

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL
DOUTORADO

Carlos Stavizki Junior

SOFRIMENTO SOCIAL E RACIONALIDADE NEOLIBERAL:
CONTEXTOS, INSTITUIÇÕES E ATORES DAS POLÍTICAS DE PREVENÇÃO DO
SUICÍDIO NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL – BRASIL

Santa Cruz do Sul
2025

Carlos Stavizki Junior

**SOFRIMENTO SOCIAL E RACIONALIDADE NEOLIBERAL:
CONTEXTOS, INSTITUIÇÕES E ATORES DAS POLÍTICAS DE PREVENÇÃO DO
SUICÍDIO NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL – BRASIL**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Desenvolvimento Regional, Linha de Pesquisa em “Território, Planejamento e Sustentabilidade”, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Virgínia Elisabeta Etges

Santa Cruz do Sul

2025

CIP - Catalogação na Publicação

Stavizki Junior, Carlos

SOPRIMENTO SOCIAL E RACIONALIDADE NEOLIBERAL : CONTEXTOS, INSTITUIÇÕES E ATORES DAS POLÍTICAS DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL ? BRASIL / Carlos Stavizki Junior. -- 2025.

217 f. : il. ; 30 cm.

Tese (Doutorado em Desenvolvimento Regional) -- Universidade de Santa Cruz do Sul, 2025.

Orientação: Profa. Dra. Virgínia Elisabeta Etges.

1. Prevenção do Suicídio. 2. Racionalidade Neoliberal. 3. Ação Comunicativa. 4. Desenvolvimento Socioterritorial. 5. Políticas Públicas. I. Etges, Virgínia Elisabeta. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UNISC com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Carlos Stavizki Junior

**SOFRIMENTO SOCIAL E RACIONALIDADE NEOLIBERAL:
CONTEXTOS, INSTITUIÇÕES E ATORES DAS POLÍTICAS DE PREVENÇÃO DO
SUICÍDIO NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL – BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Doutorado; Área de Concentração em Desenvolvimento Regional, Linha de Pesquisa em “Território, Planejamento e Sustentabilidade”, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.

Dra. Virginia Elisabeta Etges

Professora Orientadora – Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)

Dr. Marco André Cadoná

Professor Examinador – Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)

Dra. Grazielle Betina Brandt

Professora Examinadora – Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)

Dr. Sérgio Luís Allebrandt,

Professor Examinador – Universidade Regional do Noroeste do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ)

Dr. Carlos Antonio Brandão

Professor Examinador – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Santa Cruz do Sul,
2025.

Em memória do camarada Lucas.

AGRADECIMENTOS

O tema que escolhi estudar na pós-graduação carrega um doloroso sentido de desesperança. Pensar sobre o suicídio também é pensar sobre todo o sofrimento que é causado pelas decisões humanas e como, em nossa brevíssima existência, somos forçados a viver tristezas que poderiam não existir. Ao escrever esse texto, experimentei sentimentos de angústia, amargura, melancolia e solidão, e sei que não conseguiria concluir esta tese sem a Graça de Deus, manifestada nas ações e palavras de pessoas que tive o privilégio de conviver.

Agradeço, com todo meu amor, a minha esposa e a nossa família, por me fortalecerem nos dias mais difíceis e por sempre estarem ao meu lado para celebrar as alegrias da vida, trazendo sentido e propósito a este trabalho.

Agradeço, com toda a admiração que existe em mim, aos meus professores da Universidade de Santa Cruz do Sul e do PPG em Desenvolvimento Regional. Lembrarei com alegria da convivência com mentes tão fascinantes e corações tão generosos.

Agradeço, com muito carinho, aos meus colegas de mestrado e doutorado, que transformaram a jornada acadêmica em uma viagem com amigos.

Agradeço, com afeto e sincera honra, a minha professora orientadora, por me incentivar a seguir a boa ciência, guiando-me e protegendo-me de minhas próprias vaidades.

Agradeço, com ternura, a todos e todas que participaram da pesquisa e que, generosamente compartilharam suas histórias comigo.

Agradeço, ainda, a Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela bolsa de estudos PROSUC/CAPES.

Por fim, agradeço aos amigos e amigas de nobre coração, “que sopram e abrem portões, com chave que não se copia”. Obrigado por transformarem esta caminhada em um mosaico de bons momentos. Ao meu melhor amigo, Jesus Cristo, agradeço com minha alma, pois foi o Senhor que me sustentou quando ninguém mais podia. A Deus seja toda honra e glória!

*E nesse andejar em frente
Sem procurar recompensa
Fui vendo na diferença
Entre passado e presente
Que a lembrança de um ausente
Tem mais força que a presença.*

Querência, Tempo e Ausência
de Jayme Caetano Braun

RESUMO

Esta tese de doutorado em Desenvolvimento Regional resulta de um processo investigativo sobre a formação discursiva do fenômeno do suicídio e sua prevenção, dentro do contexto de hegemonia do neoliberalismo como organizador dos territórios. O estudo analisou os discursos ligados ao reconhecimento do suicídio como um problema socioterritorial no Estado do Rio Grande do Sul e seus desdobramentos políticos, econômicos e ideológicos. Trabalhou-se com a hipótese de que a razão instrumental organiza as ações de atores e instituições responsáveis pela criação e execução de estratégias de prevenção do suicídio, baseadas em normas sociais pouco discutidas na esfera pública, como protocolos de atendimento e indicadores epidemiológicos. No entanto, foram identificados discursos não-hegemônicos ligados ao tema, com significados de resistência à racionalidade neoliberal e ao agir instrumental. Esta descoberta possibilitou reconhecer a razão comunicativa nas ações de sujeitos que entendem o suicídio como um problema socioterritorial e oferecem soluções vinculadas ao mundo da vida, como o fortalecimento das relações sociais e comunitárias e a busca pelo bem-estar social. A hipótese central foi a de que o reconhecimento do sofrimento social está atrelado aos processos sócio-históricos de formação dos territórios e que sua racionalização depende da capacidade da esfera pública de construir consensos. Foram realizadas 36 entrevistas com atores sociais relevantes no debate público sobre o tema, que ocupam ou ocuparam posições estratégicas na criação de políticas públicas, em suas respectivas escalas territoriais de atuação. A pesquisa mostrou que o território gaúcho possui ativos para promover o agir comunicativo na prevenção do suicídio, sendo esse sentido manifestado na proposição de alternativas à clínica do suicídio e no reconhecimento das subjetividades do sofrimento humano. No entanto, o avanço da racionalidade neoliberal no âmbito das relações sociais tende a apagar o sentido de crítica da ideação suicida, fortalecendo explicações individualizantes e excluindo os determinantes sociais do sofrimento. Conclui-se que, para reduzir a influência do neoliberalismo nas ações de prevenção do suicídio, as campanhas e políticas devem usar uma linguagem comum ao território, com argumentos que façam sentido para atores e instituições e que dialoguem com as demandas emergentes do mundo da vida. Uma comunicação adequada, aliada a um diálogo aberto e sem barreiras, possibilita a criação de novas alternativas de ação social, enfrentando assim um dos fenômenos mais impactantes de nosso tempo.

Palavras-chave: Prevenção do Suicídio; Racionalidade Neoliberal; Ação Comunicativa; Desenvolvimento Socioterritorial; Políticas Públicas.

ABSTRACT

This doctoral thesis in Regional Development results from an investigative process into the discursive formation of the phenomenon of suicide and its prevention within the context of the hegemony of neoliberalism as the organizer of territories. The study analyzes the discourses linked to the recognition of suicide as a socio-territorial problem in the state of Rio Grande do Sul and its political, economic, and ideological consequences. The hypothesis was that instrumental reason organizes the actions of actors and institutions responsible for creating and implementing suicide prevention strategies, based on social norms that are rarely discussed in the public sphere, such as care protocols and epidemiological indicators. However, non-hegemonic discourses were identified, with meanings of resistance to neoliberal rationality and instrumental action. This discovery enabled the recognition of communicative reason in the actions of individuals who view suicide as a socio-territorial problem and offer solutions rooted in the world of life, such as strengthening social and community relationships and seeking social well-being. The central hypothesis was that the recognition of social suffering is linked to socio-historical processes of territorial formation, and that its rationalization depends on the capacity of the public sphere to build consensus. Thirty-six interviews were conducted with key social actors in the public debate on the topic, who occupy or have occupied strategic positions in the creation of public policies at their respective territorial scales of action. The research showed that the territory of Rio Grande do Sul has assets to promote communicative action in suicide prevention, with this meaning manifested in proposing alternatives to the clinical approach to suicide and recognizing the subjectivities of human suffering. However, the advance of neoliberal rationality in the realm of social relations tends to erase the critical meaning of suicidal ideation, reinforcing individualizing explanations and excluding the social determinants of suffering. It is concluded that, to reduce the influence of neoliberalism on suicide prevention actions, campaigns and policies should use language that is common to the territory, with arguments that make sense to actors and institutions and that engage with the emerging demands of the world of life. Adequate communication, combined with open and barrier-free dialogue, enables the creation of new alternatives for social action, thus addressing one of the most impactful phenomena of our time.

Keywords: Suicide Prevention; Neoliberal Rationality; Communicative Action; Socio-territorial Development; Public Policies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa temático com a taxa média de suicídios a cada 100 mil habitantes nas Macrorregiões de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, entre 2010 e 2023.....	74
Figura 2 – Mapa temático com a taxa média de suicídios a cada 100 mil habitantes nas Regiões de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, entre 2010 e 2023	76
Figura 3 – Mapa temático dos municípios gaúchos categorizados pela taxa de suicídios por 100 mil habitantes e Regiões de Saúde com maior incidência no ano de 2023	78
Figura 4 – Mapa temático da taxa de suicídios por 100 mil habitantes e população residente nos municípios da Região de Saúde Vale do Rio Pardo no ano de 2023	79
Figura 5 – Principais políticas públicas para prevenção do suicídio com influência no Rio Grande do Sul, entre os anos de 1998 e 2024.....	111
Figura 6 – Folder da campanha Setembro Amarelo da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, em 2020.....	114
Figura 7 – Folder da campanha de prevenção do suicídio da Associação de Oficiais Estaduais do Rio Grande do Sul - AOFERGS, em 2022	115
Figura 8 – Cartaz da campanha de prevenção do suicídio da Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul, em 2023	116
Figura 9 – Peça da campanha “Setembro Amarelo” da Ordem dos Advogados do Brasil - OAB do Rio Grande do Sul, em 2021	117
Figura 10 – Folder de divulgação da campanha Setembro Amarelo® direcionada às redes sociais da Associação Brasileira de Psiquiatria, em 2023	118
Figura 11 – Layout oficial da campanha “Setembro Amarelo” do Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio do Rio Grande do Sul, em 2021	119
Figura 12 – Organograma do Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio do Rio Grande do Sul, em 2024	122
Figura 13 – Mosaico com imagens de campanhas de prevenção do suicídio com a frase “Se precisar, peça ajuda”, disponíveis virtualmente, em 2024	157
Imagem 1 – Registro de ação de divulgação da campanha “Setembro Amarelo” realizada no centro de Santa Cruz do Sul, no dia 10 de setembro de 2016	163

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** – Número de óbitos por lesão autoprovocada no Rio Grande do Sul, categorizadas por sexo e ano de ocorrência, com linha de tendência entre 1996 e 2022..... 82
- Gráfico 2** – Taxa média de suicídios do Rio Grande do Sul, categorizada por Faixa Etária e ano de ocorrência, nos anos de 2000, 2010 e 2020 83
- Gráfico 3** – Número de suicídios no Estado do Rio Grande do Sul, categorizados por Escolaridade e Estado Civil, entre 2010 e 2022 84
- Gráfico 4** – Taxas de suicídio em Estados da Região Sul do Brasil entre 1980 e 2022..... 86
- Gráfico 5** – Principais Instituições presentes na esfera pública gaúcha sobre prevenção do suicídio em 2024, categorizadas por campo de atuação 149
- Gráfico 6** – Atores sociais participantes da esfera pública gaúcha sobre prevenção do suicídio e entrevistados pela pesquisa, categorizadas por campo de atuação principal 149
- Gráfico 7** – Atores sociais entrevistados, categorizados por profissão 150

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Categorias da Análise de Discurso aplicada à pesquisa	25
Quadro 2 – Síntese das etapas, procedimentos e fontes de dados da pesquisa	29
Quadro 3 – Quadro-síntese dos objetivos e procedimentos de coleta e análise dos dados da pesquisa	30
Quadro 4 – Estratégias da Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio do Rio Grande do Sul de 2019	129
Quadro 5 – Principais fatores de risco e de proteção para o suicídio, segundo bibliografia de referência sobre a temática	161
Quadro 6 – Relação de informantes-chave participantes da pesquisa, categorizados por área de atuação, município, formação e função pública	217
Tabela 1 – Taxa social de suicídios no Brasil e Estados selecionados em 2022, categorizados por Faixa Etária, segundo declarações de óbito	85
Tabela 2 – Diagnóstico de transtornos mentais em casos de suicídio em pacientes psiquiátricos e população em geral, segundo Bertolote e Fleischmann (2002)	158

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAD	Análise Automática do Discurso
ABEPS	Associação Brasileira de Estudo e Prevenção do Suicídio
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRASES	Associação Brasileira dos Sobreviventes Enlutados por Suicídio
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AOFERGS	Associação dos Oficiais Estaduais do Rio Grande do Sul
ASULAC	Associação de Suicidologia da América Latina e Caribe
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
CEP/UNISC	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul
CEPVPS	Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio
CEREST	Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador
CEVS-RS	Centro Estadual de Vigilância em Saúde do Rio Grande do Sul
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID-10	Classificação Internacional de Doenças (décima revisão)
CMPS-SCS	Comitê Municipal de Prevenção do Suicídio de Santa Cruz do Sul
CMPVPS-VA	Comitê de Promoção da Vida e Prev. do Suicídio de Venâncio Aires
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNM	Conselho Nacional de Medicina
COREDE	Conselho Regional de Desenvolvimento
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
CRE	Coordenadoria Regional de Educação do Rio Grande do Sul
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul
CSM	Comissão de Saúde Mental
CVV	Centro de Valorização da Vida
DAS	Diretoria de Assistência à Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DGTI	Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação
DIESSE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
DNPS	Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio
DP	Defensoria Pública

DR	Desenvolvimento Regional
EMATER	Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural
ESF	Estratégias de Saúde da Família
ESP/RS	Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul
EUA	Estados Unidos da América
FAO	Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação
FGSM	Fórum Gaúcho de Saúde Mental
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FRSM/VRP	Fórum Regional de Saúde Mental do Vale do Rio Pardo
IASP	<i>International Association for Suicide Prevention</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEDE	Infraestrutura Estadual de Dados Espaciais
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
LGBTQI+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexuais +
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MISS	<i>Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviors</i>
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASP	Núcleo de Apoio Social e Psicológico
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PIS	Programa de Integração Social
PLOA	Projeto de Lei Orçamentária Anual
PNPAS	Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PNSPDS	Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPGDR	Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional
PPS	Programa de Prevenção do Suicídio
PPV	Programa de Prevenção à Violência

PT	Partido dos Trabalhadores
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	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SCS	Santa Cruz do Sul
SESP	Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social
SES-RS	Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
START	<i>Suicide Trends in At-Risk Territories</i>
SUPRE	<i>Suicide Prevention Program</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEPE	Superintendência dos Serviços Penitenciários do Rio Grande do Sul
TABNET	Tabulação de dados do Sistema Único de Saúde
TAC	Teoria do Agir Comunicativo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade
TS	Tentativa de Suicídio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERGS	Universidade Estadual do Rio Grande do Sul
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UM	Organização das Nações Unidas
UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VRP	Vale do Rio Pardo
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
1.1 Metodologia.....	24
1.2 Procedimentos de coleta, sistematização e análise dos dados	26
2. A RACIONALIDADE NEOLIBERAL E O SOFRIMENTO SOCIAL.....	31
2.1 O mal-estar social no capitalismo	41
2.2 O sofrimento social no contexto do neoliberalismo	45
2.2.1 <i>Formas reconhecidas de sofrimento social e psíquico no século XXI</i>	48
2.2.2 <i>A gestão do sofrimento psíquico a partir da racionalidade neoliberal</i>	51
2.3 O neoliberalismo como racionalidade hegemônica	54
2.4 Da Filosofia à Saúde Pública: a complexidade do suicídio como fenômeno social.....	63
2.5 O suicídio em pauta: análise socioterritorial do fenômeno no Rio Grande do Sul.....	70
3. A RAZÃO INSTRUMENTAL NA CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO BRASIL E NO RIO GRANDE DO SUL.....	89
3.1 O suicídio e sua prevenção nas agendas de políticas públicas do Brasil.....	93
3.1.1 <i>Linha do tempo das Políticas de Prevenção do Suicídio no Brasil</i>	100
3.2 As estratégias de prevenção do suicídio no território do Rio Grande do Sul	112
3.2.1 <i>A campanha Setembro Amarelo e sua influência na esfera pública gaúcha</i>	113
3.2.2 <i>Comitês de Prevenção do Suicídio e a institucionalização do debate público</i>	120
3.2.3 <i>O Observatório de Análise da Situação do Suicídio do Rio Grande do Sul</i>	125
3.2.4 <i>A Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (2019)</i>	127
3.2.5 <i>Sobre o Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio do Rio Grande do Sul (2022 - 2025): reconhecendo barreiras e oportunidades políticas</i>	131
4. CONTEXTOS, ATORES E INSTITUIÇÕES DAS POLÍTICAS DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	135
4.1 O suicídio como problema socioterritorial no Rio Grande do Sul	138
4.2 Atores e Instituições presentes na Esfera Pública do Rio Grande do Sul.....	144
4.3 Discursos e consensos sobre a prevenção do suicídio na esfera pública gaúcha.....	153

