosos, adolescentes, trabalhadores da saúde e agricultores). Foi destacado, ainda, a necessidade de avançar na institucionalização do Comitê, ficando como tarefa para o ano de 2018 a conclusão do Regimento Interno e envio ao governo municipal.

---

<sup>32</sup> “O observatório do suicídio tem por objetivo subsidiar a política pública de prevenção, a partir da análise das tentativas e casos de suicídio com as informações epidemiológicas, demográficas e sociais. O trabalho também inclui entrevistas com familiares e pessoas próximas às vítimas, para a identificação de fatores de risco. Com base nessas informações, os gestores organizam capacitações e elaboram planos de prevenção” (CEVS, 2017).

Nota-se que em 2017 o Comitê teve uma inserção expressiva na comunidade e foi capaz de promover o debate sobre prevenção ao suicídio em diferentes espaços e para diferentes públicos. Houve ainda uma preocupação com a capacitação dos membros do Comitê para que a compreensão sobre o fenômeno do suicídio e suas formas de prevenção fosse compartilhada, de forma homogênea entre os sujeitos. No entanto, percebe-se que à medida que as ações de prevenção do Comitê ganhavam espaço na sociedade, menor era sua capacidade de articulação política para construção de uma política pública — dado a quantidade de atividades e a falta de recursos humanos e financeiros para isso. A partir da avaliação crítica da campanha “Setembro Amarelo” de 2017, os membros do Comitê viram a necessidade de avançar na institucionalização do espaço, almejando um aporte financeiro para as ações de prevenção e a definição de responsáveis por este trabalho, durante todo o ano.

Assim, entende-se que em 2017 o CMPS utilizou as atividades da campanha de prevenção como um repertório de ação capaz de ampliar o debate a respeito do suicídio na comunidade local, qualificando os espaços de discussão do tema. A partir do protagonismo de seus membros, realizaram-se uma série de eventos, que solidificaram a presença do Comitê na comunidade. Contudo, as janelas de oportunidade criadas com estes eventos e com a ampliação do debate no contexto regional e municipal, não redefiniram os Repertórios de Ação para disputa de espaço nas agendas de governo, tampouco promovessem avanços na construção de uma política de prevenção ao suicídio. As oportunidades políticas criadas com a criação do CEPS e com as pesquisas do Observatório do Suicídio na região também não foram aproveitadas pelos sujeitos. O fato de os sujeitos estarem demasiadamente envolvidos com a campanha “Setembro Amarelo” e a sensação de institucionalidade do Comitê, redefiniram os repertórios para ações menos propositivas e mais ligadas a conscientização da comunidade — o que valoriza o trabalho do CMPS, ao tempo em que se criam novas oportunidades políticas.

No ano seguinte, o Comitê manteve uma agenda de ações voltadas à prevenção do suicídio, com palestras em escolas, rodas de conversa com grupos de mulheres do campo e com profissionais da saúde e Entrevistas em rádios locais. Segundo os sujeitos entrevistados, percebeu-se uma procura mais focalizada das instituições, que passaram a ver os membros do CMPS como “especialistas” sobre a temática do suicídio. Notou-se, ainda, que diversas instituições e empresas passaram a promover eventos com a temática da prevenção ao suicídio, nas quais alguns membros do Comitê eram convidados a participar. No mesmo sentido, houve um aumento de eventos alusivos à prevenção ao suicídio na UNISC e em órgãos da administração pública, que passaram a aderir à campanha do “Setembro Amarelo”.

**Figura 10. Campanha “Setembro Amarelo” realizada pelo Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul em 2018.**

**SUICÍDIO**

**NÃO É DRAMA**

**NÃO É PARA CHAMAR ATENÇÃO**

**NÃO É FALTA DE FÉ**

**E MUITO MENOS FRESCURA**

**PRECISAMOS FALAR SOBRE ISSO!**

PROCURE A UNIDADE DE SAÚDE MAIS PRÓXIMA DA SUA CASA.

**ONDE ENCONTRAR AJUDA?**

**Centro de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência (CAPSIA)**  
Rua Presidente Rodrigues Alves, 729  
(51) 3711-1706

**CAPS II**  
Rua Venâncio Aires, 311  
(51) 3713.3077

**CAPS AD III**  
Rua Capitão Fernando Tatsch, 228  
(51) 3713-3103

**Coordenação de Saúde Mental**  
Rua Venâncio Aires, 311  
2º andar - (51) 3717.6307

**Centro de Valorização da Vida (CVV)**  
Ligue 188

**Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)**  
Ligue 192

**MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL**

**VIVER AQUI É BOM DE MAIS**

**FALE CONOSCO: ☎ (51) 3713.8100 📠 (51) 38442.0712**  
[www.SANTACRUZ.rs.gov.br](http://www.SANTACRUZ.rs.gov.br)

Fonte: Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul, 2018.

O cartaz apresentado na Figura 10<sup>33</sup>, representa um avanço do próprio Comitê em relação à temática do suicídio, que difere da campanha produzida em 2016, e possui uma abordagem mais enfática sobre a definição do que é o suicídio. Em suma, a campanha utiliza uma linguagem negativa para dizer que o suicídio não é um tema banal e que é necessário tratar as pessoas que manifestam a ideação suicida com respeito e seriedade. O material visual traz o acúmulo das discussões dos sujeitos durante o processo de construção deste material, que avaliaram ser necessário não apenas “falar sobre isso”, mas falar com qualidade e tendo

<sup>33</sup> Em 2018, houve uma atualização do material da campanha, após um processo de discussão nas reuniões do Comitê e do envolvimento da Secretaria Municipal de Comunicação, que visava ‘padronizar’ os materiais produzidos e divulgados pelo Poder Público municipal.

conhecimento dos espaços de cuidado e tratamento para casos de ideação e/ou tentativa de suicídio. Assim, a campanha destacou os serviços públicos ligados ao tema e suas informações de contato, como: endereço e número telefônico dos serviços de saúde mental, incluindo o SAMU, CVV, a coordenação de saúde mental e os três CAPS do município.

No entanto, este material gerou críticas entre os membros do Comitê, especialmente por não fazer referência ao Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio e trazer o slogan do atual governo no cartaz — “Viver aqui é bom demais”. Além de ser uma frase inadequada ao contexto da campanha, por se tratar de um tema conectado ao sofrimento humano, a referência feita ao governo demonstra uma intenção político-partidária na confecção do material. Ademais, foi incluído o número telefônico, o e-mail e o contato de WhatsApp® da prefeitura municipal, ambos gerenciados por trabalhadores que não estavam capacitados para atender demandas de saúde mental, muito menos auxiliar indivíduos com crise suicida. No entanto, apesar das críticas, o material foi produzido e distribuído pelo CMPS em suas palestras, nos serviços de saúde e nas instituições membras do Comitê.

Este fato, que em sua aparência demonstra ser um desacordo de linguagem ou uma capitalização da campanha de prevenção ao suicídio pelo governo municipal, esconde em sua essência uma mudança no contexto político municipal e conseqüentemente nas janelas de oportunidade para institucionalização do CMPS e criação de uma política de prevenção ao suicídio no território. Um dos determinantes destas decisões está no fato de 2018 ser um ano de disputa eleitoral para diferentes cargos da federação, o que traz desdobramentos para os governos locais, partidos políticos e líderes políticos regionais.

Sáez e Cervi (2019), ao analisarem a relevância das lideranças políticas regionais nas eleições para presidente no Brasil, afirmam que existe certa independência de lideranças regionais em relação aos governos federais e estaduais, mas destacam que:

Como as eleições para presidente da República, governador de estado, senador, deputado federal e deputado estadual ocorrem em paralelo, é possível considerar que o bom desempenho de uma liderança local nas eleições regionais pode refletir positivamente na votação para presidente naquele distrito eleitoral. O contrário também é possível, pois baixo desempenho dos candidatos regionais pode refletir em queda na votação para a Presidência. (SÁEZ; CERVI, 2019, p. 86).

Para os autores, é de interesse dos partidos políticos fortalecer lideranças regionais e bons resultados políticos no âmbito municipal, pois, se trata de espaços de campanha com impacto na eleição de cargos nacionais e estaduais. Empiricamente, percebe-se que os períodos de campanha eleitoral (como é o caso do mês de setembro) influenciam na divulgação de ações

governamentais. Políticas públicas capazes de beneficiar a imagem dos governos são estimuladas a apresentar seus resultados, enquanto aquelas que apresentem indicadores negativos, são constrangidas e passam a ter a publicização de seus resultados restringidos pela gestão municipal. No entanto, estas considerações não possuem elementos concretos de análise, tampouco foram aprofundadas pelo pesquisador, sendo apenas conjecturas.

No contexto de Santa Cruz do Sul e em relação às políticas de saúde mental, a história recente demonstra que os períodos eleitorais criam oportunidades e ameaças políticas e podem determinar avanços ou retrocessos na construção de políticas públicas. Em 2018, a polarização política e o avanço de forças conservadoras na disputa eleitoral se mostraram como barreiras para a construção de uma política de prevenção ao suicídio no território, fazendo com que certos Repertórios de Ação não fossem utilizados pelos membros do CMPS. Além disso, o envolvimento da Secretaria de Comunicação do governo na campanha “Setembro Amarelo” trouxe novos elementos de análise da realidade para os sujeitos, alterando seus Repertórios de Ação e fazendo-os ceder em certos aspectos da campanha.

Neste sentido, entende-se que o estreitamento das relações entre o Comitê e o Poder Público tende a alterar a correlação de forças e os próprios Repertórios de Ação dos sujeitos que, em sua maioria, mantêm relações trabalhistas (mesmo que asseguradas pelo cargo público) com a administração pública. Assim, diante da influência do governo nas ações do Comitê, os sujeitos avaliam e redefinem seus Repertórios de Ação, podendo assumir uma postura mais intransigente sobre seus objetivos e princípios; ou fazer concessões, visando manter as relações construídas com o governo e, conseqüentemente, sua abertura política no processo de construção de uma política pública.

Ainda em 2018, durante a programação de atividades da campanha estadual do “Setembro Amarelo”, foi realizado, em Santa Cruz do Sul, um encontro de secretários de governo, gestores de serviço e trabalhadores da saúde mental da região, organizado pelo CEPS, CEVS e 13ª CRS. Nesta ocasião, foram apresentados os resultados parciais da pesquisa realizada pelo Observatório do Suicídio<sup>34</sup>. Além da pesquisa, foram apresentadas as informações publicadas no 1º Boletim de Vigilância do Suicídio e Tentativas de Suicídio do RS, lançado em setembro de 2018. Durante este encontro, foram construídos eixos norteadores para a elaboração do Plano Estadual de Prevenção ao Suicídio. Alguns dos eixos e propostas construídas naquele evento, viriam a construir o Plano Municipal de Prevenção ao Suicídio de

---

<sup>34</sup> Os resultados integrais desta pesquisa não foram publicados em revistas científicas ou relatórios públicos.

Santa Cruz do Sul, apresentado à gestão municipal e 13ª CRS no ano seguinte. Os principais eixos deste Plano estão no Anexo 1 desta Dissertação.

Diante disto, entende-se que o ano de 2018 marca uma mudança de compreensão dos sujeitos sobre a correlação de forças causadas pela vinculação do CMPS ao governo, ou mais especificamente, à Secretaria Municipal de Saúde. Esta percepção, compartilhada por parte dos sujeitos, trouxe um olhar crítico sobre as oportunidades e ameaças que a institucionalização do CMPS traria para o trabalho de prevenção ao suicídio, bem como para que se alcançasse o objetivo de implementar uma política de prevenção ao suicídio no município.

Em 2019, esta nova leitura da realidade, somada a conquista de espaço na sociedade para se debater a prevenção ao suicídio, determinou um posicionamento mais firme de parte dos sujeitos para que se criasse o Plano Municipal de Prevenção ao Suicídio. Durante as reuniões, este tema tornou-se pauta frequente, na qual foram sendo qualificadas as ações e estratégias do Plano, assim como as parcerias necessárias para que se alcançasse as metas estabelecidas pelo Comitê. Neste processo, alguns atores políticos foram convidados a participar destas reuniões, visando conquistar apoio institucional para apresentação do Plano ao governo. Participaram das reuniões mensais do CMPS, em diferentes momentos, a coordenação municipal de saúde mental, o presidente do Conselho Municipal de Saúde, representantes da Assessoria de Comunicação do Governo e trabalhadores dos Serviços de Emergência do município. Notou-se que as reuniões passaram a ter pautas mais construtivas e uma maior participação dos sujeitos nas discussões e encaminhamentos.

Paralelo a isto, ocorria, no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde, a construção do Plano Estadual de Prevenção ao Suicídio, que estava às vésperas de ser apresentado ao governo. Durante este processo, ocorreram diversas reuniões com gestores e coordenações de saúde mental das Coordenadorias Regionais de Saúde, inclusive na 13ª CRS. Destaca-se que, no ano anterior, a Região do Vale do Rio Pardo assumiu a liderança do ranking de suicídio do estado, com uma taxa de mortalidade superior a 19 óbitos por 100 mil habitantes. Este fato colocou a região em destaque e trouxe a necessidade de construção de um Plano de Prevenção ao Suicídio aos gestores municipais da região. Assim, ainda no primeiro semestre do ano, a 13ª CRS emitiu um ofício aos secretários de saúde, exigindo a apresentação de um Plano Municipal de Prevenção ao Suicídio, que deveria ser apresentado pelos gestores e equipes de referência. Diante disto, a gestão municipal solicitou ao Comitê a construção deste Plano, que já vinha sendo debatido pelos sujeitos e que, já possuía eixos centrais de trabalho, objetivos, metodologia de trabalho e um modelo de avaliação.

Após uma reunião extraordinária do Comitê, voltada a conclusão do Plano, houve outras duas reuniões para revisão e edição do texto, a partir de um processo de construção coletivo e participativo entre os membros do CMPS. A versão final do Plano Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul foi entregue à gestão municipal em 27 de junho de 2019 e apresentado, sem alterações, no dia 11 de julho de 2019, em reunião com secretários de saúde e coordenadores de serviço, na sede da 13ª CRS.

Assinaram como responsáveis pelo Plano as seguintes instituições: Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Educação, 6ª CRE, HSC, HAN, EMATER/RS, CAPS II, CAPS AD III, CAPSIA, STR, Vigilância Epidemiológica e UNISC. Todas as entidades eram e são membros do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul<sup>35</sup>.

O objetivo geral deste Plano, é: “Criar uma Rede Intersetorial e comunitária no município de Santa Cruz do Sul/RS em prol da Prevenção ao Suicídio e Valorização da Vida”; com os seguintes objetivos específicos: a) Potencializar e articular as ações e recursos existentes na Rede Intersetorial do município de Santa Cruz do Sul; b) Diminuir os índices de morte por suicídio no município; c) Fortalecer os sistemas de informação e notificação de casos de tentativa de suicídio, visando minimizar a subnotificação; d) Integrar as diferentes Políticas Públicas do município e seus atores na criação e fortalecimento das ações de prevenção ao suicídio; e) Construir linhas de cuidado, levando em conta as necessidades de populações específicas; f) Promover diálogo com a sociedade sobre o tema, desmitificando tabus e preconceitos, fortalecendo a cultura da paz e a valorização da vida; e g) Instituir o Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio como entidade permanente dentro da governabilidade do Plano Municipal de Prevenção ao Suicídio. Além dos objetivos, havia cinco eixos de trabalho, sendo: Eixo 1 – Promoção de Saúde e Prevenção ao Suicídio; Eixo 2 – Atenção / Estratégias; Eixo 3 – Vigilância em Saúde; Eixo 4 – Educação Permanente; e Eixo 5 – Gestão<sup>36</sup>.

Nota-se que os objetivos do Plano estão estruturados em uma interpretação contemporânea sobre a problemática do suicídio, destacando a construção de uma Rede Intersetorial como a principal ação para prevenção no território. Na maioria dos objetivos específicos, a formação, integração e fortalecimento desta Rede Intersetorial são ressaltados, contemplando demandas trazidas pelos sujeitos e construídas coletivamente, a exemplo da redução da subnotificação (pautada pelos sujeitos vinculados à vigilância epidemiológica e UNISC); construção de linhas de cuidado para populações específicas (demanda dos sujeitos

---

<sup>35</sup> Ata nº 06/2019 do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul, 27 de junho de 2019.

<sup>36</sup> O detalhamento e ações previstas em cada eixo estão no “Anexo 1” desta Dissertação.



envolvidos com a prevenção ao suicídio no campo); fortalecimento da cultura da paz e valorização da vida (pautada pelos sujeitos vinculados à Educação e ao CVV); entre outros. Existe ainda os objetivos vinculados ao propósito do CMPS, como: diminuir os índices de suicídio no município, integração de diferentes Políticas Públicas, promoção do diálogo com a sociedade sobre a questão do suicídio e a instituição do Comitê como entidade permanente na governabilidade do Plano Municipal de Prevenção ao Suicídio.

Ao elencar estes objetivos, o Comitê oficializou suas intenções em se tornar, não apenas um promotor de campanhas de prevenção, mas uma instituição gestora, com capacidade política de criar e articular uma Rede Intersetorial, em prol de seus objetivos. No entanto, até a conclusão desta Dissertação, este Plano não foi discutido pela gestão municipal, tampouco implementado. Segue como um legado do Comitê, aguardando por sua inclusão na agenda de governo da atual gestão municipal ou dos próximos governos.

Concomitante ao trabalho investido na elaboração e apresentação do Plano, o Comitê seguiu uma agenda de atividades de prevenção ao suicídio no município, com a realização de palestras, rodas de conversa, entrevistas em jornais e rádios, e a divulgação de materiais informativos. Durante o mês de setembro, foram registradas diversas atividades alusivas ao “Setembro Amarelo”, organizadas pelos membros do Comitê e/ou requisitadas ao Comitê. Intensificou-se a presença do CMPS nas Redes Sociais virtuais, com publicações de fotos dos eventos realizados pelo Comitê e divulgação de materiais informativos, assim como o engajamento da comunidade local nas campanhas de prevenção ao suicídio.

Além disso, no dia 11 de setembro de 2019, ocorreu o I Seminário Regional de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio do Vale do Rio Pardo, promovido pela 13ª CRS e realizado na Câmara de Vereadores de Santa Cruz do Sul. O evento contou com mais de 200 participantes, de diferentes municípios da região. Naquele evento, foram realizadas palestras e oficinas de capacitação, além da apresentação de experiências de prevenção ao suicídio praticadas na região, com representação do CMPS.

Destaca-se que na área acadêmica, a problemática do suicídio foi debatida em diferentes eventos científicos realizados no município, como: III Simpósio da Residência Multiprofissional do HSC e II Mostra de trabalhos científicos; V Seminário Internacional de Prevenção ao Suicídio (Porto Alegre/RS); Semana Acadêmica do curso de Serviço Social e Semana Acadêmica do Curso de Psicologia (ambos da UNISC); II Simpósio Multidisciplinar da Liga de Psiquiatria da UNISC; entre outros. Em cada um destes eventos foram apresentados pesquisas e estudos de caso sobre a problemática do suicídio, com participações e apresentações

de membros do Comitê Municipal. Ademais, a campanha “Setembro Amarelo” de 2019 foi a que registou o maior número de atividades e o maior engajamento na comunidade acadêmica de Santa Cruz do Sul.

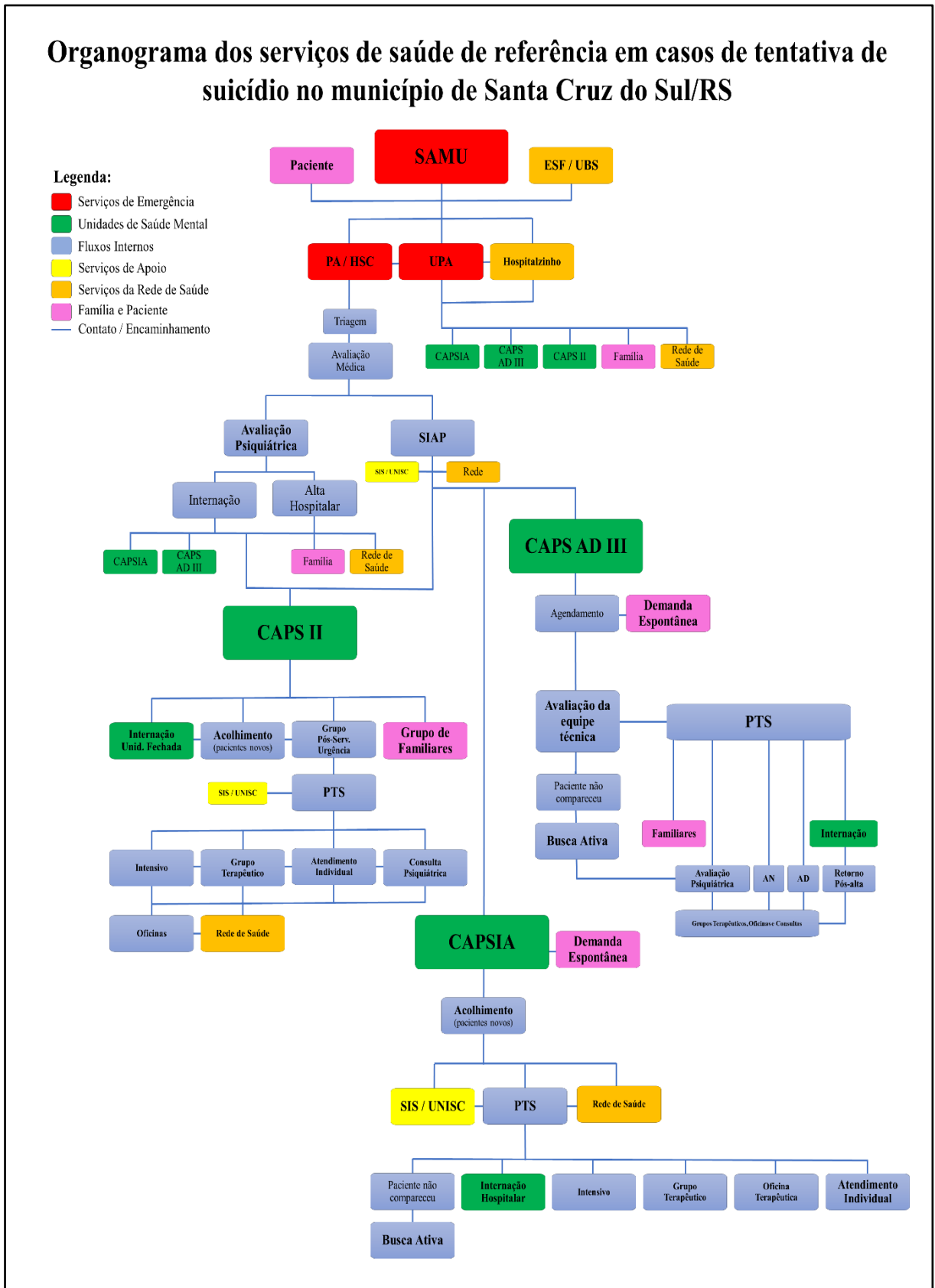
Com o objetivo de combater esse problema, que é considerado gravíssimo para a saúde pública em nível mundial, uma extensa programação será realizada durante todo o mês de setembro. [...] Para reforçar o alerta, a partir dessa segunda-feira, 2, o Palacinho da Praça da Bandeira revelará à noite uma luz amarela em todo o seu entorno. Já as atividades começam nesta terça-feira, 3, com a realização de uma palestra sobre emergência psiquiátrica, na Unisc. Nos próximos dias também estão previstos jornadas, seminários, entrevistas nas rádios locais e regionais, feira de saúde, capacitação e palestra. (GAZ, 2019, p. 1).

Neste ano, realizaram-se entrevistas nas principais rádios e jornais do município, alguns com projeção regional, como é o caso do Portal GAZ, Jornal Gazeta do Sul e Rádio Arauto.