4.3.1 A frase “Peça ajuda!” como consenso em estratégias de prevenção do suicídio ...	155
4.3.2 A identificação dos “Fatores de Risco” para prevenção do suicídio	158
4.3.3 “Precisamos falar sobre Suicídio”: uma estratégia para desmistificar o tema	163
4.3.4 Críticas ao caráter sazonal da campanha “Setembro Amarelo”	166
5. PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO MUNDO DA VIDA	169
5.1 O agir comunicativo nas ações de prevenção do suicídio	172
5.1.1 Desafios impostos pela hegemonia da racionalidade neoliberal.....	175
5.1.2 Crítica à razão instrumental nas ações de prevenção do suicídio	178
5.1.3 O agir comunicativo como alternativa à clínica do suicídio.....	181
5.2 O lugar dos territórios na prevenção do suicídio: conhecer, planejar e agir.....	184
5.2.1 Bem-estar social como estratégia de promoção da vida e prevenção do suicídio...	187
6. CONCLUSÕES	190
7. REFERÊNCIAS	198
8. ANEXOS	212
Anexo I - Roteiro de Entrevista Semiestruturada	212
Anexo II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	213
Anexo III - Carta para apresentação do projeto (CEP – UNISC).....	215
Anexo IV – Termo de Anuência Institucional para Pesquisa (TAI) emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul	216
Anexo V – Perfil dos Atores Sociais Entrevistados para a Tese (2023-2024)	217

1. INTRODUÇÃO

O sofrimento social é um fenômeno socioterritorial, trazido à razão em contextos de reconhecimento de suas implicações no mundo da vida. Apesar de serem infindáveis as razões pelas quais se pode sofrer, existem experiências que são compartilhadas socialmente, e reagem ao movimento da história e às diferentes etapas de desenvolvimento dos territórios. Outras, por sua vez, são causadas por contextos regionais específicos e podem, a partir do debate público, criar oportunidades políticas para reconhecer um certo tipo de mal-estar social. Estas formas de sofrimento criam discursos que são articulados na esfera pública, produzindo sentidos à sua existência.

Esta tese de doutorado em Desenvolvimento Regional é resultado de um processo investigativo sobre a formação discursiva a respeito do fenômeno que expressa o mais intenso sentido de sofrimento humano: a ideação suicida. Trata-se de um estudo que analisa os discursos ligados ao reconhecimento do suicídio como um problema socioterritorial no Estado do Rio Grande do Sul, em contextos marcados pela hegemonia da racionalidade neoliberal e seus desdobramentos políticos, econômicos e ideológicos. A influência do neoliberalismo no território não se restringe aos mecanismos de coordenação do Sistema, mas busca hegemonia, sobretudo no Mundo da Vida, onde a ideologia é transmitida pelos atos de fala dos sujeitos.

Trabalhou-se com a hipótese de que a razão instrumental organiza a ação de atores e instituições que criam as estratégias de prevenção do suicídio, baseadas em normas sociais pouco discutidas na esfera pública, a exemplo dos protocolos de atendimento e indicadores sociais ligados ao suicídio. O foco dado pelas políticas públicas às estatísticas e metas de mortalidade, bem como a tendência de tratar a ideação suicida como um problema de saúde, corroboram esta interpretação. Contudo, identificou-se discursos não-hegemônicos ligados ao tema, com sentidos de resistência à racionalidade neoliberal. Esta descoberta permitiu reconhecer a razão comunicativa na ação de sujeitos que entendem o suicídio como um problema público e oferecem soluções para além de um agir instrumental, focalizado no tratamento de crises. Dialoga-se, neste sentido, com os pressupostos da Teoria do Agir Comunicativo, do filósofo alemão Jürgen Habermas, que oferece às ciências sociais uma teoria da comunicação para enfrentar o que chamou de colonização do mundo da vida pela razão instrumental.

Articular a teoria habermasiana com a temática do suicídio é uma tarefa inédita no campo do Desenvolvimento Regional e um tanto desafiadora, se deflagrada com a complexidade do tema. O suicídio, entendido como fenômeno social, tem sido objeto de reflexões nos campos mais diversos, passando pela filosofia, geografia, medicina, psicologia, psicanálise, sociologia, teologia e, mais recentemente ensaiando reflexões no campo das políticas públicas. Estes diferentes campos do conhecimento disputam por protagonismo dentro da esfera pública, através de sujeitos que se afiliam a um ou a outro referencial teórico, e agem através dos atos de fala. Considerando o debate sobre prevenção do suicídio no Rio Grande do Sul, os principais discursos estão ligados aos campos da medicina-psiquiátrica, da farmacologia e da psicologia social.

Entretanto, a esfera pública que concentra o debate sobre prevenção do suicídio é menos homogênea do que se considerava *a priori*, sendo formada por atores de diferentes regiões do estado e com discursos singulares sobre as formas de “prevenir o suicídio”. Ademais, foram encontrados sujeitos com expertises variadas, alguns inclusive tendo desenvolvido, no âmbito da pós-graduação brasileira, arguições que são referenciadas por outros sujeitos dentro da esfera pública gaúcha. Assim, coube neste estudo a categorização dos discursos de maior influência, visando identificar a racionalidade que organiza as estratégias de prevenção do suicídio no território. Mais do que isso, encetou-se a tarefa de contrastar os discursos hegemônicos com os atos de falas de atores que participam, efetivamente, da construção de políticas públicas nas diferentes escalas do território, a fim de situar qual o sentido dado às estratégias de prevenção do suicídio.

Para isso, realizou-se uma série de entrevistas com sujeitos participantes do debate público a respeito da prevenção do suicídio no estado, após fases de identificação, mapeamento e contato com aqueles classificados como informantes-chave da pesquisa. Ao todo, foram realizadas 36 entrevistas, em um universo de pouco mais de 60 atores identificados, os quais estão ou estiveram em posições estratégicas dentro do debate público, em suas respectivas escalas do território.

Anterior a isso, foram realizadas as pesquisas bibliográfica, documental e exploratória, que formam a base teórica da tese e qualificam os processos de entrevistas, assim como outros levantamentos de dados primários e secundários, aliado às teses de crítica da razão instrumental, a partir do materialismo histórico-dialético, originárias da Escola de Frankfurt e, mais recentemente, aliado à crítica da razão neoliberal.

A opção do recorte territorial da pesquisa, realizada no contexto do Estado do Rio Grande do Sul, se justifica pela presença do tema na esfera pública, em especial entre trabalhadores das políticas de saúde mental. Há pelo menos duas décadas, o território reconhece este fenômeno como um “problema de saúde pública” e articula, a partir de suas instituições, as formas socialmente aceitas de ação para prevenir o suicídio, acompanhando as resoluções do Estado brasileiro sobre a temática, que se manteve tímido em relação ao tema, até meados da década de 2010. Nesse processo, o Brasil tornou-se signatário das principais estratégias globais de prevenção do suicídio, inclusive assumindo metas para criação de políticas públicas, qualificação de informações epidemiológicas, treinamento de profissionais e diminuição de 10% das mortes até 2030¹. Apesar disso e com poucas exceções de experiências locais e esporádicas, o país não reduziu o seu número de suicídios. Pelo contrário, se manteve no grupo de países com tendência de crescimento da taxa de suicídios, além de estar entre os com maior número de pessoas afastadas do trabalho devido a quadros de sofrimento psíquico. Soma-se a isso o aumento no número de brasileiros diagnosticados com depressão e ansiedade.

Desde a década de 1990, os óbitos causados por lesão autoprovocada – nomenclatura para registro de suicídios no Sistema de Informação sobre Mortalidade no banco de dados do Sistema Único de Saúde (SIM/DataSUS) – estão aumentando no Brasil, em uma tendência acelerada nos últimos anos. Seja pelo aperfeiçoamento dos dados, agilidade no diagnóstico de transtornos mentais ou pelo reconhecimento do fenômeno como um problema de saúde pública, o fato é que o Brasil projeta um crescimento gradual de suas mortes autoprovocadas em todas as suas regiões, com destaque para a região Sul, onde as taxas de suicídio já são o dobro da média nacional, diferentemente da tendência mundial, que na última década registrou, pela primeira vez, uma queda das taxas de mortalidade autoprovocada na maioria dos países membros da Organização Mundial da Saúde, sobretudo no continente Europeu e América do Norte. (OPAS, 2024; OMS, 2022; Franck; Monteiro, 2020).

Neste contexto, o Estado do Rio Grande do Sul se destaca por dois motivos principais: I) Por ser o território com a maior taxa de suicídios por 100 mil habitantes do Brasil, há mais de 40 anos, apresentando uma projeção de crescimento até o fim desta

¹ Metas estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022) e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (ODS, 2015), ambas compactuadas pelo Estado brasileiro.

década; e II) Por ter o maior acúmulo de experiências governamentais relacionadas à criação de políticas de prevenção do suicídio, tanto por meio do Estado, em suas diferentes escalas de gestão, como por instituições da Sociedade Civil, Universidades e Empresas. Estes dois fatores — contraditórios, porém interconectados — colocam a esfera pública gaúcha em evidência nacional no que diz respeito à formação discursiva sobre a problemática do suicídio e sua prevenção. De fato, as instituições formais ligadas ao tema são requisitadas por atores de outras regiões do Brasil para compartilhar experiências e, por vezes, auxiliar na construção de políticas de prevenção do suicídio. Ademais, o Rio Grande do Sul tem sido o cenário para estudos ligados ao tema, desde o início da década de 2000 (Botega, 2015; Meneghel *et al.*, 2004; Conte *et al.*, 2012).

Esta referência às instituições gaúchas, sobretudo no campo da saúde mental, se conecta aos processos históricos da Reforma Psiquiátrica e das Lutas Antimanicomiais no território, nas quais militantes do estado assumiram a vanguarda das mobilizações sociais e políticas que, mais tarde, resultaram na interdição de manicômios e na criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); dentro de uma tradição de defesa do tratamento digno aos pacientes com transtornos mentais — populações que, até hoje, sofrem com a exclusão social e o preconceito. As fontes bibliográficas trabalhadas nesta tese demonstram que no final na década de 1990, alguns destes militantes assumiram posições estratégicas na gestão do Estado, sob o Governo de Olívio Dutra (PT), com articulações entre movimentos sociais e Secretarias de Estado, a exemplo do Fórum Gaúcho de Saúde Mental² e, mais tarde, dos Fóruns Regionais de Saúde Mental.

A historicidade da prevenção do suicídio no território está na base dos recortes temporais e territoriais adotados nesta pesquisa para analisar os discursos sobre este fenômeno social, identificando em cada época o contexto socioterritorial, as instituições, e os atores participantes do debate público. Assim, estabeleceu-se um recorte temporal que envolve os primeiros debates sobre prevenção no âmbito nacional, ainda em 1990, até as mais recentes estratégias de prevenção do suicídio no Rio Grande do Sul. Não por acaso, a Região de Saúde com maior participação dentro do debate público sobre prevenção do suicídio é, também, aquela com maior incidência de suicídios, apresentando uma taxa de suicídios duas vezes maior que a média estadual e mais de três vezes superior

² O Fórum Gaúcho de Saúde Mental (FGSM), fundado em 1991, na cidade de Porto Alegre/RS, 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).

à média nacional. A região do Vale do Rio Pardo, que concentra pouco mais de 325.000 habitantes, é considerada uma das regiões de saúde com maior incidência de tentativas de suicídio do Brasil, e está entre as com maior taxa de mortalidade do Rio Grande do Sul.

Os motivos desta região de saúde registrar as maiores taxas de mortalidade por suicídio são, até o momento, inconclusivos. Estudos ligados à problemática já exploraram as relações com a cultura germânica, as formas de produção no campo, o uso de agrotóxicos, o contexto socioeconômico e até a história de vida das vítimas. Porém, não é possível afirmar o porquê, tampouco apontar para uma única causa. Sabe-se apenas, que a região produziu certa *expertise* sobre este fenômeno, mais do que outras regiões do estado, justamente por haver uma incidência que se destaca das demais. Por este motivo, parte dos informantes-chaves da pesquisa são da região do Vale do Rio Pardo, sendo em sua maioria trabalhadores de políticas de saúde mental – alguns, inclusive, participantes ativos na construção de estratégias focalizadas na prevenção do suicídio.

Ainda assim, analisar o conjunto de experiências ligadas à problemática, mesmo em um recorte territorial específico, não garante a identificação da influência da racionalidade neoliberal na elaboração destas estratégias. Para isso, é necessário contemplar a materialidade das políticas públicas no território e, ao mesmo tempo, identificar as particularidades de cada ação no contexto em que ocorre. Além disso, é necessário relacionar a materialidade dessas políticas com o movimento histórico da intervenção do Estado, resgatando as estruturas de oportunidades políticas em cada período, o que envolve discussões sobre estruturas de poder, ação coletiva e mobilização. Nesse intuito, o recorte temporal buscou abarcar as principais mudanças na percepção do fenômeno dentro da esfera pública gaúcha, passando de um ato estritamente privado (que diz respeito apenas ao sujeito), para um ato que impacta a sociedade (solicitando a ação do Estado).

Cabe destacar, que os atos de fala de atores e instituições, ao serem organizados em discursos e enunciados, nos permitem a identificação do sentido da ação e, sobretudo, da racionalidade, que mobiliza os sujeitos dentro da esfera pública. Nessa perspectiva, espera-se não apenas identificar o tipo de agir predominante nas estratégias de prevenção do suicídio, mas destacar os atos de fala capazes de transformar as experiências locais e regionais em conteúdo para um agir comunicativo.

A aproximação da teoria habermasiana com os Estudos Regionais tende a oportunizar uma reflexão sobre a influência da racionalidade neoliberal nos territórios, identificando quais os elementos que corroboram a tese de colonização do mundo da vida, e quais, pelo contrário, reafirmam uma identidade territorial capaz de resistir à lógica instrumental do neoliberalismo e construir formas alternativas de ação social.

Ao optar por um tema repleto de incompreensões, como é o caso do suicídio e sua prevenção, em um território que se destaca pela influência no debate público a respeito deste fenômeno, como é o caso do Rio Grande do Sul, acredita-se que os resultados desta tese contribuirão para a definição do fenômeno como um problema socioterritorial, não apenas no território analisado, mas no campo das ciências sociais como um todo. Além disso, compreende-se que os procedimentos metodológicos adotados na pesquisa são úteis a outros campos de análise, podendo ser adaptados a temáticas de pesquisa que observem problemas sociais ainda pouco reconhecidos e/ou negligenciados, auxiliando na identificação dos sentidos para a ação de atores e instituições no território.

Enfatiza-se, que é no território que a racionalidade é posta em movimento, revelando as contradições e as potencialidades do sistema que organiza o mundo da vida, do trabalho, da política e das interações sociais. O território assume lugar determinante na análise da ação social, sobretudo por sua relação com a construção da esfera pública, que se modifica mediante tensões entre interesses antagônicos. A categoria território permite considerar a totalidade dos fenômenos em seu movimento dialético, identificando, com isso, as particularidades do *regional* frente às determinações do *global*, nas estratégias para redução da mortalidade por suicídio no Rio Grande do Sul.

Cabe ressaltar que neste estudo não se analisou os determinantes sociais capazes de causar sofrimento social ou que indiquem relação direta com as taxas de ideação suicida, apesar de se entender que as características locais de cada território são elementos basilares para a compreensão e análise deste fenômeno social, pois a própria incidência de suicídios se manifesta de forma distinta entre regiões, mesmo naquelas que mantêm similaridades em sua formação sócio-histórica. Além disso, os sofrimentos sociais são sensíveis às mudanças conjunturais, porém sua manifestação na realidade é condicionada pelo contexto particular dos sujeitos. Assim, compreende-se que o suicídio mantém seu caráter singular na subjetividade do indivíduo, sem perder seu caráter universal na relação entre o fenômeno e as diferentes escalas do território.

É neste sentido, e sob uma abordagem crítica das ciências sociais, que se realizou uma pesquisa qualitativa e de caráter empírico, pois baseia suas conclusões nos discursos e contextos extraídos da realidade social, analisada à luz do referencial teórico adotado, visando estimular o debate no campo do Desenvolvimento Regional a respeito das repercussões dos modelos de “desenvolvimento” na produção de sofrimentos sociais. O objetivo principal da pesquisa foi identificar a influência da racionalidade neoliberal nos discursos de sujeitos participantes do debate público a respeito da prevenção do suicídio, a fim de analisar como o neoliberalismo influencia os atos de fala de atores e instituições dentro da esfera pública do Rio Grande do Sul.

A apresentação desta tese está estruturada em cinco capítulos, considerando esta introdução como o primeiro. Como subtítulo desta introdução, apresenta-se a metodologia da pesquisa, as categorias extraídas do método de abordagem habermasiano, as etapas do processo de levantamento e sistematização dos dados e os procedimentos da análise de discurso aplicado às entrevistas semiestruturadas.

O segundo capítulo é dedicado ao debate teórico, iniciando com a discussão sobre o mal-estar social no capitalismo, seguindo pela reflexão sobre a hegemonia da racionalidade neoliberal na atualidade. Segue-se refletindo sobre os sofrimentos sociais no contexto do neoliberalismo, com ênfase em duas problemáticas: I) As formas reconhecidas de sofrimento social e psíquico no século XXI; e II) A gestão dos sofrimentos psíquicos a partir da racionalidade neoliberal. Este capítulo ainda traz uma crítica à razão instrumental do Estado no trabalho em saúde mental, o que inclui a visão reducionista das análises epidemiológicas sobre o fenômeno do suicídio. Encerra-se o capítulo com a análise socioterritorial do suicídio no território, a partir de indicadores sociais e de saúde e observação da taxa social de suicídio entre 2010 e 2024.

O capítulo três está voltado à análise histórica das políticas de prevenção do suicídio no Brasil e no Rio Grande do Sul e se organiza em duas partes principais. Inicia-se com a crítica ao contexto neoliberal brasileiro e seu impacto nas políticas públicas. Avança-se para a discussão sobre a agenda de políticas públicas ligadas à prevenção do suicídio, apresentando uma linha do tempo atualizada das principais iniciativas do Estado brasileiro, destacando o baixo investimento público em ações de saúde mental. Encerra-se a primeira parte do capítulo com a reflexão sobre os protocolos criados e/ou incorporados pelo Estado ao longo das últimas décadas, ressaltando as formas de

atendimento de casos de ideação suicida e as normas estabelecidas para as instituições e agentes públicos. Na segunda parte, apresenta-se as estratégias de prevenção do estado gaúcho, desenvolvidas desde a década de 1990 até as mais recentes. Faz-se um breve debate sobre a influência da campanha “Setembro Amarelo” na esfera pública gaúcha e a apresentação de seus principais articuladores. Em seguida, apresenta-se uma reflexão empírica sobre a criação de Comitês de Prevenção do Suicídio, demonstrando o pioneirismo do território nesta construção, e refletindo sobre a centralização do debate público em espaços formais e/ou governamentais. Conclui-se o terceiro capítulo com a análise das principais propostas contidas no Plano Estadual de Valorização da Vida e Prevenção do Suicídio do Rio Grande do Sul (2022-2025).

No quarto capítulo se concentra a maior parte dos resultados do trabalho de campo e do produto das entrevistas semiestruturadas realizadas com informantes-chaves. Inicia-se argumentando que o suicídio se configura como um problema socioterritorial no Estado, resultando na formação de uma esfera pública de “especialistas” sobre o tema. Os atores e as instituições com maior relevância no debate público são apresentados de forma genérica, preservando a identidade dos sujeitos que, voluntariamente, participaram da pesquisa. Na sequência, são apresentados os resultados da análise de discurso, bem como das ações institucionais ligadas à prevenção do suicídio, como a publicação de portarias, normas, resoluções e campanhas de informação. Em seguida, enfatiza-se o sentido dado à prevenção do suicídio no território gaúcho, a partir da análise dos discursos de profissionais de saúde mental e gestores de políticas públicas, tanto em âmbito estadual quanto regional e municipal. O capítulo é finalizado com uma reflexão sobre os desafios impostos pela racionalidade neoliberal à criação de formas alternativas de prevenção.

Por fim, no quinto capítulo, apresenta-se uma crítica à razão instrumental na produção de respostas ao suicídio. Argumenta-se que a promoção de bem-estar social é um dos caminhos para a realização da saúde mental e que o território é um ativo para a redução dos casos de ideação suicida. Considera-se a experiência gaúcha como uma referência para outras regiões do Brasil, que tende a servir de exemplo para a organização do trabalho de prevenção em territórios que, como o Rio Grande do Sul, reconheçam o fenômeno como um problema socioterritorial. Ao final, apresenta-se uma alternativa à *clínica do suicídio*, a partir da incorporação do agir comunicativo no atendimento de sujeitos com ideação suicida. Trata-se, esta última, de uma proposta de agenda de pesquisa sobre um dos fenômenos sociais mais desconcertantes da atualidade.

1.1 Metodologia

O filósofo e educador brasileiro Paulo Freire, em obra dirigida a futuros professores, destaca a necessidade do estudo crítico para a prática cotidiana, como forma de alcançar o verdadeiro conhecimento sobre um tema ou problema. Freire nomeia de “curiosidade ingênua” a busca por conhecimento sem rigor metodológico, comparando-a ao próprio senso comum. Em contraponto, a “curiosidade epistemológica” é o movimento de crítica ao próprio pensamento, capaz de transformar a curiosidade em um processo de evolução contínua do saber (Freire, 1996).

A teoria habermasiana – anteposta como abordagem metodológica da pesquisa – fundamenta-se, sobretudo, na crítica à razão instrumental, negando a existência de uma “racionalidade patológica”, na qual o pensamento tenderia a agir estrategicamente em todas as situações do mundo da vida. Habermas demonstra que existem diferentes sentidos para a razão focalizada em resultados, guiada pelo cálculo e útil em situações que exijam decisões práticas e lógicas; e outra, sustentada pela validação do melhor argumento, através do diálogo e busca por entendimento. Porém, apesar da razão circular por estes dois polos – a razão instrumental e a razão comunicativa – existe, na contemporaneidade, um fenômeno que o filósofo chamou de “colonização do mundo da vida”, marcada pela incorporação de normas econômicas, jurídicas e políticas no cotidiano das relações sociais (Habermas, 2012, v.2). A ideia de colonização da razão foi o caminho teórico encontrado para discutir a influência da racionalidade neoliberal na produção de respostas ao suicídio. Como hipótese inicial, considerou-se que o neoliberalismo encontrou aberturas no campo da saúde mental, instruindo normas sociais estritamente instrumentais, com pouca margem para outras formas de agir.

Sabe-se, porém, que as normas sociais não são imutáveis, assim como a racionalidade manifestada por elas, pois o contexto social determina sua validade a partir do território – o que nos impede de considerar uma racionalidade, apenas; mas, sim, racionalidades distintas e conflitantes, que se manifestam em discursos e atos de fala, construídos através de argumentos e enunciados (Habermas, 2012; 2020). É através da argumentação que os sujeitos produzem sentidos à realidade e aos problemas sociais que vivenciam, em um processo de construção simbólica de significados, que podem ser compartilhados através da linguagem, e serem incorporados pela cultura e pela política, mediante a aceitabilidade racional dos argumentos (Habermas, 2014).

Nesse sentido, buscou-se uma abordagem metodológica que envolvesse o conjunto de dados em um processo crítico de análise, e não apenas a validação/negação de hipóteses. Optou-se pelo uso da análise de discurso de tradição francesa, por sua ligação com a Teoria Crítica e inspiração na obra do filósofo francês Michel Pêcheux (1938-1983), que oferece uma interpretação materialista e histórica sobre os sentidos manifestados pela linguagem. Considerando o objetivo de analisar como a racionalidade neoliberal condiciona os discursos e ações de atores e instituições, foi necessário unir o modelo pecheutiano a uma teoria crítica da linguagem. Nisto se deu a união do pensamento de Jürgen Habermas e as categorias de análise de Michel Pêcheux.

A Análise Automática do Discurso (AAD), como ficou conhecida, é uma prática de interpretação de narrativas, que não considera o sentido a partir da soma de enunciados, mas a partir do contexto, da ideologia e da intencionalidade do discurso. Pêcheux explica que “a instância ideológica existe sob a forma de *formações ideológicas* (referidas aos aparelhos ideológicos de Estado) que, ao mesmo tempo, possuem um caráter ‘regional’ e comportam posições de classe” (2014, p. 132, grifo do autor). Em outras palavras, não é apenas a história de vida do sujeito que determina seu discurso, mas o lugar que ocupa na sociedade e para quem aquele discurso é dirigido.

Assim, estabeleceram-se, *a priori* e conforme o instrumental da AAD, cinco categorias para organizar os dados da pesquisa, conforme o Quadro 1:

Quadro 1. Categorias da Análise de Discurso aplicada à pesquisa

Categoria do Discurso		Análise do Discurso
SUJEITO	<i>Quem são os sujeitos do discurso?</i>	Identificar as funções, qualificações, vínculo e influência na Esfera Pública.
PÚBLICO-ALVO	<i>Para quem o discurso é direcionado?</i>	Observar a intencionalidade do discurso e qual a posição dos argumentos dentro da Esfera Pública.
NORMA SOCIAL	<i>Como o discurso é organizado em enunciados?</i>	Analisar as palavras, terminologias e enunciados, identificando os termos predominantes.
CONTEXTO SÓCIO-HISTÓRICO	<i>Qual o contexto do discurso?</i>	Considerar as determinações socioterritoriais em que o discurso é produzido, seu lugar e momento.
IDEOLOGIA	<i>Qual o sentido do discurso?</i>	Analisar a formação discursiva dos enunciados, seus principais argumentos e interdiscursos.

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de Pêcheux (2008).

Entende-se, segundo a AAD, que todo discurso está atrelado a um discurso anterior, de forma que a validação de seus enunciados esteja condicionada à compreensão de seus sentidos. A força de um discurso está na aceitabilidade dos argumentos, que deverão encontrar respaldo em discursos anteriores, adquiridos (mesmo que inconscientemente) pelo enunciador. Em outras palavras, para o discurso fazer sentido ao seu público-alvo, o enunciador deve utilizar argumentos validados anteriormente, a fim de conectar falante e ouvinte (Pêcheux, 2008; Orlandi, 2007).

[...] o sentido é sempre uma palavra, uma expressão ou uma proposição por uma outra palavra, uma outra expressão proposição; e é por esse relacionamento, essa superposição, essa transferência (metáfora), que elementos significantes passam a se confrontar, de modo que se revestem de um sentido. (Orlandi, 2007, p. 44).

A partir destes pressupostos, compreende-se que a formação discursiva dos informantes-chave da pesquisa, observada através de entrevistas semiestruturadas, estão carregadas de sentidos, o que envolve a intencionalidade do ato de fala, os pressupostos normativos da língua e o “interdiscurso”, que produz a aceitabilidade dos argumentos.

Assim, ao analisar o conteúdo das entrevistas a partir do instrumental da análise de discurso, foi possível identificar os sentidos que a racionalidade impõe aos atos de fala dos atores e instituições envolvidos com a problemática da prevenção do suicídio, e, com isso, perceber qual a razão que fundamenta os atos de fala. Ademais, a análise de discurso possibilitou extrair das falas dos/as entrevistados/as os interdiscursos de maior referência a respeito da ideia de “prevenção do suicídio”, indicando quais os argumentos que se destacam e quais são ignorados dentro do debate público.

1.2 Procedimentos de coleta, sistematização e análise dos dados

A coleta dos dados se fez em três fases, iniciando com as pesquisas bibliográfica e documental. Nesta etapa foram analisadas as principais referências teóricas sobre a temática de prevenção do suicídio no Rio Grande do Sul, com destaque para publicações científicas produzidas no território. A pesquisa documental priorizou as normas sociais expedidas no Diário Oficial do Estado, como Leis, Decretos, Portarias, Normativas, Protocolos e Resoluções despachadas pelo Estado gaúcho ou por suas Instituições subsidiárias, que tenham como objeto a prevenção do suicídio. O recorte temporal foi entre 1990, com as primeiras publicações sobre o tema, até setembro de 2024.

A segunda fase dedicou-se ao levantamento de dados secundários relativos à problemática do suicídio no Rio Grande do Sul, através de pesquisa exploratória, visando traduzir a realidade do fenômeno ao longo do tempo, a partir dos seguintes indicadores: a) Número de mortes autoprovocadas e tentativas de suicídio registradas no Sistema de Informação sobre Mortalidade do Sistema Único de Saúde (SIM/DataSUS); b) Boletins epidemiológicos produzidos por Instituições de Estado sobre a incidência de suicídios nas regiões de saúde; e c) Indicadores sociais categorizados pelo SIM/DataSUS sobre as mortes autoprovocadas no Estado, como idade, cor/raça, sexo, escolaridade e estado civil. Estes dados foram obtidos em bancos de dados oficiais do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, ambos de acesso livre.

Na terceira fase da pesquisa, realizaram-se as entrevistas semiestruturadas com atores sociais de referência, em diferentes escalas do território (municipal, regional e estadual). Estes atores foram selecionados seguindo três critérios: I) Atores sociais participantes da construção de políticas de prevenção do suicídio no Estado do Rio Grande do Sul, na condição de representantes governamentais, de classe e/ou da sociedade civil; II) Trabalhadores da política de saúde mental do SUS, com participação efetiva em espaços de governança e/ou controle social que discutam a problemática do suicídio em âmbito estadual, regional ou municipal; e III) Representantes de instituições públicas e privadas que operem campanhas de prevenção do suicídio no Estado ou em suas regiões de saúde. Destaca-se, que a realização desta fase respeitou os critérios de sigilo e segurança dos dados, tendo iniciado após parecer favorável dos Comitês de Ética em Pesquisa – CEP/UNISC e CEPS/ESP/SES-RS.

A seleção de atores baseou-se em estudo exploratório, a partir da inserção profissional do pesquisador responsável em ações de prevenção do suicídio na região do Vale do Rio Pardo, além de sua participação profissional em comitês ligados à problemática³. A escolha dos informantes-chave respeitou a disponibilidade e restrições profissionais de cada sujeito, considerando que a maioria exerce funções públicas ligadas ao tema, sendo necessário tomar medidas para garantir o sigilo da identidade dos participantes, como o uso do pseudônimo “Entrevistado 1... 2... 3...”. Os contatos foram

³ Durante o período de elaboração da pesquisa, o autor esteve como membro do Comitê Municipal de Prevenção ao Suicídio de Santa Cruz do Sul, entre 2017 e 2023 e do Comitê Municipal de Prevenção dos Suicídios de Venâncio Aires, desde 2024, além de participar, na condição de convidado, em reuniões do Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio do Rio Grande do Sul, entre 2022 e 2024.

realizados através de e-mail institucional, devidamente identificado e com informações básicas sobre o projeto de pesquisa, instituição proponente, pesquisador responsável e do programa de pós-graduação ao qual está vinculado. No levantamento dos possíveis informantes-chave foram selecionados 60 nomes de maior influência, considerando especialmente os representantes em espaços de construção de políticas públicas. Destes, 43 responderam ao convite, se disponibilizando a participar ou indicando outros nomes; seis não ofereceram data compatível em suas agendas e apenas um se negou a conceder entrevista. Ao todo, foram realizadas 36 entrevistas semiestruturadas, sendo 16 presencialmente, 19 através de videochamada e uma que optou por participar por escrito, respondendo às questões apresentadas. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas em local seguro, sigiloso e com garantia de privacidade do/a participante, com dia e horário agendado previamente e duração média de 45 minutos, independente da modalidade (presencial ou virtual). Ademais, todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e armazenadas em local protegido.

Durante a realização das entrevistas, buscou-se identificar palavras-chave dentro dos discursos dos entrevistados, registradas pelo entrevistador em planilhas que, posteriormente, serviram para medir a frequência do uso de certos termos. No mesmo sentido, buscou-se identificar no conteúdo transcrito, os argumentos que mais vezes foram utilizados pelos atores sociais. Esta técnica não é contemplada pela análise de discurso, porém serviu para identificar racionalidades contra-hegemônicas em relação do suicídio e sua prevenção. A identificação dos argumentos considerou o contexto sócio-histórico no qual o discurso foi produzido, entre outras variáveis, inclusive a identificação da ideologia manifestada nos enunciados. Ressalta-se, que a “ideologia” e o “sentido” envolvem determinações objetivas e subjetivas do sujeito que produz o discurso, compreendendo que aquele que fala é, antes de um meio abstrato de enunciação de ideias, um sujeito, com uma formação ideológica particular e condicionado ao contexto socioterritorial (Pêcheux, 1997).

A fim de sintetizar as etapas da pesquisa, apresenta-se o Quadro 2, que destaca os procedimentos e as fontes de dados utilizados em cada fase do estudo.