Além do mais, uma das ações mais significativas em prol da prevenção ao suicídio no território foi desenvolvida após a campanha, quando os membros do Comitê criaram um organograma dos serviços de emergência e saúde mental do município para casos de tentativa de suicídio. Até aquele momento, não havia protocolos específicos para encaminhamento destes pacientes, sendo uma demanda frequente dos serviços de saúde e especialmente dos Centros de Atenção Psicossocial. Assim, as últimas reuniões do Comitê em 2019 focaram na discussão sobre formas de encaminhamento de pacientes com ideação suicida ou que tenham tentado o suicídio e na sistematização desta discussão em protocolos de atendimento. Estes protocolos viriam a ser seguidos por todos os serviços de saúde do município.

Neste processo, elaboraram-se fluxos de encaminhamento em diferentes níveis de complexidade. Pacientes que haviam tentado o suicídio ou que fossem socorridos em situações de lesão autoprovocada, eram encaminhados imediatamente para os Serviços de Emergência ou Hospitais. Após a avaliação das equipes de saúde, realizavam-se encaminhamentos aos serviços de saúde mental, considerando o histórico de atendimentos do paciente e a vinculação deste aos serviços. Por exemplo: pacientes previamente atendidos pelo CAPS AD III eram encaminhados para este serviço. Já pacientes que não mantinham vinculação com nenhum serviço era encaminhado para o CAPS II. Os adolescentes eram encaminhados para o CAPSIA. Situações leves, como ideação suicida sem tentativa era avaliada pela equipe hospitalar e referenciado aos serviços de saúde locais ou, em alguns casos, para psicoterapia ofertada pelo Serviço Integrado de Saúde da UNISC (SIS). A figura a seguir apresenta o organograma completo, com todos os fluxos de atendimento interno dos serviços de saúde mental e de emergência da rede pública municipal, elaborado pelos membros do CMPS.

**Figura 11. Organograma dos serviços de saúde mental e serviços de emergência de referência em casos de tentativa de suicídio no município de Santa Cruz do Sul, desenvolvido pelo Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio, em novembro de 2019.**



Fonte: Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul, 2019.

Neste organograma estão as principais portas de entrada nos serviços de saúde mental do município, tendo o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no topo, ao lado dos serviços da atenção básica em saúde (ESF e UBS) e do próprio paciente, que pode buscar as unidades de emergência espontaneamente. Cabe aos serviços de emergência (PA/HSC, UPA e Hospitalzinho) realizar os primeiros atendimentos e encaminhar para o serviço de saúde mental adequado ou até mesmo para a casa. Em casos graves, nos quais existe o risco de novas tentativas de suicídio, o paciente passa por novas avaliações clínicas e psicossociais (SIAP) no HSC e de lá poderá ser encaminhado para internação hospitalar ou diretamente para os serviços de saúde mental.

Nota-se que, em cada um dos CAPS, existem especialidades e particularidades no atendimento, estando expressos no organograma apenas os encaminhamentos possíveis para casos de tentativa de suicídio. No caso do CAPSIA e CAPS AD III, existe a possibilidade de “demanda espontânea”, aonde o paciente ou familiar buscam o serviço diretamente após uma tentativa de suicídio. Já o CAPS II mantém um fluxo de atendimentos com os serviços de emergência e hospitais, que fazem a primeira avaliação destes pacientes e encaminham ao serviço. A construção coletiva deste organograma serviu para dois propósitos: estabelecer, entre os membros do CMPS, fluxos de encaminhamento para casos de tentativa de suicídio, visando aperfeiçoar a comunicação entre os serviços de saúde; e incentivar a criação de fluxos internos nos respectivos serviços, representados pelos sujeitos que compõe o Comitê.

Com isso, o compartilhamento de informações oriundas do Comitê Municipal — que estavam focalizadas, quase que exclusivamente, nas campanhas de prevenção ao suicídio — passaram a ser aplicadas, diretamente, na gestão dos serviços, a partir de seus representantes no CMPS. Criou-se, desta forma, uma referência não apenas no Comitê, mas nos sujeitos, que assumem a tarefa de compartilhar as informações debatidas pelo grupo e propor mudanças reais em seus locais de trabalho. O que antes estava atribuído à “conscientização” dos profissionais, passou a influir sobre os processos de trabalho, envolvendo trabalhadores de diferentes áreas do conhecimento, que passariam a adequar suas rotinas e protocolos de atendimento com base no planejamento do próprio Comitê.

A partir deste trabalho e do engajamento dos sujeitos, a prevenção ao suicídio ganhou ‘ares’ institucionais e o CMPS deixou de ser um espaço, unicamente, de discussão do tema e passou a influir diretamente sobre as rotinas e processos que envolvem a prevenção ao suicídio no território. Assim, compreende-se que o CMPS passou a implementar o Plano Municipal de Prevenção ao Suicídio, antes mesmo de seu reconhecimento legal e/ou governamental.

Os acontecimentos de 2019 indicam que o caminho percorrido no trabalho de prevenção ao suicídio em Santa Cruz do Sul, até a criação do Comitê, e a partir da própria ação dos sujeitos envolvidos com a temática, apresentou um avanço tangível. Existem, sem dúvidas, muitas barreiras a serem superadas. Porém, é evidente que a questão do suicídio está sendo desmistificada e que existem acúmulos reais sobre o que fazer para evitar o aumento de suicídios no território.

As ações, campanhas, discussões e propostas dos sujeitos que compõe o Comitê, permitiram que o tema fosse discutido na comunidade local e alcançasse a atenção do Poder Público. Entende-se que isto não ocorreu espontaneamente, mas foi fruto de experiências passadas, que definiram e redefiniram constantemente os Repertórios de Ação, mediante a leitura da realidade dos sujeitos e o contexto ao qual estão inseridos. Ressalta-se que a noção de repertório compreende que os sujeitos possuem um conjunto limitado de formas de agir e pressupõe que cada Repertório é condicionado pelos saberes dos sujeitos, experiências passadas e o contexto sociopolítico do território (McADAM; TARROW; TILLY, 2009).

Assim, compreende-se que o Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul pode ser definido como um repertório de ação, utilizado pelos sujeitos com base na tradição da Reforma Psiquiátrica, que têm na conquista da institucionalidade dos serviços um dos pilares de sua ação coletiva (FAGUNDES, 2006). Lembra-se que o movimento pela Reforma Psiquiátrica é um dos maiores movimentos sociais não sindicais do país e sua ação não está limitada à saúde mental. O legado deste movimento está expresso nos espaços de controle social do SUS, na participação popular e na própria redemocratização do Estado brasileiro (FAGUNDES, 2006, p. 56).

Na experiência relatada nesta Dissertação, é possível notar que os Repertórios de Ação dos sujeitos carregam uma identidade democrática em sua essência, o que se reflete nas construções coletivas e na formulação de estratégias que procuram (na maioria das vezes) contornar a centralização governamental e expandir a participação popular na construção de políticas públicas. O Comitê Municipal mostrou ser um espaço de construção da política de prevenção ao suicídio e não um fim em si mesmo. A criação do CMPS é uma experiência rica em significados e traduz um processo que inicia em 2006 e que desde então vem criando mecanismos para sensibilizar a comunidade santa-cruzense sobre a prevenção do suicídio.

Além disso, ao analisar os Repertórios de Ação dos sujeitos, percebe-se que existem avanços significativos no trabalho proposto pelo Comitê, em relação às primeiras experiências de prevenção ao suicídio no território. Nos períodos analisados nesta Dissertação, nota-se que

entre 2006 e 2011 o trabalho limitava-se à coleta de dados, ao aperfeiçoamento do registro de casos e à conscientização dos profissionais de saúde mental. A partir de 2012, nota-se que a articulação política e o envolvimento da sociedade no trabalho de prevenção ao suicídio passam a ser considerados como indispensáveis, o que define novos Repertórios de Ação. Estes novos repertórios resultam na criação do CMPS, em 2015, e a partir daí nota-se avanços substanciais e concretos na tarefa de construir uma política de prevenção ao suicídio no município.

As considerações apresentadas neste trabalho baseiam-se em diferentes determinações e especialmente na interpretação dos sujeitos sobre os seus Repertórios de Ação e sobre as janelas de oportunidade percebidas, ao longo deste processo. Descobriu-se que o perfil militante dos sujeitos e sua identificação profissional com a temática do suicídio se colocam como oportunidades políticas deste processo. Destaca-se, também como oportunidade, a criação e divulgação da campanha Setembro Amarelo®, que mostrou ser um aliado para que atores políticos, empresários, trabalhadores e a comunidade local, dessem maior atenção à problemática do suicídio. No contexto de Santa Cruz do Sul, esta campanha abriu portas para a ação coletiva dos sujeitos e permitiu, inclusive, acessar a agenda de governo. Mesmo que o Comitê não esteja institucionalizado este objetivo nunca esteve tão próximo de ser concluído, assim como a implementação de uma política de prevenção ao suicídio.

Por último, pode-se falar sobre as ações desenvolvidas no ano de 2020 que, devido à pandemia de COVID-19, suspendeu boa parte das atividades planejadas pelo Comitê. Desde o mês de março (quando iniciou os protocolos de distanciamento social no município) as reuniões do CMPS foram suspensas, retornando no mês seguinte de forma virtual, através de videochamadas. Este novo modelo de reunião trouxe dificuldades inerentes ao momento que se vive, na qual as instituições e os indivíduos tiveram que se adaptar às tecnologias de comunicação virtual e alterar suas rotinas de trabalho, de estudo e de convivência. No Estado do Rio Grande do Sul, os protocolos de distanciamento controlado estão em vigor até a finalização desta Dissertação e não há uma previsão de quando as reuniões presenciais poderão retornar, sem que haja riscos à saúde dos participantes.

Diante deste contexto, os membros do Comitê decidiram manter um cronograma de reuniões mensais e virtuais por tempo indeterminado. As atividades, palestras e rodas de conversa foram suspensas e o Comitê voltou sua atenção à elaboração de materiais de prevenção ao suicídio, conectados ao contexto atual — crise sanitária, crise econômica, distanciamento social, Covid-19, luto, entre outros desdobramentos da pandemia. Diante da situação atual, optou-se por fortalecer a comunicação virtual do Comitê com a comunidade por meio das redes

sociais, utilizando a plataforma Facebook® para publicar orientações sobre prevenção ao suicídio durante a pandemia, baseadas em orientações da FIOCRUZ e da OMS. Além disso, os sujeitos decidiram convidar representantes de instituições ligadas a proteção dos idosos para compor o CMPS, por considerar os idosos, um público de risco, especialmente no contexto atual. Assim, após realizado os respectivos contatos, foram incluídos ao Comitê uma assistente social que exerce o cargo de presidente do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa (CMI) e um psicólogo, vinculado ao Ambulatório do Idoso (AI).

Com isso, considerando a conjuntura nacional e os reflexos da pandemia na realização desta Dissertação, algumas questões da pesquisa tiveram que ser adaptadas, especialmente no que se refere à ação do Comitê. Além disso, buscou-se extrair das falas dos sujeitos, considerações sobre o avanço de pautas conservadoras no país e a influência desta agenda no processo de construção de uma política de prevenção ao suicídio em Santa Cruz do Sul.

Silva (2016a), ao discutir sobre a centralidade da agenda conservadora na política brasileira, analisa como, na fase atual de financeirização das economias, o Estado brasileiro vem assumindo, cada vez mais, um caráter autoritário. Para a autora, a democracia burguesa encontra dificuldades de disfarçar os interesses imperialistas, apelando para discursos ideológicos que negam as opressões sofridas pelas classes populares.

A ideologia do medo, que justifica e legitima as práticas autoritárias e a agenda conservadora de preservação da família tradicional e da propriedade, se renova a cada período de reorganização política dos setores populares. [...] o Estado brasileiro continua sendo o principal articulador da violência contra as classes populares que saem às ruas para reivindicarem melhorias das condições de vida e denunciarem as políticas neoliberais. (SILVA, 2016a, p. 241).

Em outro texto, Silva (2016b) destaca como o conservadorismo vem conquistando espaço no Congresso Nacional e dificultando o avanço de pautas ligadas aos direitos humanos, direitos sociais, preservação da natureza, diminuição da desigualdade social, entre outros temas caros às classes trabalhadoras e aos partidos políticos do proletariado. Segundo a autora:

De acordo com o documento Radiografia do Congresso Nacional: legislatura 2015/2019 do DIAP – Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar, a composição do Congresso não é favorável à aprovação de temas ligados aos direitos humanos e a ampliação dos direitos sociais. As principais bancadas informais do Congresso têm a seguinte composição em número de deputados: Empresarial possui 221 deputados; Ruralistas, 109; Evangélica, 75; Sindical, 51 e Segurança, 22. O documento destaca a diminuição da bancada sindical que na legislatura anterior tinha 83 membros e na atual tem apenas 51 deputados e 9 senadores. [...] **a bancada BBB possui 40% dos votos da Câmara e tem atuado de modo articulado e unificado nas votações de projetos da agenda conservadora.** (SILVA, 2016b, p. 146, grifo do autor).

A “bancada BBB”, refere-se ao grupo de parlamentares alinhados aos interesses econômicos e políticos da indústria armamentista, pecuarista e de empresas religiosas ligadas a mercantilização da fé. A bancada da Bala, do Boi e da Bíblia (BBB) é a que mais cresce no país e a que possui o maior número de aliados ao atual Governo Federal. Esta bancada parlamentar demonstra a fragilidade do sistema político brasileiro em representar os reais interesses da população e acena para o risco de ampliação das pautas conservadoras nas agendas de governo no próximo período. Aliado a isto, está a cooptação ou a submissão das alianças políticas ligadas aos interesses da classe trabalhadora ao projeto neoliberal, fazendo com que as propostas dos movimentos sociais populares sejam, sumariamente, derrotadas no Congresso e no Senado Federal. O enfraquecimento dos partidos de esquerda vem transformando a própria identidade deste bloco político e seus representantes.

Netto (2013), durante sua apresentação no XIV Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, faz uma análise sobre o que chamou de crise contemporânea do Capital — diferenciando-a de crise do capitalismo, devido ao caráter histórico e estrutural da atual crise. Na análise do autor, desde a década de 1990, o Capital vivencia ciclos cada vez mais frequentes de crises, causadas pelos limites práticos da produção de mercadorias e sobre a lucratividade das empresas, que nas últimas décadas vem crescendo abruptamente devido a financeirização dos mercados. Neste contexto, os espaços de organização política das classes trabalhadoras encontram dificuldades em homogeneizar pautas reivindicatórias e, até mesmo, de formar um corpo suficientemente forte para enfrentar os avanços conservadores do Capital.

“[...] Depois de 20 anos, a restauração do Capital alcançou um inequívoco êxito. Recuperou as taxas de lucro das megacorporações; forneceu um formidável processo de concentração e centralização de capitais; obteve uma inédita liberdade de movimento para os fluxos, cada vez mais voláteis do capital financeiro; instaurou um ambiente ideológico que lhe era francamente favorável; e desconstruiu as formas políticas opositivas tradicionais (o movimento sindical e os partidos de esquerda), levando-os a um peculiar transformismo” (NETTO, 2013 [trecho da palestra “Impactos da crise do capital nas políticas sociais e no trabalho de assistentes sociais”, realizada no XIV Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, no dia 14 de outubro de 2013, na cidade de Águas de Lindóia/SP).

O ‘transformismo’ citado por Netto (2013), faz referência às alianças criadas entre parte da elite nacional e o Partido dos Trabalhadores durante os governos de Lula da Silva e ampliados nos governos de Dilma Rousseff. Com o pretexto de “garantir a governabilidade” os governos do PT fizeram alianças que resultaram no enfraquecimento das lutas populares e trabalhistas no país. Esse transformismo trouxe rupturas nas alianças políticas históricas da



classe trabalhadora e diminuiu sua capacidade de reação, frente ao avanço da agenda conservadora do Congresso Nacional<sup>37</sup> (NETTO, 2013; SILVA, 2016b).

Ao analisar a conjuntura política do Brasil, percebe-se que existem ameaças políticas reais às políticas públicas progressistas ou contrárias ao ideário neoliberal e conservador. Este contexto traz implicações diretas e indiretas nos territórios e regiões do país, alterando alianças políticas e incluindo pautas conservadoras nas agendas dos governos municipais e estaduais em todo o país. No campo de estudo desta Dissertação, nota-se que os arranjos políticos criados pelo Governo Federal vêm modificando as alianças partidárias na Região do Vale do Rio Pardo. No entanto, segundo a análise do conteúdo das Entrevistas, não houve referências concretas sobre os efeitos da crise política brasileira no âmbito municipal. Para a maioria das Entrevistadas, o contexto atual não contribui nem prejudica a construção de uma política de prevenção ao suicídio no município. Destaca-se que os avanços atribuídos à sociedade civil, são relacionados pelos sujeitos à abertura de diálogo sobre o tema, ocasionado, especialmente, pelas campanhas de prevenção e não por iniciativas políticas ou partidárias.

Apesar disso, entende-se que o ideário conservador, representado pelo governo de Jair Bolsonaro, vem causando múltiplos prejuízos para a política de saúde mental e especialmente para os movimentos ligados a Luta Antimanicomial. A Entrevista 15, demonstra sua frustração sobre a conjuntura política, destacando as leis e normativas sancionadas pelo Governo Federal, que agridem os princípios do Sistema Único de Saúde.

É um momento crítico o que a gente está vivendo e, ao mesmo tempo, no Governo Federal, os atrasos que vem acontecendo desde o Quirino [ex-Secretário Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas], lá no final do Governo Dilma, pra cá, foi só atraso. Um atrás do outro. A gente só está vivendo retrocesso. (Entrevista 15, 09 de junho de 2020).

Entre os retrocessos destacados pela entrevistada, ressalta a criação da Portaria nº 3.659, de 14 de novembro de 2018, que reduz o repasse financeiro para equipamentos da RAPS e incentiva parcerias público-privadas para manutenção dos Residenciais Terapêuticos e Hospitais Psiquiátricos. Entende-se que as estratégias políticas para diminuição dos recursos da

---

<sup>37</sup> “A agenda conservadora no Congresso Nacional é extensa e diversificada. No campo dos direitos humanos temos o Estatuto da Família (projeto 6583/13) que restringe o núcleo familiar à união entre homem, mulher e filhos; a revogação do Estatuto do Desarmamento; o Projeto 171/936 de redução da maioria penal de 18 para 16 anos para crimes graves. No campo dos direitos dos trabalhadores temos, por exemplo, o projeto que muda nas regras do seguro-desemprego e do reajuste do salário-mínimo; o Projeto de 4330/20047 conhecido como o projeto da terceirização que aumenta a precarização do trabalho. Tem ainda o projeto que garante a independência do Banco Central; a aprovação do novo Código Florestal (2012) e a PEC 215, que retira do Executivo a prerrogativa de demarcar terras indígenas.” (SILVA, 2016b, p. 147).

Política de Saúde Mental, estão atreladas a interesses econômicos de grupos e instituições que prestam serviços de acolhimento institucional ao Poder Público; além de ser reflexo das políticas de austeridade fiscal implementadas pelo bloco neoliberal durante o governo de Michel Temer, a exemplo da EC nº 95/2016, conhecida como “Lei do Teto de Gastos”.

Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), ao analisarem as mudanças na política nacional de saúde mental entre 2016 e 2019, afirmam que estas mudanças representam “a antítese do referencial ético e técnico da Reforma Psiquiátrica brasileira, sedimentado em seus 35 anos de existência” (2020, p. 15). Antítese, pois, além de reduzir os recursos e a centralidade do Estado como promotor da RAPS, traz consigo uma tendência de enfraquecimento da participação popular na gestão da política e esvaziamento dos espaços de controle social (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020). Estes retrocessos na política de saúde mental, são referenciados pela Entrevistada 16 como uma característica dos governos conservadores, em períodos anteriores.

No final do governo Simon [PMDB], quando entra o Collares (PDT), há um retrocesso. A gente não tinha mais a máquina do Estado para construir as reformas e há um retrocesso em nível de estado. Assumi [posteriormente] o Antônio Britto (PMDB) e ele tratou de fechar: ‘fecha hospital, fecha isso, tira direito dos pacientes’. Foi um momento bem difícil. E nesse período, entre o final do governo Simon, quando a gente sabia que o Collares tinha ganho e a gente sabia que ia ficar difícil porque era ali que estava a resistência, nós criamos o Fórum Gaúcho de Saúde Mental. [...] A gente pensou: ‘por onde a gente vai fazer resistência?’ Se a gente não pode mais ir pro Estado, vamos para a sociedade civil. (Entrevista 16, 10 de junho de 2020).

O trecho extraído desta entrevista, demonstra como a conjuntura política e a direção dos governos redefinem os Repertórios de Ação coletiva. No contexto relatado, quando entra um governo estadual conservador, que representa retrocessos às políticas de saúde mental e uma ameaça ao movimento da Reforma Psiquiátrica, os militantes deste movimento optam por deslocar sua ação política para a sociedade civil, construindo espaços coletivos de diálogo e de resistência ao avanço da agenda conservadora. Esta é a origem do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, criado em 1991 e atuante até hoje. A partir deste repertório de ação, se inicia um processo de trocas de experiências e Repertórios de Ação com militantes de todo o estado. Após este processo, o FGSM torna-se um repertório de ação que viria a ser replicado por diferentes sujeitos e em diferentes locais, inclusive servindo de modelo para a construção do Fórum Regional de Saúde Mental do Vale do Rio Pardo. Este repertório, que nasce na conjuntura desfavorável ao projeto da Reforma Psiquiátrica, na década de 1990, torna-se um ator político importante na construção da política de saúde mental na região e no município de Santa Cruz do Sul. Alguns dos sujeitos entrevistados para esta Dissertação, participaram da construção do

FGSM e, outros, estiveram à frente do processo de criação do FRSM/VRP, destacando este repertório como um dos pilares da Reforma Psiquiátrica no estado.

Essa é a marca da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul. [...] A Reforma Psiquiátrica no RS, entendeu que ela deveria ter três pilares: um pilar do movimento social, que ai era o movimento social e que era algo voltado para toda a sociedade, onde tu conversa com o Juiz, com o delegado, com o Padre, com o usuário [etc.]. Então um pilar era isso: **a sociedade**, que em determinado momento se organiza como movimento social e em outras não. O segundo pilar da Reforma Psiquiátrica no RS é **a formação**. Temos que formar as pessoas. Formar, reformar, transformar. [...] E o terceiro pilar é da constituição dos serviços e da **formalização institucional**. E essa formação institucional, ela vai se dar tanto na questão legislativa – ‘temos que ter leis para isso, temos que falar com o gestor, temos que ter serviços’. E eu acho que ela é uma estratégia absolutamente correta! Ela não pode ser a única estratégia. [...] porque se tu não andar por dentro da institucionalidade, tu vais ser sempre oposição. (Entrevista 16, 10 de junho de 2020, grifo do autor).

A referência aos “pilares” da Reforma Psiquiátrica encontra sustentação na literatura e na própria história deste movimento (FAGUNDES, 2006). Trata-se, na prática, de três frentes de atuação política, sendo a criação dos Fóruns um dos repertórios utilizados pelos movimentos sociais para dialogar com a sociedade. A segunda frente de atuação (formação) possui repertórios próprios, como a elaboração de cursos, capacitações, pesquisas, seminários e tudo que envolva a Educação Permanente no SUS. É através da formação que a Reforma Psiquiátrica avança para a academia e conquista espaço nas grades curriculares de diferentes áreas do conhecimento. O terceiro pilar refere-se à institucionalização dos serviços de saúde mental. É nesta frente que se efetivam as principais conquistas do movimento — responsável pela implementação dos CAPS e Residenciais Terapêuticos em todo o território nacional. Em Santa Cruz do Sul, o FRSM/VRP esteve diretamente envolvido na criação dos serviços de saúde mental existentes até hoje, bem como nos espaços de controle social e participação popular da política municipal de saúde mental. Entretanto, ressalta-se que todas as conquistas da Reforma Psiquiátrica, até hoje, foram obtidas a partir da luta de seus militantes e defensores.