Quadro 2. Síntese das etapas, procedimentos e fontes de dados da pesquisa

Etapas da Pesquisa	Procedimentos	Fontes de Dados
Pesquisa Bibliográfica	Leitura e fichamento das principais referências teóricas do campo da prevenção do suicídio no território.	SciELO, Science Research, Google Scholar e Repositórios universitários.
Pesquisa Documental	Levantamento das Leis, Decretos, Portarias, Normativas e Resoluções do Diário Oficial do Rio Grande do Sul.	Diário Oficial do Estado e fontes oficiais do Poder Executivo e Legislativo.
Pesquisa Exploratória	Identificação de informantes-chave envolvidos com políticas de prevenção do suicídio no território gaúcho.	Estrutura administrativa da Secretaria de Saúde do Estado e dos municípios.
Pesquisa de Campo	Coleta de dados secundários sobre mortes autoprovocadas no Rio Grande do Sul e suas regiões de saúde.	DataSUS/TABNet; DGTI-RS/Portal BI Saúde e Boletins Epidemiológicos.
	Identificação das campanhas de prevenção do suicídio realizadas por instituições públicas e privadas.	Sites oficiais da Secretaria de Saúde do Estado e instituições subsidiárias.
	Levantamento de espaços de discussão e construção de políticas públicas de prevenção do suicídio no RS.	Informantes-chave; Diário de Campo; Sites oficiais de governos municipais.
Entrevistas Semiestruturadas	Realização de contato e entrevista com informantes-chave, identificados pela pesquisa exploratória.	Conteúdo das transcrições das entrevistas; Diário de Campo.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

A sistematização destas etapas corresponde ao que Minayo (1994) chama de “ciclo da pesquisa”, considerando cada fase da pesquisa como complementar a outra, em um processo que não termina em si, mas “provoca mais questões para aprofundamento posterior” (Minayo, 1994, p. 27). Lembra-se, ainda, que a pesquisa qualitativa trabalha com um “sistema de relações”, que visa envolver tanto as determinações do contexto social, quanto as subjetividades da ação humana (Minayo, 1994; Gil, 1989).

Por fim, chama-se a atenção para o Quadro 3, que apresenta a estrutura metodológica de forma esquematizada, destacando os objetivos específicos, instrumentos de análise e as questões norteadoras que guiaram a execução da pesquisa. Uma versão deste quadro acompanhou o autor ao longo de todo processo de planejamento e execução da pesquisa, na tentativa de manter certo rigor metodológico, alimentado pela *curiosidade epistemológica* sobre como a racionalidade neoliberal articula sua hegemonia através das estratégias de prevenção do suicídio no território.

Quadro 3. Quadro-síntese dos objetivos e procedimentos de coleta e análise dos dados da pesquisa

Objetivo Específico	Objeto de Análise	Instrumentos de Pesquisa	Categorias	Questionamentos / Roteiro de Entrevista
<i>I. Investigar a construção de uma agenda de políticas públicas no Rio Grande do Sul</i>	Contexto Socioterritorial	Análise Documental	<ul style="list-style-type: none"> ● O neoliberalismo no contexto brasileiro; ● Governos eleitos e conjuntura política; ● A construção de uma agenda neoliberal no RS. 	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Quais políticas públicas seguem o receituário neoliberal e em quais condições políticas foram implementadas no território?</i> ● <i>Como a agenda neoliberal influenciou os governos gaúchos?</i>
			<ul style="list-style-type: none"> ● Estratégias de prevenção do suicídio; ● Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio. 	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Qual o contexto da implementação das políticas de prevenção do suicídio no Brasil?</i>
			<ul style="list-style-type: none"> ● Governos Nacionais (de Lula a Bolsonaro); ● Governos Estaduais (de Yeda a Eduardo). 	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Que influência exercem os governos (federal, estaduais e municipais) para criação de políticas de prevenção do suicídio?</i>
<i>II. Analisar o sentido das estratégias governamentais e não-governamentais de prevenção do suicídio.</i>	Dados Secundários	Levantamento de Dados	<ul style="list-style-type: none"> ● Sistemas de Informação do SUS; ● Mortalidade autoprovocada por 100 mil habitantes no país, estado e municípios. 	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Quais são e como se relacionam os indicadores sociais e de saúde com a taxa social de suicídios no Brasil? Os instrumentos são adequados para estabelecer correlações entre os indicadores?</i>
	Dados Primários	Entrevista Semiestruturada	<ul style="list-style-type: none"> ● Comitês e Grupos de Trabalho do estado e municipais ligados à temática do suicídio; ● O lugar da Sociedade Civil na construção de estratégias de prevenção do suicídio. 	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Como são definidos os representantes que integram o Comitê Estadual e os Comitês Municipais de prevenção do suicídio?</i> ● <i>Na sua opinião, o que deveria ser feito em relação à prevenção do suicídio no RS e qual deveria ser a prioridade?</i>
	Produção acadêmica	Revisão Bibliográfica	<ul style="list-style-type: none"> ● Estudo da Arte sobre “prevenção do suicídio”; ● Metodologias predominantes nas ações de prevenção do suicídio no Brasil e no Estado. 	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Quais as pesquisas de maior relevância no campo da saúde mental e das ciências sociais, a respeito da prevenção do suicídio?</i> ● <i>O que significa considerar o suicídio como um problema de saúde pública? Qual base teórica sustenta esta compreensão?</i>
<i>III. Caracterizar a influência da racionalidade neoliberal no agir de Atores e Instituições.</i>	Racionalidade neoliberal	Análise Crítica da Literatura	<ul style="list-style-type: none"> ● Hegemonia da razão neoliberal no século XXI; ● A racionalidade neoliberal no mundo da vida. 	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Pode-se considerar a racionalidade neoliberal como hegemônica?</i> ● <i>Como a racionalidade neoliberal afeta os territórios?</i>
	Abordagem metodológica	Teoria do Agir Comunicativo	<ul style="list-style-type: none"> ● Razão Instrumental e Agir Estratégica; ● Pretensão de validade dos Atos de Fala. 	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>O que diferencia a razão instrumental da razão estratégica?</i> ● <i>Que categorias a TAC oferece para analisar os atos de fala?</i>
	Estratégias de Prevenção do Suicídio no RS	Entrevista Semiestruturada	<ul style="list-style-type: none"> ● Membros atuantes do Comitê Estadual e Comitês Municipais de Prevenção do Suicídio; ● Coordenadores regionais de saúde mental. 	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Quem são e como agem os membros dos comitês de prevenção do suicídio no Estado, nas diferentes escalas territoriais?</i> ● <i>As CRS assumem um lugar de destaque na prevenção do suicídio?</i>
<i>IV. Analisar os discursos de Atores e Instituições a respeito da prevenção do suicídio no RS.</i>	Conteúdo das entrevistas	Análise de Discurso	<ul style="list-style-type: none"> ● Contexto, linguagem e discurso; ● Argumentos frequentes e/ou concomitantes; ● Formação discursiva e ideologia dos discursos. 	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Como os atores organizam seus argumentos a partir de pressupostos de validade, segundo o contexto do discurso?</i> ● <i>Por que você decidiu desenvolver ações de prevenção do suicídio?</i>
	Decretos, Leis, Portarias e Resoluções		<ul style="list-style-type: none"> ● A Esfera Pública ligada à prevenção do suicídio; ● As campanhas de prevenção no território. 	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Quais os sentidos do fenômeno do suicídio e sua prevenção no RS?</i> ● <i>Quais as portarias, leis, decretos, normativas e regimentos publicados pelo Estado do RS em relação ao tema?</i>

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

2. A RACIONALIDADE NEOLIBERAL E O SOFRIMENTO SOCIAL

“A racionalidade que estamos testemunhando no mundo atual não é apenas social e econômica, ela reside, também, no território.”

(Santos, 1999, p. 122).

O senso comum nos leva a perceber a razão instrumental como positiva, algo que a humanidade aperfeiçoou para resolver os problemas do dia a dia, e que, por excelência, se tornou a razão que organiza as sociedades e as economias, cada vez mais complexas. A função da razão na organização de sistemas sociais serviu e serve para o desenvolvimento de inúmeras capacidades humanas, especialmente na transformação da natureza, na criação de ferramentas, na distribuição de mercadorias e no aperfeiçoamento dos sistemas de comunicações, o que sem uma racionalidade instrumental seria impossível nas proporções de hoje. Se existimos hoje como uma comunidade global, muito se deve às capacidades da razão prática em aproveitar os recursos dos territórios para propor soluções aos problemas da humanidade.

E quando a racionalidade é a causa desses problemas? A crítica à razão instrumental tem se empenhado em expor as limitações da razão ao desenvolvimento das capacidades humanas, demonstrando que certas situações do mundo da vida exigem uma racionalidade não condicionada ao cálculo *gerencialista*, mas que permita tomar decisões sem que haja a pretensão de um resultado positivo, ou que seja vista como um meio para um fim. Ao reduzir a razão ao cálculo, perde-se uma parte importante da experiência humana: a de aprender com nossas frustrações e dar sentido às experiências negativas do mundo da vida.

O sociólogo francês Vincent de Gaulejac, no livro *Gestão como doença social* (2007), defende que a experiência humana é um fim em si mesmo e não pode ser considerada como um meio; como algo que *serve* a determinado fim. Somente as *coisas* podem ser vistas dessa maneira e, por isso, somente elas podem ser objeto da gestão. Para o sociólogo, a ideia de *gestão de pessoas e recursos humanos* são desvios que a razão prática – a qual o autor nomeia como “razão gerencialista” – trouxe para o mundo da vida e, de forma insistente, tenta dar sentido a um “sistema de organização do poder” (Gaulejac, 2007, p. 36). Organizar o poder significa que, quando pensamos nos sujeitos a

partir da razão prática, pouco importa se suas experiências são boas ou ruins se uma situação causa bem-estar ou sofrimento é irrelevante ao pensamento gerencialista, pois o objeto de sua ação não tem relação com pessoas, mas com resultados. Ao desfocar o sentido que as experiências (boas ou más) trazem à consciência, cria-se uma razão limitada à resolução de problemas que o território é capaz de identificar. Em uma palavra, perde-se o sentido que o território atribui aos fenômenos sociais, por uma promessa de resolução ágil, eficaz e prática de problemas.

[...] assistimos a uma industrialização do trabalho social, o que faz com que os critérios da atividade instrumental penetrem também em outros domínios da existência (urbanização do modo de vida, tecnicização das trocas e das comunicações). Nos dois casos, o que se vai impondo é um tipo de atividade racional com respeito a um fim (Zweck-rational): em um, refere-se à **organização de certos meios**; em outro, trata-se da **escolha entre os termos de uma alternativa**" (Habermas, 1973, p. 3 *apud* Santos, 1999, grifo meu).

A reflexão que M. Santos resgata para discutir a generalização de uma razão prática demonstra como o debate proposto por J. Habermas, a respeito da colonização do mundo da vida pela razão instrumental, encontra ressonância nos estudos sobre territórios e regiões. Ressalta-se que ambos os pensadores consideram que este fenômeno (generalização, para Santos; e colonização para Habermas) não ocorre de forma homogênea no território, mas sua manifestação se dá, primeiramente, nos lugares onde o espaço necessita de um fluxo maior de informações para manter seu funcionamento, considerando não apenas seu tempo, mas o tempo do outro, dentro de uma dinâmica globalizada de troca de informações. Em regiões interioranas, por exemplo, a necessidade da razão instrumental é menor, pois o cotidiano exige menos informações e permite a vivência de um tempo próprio, condicionado ao meio e não a expectativas, em comparação a outros territórios. Já nos centros urbanos, onde o fluxo de informações é mais complexo e as relações de comércio extrapolam o território, a racionalidade prática torna-se indispensável para o funcionamento das atividades econômicas e, até mesmo, para que haja oportunidades de relação social entre pessoas geograficamente distantes. Em suma, os processos de urbanização que exigem uma racionalidade instrumental para o seu desenvolvimento fortalecem a razão prática como razão hegemônica, enquanto territórios menos complexos oportunizam uma racionalidade alternativa, capaz de tornar-se anti-hegemônica, à medida que a razão se traduz em sentidos da realidade social.

Nesse contexto, compreender a influência da racionalidade na organização dos territórios é vital para identificar os limites da razão para o reconhecimento de fenômenos locais e regionais. Mais do que isso, é necessário a todo processo de planejamento territorial considerar os sentidos que o território atribui aos fenômenos sociais. No entanto, esta compreensão vem enfrentando um novo tipo de visão de mundo, apoiada na razão instrumental e que, de forma acelerada, estimula a desassociação de sentidos dos territórios e, mais diretamente, cria as condições para o aumento do sofrimento social – trata-se da racionalidade neoliberal.

O debate contemporâneo sobre o desenvolvimento do capitalismo e suas implicações na organização dos territórios perpassa, regularmente, o debate sobre o neoliberalismo. Este projeto de desenvolvimento, que surge como tendência mundial a partir da década de 1970, impõe sua racionalidade por meio da promoção do agir instrumental no âmbito privado, influenciando as relações do mundo da vida e guiando as ações humanas estrategicamente focadas na obtenção de resultados. A razão neoliberal visa traduzir a racionalidade instrumental em termos aplicáveis a todos os campos da vida, impregnando o imaginário e a compreensão da realidade dos sujeitos, que em pouco tempo determina sua própria relação com o mundo. Mais do que isso, a racionalidade neoliberal procura “enquadrar todas as ações humanas no domínio do mercado” (Harvey, 2005, p. 6), e com isso relacionar as experiências e seus sentidos aos preceitos econômicos de produtividade, lucratividade e investimento. Em síntese, a razão neoliberal defende que as relações e desejos humanos devem responder à otimização do tempo, ou seja, ao aproveitamento máximo das capacidades do sujeito, segundo um espírito empreendedor e competitivo, gerenciados para que o sujeito esteja em constante processo de *desenvolvimento pessoal*. (Harvey, 2005; Dardot; Laval, 2016)

Em suma, **o neoliberalismo se tornou hegemônico como modalidade de discurso** e passou a afetar tão amplamente os modos de pensamento que se incorporou às maneiras cotidianas de muitas pessoas interpretarem, viverem e compreenderem o mundo. [...] nossas sensações e nossos instintos, nossos valores e nossos desejos, assim como as possibilidades inerentes ao mundo social que habitamos. (Harvey, 2005, p.7-8, grifo meu).

Nesse sentido, o neoliberalismo é mais que um projeto de desenvolvimento econômico; é, de fato, um projeto de “engenharia social” que visa introjetar na sociedade um tipo de racionalidade própria e inédita na história humana, marcada pela banalização

das subjetividades individuais e locais, e na elevação da teoria econômica para todos os âmbitos da vida, o que envolve tanto as relações sociais e privadas dos sujeitos, como dos governos, instituições e sociedade civil (Safatle, 2020).

Os filósofos franceses Pierre Dardot e Christian Laval, em “A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal” (2016), nomeiam a razão própria do neoliberalismo de “racionalidade de empresa”. Analisando as origens do pensamento neoliberal, os autores percebem uma transformação estrutural na forma como se planejam os territórios – não mais através da economia política, mas através da psicologia social e o uso intensivo da força do Estado. Tudo isso sobre uma roupagem modernizadora das relações sociais, que transformaram as relações de trabalho e promoveram o discurso de que os trabalhadores devem ser “o mais eficaz possível, mostrar-se inteiramente envolvido no trabalho, aperfeiçoar-se por uma aprendizagem contínua, aceitar a grande flexibilidade exigida pelas mudanças incessantes impostas pelo mercado” (Dardot; Laval, 2016, p. 358). Para os filósofos, a *racionalidade de empresa* é responsável pela autoexploração que os indivíduos assumem ao transferirem para o mundo da vida os preceitos da razão instrumental, sobretudo através da exaltação da competição como forma de sociabilidade, que se traduz no aumento do individualismo e na precarização dos laços de solidariedade (Kehl, 2009; Dardot; Laval; 2016; Fraser, 2018).

Um dos impactos do predomínio da racionalidade neoliberal está, entre outras formas, no crescimento do mal-estar social no século XXI, causado por um “intenso aumento das depressões sob o neoliberalismo” (Kehl, 2009, p. 39). Os indicadores de saúde mental demonstram que, a partir da década de 1970, houve um aumento expressivo dos sintomas depressivos nas populações, acompanhado pelo crescimento do número de afastamentos do trabalho por quadros de sofrimento psíquico (Kehl, 2009); e, posteriormente, a partir da década de 1990, evidenciou-se o aumento gradativo das mortes autoprovocadas e tentativas de suicídio no mundo (WHO, 1993; 1999). Estes fenômenos sociais advertem para a influência do modelo de desenvolvimento neoliberal na saúde mental das populações e dos territórios, sendo sua hegemonia global o indicador mais marcante do final do século XXI.

Contudo, é importante destacar que certos setores da economia se beneficiaram fortemente com o advento do neoliberalismo, inclusive com o aumento do sofrimento social causado por seus novos paradigmas no mundo do trabalho. As indústrias

farmacêuticas, por exemplo, alcançaram um lugar de destaque dentro da racionalidade neoliberal. Se antes o capitalismo limitava-se às condições materiais da força de trabalho e as suas necessidades básicas de sobrevivência e bem-estar, no neoliberalismo esses limites são alargados ao máximo, tendo como limite apenas a morte física ou psíquica dos trabalhadores. Considerando a gama de medicações desenvolvidas nas últimas duas décadas, capazes de estimular a produtividade, reduzir as horas de sono, inibir o apetite, e até mesmo, bloquear sentimentos de luto e depressão, a indústria farmacêutica se tornou um dos pilares do funcionamento do sistema neoliberal, que atualmente rege grande parte das sociedades ocidentais (Kehl, 2009; Safatle, 2020). Não por acaso, são as próprias empresas de medicamentos que hoje produzem e propagam os manuais diagnósticos que explicam e dão sentido aos “distúrbios mentais” contemporâneos. Isto porque, na lógica neoliberal, os sujeitos são responsáveis por sua adequação às exigências do mercado, de forma que aqueles considerados “incapacitados” para o trabalho devem buscar formas de adaptação, o que inclui o uso de medicações estimulantes, antidepressivas, entre outras. Atualmente, os transtornos mentais são a principal causa de incapacidade para o trabalho e o uso de drogas relacionadas ao sofrimento psíquico cresce a cada ano (OPAS, 2022).

Contudo, na medida em que os indicadores de saúde mental evidenciam a relação contraditória entre sofrimento psíquico e estrutura econômica, criam-se mecanismos para ocultar a relação entre a racionalidade neoliberal e o sofrimento social causado por sua ideologia (Safatle; Silva Junior; Dunker, 2020). Os entusiastas do neoliberalismo e seus articuladores como modelo hegemônico de desenvolvimento, perceberam que a relação *sofrimento e trabalho* deveria ser gerenciada, não mais como uma externalidade do projeto neoliberal, mas como sua parte integrante. Passou-se, assim, a administrar os sintomas de sofrimento social “em dose correta e de forma adequada” (Dunker, 2020, p. 181). O neoliberalismo rompe, a partir deste ponto, com qualquer limite à razão prática, introduzindo um novo modo de exploração dos corpos e mentes, buscando o monopólio dos sentidos sobre o sofrimento psíquico. Em uma palavra, a racionalidade neoliberal passou a ditar quais os tipos de sofrimento são aceitos ou não, aperfeiçoando seus mecanismos de controle e introduzindo a uma nova moralidade do sofrer.

Esta nova moralidade, que difere da razão clássica do liberalismo e que é característica do neoliberalismo, envolve um agir estritamente instrumental àquilo que, *via de regra*, é característico do mundo da vida — o sofrimento subjetivo. A racionalidade neoliberal no âmbito da saúde mental pode ser vista na transformação daqueles que

sofrem em consumidores assíduos de fármacos, ao tempo em que são transferidos para os indivíduos os custos de um sofrimento socialmente produzido. Além disso, este contexto beneficia instituições que reduzem o papel do Estado na promoção de saúde mental, transferindo para agentes de mercado a tarefa de produzir respostas para o aumento dos sofrimentos sociais (Kehl, 2009; Neves *et al.*, 2020). Neste sentido, a medicalização assume protagonismo no campo científico, em especial nas ciências da saúde, a partir da década de 1980, com a criação da “clínica dos transtornos” – mais tarde, transformada na clínica que busca o “aprimoramento de si” com o auxílio de fármacos (Neves *et al.*, 2020, p. 125). Destaca-se que os investimentos em pesquisas psiquiátricas vêm produzindo um novo paradigma, no qual espera-se mais do que a cura de sintomas depressivos ou a diminuição dos sofrimentos psíquicos. A ciência produzida neste campo visa a descoberta de novas formas de “ajustar (quimicamente) os comportamentos e emoções aos ritmos exigidos do sujeito neoliberal” (2020, p. 141). Atualmente, a oferta de estimulantes e a procura espontânea destes produtos demonstram a efetividade dos investimentos em campanhas de marketing destes medicamentos, que incluem o comissionamento de profissionais de saúde que incentivem o uso destes produtos. Os argumentos mobilizados por áreas como a Psiquiatria ou a Farmacologia, na defesa de uma “indústria do bem-estar”, demonstram a necessidade de crítica à racionalidade neoliberal, e em especial, à influência das instituições de pesquisa na produção de respostas sintéticas aos sofrimentos sociais orgânicos, tais como a depressão e a ideação suicida.

Todavia, destaca-se que mesmo havendo relações estatísticas entre o sofrimento psíquico e a morte autoprovocada (De Leo *et al.*, 2002; Fleischmann *et al.*, 2008; Bertolote, 2012), diversas pesquisas relacionadas ao tema partem de uma correlação entre distúrbio mental e suicídio sem relacionar o quadro clínico aos contextos socioterritoriais das vítimas (Barbosa; Macedo; Silveira, 2011). Entende-se que as mortes causadas por sofrimento psíquico não podem ser explicadas apenas por sua dimensão patológica, ou seja, pelo quadro diagnóstico que a vítima apresentava em seu momento de maior crise. É necessário a consideração sobre as causas do sofrimento dos sujeitos, o que frequentemente é negligenciado em estudos de escopo generalista.

No caso da ideação suicida, por exemplo, considera-se impreciso associar o intenso sofrimento vivenciado pelo sujeito no momento de uma tentativa de suicídio como um diagnóstico clínico genérico – pois, seu sofrimento é resultado de complexos arranjos sociais, culturais e históricos que, diante de situações de crise, perda ou exclusão

social, podem resultar no desejo pela própria morte. Ademais, a intenção de morte perpassa situações que podem ser consideradas como fatores “predisponentes” – aqueles que incidem sobre os sujeitos a mais tempo e que são as principais causas de seu sofrimento; e fatores “precipitantes” – os quais se avolumam em situações atípicas, estressoras ou de perda de referências subjetivas do sujeito (Botega, 2014). Ressalta-se que o ato suicida é uma ação consciente e intencional, na qual o sujeito opta pela morte diante de um conjunto de determinações sociais (Durkheim, 2000). Neste sentido, critica-se a visão reducionista de setores acadêmicos que, diante do aumento das mortes autoprovocadas, buscam intervir [apenas] sobre o indivíduo, como se a identificação de diagnósticos psíquicos fosse capaz de traduzir um sintoma propriamente social. Isto demonstra a influência da racionalidade neoliberal nas ciências, ao individualizar os problemas sociais como se fossem expressões singulares da realidade, quando na verdade estamos tratando de um sintoma social revelador de nosso tempo (Safatle, 2021). Em poucas palavras, entende-se o suicídio como um fenômeno singular para o indivíduo, porém universal na relação com as diferentes escalas de sua incidência nos territórios.

Desde a publicação da obra *Le Suicide: étude de sociologie*, do sociólogo francês Émile Durkheim, em 1897, a morte autoprovocada passou a ser analisada pela ótica das ciências sociais, sendo compreendida pelo autor como um fato social⁴. A tradição durkheimiana possibilitou que a temática do suicídio saísse do dogmatismo religioso e encontrasse sua base epistemológica nas ciências sociais, já nas primeiras décadas do século XX. Porém, a histórica exclusão do tema no debate público conservou certos tabus que predominam até hoje (Minois, 2018; Barbagli, 2019). Apesar disso, a problemática do sofrimento social e sua relação com as causas do suicídio encontrou novos espaços de discussão, impulsionado pelo aumento gradativo das taxas de mortalidade no mundo, sobretudo entre as populações jovens, e em países do Sul Global (OMS, 2024).

Atualmente, as discussões sobre a prevenção do suicídio encontram-se sedimentadas em espaços de diálogo vinculados às ciências da saúde, nos quais a Psiquiatria assume o protagonismo das produções científicas, sendo a área do conhecimento de maior referência na elaboração de manuais, protocolos, campanhas e

⁴ Para Durkheim, no livro “As regras do método sociológico”, de 1895, considera-se como fato social “toda maneira de fazer, fixada ou não, suscetível de exercer sobre o indivíduo uma coerção exterior; ou ainda, toda maneira de fazer que é geral na extensão de uma sociedade dada e, ao mesmo tempo, possui uma existência própria, independente de suas manifestações individuais.” (Durkheim, 2007, p. 13).

políticas públicas voltadas ao sofrimento psíquico e social. É no contraste entre a atenção interdisciplinar das políticas de saúde mental e uma abordagem exclusivamente clínica — realizada nos limites dos consultórios médicos —, que se localiza a primeira contradição a ser enfrentada nesta tese de doutorado em Desenvolvimento Regional: o deslocamento da análise dos sofrimentos sociais, das ciências sociais para as ciências da saúde.

Este processo tem início ainda no século XVIII, quando ocorre os primeiros deslocamentos do pensamento teológico para o filosófico a respeito do suicídio, alcançando a sociologia, apenas no final do século XIX. Ao longo de dois séculos, as reflexões a respeito da *morte voluntária* tiveram pouca expressão, ficando restrita a círculos de pensadores e religiosos e com quase nenhuma ação pública voltada a sua prevenção, redução ou intervenção (Minois, 2018). Foi a partir de meados do século XX, e com maior evidência a partir dos anos 1970, que o suicídio surge como objeto de análise das ciências e de intervenção da sociedade, porém ainda tímido em relação ao Poder Estatal e como objeto de Políticas Públicas. Até então, o suicídio era tido como um tabu na maioria das sociedades, criando uma atmosfera de silenciamento do tema no debate público. Somente na década de 1990 é que a problemática da prevenção do suicídio conquista um espaço importante na Esfera Pública global, após a criação do *National Centre for Suicide Research and Prevention* (NASP), na Suécia, criado em 1993 e atuante até hoje. Considerado como um dos pioneiros em pesquisas sobre Prevenção do Suicídio, o NASP participou da 39ª Assembleia Mundial de Saúde, realizada em 1986. Esta reunião é considerada a primeira reunião em que o suicídio foi tratado como um problema de saúde pública mundial (WHO, 1993). Neste período, poucos países mantinham dados confiáveis sobre tentativas de suicídio e foram necessárias mais de duas décadas até que houvesse dados suficientes para classificar o fenômeno como um problema de saúde pública. Isto ocorreu em 2014, quando a OMS lançou a cartilha *Preventing Suicide: a global imperative*, em 2014 — até hoje o documento de maior referência no campo da saúde mental e prevenção do suicídio (WHO, 2014).

Ocorre que, desde o início dos debates a respeito das formas de prevenção do suicídio, a influência dos discursos do campo da saúde foi predominante e, em pouco tempo, tornaram-se hegemônicos na Esfera Pública. Com a presença marcante da Psiquiatria, as teorias sobre o fenômeno desvincularam-se da noção de *fato social*, migrando para análises diagnósticas individuais, que passaram a classificar a ideação

suicida como um “transtorno mental” (Werlang; Botega, 2004). Mais tarde, setores da indústria farmacêutica passaram a desenvolver medicamentos com a promessa de “tratar” indivíduos depressivos, ansiosos e suicidas (Kehl, 2009), deslocando as ações de prevenção para o âmbito mercadológico, o que se perpetua até os dias atuais.

Destaca-se, conforme V. Safatle (2020), que as classificações criadas para identificar os diferentes tipos de sofrimento psíquico (doença, distúrbio, sintoma, transtorno etc.), são interpretações inscritas no tempo e no espaço, como formas de sofrimento socialmente excessivas ou em desacordo com a racionalidade hegemônica (Safatle, 2020, p. 9). A inscrição do sofrimento psíquico na categoria de “patologia”, por exemplo, decorre de um novo tipo de relação com o social, transferindo para os sujeitos as condições e causas de seu sofrimento. Mais do que isso, a relação estatística de um certo tipo de sofrimento faz com que seu reconhecimento seja mediado por categorias previamente estabelecidas, sendo indispensável que suas manifestações se encaixem ao paradigma da racionalidade vigente.

[...] podemos dizer que as patologias são setores fundamentais de processos de socialização. Socializamos sujeitos, entre outras coisas, ao fazer com que eles internalizem modos de inscrever seus sofrimentos, seus “desvios” e descontentamentos em quadros clínicos socialmente reconhecidos. [...] **Não se socializa apenas através da enunciação da regra, mas principalmente através da gestão das margens.** (Safatle, 2020, p. 9, grifo meu).

Neste sentido, o sofrimento psíquico se configura como patologia quando sua incidência entra em conflito com a razão hegemônica, prejudicando a manutenção da narrativa neoliberal no indivíduo. Da mesma forma, a ideação e as tentativas de suicídio acusam a incapacidade do neoliberalismo em significar o sofrimento, perdendo a força de seu argumento individualizante e evidenciando as causas sociais do sofrimento psíquico. Apesar de sempre haver pessoas em sofrimento intenso ao longo da história humana, é apenas no neoliberalismo que os sofrimentos psíquicos irão ser classificados como “patologia do social” (Safatle; Silva Junior; Dunker, 2020).

Em relação à morte autoprovocada, o historiador francês Georges Minois, destaca que ao longo dos séculos, “cada região, cada grupo social e cada contexto socioeconômico contém uma determinada proporção de mortes voluntárias mais ou menos constante” (Minois, 2018, p. 56). Em diferentes contextos, o suicídio pode ser reconhecido como um ato covarde ou heroico, egoísta ou altruísta, condenável ou admirado, sendo estritamente

conjuntural sua classificação como um fenômeno social. Diante disso, cabe desvendar o porquê de, a partir da segunda metade do século XX, a taxa social de suicídios ser considerada como um “problema de saúde pública”, e qual a racionalidade que organiza esta compreensão, que é diagonalmente contrária ao conjunto de representações que o suicídio teve ao longo da história. Sabe-se que o deslocamento deste fenômeno do âmbito individual/particular decorre de um processo de “patologização” do sofrimento humano, que passa a considerar sentimentos comuns de mal-estar (tristeza, desânimo, cansaço) como distúrbios, doenças ou patologias. Isto traz fortes implicações à racionalidade, pois os sujeitos deixam de dar sentido aos seus momentos de angústia e dor, buscando alternativas que minimizem o “tempo” do sofrer (Kehl, 2009; Safatle, 2020).

Por outro lado, mas no mesmo sentido, estão os esforços de setores empresariais do campo da saúde mental em criar o “modelo ideal de sujeito” através de psicofármacos — um sujeito inteiramente adaptado à ordem neoliberal e um cliente fiel para a indústria farmacêutica (Dunker, 2020, p. 317). A respeito deste debate, Dunker (2021) ressalta que “em 2011 as drogas psiquiátricas tornaram-se a maior fonte de renda das indústrias farmacêuticas, arrecadando 18 bilhões de dólares em antipsicóticos, 11 bilhões em antidepressivos e quase 8 bilhões em remédios para TDAH (Dunker, 2021, p. 185). A sustentação do sujeito-neoliberal também passa por medicamentos que prometem ser verdadeiras “pílulas da felicidade” — slogan de lançamento do Prozac®, em 1986 —, que oferecem a superação imediata dos sofrimentos, sem que o sujeito crie uma narrativa sobre o seu sofrimento. Neste caminho, o “sujeito-neoliberal” é estimulado a aceitar um ritmo de vida cada vez mais acelerado e competitivo, sendo necessário estar disposto a intensificar sua produtividade no trabalho, como se ele próprio fosse uma “empresa de si mesmo”. O estímulo à competição desmedida entre indivíduos faz com que sujeitos saudáveis busquem espontaneamente por substâncias que potencializam seu desempenho no trabalho — um processo insustentável de aceleração do mundo da vida e de aumento do sofrimento social (Kehl, 2009; Safatle, 2020; Dunker, 2021).

Dito isso, se faz necessário reapresentar a crítica às estratégias de gestão do sofrimento psíquico na atualidade, evidenciando quais instrumentos preconizam o bem-estar e a superação dos sofrimentos sociais, e quais preconizam uma administração gerencialista das patologias do social frente aos modelos de desenvolvimento econômico. Ao resgatar a relevância do suicídio como crítica social, que transcende as razões que levam o indivíduo ao ato suicida, espera-se ampliar o debate sobre “prevenção do

suicídio” para além dos campos disciplinares das ciências da saúde. Em suma, espera-se abstrair das ações de prevenção a razão que organiza o agir de atores e instituições no âmbito da esfera pública.

Para tanto, este capítulo tratará do referencial teórico que organiza a argumentação da tese, propondo três debates principais: I) *O mal-estar social no capitalismo (2.1)* e o sentido da categoria de *sofrimento social no neoliberalismo (2.2)*; II) *O neoliberalismo como racionalidade hegemônica (2.3)*, considerando a disseminação da ideologia neoliberal através da razão instrumental, e seu processo de colonização dos territórios; e III) *A racionalidade epidemiológica na mobilização do Estado (2.4)*, fazendo a crítica ao deslocamento do sentido de fenômenos sociais, como o suicídio, para uma visão reducionista e limitada do fato social. Ao final do capítulo oferece-se uma *análise socioterritorial do suicídio no Estado do Rio Grande do Sul (2.5)*, evidenciando as ações, atores e instituições, como uma introdução aos próximos capítulos.

2.1 O mal-estar social no capitalismo

Quando Sigmund Freud se propôs a comentar *O mal-estar na civilização*, em 1930, trouxe uma reflexão incômoda sobre o que chamou de “neurose social” e como esta condição impediria a própria percepção coletiva do mal, pois não haveria autoridade para discernir, sendo que todos estariam imersos em uma mesma neurose (Freud, 2011, p. 92). Chama a atenção, nesta obra, o papel que o psicanalista propõe à cultura, tendo-a como mediadora dos instintos de vida e de destruição da espécie humana, no sentido de que a ideia de sociedade só é possível com o controle destes instintos. Na hipótese de estarmos imersos em uma racionalidade contrária à ideia de bem-estar social, na qual os instintos individuais sobrepõem o bem comum, quem seria capaz de distinguir o contrário?