[...] A luta sempre esteve dada! Sempre, sempre, sempre! [...] Em nível nacional nós estamos em luta de ‘trincheira’. [...] Neste momento, em termos nacionais, há um retrocesso, mas a gente se ‘(in)trincheira’ [defende]. (Entrevista 16, 10 de junho de 2020).

No contexto atual, considerando a crise política e o avanço do conservadorismo nas instâncias do poder político, percebe-se que os sujeitos encontram novas maneiras de avançar na implementação da política de saúde mental. As estratégias ligadas à prevenção ao suicídio são um exemplo destas conquistas. Apesar da conjuntura se mostrar desfavorável à criação de

políticas públicas ligadas à valorização da vida, nota-se que a problemática de prevenção ao suicídio vem conquistando espaço nas agendas de governo, com a criação de planos e políticas para enfrentamento da problemática em diferentes regiões.

Entretanto, este fenômeno deve considerar elementos peculiares de cada contexto, incluindo a atenção dada ao tema pelos gestores e atores políticos. Esta questão é destacada pela Entrevistada 18, quando comenta que na Secretaria Estadual de Saúde do RS existem momentos de maior e menor abertura para o tema e que a atenção particular do gestor político com a problemática possui influência nas oportunidades de construção e implementação do Plano Estadual de Prevenção ao Suicídio. Aliado a isto, está a definição dos Repertórios de Ação, os quais demonstram adaptar-se ao contexto político de cada período.

Em 2015, quando a gente começa a constituir o Comitê [CEPS], a gente se torna mais provocativo. E as outras instituições querem saber a posição do Estado. Cobram do Estado. Então, o Governo [estadual], desde então, foi mais provocado para esse tipo de situação, pela nossa parte. (Entrevista 18, 15 de junho de 2020).

Segundo a Entrevistada 18, o Comitê Estadual é utilizado como um instrumento para conquistar a atenção dos gestores para a necessidade de criação de uma política estadual de prevenção. Nota-se que a conjuntura e as oportunidades políticas são percebidas pelos sujeitos e que é a partir delas que estes sujeitos se colocam em movimento. Além disso, este processo envolve alianças, representadas pelas instituições e indivíduos que formam o CEPS e que através dele reivindicam espaço na agenda de governo. Estas alianças não se confundem com as relacionadas à crise política, pois limita-se a tarefa específica de formação do Comitê Estadual e nas relações técnicas entre os sujeitos e as instituições representadas.

Contudo, cabe salientar que as relações individuais ou coletivas podem evidenciar contradições capazes de romper com o processo de construção política e até mesmo com o próprio movimento. Na história da Reforma Psiquiátrica, as rupturas ideológicas são uma parte importante do movimento social, pois, permitem o ajuste das pautas e a redefinição das alianças. O conservadorismo é um exemplo destas contradições, pois, se expressa na própria divisão social e técnica do trabalho. A Entrevista 19 destaca este ponto e traz uma leitura sobre a influência do pensamento conservador na academia e sobre as disputas de duas vertentes científicas da saúde mental: a psiquiatria e a psicologia.

Nos anos 2000, nós perdemos a discussão maior com a sociedade e reduzimos um pouco esta situação. Não conseguimos sair desta armadilha, entre psiquiatra e psicólogo. E acabou tendo uma militância dentro da formação e uma discussão de conceitos — mais biológicos, patológicos e de poder. Quem tem poder de decidir sobre o diagnóstico, internação e medicação. A psiquiatria se afastou da questão social

e se afastou da psicanálise, aqui no Rio Grande do Sul; e foi para o caminho da medicina biológica, do ‘poder médico’. E virou: ou é psiquiatra, ou é antimanicomial. E eu acho que nós perdemos todos. (Entrevista 19, 18 de junho de 2020).

A Entrevistada 19 se refere às contradições presentes dentro do movimento da Reforma Psiquiátrica no estado, que resultaram em rupturas entre o ideário conservador (medicina tradicional, centrada na doença) e o ideário progressista do movimento (saúde coletiva, centrada no biopsicossocial). Esta ruptura se evidencia nas grades curriculares dos cursos da área da saúde e no distanciamento criado entre as diferentes categorias profissionais.

Empiricamente, percebe-se que esta fração conservadora das profissões ligadas à saúde mental não é exclusiva da psiquiatria ou psicologia. O perfil tecnicista de alguns profissionais, pode ser percebido nas relações com os usuários dos serviços de saúde e com outras categorias profissionais, aonde criam-se, frequentemente, nichos de ‘especialistas’ sobre determinado assunto ou patologia. No trabalho de prevenção ao suicídio, esta vertente conservadora se evidencia na lógica de “classificação de risco” para o suicídio, adotado por diferentes categorias profissionais. Na literatura sobre o tema, a vertente conservadora é a que possui maior destaque, promovida por instituições e associações voltadas a psiquiatria tradicional, inclusive na Organização Mundial da Saúde. Apesar dos avanços da discussão sobre a prevenção ao suicídio e do envolvimento de diferentes áreas do conhecimento neste debate, existe ainda uma forte tendência conservadora no trabalho de prevenção, que visa associar a redução das taxas de suicídio ao tratamento psiquiátrico e medicamentoso de indivíduos com ideação suicida.

Compreende-se que a ideologia conservadora se expressa na política, no trabalho, nas relações, no ensino e em tantas outras áreas da vida humana, que seria improvável crer que o ideário conservador deixará de influenciar as oportunidades políticas da contemporaneidade. Longe disso, entende-se que o conservadorismo vem aumentando em várias classes e frações de classe no Brasil, tendo como reflexo a escolha de candidatos políticos que representam esta ideologia, em diferentes instâncias de poder. Sobre isso, destaca-se a declaração da Entrevistada 14 sobre o atual momento político do país, onde afirma que:

[...] A gente não está neste momento só em um momento necropolítico, que é esse que escolhe quem vive e quem morre. Mas que a gente está em um estágio ‘suicidário’. E que a política hegemônica se ocupou de levar todo mundo a morte e ao suicídio coletivo. Essa ideia de uma política que não protege; que não tenta proteger a vida. [...] **A política hegemônica atual, que está nos espaços de Poder no Brasil, ela é uma política que convoca o suicídio – ela convoca todo mundo a sair na rua e pegar COVID-19.** (Entrevista 14, 09 de junho de 2020, grifo do autor).

A ênfase dada pela Entrevistada expressa sua preocupação e protesto sobre o atual Governo Federal, classificando-o como um governo que “convoca o suicídio”, ao se referir as manifestações do Presidente Jair Bolsonaro contra o isolamento social durante a pandemia de COVID-19<sup>38</sup>. Destaca, ainda, que o contexto atual traz a necessidade de envolver os movimentos sociais ligados à Reforma Psiquiátrica e à Luta Antimanicomial com outros movimentos e pautas políticas, visando ampliar sua força e auxiliar na defesa da democracia no país. Ressalta, também, que as lutas pela Saúde Mental possuem uma forte identificação com as lutas antirracistas, feministas e outras pautas ligadas aos direitos humanos.

Diante disso, entende-se que a agenda conservadora do Governo Federal e seus representantes políticos representam uma ameaça à construção de uma política pública de saúde mental voltada à valorização da vida e ao atendimento integral de usuários dos serviços de saúde mental do SUS. Além do âmbito político, o ideário conservador se expressa no cotidiano de trabalho dos profissionais ligados à saúde mental, com reflexos na condução de ações e estratégias voltadas à prevenção ao suicídio. No mesmo sentido, a crise política instaurada no Brasil traz um contexto de ameaça para as políticas ligadas à valorização da vida ou contrárias ao projeto neoliberal, representado pelo atual Governo Federal.

Apesar de não haver referências empíricas sobre os reflexos da crise política brasileira no processo de construção da Política de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul, seus principais articuladores destacam que o ideário conservador vem influenciando as agendas de governo nos municípios da Região do Vale do Rio Pardo. Além disso, o projeto neoliberal, representado pelo Governo de Jair Bolsonaro, traz, por meio de suas alianças políticas, o sucateamento e até mesmo a extinção das políticas de saúde mental do SUS, a exemplo da recente proposta de “revogação” das portarias da RAPS (TORRES, 2020).

Por fim, afirma-se que os Repertórios de Ação são definidos e redefinidos a partir da conjuntura política e a partir das oportunidades e ameaças políticas criadas no território. Através da pesquisa, percebeu-se que a conjuntura política nacional possui uma influência relativa no processo de construção de políticas públicas municipais, mas não é vista pelos sujeitos como sua principal determinação. Entende-se que, mesmo em uma conjuntura desfavorável, é possível que os sujeitos e/ou movimentos sociais obtenham êxito na disputa por espaço nas agendas de governo e avancem em suas reivindicações.

---

<sup>38</sup> Desde o início da pandemia de COVID-19 no Brasil, o Presidente Jair Bolsonaro adotou um posicionamento negacionista sobre os riscos da doença e fez dezenas de declarações públicas criticando as medidas de isolamento social e outras estratégias de redução da taxa de contágio. (BRITO, 2020).

### **4.3. Oportunidades políticas e Repertórios de Ação: a problemática da ação coletiva na construção de políticas públicas de prevenção ao suicídio.**

A experiência singular apresentada nesta Dissertação é um recorte empírico da realidade sobre a construção de políticas de prevenção ao suicídio no território de Santa Cruz do Sul, com considerações sobre este processo na escala regional e estadual, considerando o Vale do Rio Pardo e o Rio Grande do Sul, respectivamente. Ademais, traz em sua base teórica, discussões que abarcam o processo de construção da pauta de prevenção ao suicídio no âmbito nacional e no espectro internacional, sustentado pelos principais órgãos e pesquisadores sobre o tema no século XXI. Além disso, o trabalho utiliza-se do conceito de Repertórios de Ação coletiva, guiado pela obra do cientista social norte-americano Charles Tilly, para argumentar com os elementos extraídos da ação coletiva dos sujeitos.

Para contemplar elementos tão complexos, se fez necessário abstrair o fenômeno singular, a fim de relacionar suas determinações com o universal, destacando especialmente a conjuntura política do território e sua influência na definição e/ou redefinição dos Repertórios de Ação. Tal nível de abstração corre o risco de ignorar determinações relevantes ao objeto de estudo, bem como limitar a análise aos recursos e a própria capacidade do pesquisador em extrair as determinações do fenômeno.

Tendo consciência destas limitações, buscou-se priorizar as informações concretas e criteriosamente comprovadas para estabelecer mediações entre o singular e o universal, sem descartar as subjetividades expostas pelos participantes desta pesquisa, mas evitando superestimar as narrativas em contraste aos dados primários e secundários obtidos. Para além disso, buscou-se estabelecer relações coerentes entre a metodologia e os resultados, traduzindo as análises em conclusões críticas. Sobretudo, objetivou-se fornecer informações úteis para elaboração de novos estudos e, especialmente, que auxiliem os sujeitos participantes da pesquisa e outros a qualificar sua ação coletiva segundo experiências prévias, capazes de amparar a ação coletiva na identificação de ameaças e oportunidades políticas diante da tarefa de construir uma política pública de prevenção ao suicídio em diferentes territórios.

Assim, apresentam-se alguns elementos de síntese do trabalho de investigação, realizado a luz das questões teóricas e metodológicas utilizadas nesta Dissertação. Para isso, se faz necessário retomar algumas categorias analíticas e sua fundamentação teórica, visando comprovar a relação entre as subjetividades extraídas com as Entrevistas nos confrontos políticos identificados no território e na experiência singular dos sujeitos ao participar deste

processo político. Desta forma, apresenta-se empiricamente o processo de construção política em torno da prevenção ao suicídio no município de Santa Cruz do Sul e suas determinações.

Primeiramente, cabe resgatar o conceito utilizado para definir “ação coletiva”, apresentada por Tilly (1981) como: "Toda ocasião na qual um conjunto de pessoas confiam e aplicam recursos, incluindo seus próprios esforços, para fins comuns" (TILLY, 1981, p. 17). Esta definição traduz as determinações que envolvem a formação de coletivos e a ação política combativa, reativa ou propositiva, bem como os recursos materiais, imateriais e subjetivos. Aliado a este conceito, defende-se uma visão histórica sobre a ação coletiva e sobre o confronto político, definido por McAdam, Tarrow e Tilly (2009) da seguinte maneira:

O confronto político tem início quando, de forma coletiva, as pessoas fazem reivindicações a outras pessoas cujos interesses seriam afetados se elas fossem atendidas. As reivindicações vão desde súplicas humildes até ataques brutais, passando por petições, reivindicações através de palavras de ordem e manifestos revolucionários. **O confronto, portanto, depende da mobilização, da criação de meios e de capacidades para a interação coletiva.** (McADAM; TARROW; TILLY, 2009, p. 11-12, grifo do autor).

Está é a definição mais atual do conceito, que passou por processos de autocrítica e complementação até chegar a definições que contemplassem a complexidade de se definir as diferentes formas de luta da humanidade. Porém, não há qualquer pretensão de sintetizar o confronto político ou a ação coletiva em conceitos imutáveis. Pelo contrário, o trabalho de Tilly mantém uma intrínseca relação com o movimento dialético, aperfeiçoando suas conclusões à medida que novas categorias de análise se apresentam (ALONSO, 2009; 2012). A obra de Tilly se estrutura tanto na sociologia quanto na história, contemplando longos períodos históricos para análise de fenômenos e categorias presentes nos confrontos políticos. A análise histórica dos confrontos políticos, considerada uma de suas principais contribuições para a sociologia, é o que sustenta suas categorias de análise e as definições de conceitos, incluindo o conceito de Repertório de Ação Coletiva.

Segundo Alonso (2012), o conceito de repertório parte da ideia de que há um número limitado de opções para a ação coletiva, em determinado contexto e em diferentes períodos históricos. Por estar alicerçada na análise de longos períodos históricos, o conceito compreende que as mudanças nos repertórios ocorrem de forma lenta e limitada, sustentada por transformações do modelo de sociedade, subtraindo ações ineficazes e adicionando aos repertórios as ações coletivas bem-sucedidas (ALONSO, 2012, p. 23). Neste sentido, compreende-se que os indivíduos são capazes de aprender um número limitado e reduzido de



repertórios, compartilhadas durante a vida e/ou reproduzidas e ensinadas em momentos de confronto, reproduzindo, na grande maioria das vezes os Repertórios utilizados em outros confrontos (TILLY, 1978; MCADAM; TARROW; TILLY, 2009; ALONSO, 2012).

Charles Tilly considerava surpreendente como os Repertórios de Ação coletiva são limitados em determinado período histórico, considerando as inúmeras maneiras pelas quais os sujeitos e coletivos poderiam utilizar seus recursos em prol de seus objetivos (TILLY, 1978, p. 152). O limite expresso pelo autor não está relacionado ao conhecimento individual dos sujeitos ou sua capacidade de apreender formas novas de luta, mas aos limites impostos pela cultura de uma época sobre quais repertórios são aceitáveis dentro do confronto político. Para Tilly (2008), em suas últimas adequações do conceito, destaca que “os repertórios não são simplesmente uma propriedade dos atores do movimento; são uma expressão da interação histórica e atual entre eles e seus opositores” (TILLY, 2008, p. 24). Apesar de haver formas de luta transmitidas culturalmente e até mesmo ensinadas, os Repertórios de Ação Coletiva são aprendidos pelos sujeitos, na prática do confronto político e na interação entre os diferentes sujeitos envolvidos neste processo.

[...] as pessoas num dado tempo e lugar aprendem a executar um número limitado de rotinas de ação coletiva alternativas, adaptando cada uma, as circunstâncias imediatas e às reações de antagonistas, autoridades, aliados, observadores, objetos da ação, e outras pessoas de alguma maneira envolvidas na luta. (TILLY, 1995, p. 27).

Neste sentido, entende-se que para executar a ação coletiva é necessário dispor de um conjunto de repertórios, adquiridos através de experiências passadas e introduzidas ao contexto atual de forma planejada ou improvisada. Contudo, o uso do termo “ação coletiva” não significa dizer que toda movimentação se configura como confronto, sendo um equívoco associar a ação coletiva como sinônimo de movimento social, compreendendo o segundo como uma ação mediante a formação de redes de solidariedade dentro da ação. Em suma, não é possível considerar toda e qualquer ação popular em prol de uma problemática como um movimento social ou como uma ação coletiva conectada. Tilly destaca esta crítica em seu último texto autoral (publicado após sua morte, em 2008), no qual afirma ser um exagero associar a ação coletiva local a movimentos sociais que não mantém redes ou laços entre si.

Os analistas muitas vezes confundem a ação coletiva de um movimento com as organizações e redes que apoiam a ação, ou até mesmo consideram as organizações e redes como aquilo que constitui o movimento, identificando, por exemplo, o movimento ambientalista com as pessoas, as redes interpessoais e as organizações defensoras da proteção ao meio ambiente ao invés das campanhas nas quais estão engajadas. (TILLY, 2010, p. 141).

Utilizando o movimento ambientalista para exemplificar seu argumento, Tilly afirma que mesmo havendo consonância de pautas e reivindicações, a ação coletiva de um grupo isoladamente não se configura como movimento social, tampouco pode ser interpretado como parte de um movimento maior, sem que haja uma conexão entre elas. Os resultados apresentados nesta Dissertação confirmam esta hipótese, pois, mesmo havendo uma ação coletiva que reivindique a prevenção ao suicídio como uma política pública para o município de Santa Cruz do Sul, esta ação coletiva não mantém vínculo com outros movimentos sociais ou grupos de interesse envolvidos com esta problemática. A relação entre ação coletiva e movimento social se faz a partir das redes, as quais se formam através da interação entre sujeitos, ativistas, aliados, alvos, autoridades, inimigos e o público, os quais, segundo o autor, constituem a “textura cambiante dos movimentos sociais” (TILLY, 2010, p. 141).

Nas experiências apresentadas durante esta dissertação, nota-se que a ação coletiva em prol da construção de uma agenda pública para prevenção ao suicídio não se articulou a partir de redes, tampouco formou coletivos com potencial para criar estas redes, sobretudo na escala nacional. As ações de maior relevância no âmbito federal não tiveram força ou interesse político para se estabelecerem como políticas de Estado e os sujeitos envolvidos neste processo não mantiveram relações com as experiências de ação coletiva desenvolvidas nos estados e municípios. Apesar de haver semelhanças entre práticas profissionais e até mesmo relação conjuntural entre determinadas políticas de prevenção ao suicídio (Distrito Federal em 2012 e Rio Grande do Sul em 2016), não se percebe uma ligação determinante entre elas. Inclusive os Repertórios de Ação utilizados nestas experiências são distintos, sendo a política de prevenção ao suicídio do DF oriunda de um movimento formativo dos trabalhadores de saúde mental, na lógica de incluir a multidisciplinaridade nas relações de cuidado aos pacientes com ideação suicida. Em outro sentido, os Repertórios de Ação Coletiva, utilizados na construção da política gaúcha de prevenção ao suicídio surgem de um processo identitário regional, aonde a problemática do suicídio passa a ser compreendida como um problema de saúde pública do território, criando uma aliança entre os movimentos sociais e o governo, para então construir uma política pública. No entanto, mesmo sem haver a construção de redes entre os movimentos e ações coletivas, nota-se uma ligação histórica destas ações coletivas com as ações da Organização Mundial da Saúde no Brasil e no aprendizado de repertórios inovadores, oriundos do movimento de prevenção ao suicídio global.

Entretanto, nota-se que quanto mais singular o objeto, menos relevante se torna a relação entre os movimentos sociais e a ação coletiva de menor escala. A criação do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul indica isso, pois, sua criação antecede a elaboração do Comitê Estadual ou de outras iniciativas de organização política em prol da prevenção ao suicídio no Brasil. Apesar das conexões entre o Comitê Municipal e o Comitê Estadual serem tênues, não há registro, tampouco relatos de uma comunicação prévia entre os sujeitos que se utilizam deste Repertório de Ação. Diante disso, foi necessário extrapolar as informações obtidas com os membros do Comitê e expandir a pesquisa para o processo histórico de lutas na área de saúde mental, visando identificar os Repertórios de Ação, utilizados em outros confrontos políticos.

O movimento de Luta Antimanicomial e pela Reforma Psiquiátrica, atuantes no Brasil desde a década de 1970 e 1980 respectivamente, trouxeram os elementos necessários para conectar os repertórios utilizados em Santa Cruz do Sul com sua origem histórica. A ação política destes movimentos e sua influência na criação da Política de Saúde Mental no Estado do Rio Grande do Sul e na formação de um corpo de militantes, evidenciou a relação entre os Repertórios de Ação utilizados pelos sujeitos envolvidos com a construção do CMPS.

O elo que liga a ação coletiva no âmbito municipal com os repertórios dos movimentos sociais nacionais são os Fóruns de Saúde Mental, atuantes no território, a exemplo do Fórum Gaúcho de Saúde Mental e o Fórum Regional de Saúde Mental do Vale do Rio Pardo. Através da ação política destes movimentos sociais, percebe-se um processo de formação de quadros políticos que agem pela ampliação e defesa da política de saúde mental, além de se configurar como um movimento social combativo, tanto no âmbito governamental quanto na sociedade civil. Parte dos membros do próprio Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul militam no FRSM/VRP e trazem para dentro do CMPS a influência das lutas travadas pelo movimento social, em defesa das políticas de saúde mental.

Os Repertórios de Ação replicados pelos Fóruns serviram/servem como recurso dos sujeitos para acessar as agendas de governo. Mesmo que a ação coletiva dos Fóruns, em especial o FRSM do Vale do Rio Pardo, não tenha protagonizado as reivindicações para construção de uma política de prevenção ao suicídio; sua relação com a formação política de parte dos membros do Comitê Municipal e sua histórica presença em confrontos políticos no território, demonstram sua relevância para identificação dos Repertórios de Ação coletiva dos sujeitos envolvidos nesta construção.

A relação entre os Repertórios de Ação do Fórum Regional e dos movimentos sociais que lhe deram origem, com a ação coletiva dos sujeitos que constroem a política de prevenção ao suicídio em Santa Cruz do Sul, sustentam a afirmativa de que “os movimentos sociais têm, inquestionavelmente, uma história específica e interrelacionada” (TILLY, 2010, p. 145). Diante disso, entende-se que para analisar uma ação coletiva em menor escala (regionais, municipais, de bairro etc.), se faz necessário reconhecer as conexões entre esta ação coletiva e o processo histórico das lutas sociais do território. É a partir deste olhar que será possível identificar os repertórios da ação coletiva e as relações que formam a “textura cambiante dos movimentos sociais” (TILLY, 2010, p. 141). Aliás, compreende-se que é através da ação coletiva do movimento social — considerando o caso singular tratado nesta Dissertação — que os sujeitos encontram apoio para suas reivindicações. Com isso, entram em contato com Repertórios de Ação eficazes ou ineficazes, apreendidos em outros conflitos políticos similares.

Com base nestes conceitos, pode-se verificar que os repertórios utilizados para a construção de uma política de prevenção ao suicídio em Santa Cruz do Sul carregam, em sua história, as experiências de confrontos ligados à Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial. Não por acaso, a pauta de prevenção ao suicídio está ligada à área da saúde mental e este fato determina quais os Repertórios de Ação são aceitos neste processo. Ao perceber este movimento, é possível identificar as formas de luta mais ou menos eficazes, e com isso planejar a ação coletiva com maior eficácia. Além disso, a identificação desta ligação histórica entre os movimentos sociais ligados à saúde mental brasileira e o CMPS e seus membros, permite que se identifique, com maior ou menor precisão, as ameaças e oportunidades políticas.

O segundo elemento referente ao processo de construção da política de prevenção ao suicídio refere-se às Estruturas de Oportunidades Políticas, presentes no território e em determinados períodos. As oportunidades políticas se apresentam segundo determinações conjunturais e podem (ou não) serem percebidas pelos sujeitos ou coletivos envolvidos no confronto político. Ao analisar a história de construção do Comitê Municipal e coletar informações que antecedem este processo, evidenciaram-se períodos de maior abertura para a reivindicação da política pública e momentos de retração da pauta nas agendas de governo. Com base na pesquisa documental e nos depoimentos dos sujeitos envolvidos com a política de saúde mental do município (alguns com mais de 20 anos de atuação) foi possível colher detalhes da conjuntura política, e respectivas oportunidades/ameaças, em diferentes períodos.