Se considerarmos as etapas de desenvolvimento das sociedades modernas, a tese freudiana ressoa nos momentos em que a consciência coletiva segue por caminhos que são considerados impensáveis, mas que em seu contexto socioterritorial são aceitos sem maiores resistências. A história do capitalismo é marcada por estes momentos, onde a busca pelo controle dos instintos se transformou em ação coletiva, mobilizada especialmente através da força do Estado. Em nossos dias, ainda testemunhamos ações bárbaras de controle das massas, tanto no campo político, através de leis que restringem

a dignidade humana, quanto no campo econômico, com a superexploração da força de trabalho (Marini, 1981). Impressiona o fato de que, até hoje, a violência seja um dos instrumentos de coerção do Estado para o controle de suas populações e/ou para submissão de territórios e povos. Ocorre que, quando a razão não prioriza a construção de entendimento, tende a um agir instrumental, tornando a razão refém de objetivos que, para serem alcançados, são capazes de ir contra o bem comum.

O capitalismo é reconhecido como um sistema social marcado por interesses antagônicos de classes sociais em conflito, distribuídas desigualmente no espaço, mas participantes de um mesmo território. A dicotomia entre classes — a saber, os capitalistas como detentores do poder econômico e meios de produção e os trabalhadores, que possuem tão somente sua força de trabalho — condiciona os territórios a disputarem a razão no sentido de priorizar um ou outro lado da luta de classes. Para os capitalistas, o controle do direito e dos meios de produção; para as classes trabalhadoras, o controle da razão e do bem-estar social. Neste conflito, é crucial compreender os limites da análise econômica para identificação do mal-estar social, sobretudo se considerarmos a produção cultural como subproduto da luta de classes.

Entende-se, a partir de uma análise materialista e histórica da cultura, que as manifestações da razão são produto dos conflitos sociais, traduzidos em signos assimilados pela racionalidade através dos discursos e seus sentidos (Pêcheux, 2008). Porém, a história do capitalismo é também a história das classes dominantes e de sua influência na produção de sentidos e disseminação de ideologias. Sobre isso, M. Santos (1999), no texto *Dinheiro e Território*, enfatiza que a ideologia dominante “se impõe à produção da história concreta dos homens a partir de um discurso único perfeitamente elaborado” (Santos, 1999, p. 11). Para o geógrafo, o discurso dominante é difundido através dos meios de comunicação (mídias, igrejas, escolas, partidos políticos etc.), até que sua compreensão seja tida como senso comum e, assim, incorporada pela racionalidade. Ademais, M. Santos (1999) enfatiza que a produção científica é o espaço cultural com maior penetração na consciência coletiva, especialmente pela referência que as Universidades conquistaram como “guardiãs” da razão e da verdade. A colonização das Universidades pela racionalidade estratégica expõe uma nova e dramática fase do capitalismo mundial, nomeada como “ditadura do dinheiro em estado puro” (Santos, 1999, p. 12). Esta “ditadura” não se limita ao âmbito econômico, mas a todo o universo da singularidade humana.

Neste sentido, o geógrafo britânico David Harvey (1992) destaca que, no processo de industrialização dos países capitalistas, no início do século XX, os Estados Nacionais tiveram que assumir a tarefa de organizar os mercados para garantir o escoamento das mercadorias, sendo indispensável esta intervenção para manter o processo de expansão do sistema capitalista em escala planetária. As capacidades dos Estados Nacionais em exercer pressão direta nos mercados internos e externos, através das regulamentações dos preços, impostos, leis e uso da violência, encontram na ação social seu antagonista mais relevante. O conflito entre os interesses capitalistas e a articulação de instituições sociais interrompeu, provisoriamente, a homogeneidade do desenvolvimento econômico e abriu caminho para uma disputa pelo bem-estar social.

[...] as propensões sociais e psicológicas, como o individualismo e o impulso de realização pessoal por meio da autoexpressão, a busca de segurança e identidade coletiva, a necessidade de adquirir respeito próprio, posição ou alguma outra marca de identidade individual, têm um papel na plasmação de modos de consumo e estilos de vida. (Harvey, 1992, p. 118).

Para que os trabalhadores aceitem fazer parte de um sistema de acumulação que não lhes beneficia — pelo contrário, lhes inflige uma condição de pobreza e exploração — é necessário a mobilização de diferentes mecanismos de persuasão, controle e manipulação das classes trabalhadoras e pobres. O “controle do trabalho” envolve, segundo Harvey (1992), a presença incontornável do Estado para coerção dos trabalhadores e de suas famílias. A repressão policial, a cooptação e o aliciamento à cooperação de classes pelos Sindicatos patronais, são alguns dos instrumentos mobilizados pelo Estado para garantir a expansão do modo de produção capitalista.

A socialização do trabalhador nas condições de produção capitalista envolve o **controle social bem amplo das capacidades físicas e mentais**. A educação, o treinamento, a persuasão, a mobilização de certos sentimentos sociais (a ética do trabalho, a lealdade aos companheiros, o orgulho local ou nacional) e **propensões psicológicas** (a busca da identidade através do trabalho, a **iniciativa individual** ou a **solidariedade social**) desempenham um papel e estão claramente presentes na **formação de ideologias** dominantes cultivadas pelos meios de comunicação de massa, pelas instituições religiosas e educacionais, pelos vários setores do aparelho do Estado, e afirmadas pela simples articulação de sua experiência por parte dos que fazem o trabalho. (Harvey, 1992, p. 119, grifo meu).

A crítica de D. Harvey enfatiza que é através dos mecanismos de controle social que são criadas populações cada vez mais adaptadas ao modo de produção capitalista, o

que exige uma racionalidade que dê sentido ao sofrimento social causado pelo próprio sistema. Nisto a racionalidade instrumental serve como argumento para um processo contínuo de exploração, utilizando-se do artifício de que o Estado e suas instituições possuem as melhores condições de planejar o território. Sobre isso, o antropólogo estadunidense, James Scott, sintetiza o discurso hegemônico atual, o qual afirma que “toda ordem social planejada de acordo com princípios racionais e científicos é necessariamente superior às práticas aleatórias do cotidiano” (Scott, 2015, p. 75). Em outras palavras, as sociedades planejadas pela razão instrumental seriam mais eficientes do que aquelas que preservam formas alternativas de planejamento — mistificando as capacidades dos planejadores e menosprezando os saberes expressos nos territórios.

[...] os imperativos organizacionais e técnicos do novo conhecimento científico conflitavam diretamente com hábitos tradicionais e a soberania do povo. [...] O progresso torna-se objeto de uma série de metas pré-concebidas – na maioria materiais e quantificáveis – que serão alcançadas mediante poupança, trabalho e investimentos.” (Scott, 2015, p. 82-83).

A crítica de J. Scott à racionalização da ciência como promotora de desenvolvimento destaca as contradições da razão em relação ao *que é desenvolvimento?* Não cabe, neste momento, aprofundar as nuances do debate sobre o conceito de desenvolvimento, sendo este um tema controverso. Pode-se, contudo, perceber que no sistema capitalista, a ideia de desenvolvimento está ligada, quase exclusivamente, ao crescimento econômico e não ao bem-estar.

Considera-se, como exemplo desta contradição, a capacidade produtiva de alimentos e o alto grau de desenvolvimento das tecnologias agrícolas no século XXI — abundantemente superior àquela no início do século anterior. Apesar do avanço tecnológico e o aprimoramento das técnicas agrícolas, os relatórios mais recentes da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) apontam que “690 milhões de pessoas estão subalimentadas; 144 milhões de crianças sofrem de raquitismo [...] e em 2018, 5,3 milhões de crianças morreram antes do seu quinto aniversário, em muitos casos em resultado da subnutrição” (FAO, 2020, p. 9). Este exemplo é categórico, porém muitos outros poderiam ser mobilizados para reforçar o argumento de que processos de desenvolvimento no capitalismo são capazes de gerar sofrimento social. O próprio crescimento econômico — defendido pelos neoliberais como um fator de desenvolvimento dos territórios — está intrinsecamente ligado ao aumento

da produtividade do trabalho, redução de direitos trabalhistas e sociais e intensificação da exploração para a maioria da população. O mal-estar social, que se percebe de diferentes formas e por contraditórios indicadores sociais, é um parâmetro ainda pouco estimado em projetos de “desenvolvimento”. Por este motivo, considera-se necessária a inclusão de parâmetros de mal-estar das populações em processos de planejamento dos territórios.

Por fim, ressalta-se a razão das categorias *mal-estar social* e *sofrimento social* serem utilizadas nesta tese. A primeira, por ser um fenômeno ainda não nomeado pelo território, mas manifestado nas diferentes expressões da questão social que lhe caracterizam, em um sentido contrário à ideia de bem-estar. Considera-se as contradições do sistema capitalista como a gênese de todo mal-estar social contemporâneo, por ser o modelo hegemônico de organização dos territórios, e pelo impacto de seu desenvolvimento no mundo da vida. Sobre a categoria de sofrimento social, atribuída a fenômenos reconhecidos pela esfera pública, mas que enfrenta divergências em sua conceituação, será argumentado no próximo subtítulo.

2.2 O sofrimento social no contexto do neoliberalismo

“o que pedem [os homens] da vida e desejam nela alcançar? [...] eles buscam a felicidade, querem se tornar e permanecer felizes.”

(Freud, 2011, p. 19).

As palavras de Sigmund Freud nos propõem uma reflexão que acompanha a humanidade desde muito tempo: *a busca pela felicidade*. Para o psicanalista, “felicidade” pode significar a “ausência de desprazer”, uma condição que os seres humanos desenvolveram como instinto; ou a “vivência de fortes prazeres”, condição reservada a poucos momentos da vida. Freud (2011) argumenta que a felicidade só é possível como “fenômeno episódico”, ou seja, condicionada à satisfação momentânea de desejos ou necessidades. Segundo esta hipótese, a felicidade é limitada e restringida pela própria constituição do indivíduo, pois, sua percepção excede a noção do “não-sofrer”, recaindo com frequência sobre a busca por prazer. Porém, a abstinência de sofrimento através da realização de prazeres momentâneos é uma condição insustentável, sendo parte da experiência humana os momentos de intensa infelicidade.

O sofrer nos ameaça a partir de três lados: do próprio corpo, que, fadado ao declínio e à dissolução, não pode sequer dispensar a dor e o medo, como sinais de advertência; do mundo externo, que pode se abater sobre nós com forças poderosíssimas, inexoráveis, destruidoras; e, por fim, das relações com os outros seres humanos. (Freud, 2011, p. 20).

Nesse sentido, entende-se a vivência de sofrimentos como intrínseca à vida, pois, em algum momento, seja pela fragilidade do corpo humano, pelas forças da natureza ou através das relações que criamos com o Outro, o sofrimento, em algum momento, nos alcançará. E se são inúmeras as formas de sofrer, também são as formas de se alcançar a felicidade. A experiência humana é movida pela relação entre estes dois polos, os quais formam nossa consciência e ditam a maneira como nos relacionamos. Em síntese, é o reconhecimento dos momentos de sofrimento e felicidade que darão sentido às relações do mundo da vida. Entretanto, os diferentes tipos de sofrimento são reconhecidos como tal, a partir do contexto social e, especialmente, de sua manifestação na realidade (incidência), a qual está condicionada às estruturas sociais e contextos sócio-históricos dos territórios. A estes nomeamos de “sofrimentos sociais”.

Os *sofrimentos sociais* podem ser interpretados como expressões do mal-estar gerado pelo modo de produção e organização da vida em sociedade, as quais influem sobre as condições de felicidade e infelicidade, podendo alcançar, ainda, sentidos relacionados à saúde mental dos indivíduos (Dardot; Laval, 2016). Com o estabelecimento da técnica na categorização dos sofrimentos sociais, surge um movimento científico que visa catalogar traços comportamentais que possam auxiliar na identificação destes sofrimentos, ao ponto de conceber certos *momentos episódicos de infelicidade* (o luto, por exemplo) como “sintomas”. Mesmo em culturas que reconheçam a influência da comunidade, do meio-ambiente ou do contexto social na promoção de sofrimentos, cada vez mais a racionalidade hegemônica incentiva uma concepção diagnóstica do sofrer — como se a composição orgânica do cérebro sobressaísse às condições sociais de sofrer e ser feliz (Freud, 2011; Safatle, 2020).

Todavia, da crítica à lógica clínica, surgem argumentos para resgatar a noção de “patologias do social” em uma perspectiva histórica, considerando os sofrimentos sociais como expressões reais das contradições do modo de produção (Safatle, 2020). Fenômenos como a depressão e a ideação suicida, correspondem a esta lógica e sofrem as limitações que a racionalidade impõe à compreensão destes fenômenos como “sociais”, bem como

na construção de respostas a sua incidência. Em outras palavras, o território reage de forma singular aos sofrimentos sociais, sendo estes reveladores de contradições de sua formação sócio-histórica. Neste sentido, considera-se que os indicadores sociais e de saúde mental dos territórios devem ser analisados sob critérios conjunturais, não sendo eficaz sua comparação temporal, unicamente; da mesma forma que é ineficaz a comparação entre territórios com formações sócio-históricas distintas, sendo que os fenômenos sociais e o próprio reconhecimento dos sofrimentos sociais dependem de processos únicos, inscritos *no* e *pelo* território.

Sobre isso, resgata-se as reflexões do filósofo e teórico alemão Karl Marx (1818-1883), ao escrever o texto *Sobre o Suicídio*, em 1846, onde destaca que as determinações culturais da sociedade burguesa são capazes de intensificar o sofrimento ao ponto de um indivíduo optar por sua própria morte (Marx, 2006). Neste breve ensaio, Marx analisa quatro casos reais de pessoas que atentaram contra a própria vida, extraídos das memórias do estatístico francês Jacques Peuchet (burocrata responsável pelos registros de óbito e investigação dos suicídios em Paris, no início do século XIX). Entre estes casos está a história de uma jovem que, após passar a noite com seu noivo e retornar à casa de seus pais pela manhã, é atacada violentamente, com xingamentos e acusações — na época, dormir com o noivo, antes de consumado o matrimônio, era uma contravenção gravíssima. A jovem, tomada pela vergonha, jogou-se nas águas do *La Seine* e morreu. Dias depois, seus pais tentaram reaver as joias que a filha usava quando se jogou no rio, sem demonstrar (segundo Peuchet) remorso algum. Mais do que uma crítica à covardia da família ou aos costumes insensatos da sociedade parisiense, a história da jovem noiva exemplifica um tipo de autoridade própria da época, causada pela “compensação grosseira para o servilismo e a subordinação aos quais essas pessoas estão submetidas, de bom ou mau grado, na sociedade burguesa” (Marx, 2006, p. 32). Em outras palavras, existe uma condição de subserviência dos indivíduos à racionalidade da época, mesmo que esta não lhe ofereça qualquer sentido de felicidade, tampouco evite o desprazer. Este caso contribui para as reflexões propostas nesta tese, em dois sentidos principais: Primeiramente, porque problematiza uma situação comum a muitas mulheres ainda hoje, que sofrem com as nuances da cultura patriarcal em suas vidas, as quais criam situações de intensa infelicidade e podem, como no caso da jovem, levar ao desejo de morte. Em segundo, porque destaca os *fatores de risco* relacionados à juventude, especialmente diante da rejeição e julgamento público — a partir do século XXI, fortaleceu-se o debate

em relação aos impactos do *bullying* e outras formas de humilhação pública na produção de sintomas depressivos, considerando a relação entre a exposição dos jovens às Redes Sociais virtuais e o aumento na incidência de suicídios entre adolescentes (Borges; Werlang, 2006; Baggio *et al.*, 2009; Fernandes *et al.*, 2020; Nascimento *et al.*, 2021).

Enfatiza-se, em relação ao caso narrado por J. Peuchet e analisado por K. Marx, que a motivação para o ato suicida se deu em razão de uma racionalidade própria da sociedade parisiense do século XIX. Se trouxermos esta situação para nossos dias, a situação seria mediada por recursos próprios da racionalidade neoliberal; provavelmente através da contensão medicamentosa de seu impulso suicida; ou ainda, a negação do sentido de crítica social de seu suicídio. O que se espera ressaltar é que as normas sociais que causam sofrimento social e que são a origem do mal-estar contemporâneo não são imutáveis. Sua relação com o território é íntima, assim como é intrínseca a relação com a racionalidade hegemônica. Pois, é no território que os sofrimentos sociais e a racionalidade se manifestam. Neste sentido, **considera-se imperativo que os sofrimentos sociais sejam reconhecidos como fenômenos socioterritoriais.**

2.2.1 Formas reconhecidas de sofrimento social e psíquico no século XXI

“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, 2006, p. 25).

Nota-se, até aqui, que a cultura e a racionalidade de um território estão interrelacionadas com a produção de sofrimentos sociais, inclusive na incidência de suicídios. Ao comparar os registros do livro *Sobre o suicídio*, e aqueles encontrados em nossos dias, a principal diferença está no contexto social e, mais especificamente, nos modelos explicativos dos sofrimentos. As novas tecnologias psiquiátricas e neurológicas, capazes de identificar “distúrbios” causadores de sofrimento, vêm refundando as matrizes de análise do campo da saúde mental e aceitando que sofrimentos sociais sejam interpretados a partir de diagnósticos individuais. Entretanto, a individualização das causas de sofrimento esconde as razões materiais de sua ocorrência — tendência cada vez mais associada à racionalidade neoliberal (Dunker, 2020).

A psicanalista brasileira Maria Rita Kehl, em *O tempo e o cão: a atualidade das depressões* (2009), analisa as mudanças conceituais do campo da saúde mental e identifica um aumento expressivo de diagnósticos de depressão, sobretudo a partir da década de 1990. Uma das razões para isto está no investimento da indústria farmacêutica em pesquisas para produção de novos psicofármacos. Medicamentos como o Prozac®, que em 1986 eram vendidos como “pílulas da felicidade”, encontraram milhares de indivíduos dispostos a comprá-los, graças a uma racionalidade que concebia o sofrimento como um distúrbio momentâneo, passível de ser “controlado”. Nesta lógica, perde-se o sentido que o sofrimento individual, no caso do sujeito diagnosticado com depressão, tem para o território; seu sentido social é reduzido para sintomas passíveis de intervenção clínica (Kehl, 2009; Dunker, 2020).

Analisar o aumento das depressões como sintoma do mal-estar social no século XXI significa dizer que **o sofrimento dos depressivos funciona como sinal de alerta contra aquilo que faz água na grande nau da sociedade maníaca em que vivemos.** [...] A tristeza, os desânimos, as simples manifestações da dor de viver parecem intoleráveis em **uma sociedade que aposta na euforia como valor agregado a todos os pequenos bens em oferta no mercado.** (Kehl, 2009, p. 31, grifo meu).

A crítica que M. Kehl faz sobre a atual fase do capitalismo, considera o modelo de desenvolvimento neoliberal como causador do aprofundamento do mal-estar na sociedade. Entre outros fatores, a racionalidade neoliberal transfere para os indivíduos as causas de seu sofrimento, eximindo tanto o Estado, quanto o mercado, do encargo de responder ao aumento dos sofrimentos sociais. No neoliberalismo, cada sujeito é responsável por sua adaptação às expectativas gerais da comunidade, quase sempre associadas à ascensão econômica ou ao *status*. Desse modo, o mercado torna-se responsável por retribuir hierarquicamente os mais “dedicados”, “comprometidos” e “virtuosos”. Entretanto, na medida em que os indicadores de saúde mental evidenciam a correlação entre sofrimento psíquico e as condições materiais dos indivíduos, criam-se mecanismos para amenizar (ou ocultar) as razões destes problemas sociais (Safatle; Silva Junior; Dunker, 2020).

Diante disso, considera-se que as determinações do neoliberalismo promovem e acentuam o sofrimento psíquico, visando extrair mais produtividade, através da “administração do sofrimento, em dose correta e de forma adequada” (Dunker, 2020, p. 181). Segundo Dunker (2020), o neoliberalismo é mais do que uma teoria econômica,

uma forma organizativa do sistema financeiro globalizado ou uma estrutura simbólica de valoração do consumo e da competitividade. Em suas palavras, o neoliberalismo representa:

[...] uma nova moralidade que prescreve como devemos sofrer [sob] o neoliberalismo, tendo na sua cúspide preferencial a síndrome depressiva. **Agora o sofrimento não é mais um obstáculo para o desenvolvimento da indústria, mas pode ser metodicamente produzido e administrado para aumentar o desempenho** e é isso que caracteriza o neoliberalismo no contexto das políticas de sofrimento: individualização, intensificação e instrumentalização. (Dunker, 2020, p. 182 grifo meu).

É a partir do paradigma moral que a racionalidade neoliberal difere do liberalismo clássico, pois desassocia sociedade e indivíduo, permitindo, assim, que os sofrimentos psíquicos sejam mobilizados em prol dos interesses da acumulação de riquezas, sem que haja resistência do indivíduo, tampouco das forças da sociedade. Se em períodos anteriores a depressão sinalizava para a perda de produtividade do trabalho, ou de forma ampliada, como um problema social ligado ao mal-estar na sociedade, hoje, a depressão é vista como “oportunidade” para as empresas farmacêuticas ampliarem seus lucros (Kehl, 2009; Dunker, 2020). Não por acaso, os profissionais de saúde mental assumiram uma posição de resistência à lógica medicamentosa, ainda no início da década de 1980 — no caso brasileiro este processo se deu através da Luta Antimanicomial e do movimento pela Reforma Psiquiátrica. Porém, a influência da racionalidade neoliberal não se limitou à moralização por vias da *clínica das depressões*; sua relação com o mundo da vida tornou-se orgânico e assumiu novos discursos, introjetados nas diferentes frentes de ação da saúde mental, inclusive na prevenção do suicídio.

Assim, entende-se que está em curso uma mudança significativa no discurso a respeito da *saúde mental*, retirando do termo a crítica ao mundo do trabalho e aos sofrimentos psíquicos e sociais causados pelo capitalismo, para uma interpretação subjetiva de sintomas individuais. Este processo iniciou no campo acadêmico e hoje encontra na ação do Estado seu campo de intervenção mais efetivo. A partir deste novo discurso, criam-se as condições para que a lógica gerencialista assume o sentido das ações de promoção da saúde mental coletiva — não mais visando a construção do bem-estar social, mas na *gestão* dos sofrimentos individuais, de modo a impedir a crítica ao modelo de desenvolvimento hegemônico.

2.2.2 A gestão do sofrimento psíquico a partir da racionalidade neoliberal

A influência da racionalidade neoliberal nas instituições de saúde mental pode ser problematizada pela contínua transferência das razões do sofrimento humano, para uma lógica dos distúrbios orgânicos do cérebro. Isto cria uma razão instrumental dos sofrimentos ao ponto de não se atribuir mais às causalidades do mundo da vida, tornando as ações e políticas de saúde mental em promotoras de soluções desarraigadas de sua causa principal. Em outros termos: enfrenta-se os sintomas; nunca o problema. Além disso, o neoliberalismo cria condições para que a oferta de políticas de bem-estar social seja retirada do Estado, transferindo para o mercado a tarefa de produzir respostas ao aumento dos sofrimentos sociais (Kehl, 2009; Neves *et al.*, 2020).

Como dito anteriormente, os investimentos da indústria farmacêutica em pesquisas psiquiátricas e no campo da saúde mental em geral, vêm produzindo um novo paradigma científico, no qual espera-se mais do que a cura dos sofrimentos psíquicos — busca-se formas de ajustar os comportamentos e emoções ao “ritmo exigido do sujeito neoliberal” (Neves *et al.*, 2020, p. 141). Inverte-se, com isso, o papel que a psiquiatria e a farmacologia desempenhavam na promoção de saúde mental, assumindo uma promíscua relação mercadológica, alimentada por uma “indústria do bem-estar”.

Safatle (2020) explica que as classificações dadas às manifestações do sofrimento psíquico (doença, distúrbio, transtorno, etc.), dialogam com uma lógica que orienta os sujeitos a se enxergarem a partir de seus sintomas. As denominações são sempre interpretações percíveis, condicionadas ao tempo e às necessidades de construção de uma narrativa em relação ao sofrimento. Em suma, nomear o sofrimento é reconhecer sua existência como socialmente excessiva ou em desacordo com as normas da racionalidade (Safatle, 2020, p. 9). A inscrição do sofrimento psíquico na categoria de “patologia”, por exemplo, decorre de um novo tipo de relação com o social, que transfere para os sujeitos que sofrem as condições e causas de seu sofrimento. Se considerássemos as tentativas de suicídio como “patologia”, estaríamos reduzindo seu caráter de crítica às normas sociais e perderíamos o sentido que a dor daquele que tenta contra si visa comunicar. Por outro lado, ao considerarmos o crescimento das taxas de mortalidade autoprovocada como uma “patologia do social”, estaríamos reconhecendo-as como fenômenos relevantes no contexto atual e, por sua vez, como contradição racional da narrativa sobre a morte autoprovocada.

Neste sentido, entende-se que os sofrimentos sociais se configuram como patologia na medida em que sua ocorrência se torna expressiva, ao ponto de contradizer os argumentos da própria racionalidade hegemônica em relação ao sofrimento. Tomando a ideação suicida como exemplo, pode-se considerar que sempre houve aqueles que pensaram e tentaram contra sua própria vida e que em cada civilização da história existiram relatos de mortes voluntárias (Minois, 2018). Entretanto, apenas no século XX este fenômeno tornou-se um “problema público”, pois sua incidência contradiz a lógica que individualiza o fenômeno e justifica suas causas por determinantes singulares e episódicos. O mesmo ocorre com outros tipos de sofrimentos sociais, que nas últimas décadas registraram um crescimento exponencial.

Kehl (2009) ao argumentar sobre as mudanças nas representações patológicas do mal-estar social nas artes, destaca que foi a partir da revolução industrial que o temperamento melancólico (hoje nomeado de *depressivo*) passou a ter uma conotação negativa. Antes disso, os melancólicos eram vistos como pessoas criativas, reflexivas, sábias, capazes de ver e compreender o mundo de forma única, empáticas e observadoras. O sofrimento dos melancólicos era não apenas reconhecido, mas admirado, como uma expressão genuína de um mal-estar compartilhado, mas que para outras pessoas, era difícil de ser traduzido. A grande diferença entre o melancólico dos séculos XVII e XVIII, e o depressivo do século XIX e XX, é que o temperamento melancólico atrapalhava o funcionamento acelerado das fábricas e advogava contra a exploração alienada do capitalismo industrial. Já no século XXI, com a hegemonia do discurso neoliberal, o comportamento depressivo é visto como um sintoma; algo a ser enfrentado, remediado, ofuscado, repellido, prevenido.

A depressão é a expressão de mal-estar que faz água e ameaça afundar a nau dos bem-adaptados ao século da velocidade, da euforia prêt-à-porter, da saúde, do exibicionismo e, como já se tornou chavão, do consumo generalizado. [...] A depressão é sintoma social porque desfaz, lenta e silenciosamente, a teia de sentidos e de crenças que sustenta e ordena a vida social desta primeira década do século XXI. (Kehl, 2009, p. 22).

A crítica da autora recai sobre o processo de transformação de sentimentos rotineiros, como a tristeza, o desânimo e o cansaço, em patologias, e assim em objeto de intervenção — de preferência, com auxílio de medicamentos. Considerando a influência que a indústria farmacêutica adquiriu nas últimas décadas e o avanço da técnica

neurológica, é compreensível que cada vez mais substâncias sejam desenvolvidas para estimular ou amenizar traços subjetivos do indivíduo. Apesar da defesa que este campo científico mobiliza, sua razão está relacionada a um “tipo” de agir instrumental, que, diante do sofrimento, cria formas de controle, a fim de acelerar uma suposta “recuperação” do indivíduo à ordem geral das coisas (Kehl, 2009).

Destaca-se que as críticas ao agir instrumental na saúde mental não visam negar os possíveis benefícios do uso de medicações psiquiátricas em situações de grave sofrimento psíquico, inclusive em casos de “crise suicida” (Botega, 2014). Sabe-se que, em determinadas situações, o uso de psicofármacos tende a evitar reações impulsivas em momentos de crise, fornecendo tempo para intervenções e tratamentos preventivos. Em outros casos, o uso de estimulantes químicos pode fornecer sensações de bem-estar que auxiliam na superação de experiências traumáticas, no tratamento de dores crônicas e, até mesmo, na prevenção do comportamento suicida. Entretanto, cabe salientar a intencionalidade comercial destes produtos que, em última instância, buscam produzir um “modelo ideal de sujeito” (Dunker, 2020, p. 317). Pois, como se evidencia na atualidade, os psicofármacos tornaram-se a maior fonte de renda da indústria farmacêutica no século XXI, movimentando bilhões de dólares todos os anos e atendendo aos mais variados “sintomas” (Dunker, 2021)⁵.

Sobre isto, o sociólogo espanhol Manuel Castells, em seu livro “Redes de Indignação e Esperança”, de 2013, destaca que está em curso um intenso processo de “transformação cultural de nossas sociedades” (Castells, 2013, p. 135). Esta transformação se dá, em especial, pela autonomia dos sujeitos adquirida pelo acesso à informação e à própria organização política em escala global, com o advento da internet e tecnologias de comunicação. Entretanto, as tecnologias que produzem autonomia também são responsáveis por intensificar a alienação dos sujeitos e disseminar, com maior eficácia, a ideia de um “sujeito ideal” para o neoliberalismo. Enfatiza-se que a legitimação da racionalidade neoliberal se encontra em disputa e o confronto político se faz em todos os âmbitos da sociedade (Castells, 2013; Dardot; Laval, 2016).

⁵ “Em 2011 as drogas psiquiátricas tornaram-se a maior fonte de renda das indústrias farmacêuticas, arrecadando 18 bilhões de dólares em antipsicóticos, 11 bilhões em antidepressivos e quase 8 bilhões em remédios para TDAH” (Martinhago; Caponi, 2019, p. 15 *apud* Dunker, 2021, p. 185).

Neste sentido, considera-se necessário aproximar as discussões sobre a racionalidade neoliberal e o sofrimento psíquico com o campo do Desenvolvimento Regional, destacando a complementaridade destas áreas para a identificação dos sofrimentos sociais de nosso tempo. Mais do que isso, espera-se contribuir com a crítica à racionalidade hegemônica como organizadora das capacidades humanas, evidenciando suas expressões causadoras de sofrimento social em um número cada vez maior de indivíduos. Afinal, o sofrimento sob o neoliberalismo possui particularidades em relação às fases anteriores do capitalismo, sendo necessário compreender o seu desenvolvimento para propor novas formas de agir.

Em síntese, entende-se que a hegemonia da racionalidade neoliberal se mobiliza através da gestão dos comportamentos, criando uma narrativa de exclusão do diferente e, porventura, de menosprezo às manifestações públicas de sofrimento. Se antes do capitalismo neoliberal os sofrimentos indicavam para problemas na sociedade, hoje apontam para problemas do/no indivíduo. A adaptação ao *modus operandi* do sistema não é mais uma opção aos sujeitos; é uma exigência àqueles que participam no mundo do trabalho e que, cada vez mais, migra para as relações do mundo da vida.

2.3 O neoliberalismo como racionalidade hegemônica

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)

O trabalho dos sociólogos franceses Pierre Dardot e Christian Laval evidenciou a necessidade de aprofundar o entendimento sobre o neoliberalismo, para além de sua expressão econômica, mas entendê-lo como processo de racionalização da sociedade. Apesar deste debate percorrer entre as ciências sociais desde a década de 2000, a publicação em língua portuguesa do livro *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*, em 2016, trouxe novo fôlego à discussão e possibilitou a inclusão de outros campos do saber à crítica ao neoliberalismo. Esta *nova razão*, refletida pelos autores, faz parte de um processo de busca por uma hegemonia global, através da construção de sentidos que tendem a intensificar o sofrimento psíquico das classes

trabalhadoras, transformando o mundo da vida em uma arena de empreendimentos pessoais, em uma intensa e infundável competição contra si e contra todos (Dardot; Laval, 2016; Casara, 2021).

Contudo, para compreender como a racionalidade neoliberal tornou-se hegemônica na maioria dos países ocidentais, é necessário observar as mudanças do modo de produção neoliberal em relação aos regimes de acumulação de riquezas que o antecederam. Pois, apesar do termo “neo” sugerir uma renovação do liberalismo clássico, a realidade demonstra que o neoliberalismo é uma experiência social e econômica inédita, e que possui antagonismos marcantes com os modos de produção capitalistas que prevaleceram como hegemônicos até a segunda metade do século XX.

As ideias gerais do neoliberalismo foram apresentadas, primeiramente, pelo economista austríaco Friedrich Hayek (1899-1992), no livro *O caminho da Servidão*, publicado em 1944. Na época, a obra de Hayek teve pouca expressividade, sendo quase esquecida no campo acadêmico, em comparação às teorias de economistas que se popularizaram no pós-Segunda Guerra Mundial, como J.M. Keynes e J.Schumpeter, para citar apenas dois. No período entreguerras (de 1914 a 1945) a crítica ao sistema capitalista e o fortalecimento do pensamento socialista favoreceu o debate em torno de projetos de desenvolvimento menos desiguais e mais voltados ao bem-estar social.

No contexto pós-guerras, a necessidade de reconstrução das plantas industriais em países europeus e o aprofundamento do debate sobre direitos humanos iniciado em 1945, criou oportunidades políticas para que projetos de bem-estar social vencessem a proposta neoliberal dentro da esfera pública e assumissem protagonismo na organização dos Estados nacionais. Cabe ressaltar que o neoliberalismo defende, desde sua primeira formulação, a diminuição do papel do Estado na economia e a subordinação das classes trabalhadoras aos “planejadores”, no sentido de instituir “um código ético completo, em que todos os diferentes valores humanos estejam colocados em seu devido lugar.” (Hayek, 1990, p. 82). Isto fez com que as propostas de Hayke e seus adeptos ficassem em segundo plano, por pelo menos três décadas após sua primeira publicação.