Segundo Alonso (2009), as estruturas de oportunidades políticas possuem dimensões formais e informais, e podem abrir ou criar espaços para expressão de reivindicações dos grupos

de interesse. Estas estruturas podem ser vistas tanto na relação do Estado com a sociedade (menor ou maior repressão), nos espaços de participação política (fóruns, conselhos etc.) e pela presença de aliados políticos (ALONSO, 2009, p. 54-55). Ao identificar quais as oportunidades políticas presentes no contexto do confronto, é possível identificar quais tendem a favorecer ou prejudicar o uso dos Repertórios de Ação coletiva. Em situações favoráveis, onde haja menor repressão do Estado ou que haja maior apoio dos aliados (mídia, atores políticos, movimentos sociais etc.), as reivindicações ganham força na disputa política. Em sentido oposto, as oportunidades desfavoráveis tendem a prejudicar e até criminalizar os Repertórios de Ação dos grupos desfavorecidos (TARROW, 2005; ALONSO, 2009).

No período analisado nesta Dissertação, entre 2005 e 2020, nota-se que as oportunidades políticas para reivindicar a criação de uma política pública coincidem com os processos de disputa eleitoral no território. De certa maneira, a relação entre as disputas governamentais e as estruturas de oportunidade política ligadas à pauta de prevenção ao suicídio se apresentam no âmbito local, regional, estadual e nacional. Em cada conquista ou construção significativa nos 15 anos analisados, percebe-se a intrínseca ligação entre as disputas eleitorais e a abertura das agendas de governo para esta problemática.

No mesmo sentido, nota-se que os Repertórios de Ação dos sujeitos envolvidos com a construção da pauta de prevenção ao suicídio no município se adaptam às diferentes conjunturas políticas. Em períodos de maior abertura das agendas de governo, como no caso dos anos eleitorais, percebe-se movimentos mais enfáticos e propositivos; enquanto nos outros períodos, os repertórios se voltam para a solidificação e aperfeiçoamento das ações e conquistas. Sobretudo na experiência de Santa Cruz do Sul, a criação de uma política de prevenção ao suicídio é trazida, de tempos em tempos, ao Poder Público como uma “proposta”, ficando a cargo dos governantes de cada período decidir sobre sua implementação.

Porém, por se tratar de uma temática polêmica e que até hoje causa estranhamento em certos setores da sociedade, a prevenção ao suicídio inspira, ao mesmo tempo, interesse e desinteresse político, especialmente em Santa Cruz do Sul, onde a problemática do suicídio se configura como uma questão histórica do território. Para amparar esta argumentação, apresenta-se no quadro a seguir uma sistematização das principais oportunidades políticas identificadas em três períodos históricos, utilizados como referência na sistematização das categorias de análise desta Dissertação.

**Quadro 2. Oportunidades Políticas identificadas para construção de políticas de prevenção ao suicídio no município de Santa Cruz do Sul, segundo partidos políticos eleitos para o Poder Executivo nos governos federal (Brasil), estadual (Rio Grande do Sul) e municipal, entre 2005 e 2020.**

Período Histórico	Partidos Políticos que compõe o Poder Executivo			Oportunidades Políticas
	Municipal	Estadual	Federal	
De 2005 a 2008	<b>PSDB e PP</b>	<b>PMDB — PSDB</b>	<b>PT</b>	<p>Período de abertura política para a temática da prevenção ao suicídio na Região do Vale do Rio Pardo, impulsionadas especialmente pela campanha de divulgação das Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio e pela publicação dos manuais da SUPRE/OMS.</p> <p><b>Principais eventos do período:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Criação e implementação das Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio;</li> <li>• Realização do Primeiro Seminário Nacional sobre Prevenção ao Suicídio na cidade de Porto Alegre/RS;</li> <li>• Implementação do Programa de Prevenção à Violência (PPV) do Rio Grande do Sul;</li> <li>• Participação de profissionais de Saúde Mental de Santa Cruz do Sul em capacitações sobre prevenção ao suicídio.</li> </ul>
De 2009 a 2012	<b>PTB</b>	<b>PSDB — PT</b>	<b>PT</b>	<p>Período dedicado a sistematização de dados, com pouca abertura política no âmbito municipal, acompanhado pela queda das taxas de mortalidade por suicídio no município e região.</p> <p><b>Principais eventos do período:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementação do Programa de Promoção à Vida e Prevenção ao Suicídio (PPS) de Candelária/RS;</li> <li>• I Conferência Municipal de Saúde Mental de Santa Cruz do Sul;</li> <li>• Criação da Coordenadoria de Saúde Mental de Santa Cruz do Sul;</li> <li>• Apresentação da primeira proposta para criação de uma política de prevenção ao suicídio no território;</li> <li>• Realização da pesquisa “Prevenção do suicídio no nível local” em municípios da Região do Vale do Rio Pardo.</li> <li>• Implementação do Programa de Prevenção à Violência (PPV) em Santa Cruz do Sul;</li> <li>• Implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em âmbito nacional.</li> </ul>
De 2013 a 2020	<b>PP</b>	<b>PT — PMDB — PSDB</b>	<b>PT — PMDB* — PSL</b>	<p>Período de ampliação do debate na mídia, na academia e política institucional, seguido por uma tendência de aumento do número de óbitos e tentativas de suicídio no território.</p> <p><b>Principais eventos do período:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Criação do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul;</li> <li>• Criação do Comitê Estadual de Valorização da Vida e Prevenção ao Suicídio do RS;</li> <li>• Campanha “Setembro Amarelo”, em âmbito nacional;</li> <li>• Maior produção científica sobre a temática da prevenção ao suicídio no Brasil;</li> <li>• Lançamento da campanha mundial de prevenção ao suicídio da OMS;</li> <li>• Implementação da Política Estadual de Prevenção ao Suicídio do RS;</li> <li>• Criação da Política Nacional de Prevenção a Automutilação e Suicídio (PNPAS, 2019);</li> <li>• Realização do I Seminário Regional de Prevenção ao Suicídio do Vale do Rio Pardo;</li> <li>• Campanhas de prevenção do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul;</li> <li>• Aprimoramento dos sistemas de informação sobre tentativas de suicídio – SINAN.</li> </ul>

Legenda: (e) vice-prefeita; (—) transferência de mandato; (\*) Golpe Parlamentar de 2016.

Para compreender a periodização apresentada no Quadro 2, é necessário considerar a relevância das gestões municipais e dos partidos políticos que a compõe no processo de abertura de agenda política e, conseqüentemente, nas oportunidades e ameaças políticas que se colocam em cada contexto. Em relação à criação de uma política de prevenção ao suicídio em Santa Cruz do Sul, considera-se que os governos municipais são atores importantes e que a escolha dos Repertórios de Ação dos sujeitos é influenciada pelas configurações políticas de cada período. Assim, optou-se por periodizar a análise desta Dissertação a partir dos mandatos eletivos dos governos municipais e relacioná-los aos governos estadual e federal.

Neste sentido, o quadro traz uma sistematização resumida sobre os principais eventos relacionados à construção de uma política de prevenção ao suicídio no território, extraídas do levantamento de dados, revisão da literatura e relatos dos sujeitos entrevistados. Ressalta-se, contudo, que os eventos destacados não representam a totalidade das iniciativas e ações relacionados ao tema nos respectivos períodos, mas sintetiza a trajetória de construção da pauta sobre prevenção ao suicídio, segundo experiências e acontecimentos evidenciados durante a realização da pesquisa. Além disso, destaca-se que a relação estabelecida entre as oportunidades políticas identificadas e os partidos políticos eleitos para governança do Poder Executivo federal, estadual e municipal, visam facilitar a compreensão sobre os diferentes arranjos político-institucionais presentes em cada evento relacionado à amplificação da pauta política sobre prevenção ao suicídio ou implementação de políticas públicas relevantes à temática do suicídio no Brasil.

Assim, alguns aspectos devem ser destacados. Primeiramente, a prevalência de partidos políticos ligados a setores da direita e centro-direita na condução dos governos municipais e estaduais durante todo o período analisado. Especialmente nos governos estaduais, percebe-se a prevalência do PMDB e PSDB como principais siglas dos períodos, com exceção do mandato de Tarso Genro (PT), entre 2011 e 2014. Da mesma forma, no âmbito da gestão municipal, os setores mais à direita política são predominantes, especialmente o Partido Progressista (PP), ao qual estão vinculados a ex-vice-prefeita Helena Hermany (que assumiu como prefeita em 2008, em virtude da renúncia do então prefeito, José Alberto Wenzel) e o ex-prefeito Telmo Kirst, cujos dois mandatos compreenderam o período entre 2012 a 2020. A exceção esteve no mandato da ex-prefeita Kelly Moraes (PTB), entre 2009 e 2012, que contou com o vice-prefeito Luiz Augusto Costa Campis (PT), mantendo um governo mais à esquerda.

Em contrapartida, nota-se a prevalência do Partido dos Trabalhadores (PT) na condução do Estado brasileiro desde o primeiro Governo Lula da Silva, até o Golpe Parlamentar de 2016,

que interrompeu o segundo mandato da ex-presidente Dilma Rousseff. Neste período, as ações de âmbito nacional tiveram maior relevância e força durante o primeiro e segundo período, contemplando os mandatos do presidente Lula da Silva e o primeiro mandato de Dilma. Já no âmbito municipal, o evento mais significativo no período de governança do PTB foi a realização da I Conferência Municipal de Saúde Mental, a qual deu origem à criação da Coordenação de Saúde Mental do município e firmou as bases para construção da Comissão Municipal de Prevenção ao Suicídio — o que em 2015 se tornaria no Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul.

Contudo, o último período analisado (de 2013 a 2020) se destaca em todos os âmbitos de gestão, por representar os avanços mais significativos na trajetória de construção de uma política pública de prevenção ao suicídio, nas diferentes instâncias de poder e gestão. No nível federal, é criada a PNPAS e, com ela, qualificam-se os sistemas de informações sobre mortalidade e casos de violência no país, incluindo a violência autoprovocada. É a partir de 2015 que o SINAN passa a contemplar as ideações e tentativas de suicídio, ampliando o acesso aos dados epidemiológicos sobre o fenômeno. Além disso, a OMS lança, em 2013, a campanha mundial de prevenção ao suicídio, o que repercute no Brasil e incentiva a criação de políticas regionais e locais e classifica a problemática como um problema de saúde pública. Ademais, houve outros avanços em escala nacional, originários da sociedade civil, academia e organizações profissionais, a exemplo da campanha Setembro Amarelo® da ABP. A produção científica sobre a temática neste período aumentou e ganhou abordagens diversificadas sobre o fenômeno, relacionando-o, cada vez mais, com as ciências sociais e humanas, saúde coletiva e até mesmo geográficas. Especialmente nos últimos cinco anos, percebe-se que a temática da prevenção ao suicídio ganhou destaque em diferentes espaços de debate, acessando meios de comunicação em massa e expandindo sua influência sobre o debate público.

No âmbito estadual, o último período foi especialmente importante. A partir de 2015, quando o governo vincula a campanha “Setembro Amarelo” ao calendário da Secretaria Estadual de Saúde, a temática ganha força e abertura política nas regiões e municípios. Além disso, a criação do Comitê Estadual e a realização de Seminários Regionais sobre prevenção ao suicídio, trouxeram um ambiente propício para a elaboração de estratégias que dialogavam com as características territoriais e regionais. Destaca-se, ainda, as capacitações ofertadas para profissionais da saúde, visando qualificar o registro e as intervenções em casos de suicídio e tentativas de suicídio. Estes movimentos dos governos estaduais ocorrem, sobretudo, a partir da iniciativa de sujeitos e atores políticos ligados à prevenção ao suicídio e à ampliação do



debate na mídia e na sociedade. Apesar de as gestões estaduais serem predominantemente do espectro de direita e evitarem a abertura política do tema, a pressão de trabalhadores e militantes da saúde mental neste período, além da influência internacional e o aumento das taxas de suicídio no estado, fazem com que os partidos políticos incluam a prevenção ao suicídio em suas plataformas de governo.

No mesmo sentido, este fenômeno ocorre no âmbito da política municipal, gerida pelo Partido Progressista, desde 2013. Segundo o conteúdo das Entrevistas, percebe-se que os governos do PP não permitiram avanços significativos na construção de uma política municipal de prevenção ao suicídio, apesar de haver avanços no último período. A criação do Comitê Municipal, a inclusão da campanha “Setembro Amarelo” na agenda da Secretaria Municipal de Saúde e a realização de eventos, seminários e capacitações, não representam iniciativas governamentais. De fato, a consolidação do suicídio como um problema público e a adesão do governo estadual à criação de políticas de prevenção, aliada à ação política de trabalhadores e movimentos sociais, foram os elementos que criaram as oportunidades políticas para inclusão da pauta nas agendas de governo, apesar do distanciamento dos partidos políticos de direita e centro-direita deste debate.

Sobre isso, destaca-se que os avanços mais significativos no âmbito governamental — Divulgação das Diretrizes Nacionais; Criação do Comitê Estadual e Municipal; Implementação do PPV, PPS, RAPS e outras políticas públicas — ocorreram em períodos de campanha eleitoral ou no primeiro ano de mandato dos governos. Este fenômeno, que poderia ser considerado uma coincidência, traduz uma prática bastante comum no cenário político nacional. Trata-se da abertura das agendas de governo em momentos de disputa, aonde as alianças e a necessidade de aglutinar o máximo de eleitores, faz com que os partidos políticos aceitem, com maior facilidade, a inclusão de pautas em seus planos de governo.

Em Santa Cruz do Sul isto ocorreu categoricamente nos três períodos analisados. Em 2006, durante o primeiro ano do mandato do ex-prefeito José Alberto Wenzel, qualificaram-se os instrumentos e sistemas de registros dos suicídios no município, bem como a identificação deste como um problema público do município. Em 2012, durante o último ano de mandato da ex-prefeita Kelly Moraes e candidata à reeleição, a temática ganha novamente destaque, sendo pautada inclusive a implementação de uma política municipal de prevenção ao suicídio. Contudo, com a mudança de governo no ano seguinte, esta proposta não foi levada adiante. Já nos governos do ex-prefeito Telmo Kirst, esta pauta não encontrou abertura política, com exceção do período eleitoral, quando o mandatário disputava a reeleição. Em 2015 muitos

avanços ocorrem, como a criação do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio, construção de uma política pública e a realização do Seminário Municipal de Prevenção à Violência, onde a problemática do suicídio foi destaque no evento. Além disso, neste ano o governo aderiu à campanha “Setembro Amarelo” e promoveu uma série de ações alusivas à data, referenciadas nos capítulos anteriores. Igualmente, o Comitê Estadual de Prevenção ao Suicídio do Rio Grande do Sul é criado durante o primeiro ano de mandato do ex-governador José Ivo Sartori (MDB). Longe de ser uma coincidência, este mesmo efeito acontece na divulgação das Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio, no ano em que o presidente Lula da Silva disputava a reeleição; na implementação do PPV e do PPS de Candelária, ambos primeiros anos de mandato dos respectivos governos; e na implementação da RAPS em 2012, durante o início do segundo mandato da ex-presidente Dilma Rousseff.

Diante destes fatos, que carecem de um olhar mais cuidadoso para não recair em análises reducionistas, percebe-se que a abertura das agendas de governo dos partidos em períodos eleitorais demonstram ser uma janela de oportunidade relevante na trajetória de construção de políticas de prevenção ao suicídio no Brasil. Nas diferentes instâncias de governo e em todos os períodos analisados, esta relação se mostrou significativa. Esta análise empírica dos processos políticos que envolvem a construção de uma política pública é trazida pelos sujeitos entrevistados para esta Dissertação.

Eu acho que uma das coisas que falta é interesse político. Mas quando eu falo de interesse político [estou falando] é do interesse ‘realmente’ de construir uma política pública. Não de político partidário. E que infelizmente a gente sabe que isso acontece em todas as instâncias desse país. As pessoas fazem muitas coisas baseadas em interesses próprios e não em interesses coletivos. (Entrevista 11, 04 de junho de 2020).

O comentário da Entrevistada 11 sobre o interesse político encontra ressonância em outras falas extraídas com a pesquisa, que simbolizam a percepção dos sujeitos sobre a influência dos (des)interesses políticos partidários na criação de uma política de prevenção ao suicídio no município. Ademais, a entrevistada enfatiza o fato de que o interesse político não deve estar alicerçado apenas no âmbito partidário, mas de governo e da própria organização política da sociedade, através dos movimentos sociais e/ou do controle social sobre as políticas públicas. Em outro momento da entrevista, comenta que:

As pessoas deveriam entender qual o papel de uma comissão ligada ao conselho [municipal de saúde], porque desde que eu entrei [na prefeitura] eu venho percebendo um retrocesso na questão do controle social. (Entrevista 11, 04 de junho de 2020).

Segundo Marques (2013), que analisa a dinâmica dos “ciclos das políticas públicas”, enfatiza que o momento de formação da agenda e implementação das políticas é um processo muito mais político do que técnico. Como já mencionado anteriormente, as políticas públicas nascem primeiramente no campo das ideias e dos interesses dos grupos sociais e políticos, antes mesmo da identificação de um problema público (MARQUES, 2013, p. 44). Neste sentido, compreende-se que as janelas de oportunidade para formação das agendas de governo dialogam primeiramente com os interesses singulares dos grupos de interesse, como a eleição ou reeleição de um candidato, divulgação das ações governamentais ou aproximação de uma parcela do eleitorado. Em síntese, pode-se afirmar que os períodos eleitorais são momentos notadamente relevantes para a inclusão da prevenção ao suicídio nas agendas de políticas públicas e/ou programas de governo dos partidos, sobretudo no âmbito municipal.

Cabe ainda ressaltar as oportunidades políticas criadas com as alianças entre as instituições de ensino e os movimentos sociais, em prol da prevenção ao suicídio no país. A área acadêmica — representada pela produção científica de qualidade e a divulgação de pesquisas sobre o fenômeno do suicídio em seminários, congressos, simpósios, colóquios etc. — demonstra vivenciar um processo de qualificação do debate, sobretudo na última década. As pesquisas disponíveis hoje, sobre a temática, demonstram que o suicídio se tornou objeto de estudo de diferentes áreas do conhecimento e que a partir destes estudos, encontram-se soluções inovadoras para sua compreensão e diminuição. No mesmo sentido, os coletivos e movimentos sociais vem abrindo espaços de diálogo sobre a problemática e incluindo em suas agendas de mobilização as campanhas de prevenção ao suicídio e modelos alternativos de políticas públicas. O exemplo dos Fóruns de Saúde Mental, apresentados nesta dissertação, simbolizam este movimento, que pode ser percebido em diferentes movimentos sociais presentes no país.

Porém, é necessário destacar também as ameaças políticas que marcam este processo, especialmente no âmbito institucional dos governos do último período e sobretudo na esfera do Governo Federal. O Golpe de 2016, que marca a ruptura do sistema democrático brasileiro e a submissão do Parlamento ao projeto neoliberal ortodoxo e a diminuição do poder político do campo neodesenvolvimentista do país (BOITO JR., 2016), traz consigo uma crise institucional profunda, a qual se reflete nos arranjos políticos locais. Com a interrupção do mandato de Dilma Rousseff em 2016; a prisão midiática de Lula da Silva em 2018; as campanhas difamatórias e seletivas dos meios de comunicação de massa contra o Partido dos Trabalhadores; e a ascensão política de figuras ligadas à extrema-direita, simbolizadas na eleição de Jair Bolsonaro (PSL) ao cargo de presidente da República, impõe ao Brasil uma crise sem precedentes. A polarização

política e as narrativas contraditórias deste período embriagaram o processo político e seus confrontos em distorções da realidade que se expressam até hoje nos programas e projetos políticos. O discurso populista de extrema-direita e o forte apelo fascista repercutiu/repercutiu fortemente nos arranjos políticos da América Latina. A ideologia neoliberal, aliada ao discurso nacionalista, anticiência, antiminorias étnicas e “anticomunista”, foi capaz de estremecer as bases da democracia brasileira e promulgou um período de instabilidade jurídica e política no país (BOITO JR., 2016; SOUZA, 2017).

Em Santa Cruz do Sul, a polarização política que marca este último período teve reflexo negativo para a eleição dos partidos políticos mais à esquerda (PT, PCdoB); considerando, ainda, a tradição do território em eleger partidos de direita e centro-direita para o Poder Executivo. Segundo relatos das Entrevistadas, percebe-se que o momento atual é identificado como um período de ameaça às conquistas do Sistema Único de Saúde e Política Nacional de Saúde Mental. Além disso, o avanço de forças políticas conservadoras vem dificultando o acesso aos espaços de controle social e participação popular no governo, ocasionado pela extinção de comissões, conselhos, fóruns e conferências diversas e em todas as instâncias do Poder Público. Sobre isso, recorda-se o comentário da Entrevistada 15 sobre os retrocessos políticos do período atual, no qual enfatiza que:

É um momento crítico o que a gente está vivendo [...] no final do Governo Dilma, pra cá, foi só atraso. Um atrás do outro. **A gente só está vivendo retrocesso.**” (Entrevista 15, 09 de junho de 2020, grifo do autor).

Esta compreensão é externada pela maioria das Entrevistadas e encontra respaldo na literatura e na própria análise crítica da realidade. Em suma, o Brasil vive um período de retração das pautas e políticas de esquerda e um avanço da lógica neoliberal, implicando um desmonte do poder do Estado e um distanciamento da participação popular na condução das políticas públicas (BOITO JR., 2016; SOUZA, 2017).

Soma-se a isto a discussão contemporânea sobre o neoliberalismo e suas múltiplas expressões no mundo do trabalho, com ramificações nas relações sociais e subjetividades humanas. Dardot e Laval (2016), no livro “A nova razão do mundo: ensaios sobre a sociedade neoliberal”, evidenciam este fenômeno ao demonstrar como o neoliberalismo é dotado de uma racionalidade que é transmitida aos indivíduos com o intuito de facilitar sua dominação por meio das classes dominantes. Este processo de dominação se evidencia nas mudanças estruturais das relações humanas, permeadas pela ideia de competição e da “autogestão” do tempo dos indivíduos. Os autores destacam que: “a grande inovação da tecnologia neoliberal é

vincular diretamente a maneira como um homem ‘é governado’ à maneira como ele próprio ‘se governa’” (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 360). Esta nova razão tende a transformar as relações sociais e os próprios indivíduos em mercadorias, o que traz, como subproduto, o aumento do sofrimento psíquico e o adoecimento mental coletivo.

Esta nova razão trazida pelo neoliberalismo vem influenciando tanto as relações de trabalho quanto as relações políticas, percebidas na diminuição da participação popular em instâncias de controle social e, sobretudo, na dominação da lógica neoliberal dentro do debate público. Em relação à prevenção ao suicídio, esta nova razão, destrinchada por Dardot e Laval (2016), suprime o debate sobre as determinações sociais e conjunturais do suicídio e reforça uma visão individualista do problema, aonde o indivíduo é, exclusivamente, responsável por sua condição e escolhas. A imprudência com a qual a lógica neoliberal lida com o sofrimento humano representa um risco a saúde coletiva, pois, impulsiona o aumento das doenças e distúrbios ligados à saúde mental, ao mesmo tempo que promove a diminuição das estruturas de cuidado e de proteção, conquistadas pelas classes populares e trabalhadoras.

Outra ameaça política identificada nos períodos analisados, e especialmente relevante na conjuntura atual, é a disseminação de notícias falsas e mitos sobre o suicídio. Como apresentado no primeiro capítulo desta Dissertação, as variadas interpretações sobre o fenômeno do suicídio insinuam explicações negacionistas sobre o ato, as quais, com frequência, relacionam as motivações da vítima com expressões místicas e sobrenaturais. Porém, uma das narrativas mais prejudiciais (considerando uma perspectiva totalizante) é a interpretação de que o suicídio está ligado, exclusivamente, aos distúrbios mentais orgânicos, e se configura como um problema individual, tratável e evitável. De fato, estudos indicam que a maioria dos indivíduos que cometem suicídio no mundo sofrem de uma ou mais doenças mentais, a maioria ligada à depressão, ansiedade e dependência química.

Contudo, está narrativa, bastante difundida pelas ciências da saúde, inclusive proferida pela OMS, exime, ou no mínimo disfarça, as determinações sociais, econômicas, culturais e territoriais do suicídio. Ademais, mesmo sendo confirmado os diagnósticos psiquiátricos das vítimas, este fato não exclui o elemento conjuntural do quadro, pois se entende que são as configurações do meio e suas determinações que incidem sobre a saúde mental dos indivíduos. Nesta Dissertação, compreende-se que o suicídio não pode e não deve ser considerado apenas como um problema de saúde individual, tampouco que sua solução seja alicerçada em tratamentos psiquiátricos e/ou medicamentosos. A prevenção ao suicídio deve contemplar

ações diversas, que envolvam o poder público e a sociedade civil, mas que especialmente estejam alinhadas à valorização da vida humana, em suas múltiplas expressões.

Entretanto, quando o discurso hegemônico sobre as causas do suicídio recai sobre os indivíduos e seus possíveis distúrbios psicológicos, a ideia de uma solução coletiva e interdisciplinar perde força. Esta determinação, que pode e deve ser contestada, transfere para os serviços de saúde e seus representantes mais especializados no tema (psiquiatras e psicólogos) a tarefa de diminuir as taxas de suicídio nos territórios. Contudo, há pelo menos 20 anos esta lógica condiciona as políticas de prevenção ao suicídio no mundo, sem apresentar, de fato, um resultado contundente, tampouco demonstra uma tendência de queda nas taxas de mortalidade por suicídio. Pelo contrário, as mortes autoprovocadas aumentam gradativamente no mundo e uma parcela muito pequena de países possui estratégias ou programas de prevenção ao suicídio que considerem as expressões conjunturais de seus territórios. No Brasil, as medidas tomadas até hoje para diminuição das taxas de suicídio estão alicerçadas na Política Pública de Saúde e estão condicionadas a estratégias de prevenção pouco resolutivas ou insuficientes, frente a dimensão do problema que é o suicídio em determinadas regiões do país.

Diante disso, percebe-se o tamanho do desafio colocado à elaboração de políticas de prevenção ao suicídio, que devem ao mesmo tempo, promover um diálogo coerente com a sociedade e com o Poder Público sobre as formas de prevenção e proteção. Bem como disputar internamente as interpretações sobre as causas do suicídio e suas inúmeras formas de prevenção. Além disso, esta tarefa deve, ao mesmo tempo, fortalecer as estruturas de saúde pública capazes de atender pacientes com ideação suicida e seus familiares.

Diante desta contradição prática, entende-se que a soma das oportunidades e ameaças políticas, aliadas à conjuntura e às alianças criadas durante o confronto político, são determinantes para definição dos Repertórios de Ação Coletiva, utilizados neste processo. Ao analisar um período de 15 anos, marcado por avanços e retrocessos, oportunidades e ameaças, percebe-se que os Repertórios de Ação utilizados para a construção de uma política de prevenção ao suicídio são numerosos. Considerando apenas o território de Santa Cruz do Sul, aonde dedicou-se maior atenção, percebe-se o uso dos seguintes Repertórios de Ação: a) O levantamento e divulgação de dados sobre o suicídio como forma de conscientizar o poder público e a comunidade local sobre a necessidade de promover a prevenção ao suicídio; b) A qualificação de profissionais da saúde, da educação e da assistência técnica-rural para identificar fatores de risco ao suicídio e assim mover recursos para sua prevenção; c) A disputa de consciência sobre a problemática, desmistificando preconceitos e interpretações equivocadas

sobre o fenômeno do suicídio no território; d) A aproximação das instituições de ensino superior com este debate, incentivando a realização de pesquisas que auxiliem na compreensão dos determinantes do suicídio no município e região; e) O fortalecimento dos serviços públicos ligados à saúde mental, ampliando o acesso e qualificando os atendimentos aos sujeitos e familiares que vivenciaram/vivenciam a problemática do suicídio; f) A projeção do tema na mídia local, utilizando-se de diferentes estratégias para divulgação de campanhas e conteúdos informativos; g) A construção coletiva de espaços de discussão sobre o tema; h) A contestação de compreensões pragmáticas ou hegemônicas sobre o suicídio, possibilitando a criação de modelos alternativos de intervenção em casos de ideação suicida; i) A pressão constante ao Poder Público para implementação de uma política pública de prevenção ao suicídio; e j) A formação de Redes entre trabalhadores, pesquisadores e gestores públicos preocupados com a problemática no território. Estes são alguns dos Repertórios de Ação coletiva identificados em cada um dos períodos históricos analisados.

Entre estes e outros repertórios que poderiam ser elencados aqui, destaca-se dois deles, os quais apareceram frequentemente durante as Entrevistas semiestruturadas e que possuem sustentação teórica suficiente para serem classificados como os principais Repertórios de Ação, utilizados na construção de uma política de prevenção ao suicídio em Santa Cruz do Sul: a **Institucionalização do CMPS** e a **Campanha “Setembro Amarelo”**.

A institucionalização do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio é destacada em praticamente todas as Entrevistas realizadas com seus participantes e demonstra que este processo é, ao mesmo tempo, um repertório e um objetivo. A busca pela institucionalização do Comitê como um espaço formal, vinculado a estrutura do Poder Público e com respaldo jurídico legal para sua atuação, é vista por seus membros como a principal e mais relevante tarefa posta na atual conjuntura. Desde 2015, quando foi criado, o CMPS busca legitimar sua atuação junto aos Governos, visando com isso conquistar credibilidade e recursos necessários para suas intervenções. Em diferentes momentos e contextos, a pauta sobre sua institucionalização foi apresentada aos Coordenadores Regionais e Municipais de Saúde Mental, Secretários de Governo e ao Conselho Municipal de Saúde. Contudo, até o momento, esta solicitação não conquistou força política suficiente para instituir o CMPS como parte da burocracia do Estado ou como espaço oficial dos poderes Executivo e Legislativo para deliberação de ações que visem a diminuição das taxas de suicídio no território.

Em síntese, o Comitê Municipal é um espaço de discussão sobre a problemática do suicídio em Santa Cruz do Sul, composta por trabalhadores da saúde, educação, assistência

social, assistência técnica-rural e representantes da Universidade, Sindicatos, ONG's e Sociedade Civil. Este grupo mantém reuniões periódicas e mensais, com pautas diversas e registro em ata, coordenada pela representante do CAPS II no CMPS. Apesar de seguir o *modus operandi* de outros espaços de controle social, o Comitê não possui um regimento próprio, tampouco um decreto que defina suas atribuições, competências e estipule quais organizações possuem representação neste espaço. Além disso, não há qualquer jurisprudência para a atuação do Comitê como órgão de monitoramento dos casos de suicídio no município. O que existe, de fato, é um acordo verbal entre o gestor da Secretaria Municipal de Saúde, a Coordenação Municipal de Saúde Mental, o Conselho Municipal de Saúde e os membros do CMPS para manter a continuidade das reuniões deste grupo. Os sujeitos que fazem parte do Comitê não possuem qualquer tipo de vinculação ou compromisso legal com as deliberações do grupo, tampouco gozam de qualquer incentivo para sua participação. Cada membro (a maioria, servidores públicos e/ou trabalhadores da saúde), negociam em seus respectivos locais de trabalho a liberação para participar do Comitê, de forma informal. Além disso, as deliberações e encaminhamentos do Comitê Municipal não possuem respaldo legal, tendo apenas um caráter de orientação técnica sobre a temática, condiciona ao aceite e ao próprio interesse do gestor público sobre o uso ou divulgação destas orientações.

Diante disso, compreende-se o porquê de o repertório “institucionalidade” surgir nas narrativas dos membros do Comitê como um “objetivo”. A falta de institucionalidade deste espaço cria nos sujeitos uma insegurança quanto a intensidade de suas ações e até mesmo sobre a capacidade de representação de suas ideias sobre o fenômeno do suicídio e formas de prevenção. De fato, por não ser um espaço institucional, os membros do Comitê respondem pessoal e individualmente por suas ações, o que resulta no constrangimento frente as questões mais controversas ou polêmicas envolvendo a prevenção ao suicídio no território.

Além disso, a institucionalidade é uma forma de oficializar o trabalho dos sujeitos e dar credibilidade as intervenções do CMPS junto a outros espaços, serviços e profissionais. Isto faz com que a institucionalidade seja utilizada como um repertório de ação coletiva, capaz de fortalecer as ações dos sujeitos e conquistar, de forma efetiva e duradoura, espaço nas agendas de governo e assim poder fomentar a criação de uma política de prevenção ao suicídio. Ademais, a institucionalidade traz consigo a materialização das conquistas do Comitê Municipal e permite que seus membros atuem com maior autonomia e sem o risco de serem prejudicados devido a seus posicionamentos profissionais e políticos.



Viana e Silva (2012), ao discutirem sobre o desenvolvimento e a institucionalidade das políticas sociais no Brasil, destacam três tipos de institucionalidade — neoliberal, de transição e neodesenvolvimentista (VIANA; SILVA, 2012, p. 33) Para os autores, a institucionalidade neoliberal representa as políticas sociais implementadas durante os governos Collor, Itamar Franco e FHC, contemplando o período entre 1990 e 2002. Este tipo de institucionalidade formaliza as relações entre o Estado e o Mercado, regulamentando as transações econômicas e criando mecanismos legais para beneficiar a atuação dos mercados no território nacional e legitimar os acordos firmados entre os Governos e os empresários. Já a institucionalidade de transição se refere ao período de 2003 a 2006, durante o primeiro mandato do presidente Lula da Silva, aonde foram fortalecidas as estruturas de descentralização e controle social das políticas públicas, sem promover um “choque” frontal com as políticas neoliberais dos governos anteriores. Denomina-se transição, justamente por ser um período de passagem entre a institucionalidade neoliberal e a neodesenvolvimentista (2012, p. 37). Por sua vez, a institucionalidade neodesenvolvimentista, que contempla o segundo mandato de Lula e o primeiro de Dilma Rousseff (de 2007 a 2014), fortalecem ainda mais a descentralização da gestão pública, dando protagonismo à regionalização e ampliando o investimento do Estado em políticas sociais. Segundo os autores, a institucionalidade pode ser entendida como a formalização dos acordos firmados entre o Poder Público e os diferentes grupos de interesse presentes na sociedade, traduzindo não apenas uma plataforma de governo, mas a direção das políticas de Estado frente aos interesses do Mercado (VIANA; SILVA, 2012).

A experiência de busca pela institucionalização do Comitê Municipal perpassa por este debate, porém, em uma escala territorial menor (a municipal). Se em certa medida a institucionalização do CMPS como parte da estrutura do Estado é vista como algo positivo para seus membros; para o Mercado (leia-se complexo industrial do tabaco) esta medida poderia incidir na intensificação dos conflitos políticos presentes no território. A relação entre a produção de tabaco e sintomas depressivos, uso excessivo de agrotóxicos e a superexploração dos agricultores envolvidos na cadeia produtiva do fumo, já foram apresentados em diferentes pesquisas como sendo um determinante de risco para o suicídio (TRAPÉ; BOTEGA, 2006; DIANIN, 2015; MENEGHEL; MOURA, 2018).

Diante disso, a formalização de um espaço capaz de exercer pressão para a elaboração de políticas de prevenção ao suicídio e conseqüentemente afrontar os interesses econômicos do setor fumageiro, tende a causar o impasse que se configura em torno da institucionalização do Comitê Municipal. Além disso, a dificuldade dos governos locais em lidar com a temática do

suicídio e o distanciamento da sociedade sobre a discussão sobre sua prevenção, fazem com que o envio de recursos públicos para criação e atuação do CMPS seja vista como não prioritária. Assim, os membros do Comitê Municipal não conseguem solidificar a força política necessária para sua institucionalização, apesar de suas ações serem consideradas relevantes e necessárias para o conjunto da sociedade e maioria dos governantes e gestores públicos de Santa Cruz do Sul e da Região do Vale do Rio Pardo.

Percebe-se que este tipo de arranjo político e econômico que se coloca como uma ameaça política à institucionalização do CMPS no município não se evidencia na escala territorial do Estado do Rio Grande do Sul. O Comitê Estadual de Valorização da Vida e Prevenção ao Suicídio, por exemplo, possui objetivos semelhantes ao CMPS e foi criado posteriormente, porém, desde 2016 possui um decreto que oficializa sua atuação e legisla sobre suas competências e atribuições (Decreto nº 53.361, de 22 de dezembro de 2016). É evidente que as determinações que fazem com que o Comitê Estadual esteja institucionalizado e o Comitê Municipal não esteja, são maiores e mais complexas do que a mera influência de um setor econômico sobre o território. Não cabe aqui levantar hipóteses sobre estas determinações, apenas destacar que os processos políticos que envolvem a institucionalização de espaços de controle social permeiam interesses exógenos ao local e que por vezes são alheios aos sujeitos que participam do confronto político (SANTOS, 2006). A relevância em destacar esta questão, ao discutir o processo de criação de uma política de prevenção ao suicídio em Santa Cruz do Sul, decorre da necessidade de desvendar e interpretar os Repertórios de Ação Coletiva, envolvidos neste processo.

Com isso, destaca-se o principal e talvez mais importante repertório utilizado pelos sujeitos que compõe o CMPS: a campanha “Setembro Amarelo”. Esta campanha, trazida ao Brasil pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e Conselho Federal de Medicina (CFM), em parceria com o Centro de Valorização da Vida (CVV), é a maior e mais significativa expressão da prevenção ao suicídio no território, tanto na escala local, como regional, estadual e nacional. O “Setembro Amarelo”, que através da OMS possui uma dimensão global, visa estabelecer com a sociedade e os governos um diálogo aberto sobre as estratégias hegemônicas de prevenção ao suicídio e fornecer subsídios teóricos e práticos para intervenção nesta problemática. Baseada nesta campanha, são realizadas dezenas de milhares de iniciativas em prol da prevenção ao suicídio, em dezenas de países e nos mais diversos espaços públicos e privados. Atualmente, o “Setembro Amarelo” está incluído na agenda de ações de instituições ligadas a saúde mental ou ao atendimento de pessoas com distúrbios mentais, ou que vivenciam

situações de sofrimento no mundo todo. No Brasil, desde 2014, esta campanha é vista em jornais, rádios, programas e propagandas televisivas, cartazes, banners, mídias digitais e em infindáveis eventos, como Seminários, Simpósios etc. A disseminação da campanha cresce a cada ano e já está presente em todos os estados da federação. Além disso, o setor empresarial demonstra ter forte apreço aos objetivos da campanha, sendo corriqueiro ver empresas promovendo ações alusivas ao “Setembro Amarelo” ou ao “Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio”, celebrado anualmente no dia 10 de setembro (OMS, 2018).

Em Santa Cruz do Sul, a primeira campanha de ampla divulgação sobre a prevenção ao suicídio foi baseada no “Setembro Amarelo” e realizada em 2015. Na época, os sujeitos envolvidos com a construção do Comitê Municipal utilizaram desta campanha para promover sua institucionalização. Durante um seminário voltado à prevenção da violência no território, e que teve um espaço exclusivamente dedicado à temática da prevenção ao suicídio, foi anunciado a criação do CMPS de Santa Cruz do Sul — evento que contou com a participação de autoridades políticas, trabalhadores, pesquisadores de diferentes áreas disciplinares e comunidade local. Após este evento, o Comitê Municipal passou a articular o seu trabalho no território, incluindo novos atores e promovendo uma série de ações, que estão relatadas nos capítulos anteriores desta Dissertação.

Desde então, a campanha “Setembro Amarelo” vem sendo utilizada pelos membros do Comitê como um repertório para conscientizar a sociedade e o Poder Público sobre a necessidade de criação de uma política de prevenção ao suicídio no município. É durante o mês de setembro que se concentram a maioria das atividades de conscientização do CMPS, bem como das instituições parceiras e de seus membros. Devido à abertura para discussão do tema no referido mês e a quantidade de eventos alusivos ao “Setembro Amarelo” realizados no município, os membros do Comitê organizam uma agenda de atividades que permita a divulgação de informações pertinentes à prevenção ao suicídio, ao tempo em que divulgam o trabalho do CMPS no máximo de locais possíveis. Destaca-se que nos últimos anos os membros do Comitê Municipal são convidados a ministrar palestras em escolas, empresas e serviços públicos, criando uma referência local entre a comunidade e os sujeitos que participam do CMPS como “especialistas” na temática do suicídio. Além disso, devido à visibilidade criada pela campanha, é comum que as emissoras de rádio locais convidem os membros do Comitê para Entrevistas ao vivo ou reportagens sobre o tema. Da mesma forma, as mídias digitais, como o Facebook®, Instagram® e YouTube®, permitem que a campanha realizada em Santa Cruz do Sul seja visualizada e acompanhada em diferentes regiões do Brasil.

Esta visibilidade criada pela campanha é destaca pelos membros do Comitê de forma positiva, por permitir alcançar novos atores envolvidos com a problemática em âmbito regional, ampliando e qualificando o trabalho de prevenção ao suicídio no Vale do Rio Pardo.

Eu acho o ‘Setembro Amarelo’ muito importante. [...] E a partir [dele] surge comissões, como aqui em Santa Cruz e surgiu também em Venâncio [Aires], então, enfim, todos os municípios da região acabam fazendo alguma ação sobre isso. (Entrevista 16, 10 de junho de 2020).

O relato da Entrevistada 16 sintetiza uma percepção compartilhada pelos participantes da pesquisa e demonstra como a campanha pode fomentar o debate sobre prevenção ao suicídio no território, promovendo à criação de espaços de discussão similares ao CMPS em outros municípios. Sobre isso, é relevante lembrar que o Comitê Municipal de Santa Cruz do Sul, nos moldes em que se configura (reuniões mensais, registro das reuniões em ata, realização de atividades externas etc.) é inédito na Região do Vale do Rio Pardo e uma das primeiras experiências nacionais neste sentido. Outros coletivos, como a experiência do “Grupo Vida Sim” de Candelária/RS, realizavam um trabalho de conscientização similar em seu território, porém, sem a amplitude ou a quantidade de instituições que estão representadas no Comitê Municipal de Santa Cruz do Sul.

Contudo, mesmo reconhecendo a capacidade de conscientização da campanha “Setembro Amarelo” e a notória abertura para o diálogo sobre as formas de prevenção ao suicídio no território, a implementação de uma política pública que intervenha neste fenômeno se mantém distante das agendas de políticas públicas. Apesar da dedicação dos membros do Comitê em realizar análises sobre os casos de suicídio no município; organizar e qualificar o atendimento de pacientes com ideação suicida nos serviços de saúde; promover a conscientização para a prevenção ao suicídio na comunidade local; e fomentar a institucionalização do Comitê, inclusive elaborando um modelo de Regimento Interno, a ação coletiva não foi suficiente para conquistar o interesse político necessário para transformar suas propostas em uma Política Municipal de Prevenção ao Suicídio.

Entretanto, a análise sobre os Repertórios de Ação coletiva dos sujeitos envolvidos nesta construção política traz indicativos do porquê, até hoje, não há uma política específica para enfrentar a problemática do suicídio no município. A intenção desta Dissertação não é apontar erros ou acertos da ação coletiva do CMPS, tampouco indicar repertórios alternativos aos que foram utilizados nos 15 anos analisados. A finalidade deste trabalho é destacar como

determinados repertórios tendem a potencializar a ação coletiva e, conseqüentemente, alcançar os objetivos da própria ação coletiva.

Tilly (2008), ao retomar o conceito de repertório de ação, em uma de suas últimas publicações, introduz o termo *performance*, que se refere a uma forma de ação relacionada diretamente com o contexto do confronto, a partir das oportunidades e ameaças imediatas. A relação da *performance* com a ação coletiva considera que o uso repetido de um repertório diminui sua eficácia (TILLY, 2008). Neste sentido, o “efeito surpresa” é um elemento importante e que não deve ser negligenciado dentro da ação coletiva. Segundo McAdam, Tarrow e Tilly (2009) “a eficácia instrumental de um repertório deriva basicamente de sua novidade, de sua habilidade de, temporariamente, pegar desprevenidos oponentes ou autoridades (McADAM; TARROW; TILLY, 2009, p. 25). Para os autores, o uso repetido de um mesmo repertório diminui sua força, pois se tornam comuns aos seus opositores, sendo necessário inovar para que se retome a potência da ação coletiva.

A campanha “Setembro Amarelo” cumpre esta tarefa na ação coletiva do CMPS ao trazer uma forma de ação inovadora, capaz de criar oportunidades políticas para a criação e implementação de uma política pública e conquistar espaços de diálogo e atenção da mídia sobre a temática do suicídio. Este “novo” repertório de ação, demonstra sua eficácia ao promover a abertura política para o tema ainda em 2015, quando os sujeitos envolvidos nesta construção promovem a criação do Comitê e começam a construir um esboço da política de prevenção ao suicídio do município. Contudo, a capacidade de inovação deste repertório enfraquece a cada ano, assim como sua potencialidade em promover a conscientização dos atores políticos para a importância da prevenção ao suicídio. Este mesmo efeito ocorreu com outros Repertórios de Ação utilizados pelo CMPS, como as palestras em escolas, que permitiram a inclusão de novos atores e serviços públicos no trabalho de prevenção ao suicídio; a realização do I Seminário Regional sobre Prevenção ao Suicídio, que introduziu diferentes atores políticos no debate regional; ou as primeiras campanhas protagonizadas pelo Comitê Municipal, que distribuiu milhares de folders contendo informações do CMPS no município.

Nota-se que cada um destes repertórios abriu caminho, tanto para a institucionalização do Comitê Municipal, como para a inclusão da problemática nas agendas de governo. No entanto, entende-se que devido aos arranjos políticos locais, a complexidade de se trabalhar com esta temática em Santa Cruz do Sul e as ameaças presentes no contexto da política brasileira, ocasionaram (ou contribuíram) nas dificuldades que ação coletiva do CMPS encontrou até o momento.

Cabe destacar que o repertório da campanha “Setembro Amarelo” é genuinamente inovador, pois, as ações realizadas pelos sujeitos e apresentadas neste texto como Repertórios de Ação são corriqueiramente utilizadas no confronto político, em ambientes democráticos e participativos. A própria “institucionalidade”, referida aqui como um dos principais Repertórios de Ação no processo de construção da política de prevenção ao suicídio em Santa Cruz do Sul, possui uma longa tradição de uso nas lutas sociais, sobretudo nas lutas pela Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial (FAGUNDES, 2006; VIANA; SILVA, 2012). Ademais, a importância sobre a prevenção do suicídio é comum para a maioria dos atores políticos do território, assim como as barreiras impostas a esta problematização pela cultura local, mas especialmente pela pressão exercida pelos setores industriais ligados a produção de tabaco.

Diante disso, reconhece-se a relevância da experiência relatada nesta Dissertação, por representar as diversas oportunidades e ameaças políticas que envolvem a construção de uma política pública de prevenção ao suicídio. As determinações do confronto entre os sujeitos e o Poder Público para inclusão da problemática do suicídio nas agendas de políticas públicas são específicas do contexto do município analisado. Contudo, ao interpretar estas determinações (muitas das quais estão presentes em outros territórios) percebe-se que a identificação dos repertórios auxilia no planejamento da ação coletiva dentro do confronto político. Os movimentos sociais, os coletivos e os próprios sujeitos envolvidos na luta, necessitam de clareza sobre quais serão os Repertórios de Ação mais eficazes durante o confronto. Ressalta-se que é a partir de uma avaliação cuidadosa sobre o contexto do confronto, sobre as características inerentes do território e sobre os Repertórios de Ação disponíveis, que será possível projetar a ação coletiva da forma mais eficaz e efetiva possível.

Com isso, ressalta-se a acuidade com que foram levantadas e analisadas as determinações utilizadas para compreender os Repertórios de Ação coletiva envolvidas na construção de uma política de prevenção ao suicídio em Santa Cruz do Sul. As conclusões apresentadas ao longo da dissertação estão sustentadas por elementos empíricos adquiridos com a pesquisa e alicerçados por uma teoria social crítica. Apesar disso, compreende-se a necessidade de contrapor ou apurar as afirmações apresentadas, permitindo que a crítica e a contestação científica refinem suas conclusões, permitindo assim avançar na compreensão dos fenômenos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta Dissertação se propôs a analisar como as oportunidades e ameaças políticas implicadas numa dinâmica de construção de políticas públicas repercutem nos Repertórios de Ação dos sujeitos que atuam na construção das políticas de prevenção ao suicídio no município de Santa Cruz do Sul/RS. A análise realizada se orientou por quatro questionamentos principais: a) Como as mudanças nas conjunturas políticas repercutiram/repercutem na construção de políticas de prevenção ao suicídio no município? b) Qual a importância do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul, bem como dos sujeitos envolvidos com o trabalho de prevenção ao suicídio, na e para a construção de uma agenda política em torno da problemática do suicídio? c) Qual a trajetória do Comitê Municipal, desde a sua constituição, e que repertórios são mobilizados na ação coletiva dos sujeitos que o compõem?; e d) Quais os Repertórios de Ação dos sujeitos que participaram do processo político para criação da política de prevenção ao suicídio de Santa Cruz do Sul?

Para atingir tais objetivos, realizou-se, primeiramente, uma contextualização sobre o fenômeno do suicídio e sobre a construção de políticas de prevenção no Brasil. Utilizou-se como base teórica para esta discussão, autores reconhecidos por suas contribuições e influência na criação e implementação de políticas públicas no país, a partir do início do século XXI. Destacou-se, sobretudo, a influência política da Organização Mundial de Saúde e de seu departamento de Saúde Mental — responsável pela criação, divulgação e implementação da *Suicide Prevention Program* (SUPRE) no mundo.

A partir desta contextualização, apresentaram-se os eventos sociais e políticos que culminaram na elaboração das Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio, lançadas pelo Ministério da Saúde em 2006. Estas diretrizes foram consideradas como a principal estratégia nacional em prol da prevenção ao suicídio até então, servindo de modelo para ações, estratégias e políticas criadas em estados e municípios brasileiros na década seguinte. A influência das Diretrizes Nacionais no Estado do Rio Grande do Sul foi destacada devido a sua histórica relação com a problemática do suicídio, sendo o estado com as maiores taxas de suicídio dos últimos 20 anos. Além disso, a implementação das Diretrizes é concomitante às primeiras práticas de prevenção ao suicídio, praticadas em Santa Cruz do Sul, segundo relatos de sujeitos que ajudaram a implementar a política de saúde mental no município, a partir de 1996.

Após a apresentação do contexto histórico, realizou-se uma discussão teórica sobre a formação de políticas públicas, a partir da ideia de ciclos. Este debate foi alicerçado nas

principais referências teóricas do tema, com destaque para autores nacionais e contemporâneos. Incluído nesta discussão, está o debate sobre políticas de Estado e políticas de Governo. A argumentação buscou apresentar uma interpretação sobre os processos políticos envolvidos na criação de agendas de governo, bem como o papel dos coletivos e movimentos sociais na disputa por espaço político nas agendas de políticas públicas.

O debate teórico, sobre os movimentos sociais, é realizado a partir do conceito de Repertório de Ação Coletiva — categoria central para esta Dissertação. Ao apresentar o conceito, seus principais interlocutores e seu uso no estudo da ação coletiva, destacou-se a relevância da obra do cientista social norte-americano Charles Tilly para compreensão dos confrontos políticos e formas de luta em diferentes contextos e períodos históricos. A discussão sobre as principais categorias de análise de Tilly serviram de base para interpretar os fenômenos extraídos com a pesquisa realizada para esta Dissertação. Além disso, as contribuições do autor contribuíram na identificação dos Repertórios de Ação utilizados na criação do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul e no processo político que envolve a construção de uma política de prevenção ao suicídio no município.

Finalizada esta introdução teórica da Dissertação, apresentou-se o campo de estudo e a dinâmica do Desenvolvimento Regional na região de saúde do Vale do Rio Pardo. Esta discussão permitiu identificar as características do território, ligadas à implementação de políticas de prevenção ao suicídio. Foram apresentadas as determinações que organizam a rede de saúde mental no município e sua relação com as formas organizativas estaduais, a partir das Coordenadorias Regionais de Saúde. Sobretudo, apresentou-se o município de Santa Cruz do Sul a partir de algumas de suas características socioeconômicas, culturais e políticas, com destaque para aquelas que mantêm relação com o objeto de estudo da Dissertação.

Um dos limites desta Dissertação está na discussão sobre cidades médias e as contradições oriundas das dinâmicas urbanas, na qual Santa Cruz do Sul mantém forte influência dentro do contexto regional. Por ser um polo de atração migratória — consequência da presença centenária das indústrias do setor fumageiro e sua cadeia produtiva — o espaço urbano do município se constituiu como um fenômeno intrínseco à discussão sobre as determinações do suicídio no território. Mais do que isso, a complexidade da existência dos espaços urbanos possui repercussões importantes sobre os fenômenos sociais, tais como o suicídio. Compreende-se que a relação entre a urbanização e suas implicações na cultura local foram relativizadas nesta Dissertação. Sugere-se que em estudos futuros sobre o fenômeno do



suicídio no território as temáticas sobre a urbanização e suas repercussões na vida dos indivíduos e famílias santa-cruzenses sejam consideradas.

Outro debate em aberto nesta Dissertação é a relação da cultura germânica e sua possível influência na incidência de suicídios no município e região, devido a escassa literatura disponível sobre esta temática e perspectiva de análise. No entanto, compreende-se que a categoria “cultura” é relevante para compreensão do fenômeno do suicídio nos territórios, assim como para os Repertórios de Ação Coletiva. A relação estabelecida entre a cultura de imigrantes alemães e o alto índice de suicídio de Santa Cruz do Sul decorre de uma análise histórica do local, mas que não encontra base material ao se confrontar com as dinâmicas sociais contemporâneas. O assunto merece ser analisado com critério, assumindo a análise material do fenômeno e suas contradições, como a migração, a urbanização, a industrialização e a própria configuração atual do território.

Apesar destas limitações, a Dissertação traz alguns elementos interessantes sobre o fenômeno do suicídio no município. Os dados apresentados demonstram que, desde a implementação do Sistema de Informação sobre Mortalidade do SUS, o município registra um índice de suicídio superior à média estadual e nacional nos últimos 20 anos. As altas taxas de suicídio são registradas também em municípios vizinhos de Santa Cruz do Sul, o que faz com que a Região do Vale do Rio Pardo possua a maior taxa de mortalidade por lesão autoprovocada do Rio Grande do Sul. Ao apresentar os dados epidemiológicos que sustentam esta afirmação, argumentou-se sobre a necessidade de implementação de políticas de prevenção ao suicídio no município e na região.

No entanto, não há, até hoje, uma política pública municipal que encare a prevenção ao suicídio como uma tarefa governamental, deixando este trabalho a cargo de ONG's, sindicatos, Movimentos Sociais e dos membros do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio.

Apesar de haver movimentos sociais relevantes ligados à saúde mental no território, a exemplo do Fórum Regional de Saúde Mental do Vale do Rio Pardo, os Repertórios de Ação Coletiva, utilizados no enfrentamento da problemática do suicídio não foram suficientes para incluir a pauta nas agendas políticas dos governos. Entretanto, foram reconhecidas as contribuições dos movimentos sociais para promover um diálogo com a sociedade e o Poder Público, em prol da qualificação dos serviços de saúde mental e para a formação política de trabalhadores e usuários da Política de Saúde Mental. Sobretudo, destacou-se que a defesa da Reforma Psiquiátrica, realizada pelo FRSM na região, foram cruciais para que a rede de saúde

mental resistisse às investidas conservadoras contra os direitos adquiridos na atual da conjuntura política brasileira.

Contudo, entende-se que as contradições presentes no processo de inclusão da problemática do suicídio nas agendas de governo é reflexo de um confronto político maior, representado pela disputa de poder entre diferentes projetos de país e pela disputa entre diferentes frações de classe. Além disso, compreende-se que a prevenção ao suicídio possui suas próprias contradições, sustentadas por visões antagônicas sobre o fenômeno e sobre as formas de intervenção do Estado. Sinteticamente, argumentou-se que estas contradições culminam na relação entre o neoliberalismo e a piora das condições de vida das classes trabalhadoras.

No caso de Santa Cruz do Sul, estas contradições são evidenciadas na esfera política, aonde se percebem relações singulares em relação à prevenção ao suicídio. Estas relações entre política e prevenção ao suicídio decorre da relevância econômica da indústria fumageira no território e nas limitações que isso impõe na organização do território. Um exemplo disso está na dificuldade encontrada pelos sujeitos em implementar uma política de prevenção ao suicídio no município, apesar de sua necessidade ser apresentada aos diferentes governos e representantes políticos, ao longo de todo o período analisado nesta Dissertação.

A partir desta leitura da realidade, notou-se que as mudanças da conjuntura política do país influenciam na correlação de forças no território, mesmo que esta influência não esteja evidente para o conjunto da sociedade. Ademais, destacou-se que as repercussões do Golpe Parlamentar de 2016 tencionaram a correlação de forças no país e enfraqueceram os espaços de controle social e participação popular no monitoramento de políticas públicas. Da mesma forma, a expansão das políticas neoliberais nos governos de Michel Temer e Jair Bolsonaro resultaram na precarização das condições de trabalho e na capacidade de organização política dos trabalhadores.

Este fato repercute diretamente na configuração da política de saúde mental estadual e municipal, ecoando também nos Repertórios de Ação coletiva dos sujeitos envolvidos nas lutas sociais. Durante a realização das Entrevistas com militantes da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, percebeu-se a indignação dos sujeitos ao comentar sobre os retrocessos das políticas de saúde mental, principalmente nos últimos anos. Os grupos políticos conservadores, cujos principais quadros formam as bancadas conhecidas como “bancada do Boi, da Bíblia e da Bala”, vêm assumindo espaços importantes dentro das políticas de saúde mental nacionais. A intenção destes setores é trazer de volta às práticas em saúde mental, ações como: contenção,

internações compulsórias e prolongadas, exclusão e medicalização de pessoas que sofrem de distúrbios ou doenças psíquicas, o que inclui os indivíduos com ideação suicida<sup>39</sup>.

Esta discussão está na ordem do dia dos movimentos sociais ligados à saúde mental. Como mencionado por uma das Entrevistadas, “estamos em um momento de trincheira”, e esta trincheira também se faz no âmbito acadêmico. Paralelo a este enfrentamento às forças conservadoras, está a crítica tecida sumariamente nesta Dissertação sobre a hegemonia da visão psiquiátrica sobre as determinações do suicídio. Este embate teórico, que merece ser enfrentado pelas ciências sociais, explica, em partes, a resistência dos governos em incluir a prevenção ao suicídio nas agendas de governo de forma ampliada e interdisciplinar.

As características interdisciplinares deste debate foram trazidas ao longo da Dissertação. O próprio fato de realizar este estudo no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional permitiu apresentar uma visão mais inclusiva sobre as experiências de prevenção ao suicídio, desenvolvidas no país. Entende-se que a interpretação que centraliza a prevenção ao suicídio em setores da saúde, em especial em seus profissionais mais especializados, relativiza o debate sobre os condicionantes sociais, culturais, econômicos, políticos e espaciais do suicídio. Na prática, essa abordagem centralizadora inibe práticas de prevenção baseadas na melhora das condições de vida dos indivíduos e famílias. E não apenas na “identificação dos fatores de riscos de suicídio”, quase sempre limitados aos sintomas psicológicos ou distúrbios mentais das vítimas, como depressão, esquizofrenia, entre outros.

A intenção aqui não é desqualificar as contribuições das ciências da saúde que abordam a temática. Pelo contrário, reconhece-se a relevância das pesquisas ligadas à saúde mental para identificar e tratar indivíduos com risco de morte, as quais promovem avanços no trabalho de prevenção ao suicídio no Brasil e em outros países. Contudo, e sobretudo, critica-se o caráter centralizador da produção científica sobre o tema, que induz trabalhadores, pesquisadores e gestores públicos à confiança de que os suicídios podem ser prevenidos através do monitoramento dos casos de ideação suicida, e no “tratamento” destes “casos”. Este argumento, no que pese as conclusões deste trabalho, demonstra estar equivocado.

Compreende-se que a prevenção ao suicídio está condicionada ao cotidiano das famílias, às capacidades de proteção do Estado, às estruturas sociais e culturais do território, aos níveis

---

<sup>39</sup> A jornalista Máira Mathias, do Blog Outra Saúde, vinculado ao site Outras Palavras, afirmou, em 08 de dezembro de 2020, que “o Ministério da Saúde estaria tramando a revogação em massa das portarias que reformaram e humanizaram atenção psíquica no SUS. Objetivo seria favorecer “comunidades terapêuticas” religiosas e internações prolongadas” (MATHIAS, 2020).

de desigualdade social e às oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional dos indivíduos. O suicídio não pode ser explicado a partir de uma única dimensão, tampouco por fatores de risco ligados ao comportamento ou à estrutura orgânica do cérebro humano. Por mais argumentativas que sejam as teorias hegemônicas sobre o assunto, a realidade empírica evidencia que a forma como a sociedade capitalista moderna está organizada possui tanta ou maior influência na ocorrência de suicídios, quanto nas dezenas de distúrbios mentais catalogados pela ciência.

Entretanto, esta é uma leitura que carece de fundamentação teórica, fato que convoca as ciências sociais e humanas a explorar com maior afinco as determinações conjunturais do suicídio e desvendar os motivos que fazem a morte voluntária estar entre às dez maiores causas de óbito no planeta.

Para além destes enfrentamentos teóricos, esta Dissertação dedicou-se a apresentar a experiência de sujeitos que vivenciam, em sua prática profissional e/ou militante, a construção de uma política de prevenção ao suicídio. Considera-se que a realização das Entrevistas semiestruturadas e a análise dos discursos dos sujeitos envolvidos com a construção de uma política pública, é uma contribuição relevante deste estudo. A partir das Entrevistas realizadas para a pesquisa, pôde-se notar a potência da ação coletiva envolvida na prevenção ao suicídio em Santa Cruz do Sul e região do Vale do Rio Pardo, e a influência dos Repertórios de Ação dos sujeitos envolvidos neste processo.

O registro da história e trajetória do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio trouxe para este trabalho um elemento inédito e inovador para discussão sobre Repertórios de Ação Coletiva. Destacou-se, a partir das Entrevistas, que todos os membros do Comitê Municipal possuem um envolvimento inequívoco com o trabalho de prevenção ao suicídio no município. Este envolvimento foi evidenciado nas falas extraídas e apresentadas na Dissertação, as quais expressam a ação dos sujeitos no processo de inclusão da pauta sobre prevenção ao suicídio nas agendas de governo, em diferentes conjunturas.

No entanto, percebeu-se certa insatisfação dos sujeitos sobre o interesse político dado a problemática do suicídio no âmbito governamental. As críticas feitas aos governos e seus atores políticos em relação às dificuldades de incluir a prevenção ao suicídio nas agendas de políticas públicas, surgiram com frequência durante as Entrevistas. Não à-toa, estas críticas foram direcionadas a todos os governos que estiveram à frente da prefeitura de Santa Cruz do Sul, em todos os períodos considerados na pesquisa. Os motivos que incidem sobre este “desinteresse

político” apontam novamente para aspectos culturais e econômicos como principais fatores da resistência dos governos à problemática.

Estas determinações, percebidas a partir da pesquisa, permitiram que a análise sobre os Repertórios de Ação dos sujeitos fosse firmada sobre um contexto fidedigno do território e sobre abstrações realistas do universal. Contudo, é notório que o trabalho não contempla todas as expressões que formam o contexto da criação da política de prevenção ao suicídio em Santa Cruz do Sul, tampouco sua historicidade. O que se fez foi uma aproximação empírica, a partir de um recorte singular no tempo e no espaço, e segundo as abstrações possibilitadas pela investigação. As categorias analisadas e sustentadas pelo método científico auxiliaram a extrair e responder os principais objetivos da pesquisa. Da mesma forma, os resultados da pesquisa evidenciaram lacunas a serem exploradas em novas investigações.

Por fim, no último item do capítulo final, foram apresentadas as conclusões referentes às oportunidades políticas e Repertórios de Ação identificados no processo de construção da política de prevenção ao suicídio de Santa Cruz do Sul. Neste item retoma-se as principais categorias analíticas do trabalho, relacionando-as às descobertas do estudo. São destacadas as conjunturas políticas do território em três momentos — 2005 a 2008; 2009 a 2012; e 2013 a 2020. Os recortes correspondem aos arranjos políticos institucionais do território, tomando como fator principal as mudanças no Poder Executivo municipal e os mandatos políticos eletivos. Em cada contexto são identificadas oportunidades e ameaças políticas, as quais estão relacionadas a conjuntura política no âmbito municipal, estadual e federal.

Ao fazer esses recortes no tempo, foi possível identificar um processo contínuo de avanços em relação à construção da política. Contudo, este processo não é linear. Ele demonstra haver avanços e retrocessos em cada período, condicionados pelas oportunidades e ameaças políticas de cada conjuntura e ao uso dos Repertórios de Ação coletiva pelos sujeitos. Estes repertórios demonstraram ser influenciados pela configuração do confronto político e utilizados pelos sujeitos a partir da identificação destas oportunidades e ameaças.

Um dos Repertórios de Ação destacados foi busca pela institucionalidade do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio. Este repertório mantém sua origem na ação política do movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, apreendidos e compartilhados em diferentes espaços, especialmente através do Fórum Regional de Saúde Mental do Vale do Rio Pardo. Este repertório baseia-se na solidificação da representação política das pautas ligadas à saúde mental e na representatividade destas pautas dentro da estrutura do Estado, tornando as reivindicações do movimento social em políticas de Estado. Em Santa Cruz do Sul, a

institucionalidade do Comitê Municipal foi trazida por seus membros como uma forma de garantir avanços e evitar retrocessos na construção da política de prevenção ao suicídio. Mais do que isso, a busca pela institucionalidade do CMPS visa respaldar as ações preventivas promovidas pelo Comitê e criar, com isso, uma referência tanto política quanto técnica sobre a temática do suicídio no município.

Entretanto, a busca pela institucionalidade enfrentou/enfrenta ameaças importantes ao longo do tempo. A principal delas é a falta de interesse político dos governos em oficializar a criação do Comitê e reconhecer, no âmbito do Estado, a necessidade de investimento na construção e implementação de uma política de prevenção ao suicídio. Outra ameaça é a correlação de forças entre os interesses econômicos e o enfrentamento de temas desconfortáveis às empresas transnacionais do tabaco presentes no território. Seja como for, até a conclusão desta Dissertação, a institucionalização do CMPS não foi oficializada.

O último destaque do trabalho é dado para o repertório de ação referente a mobilização da sociedade civil e do Poder Público através das campanhas de prevenção — no caso estudado, a principal campanha é o “Setembro Amarelo”. Esta campanha, replicada em todas as regiões do Brasil, demonstrou ser capaz de construir oportunidades políticas importantes para construção da política de prevenção ao suicídio em Santa Cruz do Sul. Sua eficácia midiática e relevância no cenário nacional, traz um novo momento para a ação coletiva no território. Sobretudo para o Comitê Municipal, a campanha “Setembro Amarelo” se consolidou como um repertório de ação coletiva capaz de incluir a prevenção ao suicídio nas agendas de governo. Os registros e evidências trazidas nesta Dissertação argumentam em favor desta compreensão.

No entanto, a novidade deste repertório é momentânea e seu uso limitado. Ademais, trata-se de um repertório de ação que possui uma origem contraditória, a qual necessita ser considerada. O fato desta campanha ser atribuída à Associação Brasileira de Psiquiatria e ao Conselho Nacional de Medicina, traduz uma contradição importante no campo das políticas públicas. Cabe aos sujeitos envolvidos neste processo enfrentar esta contradição e utilizar o repertório criticamente, adaptando sua ação ao contexto e aos objetivos da ação coletiva.

Com isso, conclui-se esta Dissertação enfatizando as contribuições do trabalho de Charles Tilly para a compreensão da ação coletiva e os confrontos políticos analisados nesta pesquisa. Seu conceito de repertórios é uma categoria basilar para identificar as estratégias utilizadas pela ação coletiva na criação de políticas públicas. Ademais, a percepção do autor sobre o uso limitado dos repertórios e da relação histórica e cultural dos indivíduos/coletividades com suas formas de luta é especialmente interessante e relevante.

A construção de uma política pública sempre irá envolver a mobilização de Repertórios de Ação. O uso dos repertórios dependerá dos interesses e das condições materiais que se colocam durante o confronto político, bem como das oportunidades e ameaças políticas. No caso de Santa Cruz do Sul e do processo de construção de uma política de prevenção ao suicídio, os Repertórios de Ação dos sujeitos baseiam-se integralmente nas estruturas democráticas do Estado, herdadas das conquistas políticas dos movimentos sociais e da própria luta das classes trabalhadoras e oprimidas no Brasil. No entanto, esta configuração política não é impermeável.

A defesa dos espaços democráticos de luta e da própria Democracia como modelo de organização da sociedade é uma tarefa emergente e de todos nós. As forças antidemocráticas, que visam sucumbir a luta social e política através da força, da manipulação e da exploração rondam todas as esferas de poder. Os próprios Movimentos Sociais, que no passado foram responsáveis por grande parte das conquistas de direitos sociais e melhores condições de vida, hoje sofrem com ataques violentos e correm o risco de sucumbir diante das mutações de um sistema capitalista cada vez mais insaciável<sup>40</sup>.

---

<sup>40</sup> “Assim como o movimento social se difundiu com o desenvolvimento de estados centralizados relativamente democráticos, a descentralização governamental, a extensiva privatização das atividades governamentais, o eclipse do Estado pelas potências transnacionais ou a extensiva des-democratização poderiam, todas elas, eliminar da cena política os movimentos sociais tais como os conhecemos hoje. De fato, com a ocorrência do conjunto de mudanças que as pessoas chamam vagamente de “globalização”, os cidadãos que contam com os movimentos sociais para se fazerem ouvidos precisam se preocupar seriamente com o futuro” (TILLY, 2010, p. 152).

## REFERÊNCIAS

- ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria. **Campanha Setembro Amarelo®**. 2020. Disponível em: <<https://www.abp.org.br/>>. Acesso em: 10 set. 2020.
- AGUM, Ricardo; RISCADO, Priscila; MENEZES, Monique. Políticas Públicas: conceitos e análise em revisão. **Revista Agenda Política**, Rio de Janeiro, v. 3, ed. 2, p. 12-42, jul/dez 2015.
- ALMEIDA, Letícia Núñez; SILVA, Jennifer; FÉLIX, Agnes; ROCHA, Rafael Augusto Masson. O suicídio no Brasil: um desafio às ciências sociais. **Rebela**, [s. l.], v. 5, ed. 3, p. 510-531, 2015.
- ALONSO, Angela. As Teorias dos Movimentos Sociais: um balanço do debate. **Lua Nova**, São Paulo, v. 76, p. 49-86, 2009.
- ALONSO, Angela. Repertório, segundo Charles Tilly: história de um conceito. **Sociol. Antropol.**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 21-41, jun. 2012.
- ALONSO, Angela; GUIMARÃES, Nadya Araujo. Entrevista com Charles Tilly. **Tempo Social: Revista de Sociologia da USP**, São Paulo, v. 16, ed. 2, p. 289-297, 2004.
- AMARAL, Stefany Silva. Suicídio no RN e sua relação com determinantes espaciais, urbanização, desenvolvimento e outros fatores socioeconômicos. **Revista Brasileira de Estudos Regionais e Urbanos**, [s. l.], v. 13, ed. 2, p. 288-308, 2019.
- ARAÚJO, Rafael de Sousa. **Análise econométrico-espacial do suicídio no Brasil**. 2020. 62 f. Dissertação (Mestrado em Economia) — Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2020.
- AZEVEDO, Sérgio de. Modelos e Políticas Públicas. **FASE: Observatório IPPUR/UFRJ**, Rio de Janeiro, v. 6, ed. 1, p. 38-44, 2003.
- BANDO, Daniel Hideki; BARROZO, Ligia Vizeu. **Suicídio na cidade de São Paulo: Uma análise sob a perspectiva da geografia da saúde**. 1. ed. São Paulo: Humanitas, 2010. 152 p.
- BARBOSA, Guilherme Correa; COSTA, Tatiana Garcia da; MORENO, Vânia. Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 45-50, jan./jun. 2012.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BERRINGER, Tatiana. Poder político e classes sociais: um tratado da teoria política marxista. **Jornal da UNICAMP**, Campinas, p. 1, 18 fev. 2020. Disponível em: <<https://www.unicamp.br/unicamp/ju/noticias/2020/02/18/poder-politico-e-classes-sociais-um-tratado-da-teoria-politica-marxista>>. Acesso em: 21 set. 2020.
- BERTOLETE, José Manoel. Suicide prevention: at what level does it work?. **World Psychiatry**; v. 3, ed. 3, p. 147-151, 2004.
- BERTOLETE, José Manoel. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: UNESP, 2012, 144 p.



BERTOLETE, José Manoel; FLEISCHMANN, Alexandra. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. **World psychiatry**, v. 1, ed. 3, p. 181-185, 2002.

BIERNARCKI, Patrick.; WALDORF, Dan. Snowball sampling-problems and techniques of chain referral sampling. **Sociological Methods and Research**, v. 10, n. 2, p. 141-163, nov., 1981.

BOITO JR, Armando. A burguesia brasileira no golpe do impeachment. **Brasil de Fato**, p. 1, 6 jan. 2017. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2017/01/06/a-burguesia-brasileira-no-golpe-do-impeachment>>. Acesso em: 15 set. 2020.

BOITO JR, Armando. A crise política do neodesenvolvimentismo e a instabilidade da democracia. **Crítica Marxista**, n. 42, p. 155-163, 2016.

BOTEGA, Neury José et al. Comportamento suicida na comunidade: prevalência e fatores associados à ideação suicida. **Rev. Bras. Psiquiatria**; v.27, n.1, p.45-53. 2005.

BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231-236, dez. 2014.

BOTEGA, Neury José. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BOTEGA, Neury José; SILVEIRA, Isabel Ugarte; MAURO, Marisa Lúcia Fabrício. Telefonemas na crise: percursos e desafios na prevenção do suicídio. Rio de Janeiro: **ABP Editora**, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Estadual da Saúde. Prevenção do suicídio no nível local: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram. **CORAG**: Porto Alegre, 2011a. 87p.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Novo Regime Fiscal**, Brasília, DF, 15 dez. 2016.

BRASIL. Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. **Reforma Trabalhista**, Brasília, DF, 13 jul. 2017a.

BRASIL. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui 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. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 26 abr. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.659, de 14 de novembro de 2018. Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 14 nov. 2018, 9p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada: Portaria GM/MS nº 1271/2014 e SINAN versão 5.0. **Ministério da Saúde**: Brasília, DF, 2014.

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

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**, Brasília, DF, 18 dez. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. **OPAS**: Brasília, DF, novembro de 2005, 56p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)**. 2019. Disponível em: <<http://www.portalsinan.saude.gov.br/>>. Acessado em: 23 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)**. Brasília – DF; 2020. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

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

BRASIL. **Portaria nº 185, de 12 de setembro de 2012**. Institui as normas para atenção às emergências em Saúde Mental no âmbito do SUS-DF. Distrito Federal, 12 set. 2012.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos; GRAU, Nuria Cunill. Entre o estado e o mercado: o público não-estatal. In: Bresser-Pereira, L.C. e Grau, N.C. (orgs.); “O Público Não-Estatal na Reforma do Estado”. Rio de Janeiro: **Editora FGV**, 1999. p. 15-48.

BRINGEL, Breno. Com, Contra e para além de Charles Tilly: Mudanças teóricas no estudo das ações coletivas e dos movimentos sociais. **Sociol. Antropol.**, Rio de Janeiro, v.2, n.3, p.43-67; jun. 2012.

BRITO, Ricardo. Bolsonaro volta a se referir ao coronavírus como gripezinha, critica governadores e gera reação. **Portal UOL**, Brasília, 24 mar. 2020. Economia, p. 1. Disponível em: <https://economia.uol.com.br/noticias/reuters/2020/03/24/bolsonaro-volta-a-se-referir-ao-coronavirus-como-gripezinha-e-criticar-governadores-por-restricoes.htm>. Acesso em: 30 set. 2020.

CADONÁ, Marco André. A indústria fumageira e o mercado de trabalho de Santa Cruz do Sul-RS. **Revista Brasileira de Desenvolvimento Regional**: Blumenau, v.3, n.1, p. 205-221, 2015.

CAPELLA, Ana Cláudia Niedhardt. **Formação da Agenda Governamental: Perspectivas Teóricas**. Trabalho apresentado no GT Políticas Públicas do XXIX Encontro Anual da ANPOCS: Caxambu/MG. p. 1-35, 2005.

CAPELLA, Ana Cláudia Niedhardt; BRASIL, Felipe Gonçalves. Análise de políticas públicas: uma revisão da literatura sobre o papel dos subsistemas, comunidades e redes. São Paulo: **Novos estud.** – **CEBRAP**; n. 101, p. 57-76; 2015.

CASTELLS, Manuel. Autocomunicacion de masas y movimientos sociales en la era de internet. **Anuari Del Conflicte Social**: Barcelona, p. 11–19, 2011.

CASTELLS, Manuel. Redes de indignação e esperança: movimentos sociais na era da Internet. São Paulo: **Zahar**, 2013.

CAVALCANTE, Fatima Gonçalves, et al. **Religiosidade, ideações e tentativas de suicídio em idosos**. In: MINAYO M. C. S.; FIGUEIREDO, A. E. B.; SILVA, R. M. (Org.). Comportamento suicida de pessoas idosas. Editorial UFC; p. 269-288, 2016.

CAVALCANTE, Fatima Gonçalves; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 1943-1954, 2012.

CEVS – Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. **Manual de processo administrativo sanitário**. 3.ed. rev. e amp. Porto Alegre: CEVS, 2017.

CEVS – Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Rio Grande do Sul. Boletim de Vigilância do Suicídio e Tentativa de Suicídio. **Bol. Vig. Suicídio**. v. 1. n. 1. set. 2018. Disponível em: <<https://cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201809/05162957-boletim-de-vigilancia-epidemiologica-de-suicidio-n1-2018.pdf>>. Acesso em: 07 mai. 2020.

CHEN, Joe; CHOI, Yun Jeong; SAWADA, Yasuyuki. **How is suicide different in Japan?** Japão: Japan and the Word Economy; v. 21, n. 2, p. 140 – 150, 2007.

CIAVATTA, Maria. O conhecimento histórico e o problema teórico-metodológico das mediações. In: FRIGOTTO, Gaudêncio; CIAVATTA, Maria. (Orgs.). Teoria e educação no labirinto do capital. Petrópolis, RJ: **Vozes**, cap.6. p.121-144, 2001.

CONTE, Marta., MENEGHEL, Stela N., TRINDADE, Aline G., CECCON, Roger F., HESLER, Lilian Z., CRUZ, Claudia W., SOARES, Regina., PEREIRA, Sanderlei., JESUS, Irani. Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. Rio de Janeiro: **Ciênc. saúde coletiva**, v.17, n. 8, 2012.

COOK, Christopher. Suicide and Religion. **British Journal of Psychiatry**; v. 204, n.4, p. 254-255, 2014.

COREDE/VRP – Conselho Regional de Desenvolvimento do Vale do Rio Pardo. Institucional. *In: O que é o COREDE Vale do Rio Pardo*. [on-line], 2020. Disponível em: <http://www.coredevrp.org.br/o-corede/>. Acesso em: 5 set. 2020.

COSTA, João Paulo Reis. **A articulação em agroecologia do Vale do Rio Pardo (AAVRP/RS): A agroecologia como possibilidade de existência e resistência na construção de Espaços de Esperança na Região do Vale do Rio Pardo**. 2019. 237 f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Regional). UNISC; Santa Cruz do Sul. 2019.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONCALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trab. educ. saúde**: Rio de Janeiro; v. 18, n. 3, p.1-20, 2020.

CUTLER, David M.; GLAESER, Edward L.; NORBERG, Karen E. **Explaining the Rise in Youth Suicide**. In: GRUBER, Jonathan. (Org.) Risky behavior among youths: an economic analysis. National Bureau of Economic Research Conference Report. University of Chicago Press. Chicago/ IL, p. 219 – 270, jan. 2001.

DATASUS – Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Informações de Saúde, Epidemiológicas e Morbidade**. 2020. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 15 jun. 2020.

DEVERA, Disete; COSTA-ROSA, Abílio da. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. São Paulo: **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6, n. 1, 2007.

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

DIAS, Carolina Sanches Lecornec; JUNIOR, DarlÍ Magioni; FREITAS, Fernanda Ferreira de; BANDARRA, Leonardo Carvalho L.A.; MARTUSCELLI, Patrícia Nabuco. Política brasileira para refugiados: política de Estado ou política de governo? **Fronteira: revista de iniciação científica em Relações Internacionais**, v. 10, n. 19, p. 25-40, 2011.

DUARTE, Newton. A anatomia do homem é a chave da anatomia do macaco: a dialética em Vigotski e em Marx e a questão do saber objetivo na educação escolar. Campinas: **Educação e Sociedade**, v.21, n.71, p.79-115, jul. 2000.

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

DYE, Thomas. **Understanding Public Policy**. Englewood Cliffs, N.J.: PrenticeHall, 1984.

EASTONE, David. **A Framework for Political Analysis**. Englewood Cliffs: Prentice Hall. 1965, 143p.

ETGES, Virginia Elisabeta. A região no contexto da globalização: o caso do Vale do Rio Pardo. *In: VOGT, Olgário e SILVEIRA, Rogério. Vale do Rio Pardo: (re)conhecendo a região*. Santa Cruz do Sul: **Edunisc**. 2001.

ETGES, Virginia Elisabeta. Desenvolvimento regional sustentável: o território como paradigma. Santa Cruz do Sul: **Redes**, v. 10, n. 3. set./dez. 2005.

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

FAVARETO, Arilson. et al. Territórios importam – Bases conceituais para uma abordagem relacional do desenvolvimento das regiões rurais ou interioranas no Brasil. Brasília: **Revista em Gestão, Inovação e Sustentabilidade**; v. 1, n. 1, p. 14-46, dez. 2015.

FGSM – Fórum Gaúcho de Saúde Mental. **Sobre mim**. 2008. Disponível em: <<https://www.blogger.com/profile/08393739742153300147>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos et al. É possível superar ideações e tentativas de suicídio? Um estudo sobre idosos. Rio de Janeiro: **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1711-1719, jun. 2015.

FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos. **Religiões Pentecostais e Saúde Mental no Brasil**. Rio de Janeiro: UFRJ/CCS, 2006, 183 p.

FLEISCHMANN, Alexandra, et. al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 86, n.9, p. 703–709, 2008.

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

FONSECA, Bruno Costa; FIÚZA, Ana Louise de Carvalho. ‘Charles Tilly foi pra roça’: Uma análise do conceito de repertório de ação coletiva aplicado às mobilizações do movimento dos atingidos por barragens e da igreja católica, na zona da mata mineira. **Revista IDeAS**, v. 9, n. 2, p. 129-151, 2015.

FRAGA, Wagner Santana de; MASSUQUETTI, Angélica; GODOY, Marcia Regina. **Determinantes socioeconômicos do suicídio no Brasil e no Rio Grande do Sul**. *In: Anais do 19º Encontro de Economia da Região Sul*. Florianópolis/SC, 2016.

FREIRE, Paulo. **A importância do ato de ler**. 40 ed. São Paulo: Cortez, 2003.

GAZ, Portal. Mês de prevenção ao suicídio terá programação em Santa Cruz. **Gazeta do Sul**, Santa Cruz do Sul, p. 1-2, 3 set. 2019. Disponível em: <[http://www.gaz.com.br/conteudos/regional/2019/09/03/153217\\_mes\\_de\\_prevencao\\_ao\\_suicidio\\_tera\\_programacao\\_em\\_santa\\_cruz.html.php](http://www.gaz.com.br/conteudos/regional/2019/09/03/153217_mes_de_prevencao_ao_suicidio_tera_programacao_em_santa_cruz.html.php)>. Acesso em: 17 out. 2020.

GAZETA DO SUL. Santa Cruz do Sul adere à iniciativa Setembro Amarelo. **Gazeta do Sul**, Santa Cruz do Sul, p. 1, 10 set. 2015. Disponível em: <[http://www.gaz.com.br/conteudos/regional/2015/09/10/57088\\_santa\\_cruz\\_do\\_sul\\_adere\\_a\\_iniciativa\\_setembro\\_amarelo.html.php](http://www.gaz.com.br/conteudos/regional/2015/09/10/57088_santa_cruz_do_sul_adere_a_iniciativa_setembro_amarelo.html.php)>. Acesso em: 28 ago. 2020.

GODINHO, Isabel Cavalcante. Pobreza e desigualdade social no Brasil: um desafio para as Políticas Sociais. **Anais do I Circuito de Debates Acadêmicos**: Eixo Temático: O Serviço Social e o Desenvolvimento, IPEA, 2011.

GOHN, Maria da Glória. Abordagens teóricas no estudo dos movimentos sociais na América Latina. Salvador: **Cad. CRH**, v. 21, n. 54, p. 439-455, 2008.

GOHN, Maria da Glória. Teorias dos movimentos sociais. Paradigmas clássicos e contemporâneos. São Paulo: Loyola, 1997.

GONCALVES, Ludmilla R.C.; GONCALVES, Eduardo; OLIVEIRA JUNIOR, Lourival Batista de. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. Belo Horizonte: **Nova Economia.**, v. 21, n. 2, p. 281-316, 2011.

GRAMSCI, Antonio. Cadernos do cárcere. Rio de Janeiro: **Civilização Brasileira**, v. 3, 2002.

GRAMSCI, Antonio. Notas sobre Maquiavelo, sobre la política y sobre el Estado moderno. Buenos Aires: **Ediciones Nueva Visión**, 1980.

HALL, Stuart. The centrality of culture: notes on the cultural revolutions of our time. *In.*: THOMPSON, Kenneth (ed.). Media and cultural regulation. London, Thousand Oaks, New Delhi: The Open University; **SAGE Publications**, 1997.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M; PERL, Anthony. **Política Pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integral**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013, 328p.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 15 mai. 2020.

IBGE. **Endereço eletrônico oficial**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 16 mai. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades@Santa Cruz do Sul**. Brasília: 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/santa-cruz-do-sul/panorama>>. Acesso em: 27 jul. 2020.

KINGDON, John W. Agendas, Alternatives, and Public Policies. Boston: **Little, Brown**, 1984, 240p.

LASSWELL, Harold. Política: Quem ganha o que, quando, como. Brasília; **Universidade de Brasília**, 1936.

LÊNIN, Vladímir Ilyich. **O Estado e a Revolução**. Tradução: Paula Vaz de Almeida. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 1917. 216 p.

LOUREIRO, Paulo R. A.; MENDONÇA, Mario J. C. de; SACHSIDA, Adolfo. Os determinantes econômicos do suicídio: um estudo para o Brasil. **IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**: Texto para discussão nº 1487, Rio de Janeiro, p. 1-25, 2010.

LOVISI, Giovanni Marcos et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. São Paulo: **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 31, supl. 2, p. 86-93, oct. 2009.

LUKÁCS, György. **O jovem Marx e outros escritos filosóficos**. Tradução por Carlos Nelson Coutinho e José Paulo Netto. Rio de Janeiro: UFRJ, 2007.

MACHADO, Daiane Borges; SANTOS, Darci Neves dos. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. Rio de Janeiro: **J. bras. psiquiatr.**, v. 64, n. 1, p. 45-54, mar. 2015.

MACHADO, Marcos Fabrício Souza; LEITE, Cristiane Kerches da Silva; BANDO, Daniel Hideki. Políticas Públicas de Prevenção do Suicídio no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Gestão & Políticas Públicas**, v. 4, n. 2, p. 334-356, 2014.

MARQUES, Eduardo. As políticas públicas na ciência política. *In*: Marques, Eduardo., Faria, Carlos A. P. (org.). A política pública como campo multidisciplinar. São Paulo: **Editora Unesp**, 2013.

MARX, Karl. **A burguesia e a contra-revolução**. São Paulo: Ensaio, 1987.

MARX, Karl. **As lutas de classes na França (1848-1850)**. São Paulo: Global, 1986.

MARX, Karl. **O 18 brumário e cartas a Kugelman**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1969.

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, Livro 1, v. 1, 1968.

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

MASSON, Gisele. Materialismo histórico e dialético: uma discussão sobre as categorias centrais. Ponta Grossa/PR: **Revista Práxis Educativa**, v. 2, n. 2, p. 105-114, 2007.

MATHIAS, Maíra. A bomba de Bolsonaro contra a Saúde Mental. **Outras Palavras**, [S. l.], 8 dez. 2020. Outra Saúde, p. 1-3. Disponível em: <<https://outraspalavras.net/outrasaude/revogacodasaudemental/>>. Acesso em: 16 dez. 2020.

McADAM, Doug; TARROW, Sidney; TILLY, Charles. Para mapear o confronto político. São Paulo: **Lua Nova**, p.11-48, 2009.

MELUCCI, Alberto. Getting involved: identity and mobilization in social movements. **International Social Movements Research**, v. 1, 1988.

MENEGHEL, Stela Nazareth et al. Epidemiological aspects of suicide in Rio Grande do Sul, Brazil. São Paulo: **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 804-810, dez. 2004.

MENEGHEL, Stela Nazareth; MOURA, Rosylaine. Suicídio, cultura e trabalho em município de colonização alemã no sul do Brasil. Botucatu: **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 67, p. 1135-1146, dez. 2018.

MESQUITA, Lucas Isaac Soares. **Mercantilização do direito constitucional à saúde no Brasil: neoliberalismo, contrarreformas e subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no caso da implementação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)**. 2019. 189 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Programa de Pós Graduação em Direito, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Rio de Janeiro: **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Suicídio no Brasil: mortalidade, tentativas, ideação e prevenção. In: NJAINE, K., ASSIS, S. G., and CONSTANTINO, P. Impactos da Violência na Saúde [online]. Rio de Janeiro: **Editora FIOCRUZ**, p. 311-331, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.542, de 22 de dezembro de 2005**. Institui Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio. Brasília, 22 dez. 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.749, de 18 de dezembro de 2017**. Institui Comitê para a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil. Brasília, 18 dez. 2017.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. Porto Alegre: **Revista Educação**, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MORAES, Vinicius Alves. Na contramão da saúde mental. **Gazeta do Sul**; Santa Cruz do Sul, v. online, n. 1, 22 jul. 2019. Saúde, p. 1. Disponível em: <[http://www.gaz.com.br/conteudos/viniciusmoraes/2019/07/22/150402\\_na\\_contramao\\_da\\_saude\\_mental.html.php](http://www.gaz.com.br/conteudos/viniciusmoraes/2019/07/22/150402_na_contramao_da_saude_mental.html.php)>. Acesso em: 3 mar. 2020.

MOURA, Rosylaine. **Narrativas sobre suicídio, cultura e trabalho em um município colonizado por alemães**. 2016. 205 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) — Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

NASCIMENTO, Solano. Terra dos enforcados. **Revista VEJA**, São Paulo, n. 2606, p. 1-7, 26 out. 2018.

NEIRA, Hernan. Suicidio y misiones suicidas: revisitando a Durkheim. Santiago: **Cinta moebio**, n. 62, p. 140-154, 2018.

NETTO, José Paulo. Apresentação. In: IAMAMOTO, M. V. Renovação e conservadorismo: ensaios críticos. São Paulo: **Cortez**, 2013.

NETTO, José Paulo. Crise do capital e consequências societárias. **Serv. Soc. Soc. [online]**, n. 111, pp. 413-429, 2012.

NETTO, José Paulo. Impactos da Crise do Capital nas Políticas Sociais. [Palestra]. In: XIV Congresso Brasileiro de Assistente Social (CBAS). Águas de Lindoia/SP: **YouTube**, 2013. Disponível em:<<https://www.youtube.com/watch?v=Y6j8L80jEn4&t=1086s>>. Acesso em: 5 out. 2020.



NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular; Ed. 1, 2011, 64 p.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia Política: uma introdução crítica**. Coleção Biblioteca Básica de Serviço Social. São Paulo: Cortez, v. 1, 2006.

NEVES, Angela Vieira. Apontamentos sobre Gramsci e sua influência ao Serviço Social no século 21. Florianópolis: **Rev. katálysis**, v. 20, n. 1, p. 31-36, 2017.

NUNES, Jordão Horta. Interacionismo simbólico e movimentos sociais: enquadrando a intervenção. Brasília: **Soc. estado.**, v. 28, n. 2, p. 257-277, ago. 2013.

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

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde Mental**: juventude e saúde mental em um mundo em transformação. 2018. Disponível em: <[https://www.who.int/mental\\_health/world-mental-health-day/2018/es/](https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2018/es/)>. Acesso em: 10 set. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Suicídio**: dados e números. 2019. Disponível em: <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>>. Acesso em: 12 set. 2020.

PALACIO, Andrés Felipe. La comprensión clásica del suicidio. De Émile Durkheim a nuestros días. Antioquia/COL: **Affectio Societatis**, n. 12, jun. 2010.

PEDERSEN, Janaina. Raqueli. **Abuso sexual intrafamiliar: do silêncio ao seu enfrentamento**. 2010. 136 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). PUC/RS. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2010.

PETRY, Heitor Álvaro; SILVEIRA, Rogério Leandro Lima da. Plano estratégico de Desenvolvimento Regional do Vale do Rio Pardo (2015-2030); [recurso eletrônico]; Santa Cruz do Sul: **EDUNISC**; 2017, 408 p.

PINTO, Lélia Lessa Teixeira; MEIRA, Saulo Sacramento; RIBEIRO, Ícaro José Santos Ribeiro; NERY, Adriana Alves; CASOTTI, Cezar Augusto. Tendência de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil no período de 2004 a 2014. Rio de Janeiro: **J. bras. psiquiatr.**, v. 66, n. 4, p. 203-210, oct. 2017.

PIRES, Dario Xavier; CALDAS, Eloísa Dutra; RECENA, Maria Celina Piazza. Uso de agrotóxicos e suicídios no Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n.2, p. 598-605, 2005.

PNUD, United Nations Development Programme. **Human Development Indices and Indicators: 2018 statistical update**. Nova Iorque: ONU, 2018.

POCHMANN, Marcio. O trabalho na crise econômica no Brasil: primeiros sinais. São Paulo: **Estudos Avançados**; v. 23, n. 66, p. 41-52, 2009.

POULANTZAS, Nicos. **Poder político e classes sociais**. São Paulo: Martins Fontes, 1977.

PVPS. Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio no Rio Grande do Sul: Projeto piloto com incentivo do Ministério da Saúde. *In: Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio: Projeto piloto com incentivo do Ministério da Saúde*. Rio Grande do Sul, 2 set. 2010. Grupo VIDA SIM de Candelária/RS. Disponível em: <<https://prevsuicidiors.wordpress.com/>>. Acesso em: 23 jul. 2020.

RAMOS, Marília Patta; SCHABBACH, Letícia Maria. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. Rio de Janeiro: **Rev. Adm. Pública**; n. 46, v. 5; p. 1271-1294; set./out. 2012.

RAZZOUK, Denise. Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde? Brasília: **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 25, n. 4, p. 845-848, dez. 2016.

REDAÇÃO PORTAL GAZ (Santa Cruz do Sul). Fórum Regional de Saúde Mental reúne 700 participantes em Vale Verde. *Gazeta do Sul*, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 1, 19 jun. 2018. **Seção Região**, p. 1. Disponível em: <[http://www.gaz.com.br/conteudos/regional/2018/06/19/122748\\_forum\\_regional\\_de\\_saude\\_mental\\_reune\\_700\\_participantes\\_em\\_vale\\_verde.html.php](http://www.gaz.com.br/conteudos/regional/2018/06/19/122748_forum_regional_de_saude_mental_reune_700_participantes_em_vale_verde.html.php)>. Acesso em: 25 fev. 2020.

REIS, Elisa. Reflexões Leigas para a Formulação de uma Agenda de Pesquisa em Políticas Públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**; v.18, n.51; p. 21-30, 2003.

RIO GRANDE DO SUL. Infraestrutura Estadual de Dados Espaciais (IEDE). Secretaria Estadual de Saúde (SES). **Regiões de Saúde do Rio Grande do Sul**. 2020. Disponível em: <<https://iede.rs.gov.br/portal/home/>>. Acesso em 25 out. 2020.

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

RUA, Maria das Graças. **Políticas Públicas**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC: [Brasília]: CAPES: UAB, ed.3, 2009. 130p.

SABOURIN, Eric. **Origens, evolução e institucionalização da política de agricultura familiar no Brasil**. In: Seminário sobre Agricultura Familiar Brasileira, Mesa 4: Políticas públicas: balanços e perspectiva. Brasília, 2014.

SANTA CRUZ DO SUL. Endereço eletrônico institucional do Município de Santa Cruz do Sul. 2020. **A Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul apresenta informações gerais sobre o Município**. Disponível em: <<http://www.santacruz.rs.gov.br>>. Acesso em: 25 ago. 2020.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. São Paulo: **Estudos Avançados**, v. 2, n. 2, p. 46-71, ago. 1988.

SANTOS, Milton. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção [1996]**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 4 ed., 2006.

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

SECCHI, Leonardo. Análises de políticas Públicas: diagnósticos de problemas, recomendações de soluções. São Paulo: **CENGAGE Learning**, 2016.

SIDNEY, Abel. Suicídio é tema na VII Semana Municipal de Prevenção à Violência (Santa Cruz do Sul — RS). **Suicídio: conhecer para prevenir [Blog]**. p. 1, 11 ago. 2015. Disponível em: <<http://conhecerparaprevenir.blogspot.com/2015/08/suicidio-e-tema-na-vii-semana-municipal.html>>. Acesso em: 19 set. 2020.

SILVA, Agnes Carine; BATISTA, Jessica Hellen Santos; SANTOS, Wene Carolina Mota. Desmonte e Sucateamento do SUS: o ataque neoliberal à política de saúde no Brasil. *In: Anais VII Seminário da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde*. Maceió/Alagoas; 2017.

SILVA, Ênio Moraes da. O Estado democrático de direito. **Revista de informação legislativa**; v. 42, n. 167, p. 213-229, jul./set. 2005.

SILVA, Guiomar Maria da. **A articulação da Saúde Mental em Redes de Atenção à Saúde: a perspectiva dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família e do Centro de Atenção Psicossocial de Santa Cruz do Sul — RS**. 2013. 93 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Epidemiologia) — UFRGS, Porto Alegre, 2013.

SILVA, Ilse Gomes. A agenda conservadora assume o centro da cena política no Brasil. São Paulo: **Lutas Sociais**, vol. 20 n. 36, p. 140-150, jan./jun. 2016b.

SILVA, Ilse Gomes. Democracia, Autoritarismo e Imperialismo: a centralidade da agenda conservadora na política brasileira. **Revista de Políticas Públicas** [Edição Especial], 2016a.

SIMON, Herbert Alexander. *Models of Man, Social and Rational: Mathematical Essays on Rational Human Behavior in a Social Setting*. New York: **John Wiley and Sons**, 1957.

SOFFNER, Renato; CARO, Sueli. [Resenha] CASTELLS, Manuel. Networks of outrage: social movements in the Internet age. **Educação & Linguagem**, [s. l.], v. 17, ed. 1, p. 255-257, 2014.

SOUZA, Celina. Modernização do Estado e construção de capacidade burocrática para a implementação de políticas federalizadas. Rio de Janeiro: **Revista de Administração Pública**, v. 51, n. 1, p. 27-45, fev. 2017.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: Questões Temáticas e de Pesquisa. **Caderno CRH**, n.39, p 11-24, 2003.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. Porto Alegre: **Sociologias**; ano 8, nº 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

SOUZA, Jessé de. **A elite do atraso: da escravidão à Lava-Jato**. Rio de Janeiro: Leva; 2017.

STAVIZKI JUNIOR, Carlos; CADONÁ, Marco André. Políticas públicas de prevenção ao suicídio: os processos políticos e sociais necessários para sua implementação. **Con. Soc. Des. Territ. (CSDT)**, v. 5, n. 6, jul./dez. 2019.

TARROW, Sidney. O Poder em movimento: movimentos sociais e confronto político. Petrópolis, **Editora Vozes**, 2009.

TARROW, Sidney. *The new transnational activism*. Cambridge: **Cambridge University Press**; 2005.

TATAGIBA, Luciana; ABERS, Rebecca; SILVA, Marcelo Kunrath. Movimentos sociais e políticas públicas: ideias e experiências na construção de modelos alternativos. *In*: PIRES, Roberto; LOTTA, G.; OLIVEIRA, V. E. de (orgs). *Burocracia e políticas públicas no Brasil: interseções analíticas*. Brasília, DF: **Ipea/Enap**; p. 106-138; 2018.

TEIXEIRA, E. C. O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade. **Revista AATR**, 2002.

TILLY, Charles. *As sociology meets history*. Nova York: **Academic Press**, 1981.

TILLY, Charles. Astonishing Switzerland. **Swiss Political Science Review**, v. 15, n. 2, p. 321-331, 2009.

TILLY, Charles. **Contentious performances**. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.

TILLY, Charles. Contentious repertoires in Great Britain, 1758-1834. *In*: Traugott, Mark (org.). *Repertoires and cycles of collective action*. Durham, NC: **Duke University Press**, p. 15-42, 1995.

TILLY, Charles. *From mobilization to revolution*. Boston: **Wesley Publishing Co.**, 1978.

TILLY, Charles. Movimentos Sociais como política. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 3, p. 133-160, 2010.

TILLY, Charles. Terror, Terrorism, Terrorists. **Sociological Theory**; v.22, n.1, p. 5-13, 2004.

TILLY, Charles; WOOD, Lesley. *Social Movements: 1768-2008*. Boulder: **Paradigm Publishers**, 2008.

TOMAS, Ana. Quase 40% dos suicídios femininos acontece na Índia. **Portal Delas**; 13 set. 2018. Disponível em: <<https://www.delas.pt/quase-40-dos-suicidios-femininos-acontece-na-india/atualidade/445140/>>. Acesso em: 14 jun. 2020.

TORRES, Raquel. Saúde mental: de onde veio e para onde vai o revogação. **Outras Palavras**, [S. l.], 8 dez. 2020. Outra Saúde. Disponível em: <<https://outraspalavras.net/outrasaude/saude-mental-de-onde-veio-e-para-onde-vai-o-revogaco/>>. Acesso em: 9 dez. 2020.

TOURAINÉ, Alain. *¿Podremos vivir juntos? Iguales y diferentes*. Buenos Aires: **Fondo de Cultura Económica**, 1997.

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

UNISC, Universidade de Santa Cruz do Sul. **A Universidade**. [Website Oficial], 2020. Disponível em: <https://unisc.br/pt/>. Acesso em: 15 ago. 2020.

VÁZQUEZ, Adolfo Sánchez. **Filosofia da Práxis**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2 ed., 1977.

VEIGA, José Eli da. A face territorial do desenvolvimento. **Revista Internacional de Desenvolvimento Local**; v. 3, n. 5, set. 2002.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; SILVA, Hudson Pacífico da. **Desenvolvimento e Institucionalidade da Política Social no Brasil**. In: Machado, C.V.; Baptista, T.W.F.; LIMA, L.D. (orgs.). Política de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012, p. 31 – 61.

VOGT, Olgário Paulo. **A produção de Fumo em Santa Cruz do Sul, RS (1849 — 1993)**. 1994. 265 f. Dissertação (Mestrado em História do Brasil) — Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1994.

WAUTIER, Anne Marie. **A construção identitária e o trabalho nas organizações associativas**. Ijuí: UNIJUÍ, 2001, 152 p.

WAUTIER, Anne Marie. DO ATOR AO SUJEITO: Ainda Existe um Lugar Para uma Ação Coletiva Pelo Trabalho? **Revista Contexto & Educação**, v. 16, n. 63, p. 35-56; 23 maio 2013.

WERLANG, Blanca Guevara; BOTEGA, Neury José. **Comportamento suicida**. Porto Alegre, Artmed; 2004, 204 p.

WOLKMER, Antonio Carlos. Pluralismo e crítica do constitucionalismo na América Latina. **Anais do IX Simpósio Nacional de Direito Constitucional da ABDConst**. Curitiba, p. 143-155, 2010. Disponível em: <<http://www.abdconst.com.br/revista3/antoniowolkmer.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Endereço eletrônico oficial da WHO**. 2020. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 20 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental Health Atlas 2017**. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <[https://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/profiles-2017/en/](https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/en/)>. Acesso em 30 jul. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a global imperative**. Luxembourg: WHO, 2014. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1)>. Acesso em: 25 abr. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics 2015**: Indicator compendium. Genebra: WHO, 2015. 284 p. Disponível em: [https://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/WHS2015\\_IndicatorCompendium.pdf?ua=1](https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/WHS2015_IndicatorCompendium.pdf?ua=1). Acesso em: 13 maio 2020.

## **APÊNDICE A — Roteiro de Entrevista**

### **IDENTIFICAÇÃO**

Área de Atuação:

Local de Trabalho: Quanto tempo?

Participa de outros grupos, conselhos, comitês ou movimentos sociais?

Há quanto tempo?

Se considera militante sobre algum tema específico?

Qual e Por quê?

### **O COMITÊ MUNICIPAL DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO**

- Qual a importância do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul para você?
- Considera importante a criação de uma Política Pública de Prevenção ao Suicídio em Santa Cruz do Sul? Por quê?
- Qual a sua opinião sobre a atuação do Comitê no contexto político atual, sinalizando se considera um momento propício para a implementação de uma política pública de prevenção ao suicídio no município?
- Há quanto tempo você participa do Comitê e o que lhe motivou a participar?
- Como definiria a sua participação individual na formação ou sustentação do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul?
- Que repertórios, iniciativas ou saberes individuais anteriores você considera que contribuíram para as ações do Comitê? E quais saberes você aprendeu ou desenvolveu com os outros membros do grupo?

### **A CONJUNTURA POLÍTICA**

- Qual a sua visão sobre os movimentos sociais e sua importância para a construção de uma política pública de prevenção ao suicídio?
- Você considera que as mudanças no cenário político interferem na atuação do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio? Por quê?
- Em sua opinião, como o debate sobre a prevenção ao suicídio se constituiu na Região do Vale do Rio Pardo e quais as repercussões deste debate (se houver) no município de Santa Cruz do Sul?
- Como você percebe o Comitê hoje, em comparação ao momento em que iniciou sua participação?
- O que mudou? Quais as ações que promoveram essas mudanças?

### **OPINIÕES E SUGESTÕES**

- Existe algum aspecto sobre a formação, estrutura ou organização do Comitê que lhe desagrade? O que e por quê?
- Você identifica situações em que a ação coletiva poderia ser diferente? Cite exemplos.
- Diante dos objetivos desta pesquisa, existe algo que considere importante salientar?

## APÊNDICE B — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a):

Sou mestrando no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, na UNISC — Universidade de Santa Cruz do Sul, e estou realizando uma pesquisa com o objetivo de analisar como as mudanças no direcionamento político e ideológico dos governos condicionam os Repertórios de Ação coletiva e sujeitos que atuam na construção de políticas públicas de prevenção ao suicídio. A pesquisa está relacionada ao projeto que tem como título “Repertórios de Ação e a Construção de Políticas Públicas: uma análise a partir da construção da política de prevenção ao suicídio no município de Santa Cruz do Sul (RS)” e se vincula ao meu Mestrado, que realizei durante os anos 2019 e 2020. Informações sobre o projeto e sobre minha vinculação com o Programa de Pós-Graduação de Desenvolvimento Regional podem ser acessadas através da Secretaria do Programa, no telefone (51) 3717-7392.

Sob o ponto de vista do trabalho de campo, ou seja, do levantamento de dados na realidade que está sendo investigada, a pesquisa utiliza três técnicas de pesquisas: o *questionário de pesquisa*, com o qual se pretende levantar informações sobre a influência das mudanças políticas e ideológicas dos governos nas políticas públicas e a *entrevista*, com a qual se pretende conhecer com maior profundidade os Repertórios de Ação coletiva dos sujeitos que constroem o Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul (RS).

Neste sentido, gostaria de contar com sua participação na referida pesquisa que, caso o (a) senhor (a) aceite, envolverá uma **entrevista**, organizada de acordo com um roteiro de entrevista, em data, horário e local de sua escolha. Evidentemente, sua participação na pesquisa é de grande importância. Cabe ressaltar, no entanto, que a *participação é voluntária* e, nesse sentido, se o (a) senhor (a) decidir não participar ou quiser desistir de participar (em qualquer momento), tem absoluta liberdade de fazê-lo. Caso decida participar, quero garantir que os dados obtidos através de todas as Entrevistas serão analisados de forma global, sendo garantido, nesse sentido, total sigilo (pessoal e organizacional) para todos os (as) entrevistados (as). O que significa, evidentemente, que na publicação da Dissertação de Mestrado ou de outras produções científicas (artigos, capítulos de livros etc.) sua identidade será mantida em sigilo, omitindo-se todas as informações que possam identificá-lo (la).

Por fim, é importante registrar que os resultados da pesquisa são públicos e, uma vez ela terminada, os dados serão disponibilizados para todos (as) os (as) interessados (as), inclusive para o (a) senhor (a), caso seja de seu interesse. De qualquer forma, reafirmo que sua participação será de grande importância para que possamos não somente ampliar a compreensão de uma temática que ainda carece de estudos, mas, fundamentalmente, para que possamos fornecer para nossas instituições (públicas e privadas) informações e conhecimentos sistematizados e capazes de instrumentalizá-las em suas práticas de reflexão e de intervenção em nossas realidades regionais.

Agradeço a sua atenção inicial, espero contar com sua participação na pesquisa e, para qualquer dúvida ou esclarecimento, coloco à sua disposição meu endereço eletrônico e meu contato telefônico: E-mail: **carlos\_stavizki@hotmail.com**; Fone: **(51) 99710-1315**.

Atenciosamente,

**Carlos Stavizki Junior**

Aluno de Mestrado

Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional — PPGDR

Universidade de Santa Cruz do Sul — UNISC

Aceito participar da pesquisa “Repertórios de Ação Coletiva e a Construção de Políticas Públicas: uma análise a partir da construção da política de prevenção ao suicídio no município de Santa Cruz do Sul (RS)”, concedendo uma entrevista para a equipe responsável pela execução da referida pesquisa, e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

---

Nome e assinatura do participante.

---

Local e data.

## ANEXO 1 — Eixos do Plano Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul

### Eixo 1: Promoção de Saúde e Prevenção ao Suicídio

Ações
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalhar tabus, mitos e verdades sobre o suicídio;</li> <li>• Qualificar, reforçar e ampliar ações do Setembro Amarelo;</li> <li>• Ampliar divulgação do CVV (188);</li> <li>• Estimular a participação dos homens nos serviços de saúde;</li> <li>• Articulação com empresas (CIPAS);</li> <li>• Fortalecimento de ações de orientação para agricultores (uso de EPIs);</li> <li>• Promover ações de prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas nas empresas e escolas;</li> <li>• Elaboração e divulgação de materiais informativos para públicos específicos (cartazes, folders, vídeos etc.);</li> <li>• Sensibilizar a população para entender o suicídio como uma expressão de sofrimento psicológico e dor existencial profunda;</li> <li>• Sensibilizar os profissionais de saúde sobre o suicídio (não menosprezar queixas de saúde mental, ideação suicida com ou sem plano e tentativas de suicídio);</li> <li>• Divulgação do “Disque 100” e “Disque 180” para casos de violência;</li> <li>• Ampliar a articulação entre setores da saúde, educação e assistência social, incluindo discussão de casos e planejamento de ações de prevenção;</li> <li>• Realizar ações de promoção de saúde nas escolas, abordando questões sobre saúde mental, uso de álcool e outras drogas, bullying, sexualidade, violência, entre outros;</li> <li>• Fortalecimento de ações do PSE e PIM (Prevenção de violência e Cultura da Paz);</li> <li>• Orientação para pais acerca da automutilação de crianças e adolescentes;</li> <li>• Sensibilizar a população para prevenção da violência interpessoal, informando sobre serviços de proteção e direitos sociais;</li> <li>• Planejar atividades em dias e horários alternativos (noturno e finais de semana);</li> <li>• Promoção de grupos para jovens e idosos, sobre o tema de saúde mental e prevenção ao suicídio;</li> <li>• Realizar contato telefônico periódico aos pacientes com risco de suicídio;</li> <li>• Educação em saúde, visando a diminuição do uso de psicotrópicos.</li> </ul>

### Eixo 2: Atenção / Estratégias

Ações
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercitar a escuta qualificada na Atenção Básica, visando identificar fatores de risco para além de sintomas físicos;</li> <li>• Estimular a execução das Práticas Integrativas Complementares em Saúde (PICS);</li> <li>• Acompanhamento familiar (saúde e assistência social);</li> <li>• Organizar espaços adequados para acolhimento de pacientes em crise psíquica na Atenção Básica;</li> <li>• Grupos de acolhimento na Atenção Básica, com escuta qualificada;</li> <li>• Grupo de familiares de vítimas de suicídio;</li> <li>• Grupo pós-alta hospitalar por risco de suicídio;</li> <li>• Grupos de ressignificação da vida nos serviços de saúde;</li> <li>• Grupos de prevenção e fortalecimento para mulheres na AB;</li> <li>• Grupos de fortalecimento de vínculos familiares;</li> <li>• Oficinas Terapêuticas e Grupos de convivência;</li> <li>• Visita domiciliar para famílias enlutadas por vítima de suicídio;</li> <li>• Busca ativa de pacientes que não comparecem aos serviços de referência no pós-alta hospitalar por ideação e tentativa de suicídio;</li> <li>• Instituição de Protocolo para avaliação de risco de suicídio na AB;</li> <li>• Plano Terapêutico Singular (PTS) mais intensivo nos primeiros seis meses após tentativa de suicídio;</li> <li>• Redução de danos para usuários de álcool e outras drogas, com visita domiciliar e busca ativa;</li> <li>• Ações de prevenção para pessoas em situação de rua;</li> <li>• Promover o “Cuidado com o Cuidador”, através de espaços de atendimento para profissionais de saúde que atuam em casos de ideação e tentativa de suicídio.</li> </ul>



**Eixo 3: Vigilância em Saúde**

<b>Ações</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer e capacitar as equipes de saúde e assistência social para notificar as situações de violência autoprovocada através do SINAN;</li> <li>• Estimular a notificação de casos de violência interpessoal;</li> <li>• Estabelecer os fluxos da vigilância epidemiológica para casos de violência autoprovocada (identificar se o caso notificado foi encaminhado para os serviços de saúde especializados);</li> <li>• Promover o fluxo de referência e contra referência dos serviços.</li> </ul>

**Eixo 4: Educação Permanente**

<b>Ações</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matriciamento em Saúde Mental na AB, Hospitais e Escolas;</li> <li>• Capacitação sobre suicídio para as equipes da Rede Intersetorial;</li> <li>• Qualificar o atendimento nos serviços de urgência e emergência;</li> <li>• Criar protocolos para situações de risco de suicídio;</li> <li>• Capacitação para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre escuta qualificada, identificação de risco e encaminhamentos;</li> <li>• Sensibilizar as equipes multiprofissionais para realizarem um olhar ampliado sobre as queixas dos pacientes (escuta qualificada);</li> <li>• Ampliar informações de acesso aos serviços de Saúde Mental;</li> <li>• Promover espaços de formação para agentes da mídia local;</li> <li>• Capacitação para líderes comunitários e religiosos das áreas rurais;</li> <li>• Avaliação dos fluxos de encaminhamento da rede intersetorial para situações de violência interpessoal e autoprovocada;</li> <li>• Realização de eventos periódicos com a rede intersetorial para alinhamento de conhecimentos sobre a temática do suicídio.</li> </ul>

**Eixo 5: Gestão**

<b>Ações</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instituição do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul;</li> <li>• Criação do Protocolo para classificação de risco e encaminhamento de casos de ideação suicida e tentativa de suicídio;</li> <li>• Reforçar com as equipes o uso do documento de referência e contra referência;</li> <li>• Acesso aos serviços em horários alternativos (noturno e finais de semana);</li> <li>• Fornecer leitos hospitalares de retaguarda para pacientes em risco;</li> <li>• Compromisso e apoio da gestão aos profissionais que desenvolverem atividades em horários alternativos (Exemplo: horários alternativos, transporte, banco de horas);</li> <li>• Fomentar a participação intersetorial na formulação de estratégias para prevenção ao suicídio no município;</li> <li>• Mapear e divulgar os dispositivos comunitários estratégicos;</li> <li>• Garantir recursos humanos e financeiros para execução do Plano Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul.</li> </ul>

## ANEXO 2 — Sistematização das Entrevistas realizadas durante a pesquisa.

**Quadro 3 – Relação das profissões, instituições de referência e formato das Entrevistas semiestruturadas realizadas para a Dissertação, entre março e julho de 2020.**

Entrevista	Formato da Entrevista	Profissão	Instituição de Referência
Entrevista 1	presencial	Assistente Social	Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Santa Cruz do Sul / Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul (CMPS)
Entrevista 2	presencial	Psicóloga	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) / Fórum Regional de Saúde Mental do Vale do Rio Pardo (FRSM-VRP)
Entrevista 3	presencial	Psicóloga	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) / CMPS
Entrevista 4	presencial	Assistente Social	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II)
Entrevista 5	presencial	Terapeuta Ocupacional	Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência (CAPSIA) / CMPS / FRSM-VRP
Entrevista 6	presencial	Terapeuta Ocupacional	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS AD III) / Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador (UMREST) / CMPS
Entrevista 7	virtual	Orientador Rural	Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER) / CMPS
Entrevista 8	virtual	Assistente Social	Hospital Santa Cruz (HSC) / CMPS
Entrevista 9	virtual	Contadora	Centro de Valorização da Vida / CMPS
Entrevista 10	virtual	Assistente Social	Coordenação de Saúde Mental de SCS
Entrevista 11	virtual	Psicóloga	Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador da região dos Vales (CEREST-Vales) / CAPSIA / CMPS
Entrevista 12	virtual	Orientadora pedagógica	Secretaria Municipal de Educação e Cultura de Santa Cruz do Sul (SMEC) / CMPS
Entrevista 13	virtual	Psicóloga / Professora	Hospital Santa Cruz / CMPS
Entrevista 14	virtual	Psicóloga / Professora	Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) / Fórum Regional de Saúde Mental do Vale do Rio Pardo (FRSM-VRP)
Entrevista 15	virtual	Psicóloga / Professora	Fórum Gaúcho de Saúde Mental (FGSM)
Entrevista 16	virtual	Psicóloga / Professora	Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)
Entrevista 17	Escrita	Coordenadora de Saúde Mental da 13ª CRS	13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul / Fórum Regional de Saúde Mental do Vale do Rio Pardo (FRSM-VRP)
Entrevista 18	virtual	Assistente Social	Comitê Estadual de Prevenção ao Suicídio do Rio Grande do Sul
Entrevista 19	virtual	Psicóloga / Professora	Coordenação Estadual de Saúde Mental do Rio Grande do Sul / Fórum Gaúcho de Saúde Mental (FGSM)

Elaborado pelo autor, 2020.