Assim, pode-se afirmar que a abertura política para o projeto neoliberal de desenvolvimento se deu a partir da década de 1970, quando o sistema capitalista enfrentou profundas crises de legitimidade, causadas especialmente pela queda da taxa de lucro das

indústrias petrolíferas, endividamento de países periféricos do capitalismo, e a crise fiscal da Europa, que também marca a crise do *Welfare State* (Anderson, 1995). O contexto global da década de 1970 afunilou, ainda mais, os conflitos políticos entre países socialistas e capitalistas, sendo o período de maior efervescência da *Guerra Fria* e da *Corrida Espacial*, entre Estados Unidos da América e União Soviética. Neste período, os gastos governamentais com novas tecnologias de guerra e comunicação, aumentaram dramaticamente a dívida pública de países centrais e, por consequência, causaram uma recessão global das economias em desenvolvimento (Harvey, 1993).

Esta síntese serve para compreender as razões de transformação dos regimes de acumulação e as mudanças na correlação de forças políticas ocasionadas por elas, as quais disputam, dentro da esfera pública dos territórios, por alternativas para responder às crises do sistema de acumulação. Todavia, a sustentabilidade destas mudanças depende do comportamento das classes (trabalhadoras e capitalistas) e da capacidade dos indivíduos ou grupos sociais em transformar o novo modelo de acumulação em modelo hegemônico de acumulação. Em outras palavras, a hegemonia de um modelo econômico e social depende de sua capacidade de transformação das normas sociais, ao ponto de influenciar na própria cultura dos territórios, para com isso garantir a continuidade deste sistema, apesar de suas contradições locais e regionais (Harvey, 1993; Santos, 2006).

Harvey (1993) sintetiza esta reflexão afirmando que existem duas principais formas de manutenção do sistema de acumulação capitalista: primeiramente, a intervenção do Estado para regulamentar a ação econômica, o que envolve a mediação de conflitos entre mercado e as organizações sociais e trabalhistas. A pressão do Estado sobre o modelo de acumulação se faz através de regulamentações, impostos e leis; enquanto as instituições sociais exercem pressão, através da persuasão, mudanças de hábitos e desejos. A segunda forma de manter o sistema de acumulação é através do controle do trabalho, que consiste na sujeição da força de trabalho para os propósitos capitalistas, o que pressupõe a repressão, cooptação e/ou cooperação.

No espaço social criado por todas estas oscilações e incertezas, uma série de novas experiências nos domínios da urbanização industrial e da vida social e política começou a tomar forma. Essas tendências podem representar os primeiros ímpetus da passagem para um regime de acumulação inteiramente novo, associado com um sistema de regulamentação política e social bem distinta. (Harvey, 1993, p. 261).

Para o geógrafo britânico, o neoliberalismo surge em resposta às crises de produção e de manutenção da lucratividade dos modelos de acumulação anteriores, sobretudo o fordismo e o keynesianismo, predominantes nos países centrais do capitalismo entre o fim da Segunda Guerra e a Crise do Petróleo em 1973. A partir desta crise, que marca temporalmente o início da hegemonia neoliberal no mundo, o Capital adapta suas bases normativas para assentar as tendências que a globalização e a financeirização trouxeram para o mundo do trabalho (Fraser, 2018). Mais do que isso, a década de 1970 marca uma mudança na relação do Estado com o bem-estar social, que passa a ser capitaneado pelo Mercado, a fim de mitigar a ação de governos na produção de respostas aos problemas sociais. Este movimento iniciou no campo econômico e rapidamente assumiu a construção de uma nova racionalidade — necessária para a conquista de hegemonia do modelo de acumulação neoliberal.

Em suma, o neoliberalismo se tornou hegemônico como modalidade de discurso e passou a afetar tão amplamente os modos de pensamento que se incorporou às maneiras cotidianas de muitas pessoas interpretarem, viverem e compreenderem o mundo. [...] **Nenhum modo de pensamento se torna dominante sem propor um aparato conceitual que mobilize nossas sensações e nossos instintos, nossos valores e nossos desejos, assim como as possibilidades inerentes ao mundo social que habitamos.** (Harvey, 2005, p.7-8, grifo meu).

Desse modo, entende-se que o neoliberalismo marca um processo de transição entre um projeto de desenvolvimento baseado no Estado de Bem-Estar Social, para um modelo individualista de progresso, no qual os países, assim como os grupos sociais e os próprios indivíduos, disputam pelo progresso como empresas disputam por lucratividade.

Dardot e Laval (2016) caracterizam esta forma de pensar de “racionalidade de empresa”, na qual cada sujeito é visto [e se vê] como uma empresa privada, a qual deve ser “o mais eficaz possível, mostrar-se inteiramente envolvido no trabalho, aperfeiçoar-se por uma aprendizagem contínua, aceitar a grande flexibilidade exigida pelas mudanças incessantes impostas pelo mercado” (Dardot; Laval, 2016, p. 358). Trata-se de uma estratégia para criação de um novo homem; uma nova racionalidade, capaz de incorporar a produtividade como preceito da existência humana, e a gestão dos recursos socialmente produzidos como forma de sociabilidade (Dardot; Laval, 2016; Safatle, 2020).

Apesar da *racionalidade de empresa* ser um produto do neoliberalismo, o propósito de tornar homens comuns em “empresários de si mesmo” é anterior a hegemonia do modelo neoliberal. Ao recordar os *Cadernos do Cárcere*, do filósofo italiano Antonio Gramsci, Harvey (1993) destaca que a estratégia de instituir uma nova racionalidade já fora praticada antes por empresários como Henry Ford, por exemplo. O *americanismo* e o *fordismo* tinham como objetivo a criação de um “novo homem”, adaptável a tal ponto que seriam “inseparáveis de um modo específico de viver e de pensar e sentir a vida” (Harvey, 1993, p. 121). Gramsci (2004) compreendia que a expansão deste modelo para o mundo afetaria dramaticamente a organização da vida em sociedade — sexualidade, família, moral, consumo, relacionamentos, entre tantas outras expressões do mundo da vida, teriam que ser modificadas para forjar trabalhadores adequados ao novo processo produtivo (Gramsci, 2004; Harvey, 1993, p. 122).

No entanto, este propósito enfrentou barreiras que se evidenciam nas contradições históricas do sistema capitalista, agravados por suas constantes crises de produtividade e queda das taxas de lucro. Em meio às crises econômicas, guerras e epidemias que marcaram o século XX e início do XXI, tornou-se cada vez mais necessário a regulação do sistema capitalista pelo Estado, com destaque para o modelo keynesiano. O keynesianismo — plano econômico do *Welfare State*, posto em prática em grande parte da Europa Ocidental no pós-segunda guerra mundial — possibilitou certa estabilidade do sistema capitalista entre as décadas de 1950 e 1970. Destaca-se que a escola keynesiana considera que o ciclo econômico não deve ser autorregulado, como defendem os neoclássicos, mas manter-se conectado com as capacidades de intervenção do Estado, tanto no estímulo à produção como do consumo de mercadorias (Tenório, 2011, p. 1157).

Entretanto, a crise de 1973, causada pelo embargo petrolífero de países Árabes, em decorrência de conflitos sociopolíticos da Guerra do Yom Kipur, promoveu a deslegitimação do modelo desenvolvimentista e interrompeu o ciclo de crescimento capitalista. Foi neste período que as contradições do modelo de acumulação pós-guerra criaram as condições para a quebra de paradigma, impulsionada pela incapacidade do modelo de produção fordista e das políticas keynesianas em garantir as taxas de lucro do Capital. Inicia-se, neste período, uma profunda “crise de motivação” do liberalismo econômico (Fraser, 2018).

Segundo a filósofa estadunidense, Nancy Fraser, a crise de motivação das políticas de bem-estar social e a legitimação do capitalismo desenvolvimentista abriram espaço para uma radicalização do liberalismo, com o advento da globalização e da financeirização da economia. Fraser (2018) distingue o termo “capitalismo financeirizado”, que se caracteriza como a atual fase da ordem social capitalista; e “neoliberalismo”, termo utilizado para designar “um complexo ideológico que retrata o regime capitalista financeirizado como natural, justo, eficiente e gerador de prosperidade, destinado a assegurar a maior felicidade do maior número” (Fraser, 2018, p. 172). Se anteriormente a ação do Estado era responsável por manter a produtividade do trabalho através de benefícios para as classes trabalhadoras, a crise deste modelo gerou sua inteira negação, transferindo para o mercado a função de promover o bem-estar social. Soma-se a isto o processo de “transnacionalização”, o que afetou negativamente a governança dos territórios, pois incentiva a competição entre regiões para atração de empresas multinacionais e transnacionais, ao custo de atrativas isenções fiscais. Contudo, como nos lembra Fraser, “o saldo final é uma crescente incapacidade dos poderes públicos de colocar rédeas nos poderes privados” (Fraser, 2018, p. 173). Este fenômeno ultrapassou o âmbito da produção e passou a intervir diretamente na organização dos territórios.

De modo mais geral, o capitalismo financeirizado é a era da “governança sem governo” – isto é, da dominação sem a folha de figo do consentimento. Nesse regime, são as estruturas de governança transnacional, tais como a Organização Mundial do Comércio, e não os Estados, que criam uma parcela cada vez maior das regras coercitivamente executáveis que agora regem extensas faixas de interação social em todo o mundo. (Fraser, 2018, p. 176).

Esta é uma das principais mudanças de paradigma do capitalismo contemporâneo em relação àquele praticado até a primeira metade do século XX. A influência de organismos transnacionais na gestão dos Estados Nacionais resultou em crises de governança cada vez mais profundas. Ademais, a financeirização da economia global fez com que os Estados periféricos assumissem acordos com organismos transnacionais para obtenção de crédito, visando o desenvolvimento econômico de seus territórios, porém perdendo autonomia dos próprios processos de desenvolvimento. Em poucas palavras, o capitalismo financeirizado está “cravando as políticas macroeconômicas neoliberais no coração da economia global de modo a evitar que elas venham a ser revertidas pela ação política futura” (Fraser, 2018, p. 176).

É neste contexto que a maioria dos países ocidentais vivenciam a perda de governança de seus territórios — endividamento, falta de recursos para investimento e perda de legitimidade dos governos locais. Os novos paradigmas do capitalismo financeirizado se traduzem em uma nova racionalidade, tencionada pelas contradições dos modelos de acumulação anteriores, porém condicionada às determinações próprias de nosso tempo. O neoliberalismo como modelo de acumulação só existe se, em paralelo à ação das empresas e governos, houver um constante esforço de controle das massas e alienação dos sujeitos, através da cultura e de um engenhoso processo de “gestão do mal-estar social” (Safatle; Silva Junior; Dunker, 2021).

O historiador britânico, Perry Anderson, no texto *Balanço do Neoliberalismo*, de 1995, enfatiza a intenção dos teóricos neoliberais ao proporem uma solução derradeira para a crise econômica mundial, alegando ser a única saída para a queda das taxas de lucro na década de 1970: “manter um Estado forte, sim, em sua capacidade de romper o poder dos sindicatos e no controle do dinheiro, mas parco em todos os gastos sociais e nas intervenções econômicas” (Anderson, 1995, p. 11). Em analogia, a “Mão-invisível do Mercado” só agiria se o “Braço-forte” do Estado garantisse a lucratividade das empresas em prejuízo aos direitos sociais conquistados em décadas de lutas dos trabalhadores. Anderson (1995) explica que, inicialmente, os neoliberais confrontaram a social-democracia como sua principal inimiga, assumindo uma postura anti-keynesiana radical em países centrais do capitalismo, sobretudo na Europa. Não demorou, contudo, para que esta ideologia introduzisse no leste europeu os mesmos receituários econômicos e políticos e, com isso, conquistasse a hegemonia mundial, tanto em países capitalistas centrais como aqueles marcados pela experiência socialista. Ao longo das décadas de 1970 e 1980, muitos governos ascenderam ao poder através do discurso neoliberal, enfatizando a incapacidade do Estado em promover o desenvolvimento econômico e o bem-estar social de longo prazo; enquanto condicionaram os países ao cerceamento de sua ação política, mediante exigências de reformas e ajustes fiscais, de instituições e empresas transnacionais (Anderson, 1995).

Todavia, as reformas neoliberais não se deram sem conflito ou resistência por parte das organizações trabalhistas, sendo necessário um novo arranjo político para sua implementação em escala global. Este processo iniciou localmente, antes de se expandir como modelo hegemônico de desenvolvimento. Neste sentido, considera-se o governo neoliberal de Augusto Pinochet, no Chile de 1993, como o “verdadeiro pioneiro do ciclo

neoliberal da história contemporânea” (Anderson, 1995, p. 19). A experiência chilena, conduzida por uma violenta ditadura militar, que perdurou por mais de 15 anos no país (1973 – 1990) foi crucial para que o neoliberalismo se apresentasse como proposta de organização das economias nacionais.

O neoliberalismo chileno, bem entendido, pressupunha a **abolição da democracia e a instalação de uma das mais cruéis ditaduras militares do pós-guerra**. Mas a democracia em si mesma — como explicava incansavelmente Hayek — jamais havia sido um valor central do neoliberalismo. (Anderson, 1995, p. 19, grifo meu).

O crescimento econômico do Chile nos primeiros anos da ditadura pinochetista deu legitimidade ao modelo neoliberal, servindo como propaganda para a expansão do neoliberalismo em muitos países latino-americanos, a exemplo da Bolívia em 1985, México em 1988, Argentina em 1989, Peru e Brasil em 1990. A dissonância desta tendência neoliberal no continente se deu, sobretudo, na Venezuela — único país da América do Sul a não vivenciar um regime ditatorial no século XX. Ressalta-se que, as experiências latino-americanas também serviram como propaganda para a expansão do modelo neoliberal em países do leste da Europa e oeste da Ásia, sobretudo aqueles com relações econômicas balizadas pelo modelo socialista. Com a dissolução da União Soviética, em 1991, e com a sequência de crises econômicas que os países aliados da Rússia sofreram após esse período, o receituário neoliberal se fortaleceu como modelo hegemônico, sobretudo após estes países registrarem as maiores taxas de crescimento econômico do mundo (Anderson, 1995).

Diante disso, considera-se que as primeiras experiências neoliberais serviram como propaganda para sua expansão global, sem que houvesse o reconhecimento de seus prejuízos para os territórios e classes trabalhadoras — “desregulação, desemprego massivo, repressão sindical, redistribuição de renda em favor dos ricos, privatização de bens públicos” (Anderson, 1995, p. 19). Ocorre que, após a concretização do primeiro regime neoliberal, mediante uma dura ditadura militar, a maioria dos regimes que se sucederam foram legitimados por vias democráticas. No caso brasileiro, a eleição de Fernando Collor de Mello, em 1990, exemplifica o processo de institucionalização do neoliberalismo pela via democrática. Collor de Melo defendeu, durante a primeira campanha presidencial do país após 21 anos de ditadura militar, uma política econômica de redução dos gastos públicos e privatização de estatais (seguindo à risca o receituário

neoliberal norte-americano). Seu principal opositor nas eleições, o metalúrgico e sindicalista Luís Inácio Lula da Silva, defendia uma política econômica contrária, baseada na ampliação dos direitos trabalhistas e da proteção social do Estado. Entretanto, naquele momento (marcado pela hiperinflação e recessão econômica), venceu a proposta neoliberal. Desde então, os governos brasileiros nunca abandonaram o modelo neoliberal de *gestão* do Estado, inclusive em gestões de partidos trabalhistas.

Segundo o sociólogo brasileiro Emir Sader (1995), o neoliberalismo na América Latina é marcado pelo esgotamento do Estado de bem-estar social e, sobretudo, pela diminuição do setor produtivo industrial, financeirização dos mercados internos e exportação de *commodities*, como o petróleo e produtos agrícolas. As políticas neoliberais contribuíram para a desindustrialização dos países periféricos do capitalismo, afetando especialmente àqueles dependentes da importação de produtos manufaturados, a exemplo do Brasil. Para Sader, o neoliberalismo no continente Latino-americano “é filho da crise fiscal do Estado” (Sader, 1995, p. 35) que se expressa na constante concentração de riquezas e no sucateamento da capacidade produtiva dos países, assim como na força política de modelos alternativos de desenvolvimento.

O neoliberalismo sobrevive a si mesmo pela incapacidade da esquerda, até aqui, em construir formas hegemônicas alternativas para sua superação. Que articulem a crise fiscal do Estado com um projeto de socialização do poder, que desarticule ao mesmo tempo as bases de legitimação do neoliberalismo, entre as quais se situa, prioritariamente, a passividade, a despolitização, a desagregação social. (Sader, 1995, p. 37).

Ao observar o contexto político brasileiro desde sua redemocratização, nota-se que as políticas neoliberais sempre estiveram na burocracia do Estado. Ao longo da década de 1990 e 2000, a racionalidade neoliberal assumiu protagonismo nas agendas de políticas públicas, na produção acadêmica e cultural e, em alguma medida, na própria organização da ação coletiva das classes trabalhadoras e partidos de esquerda. Trata-se de um processo contraditório, que esconde as determinações que tornaram o neoliberalismo em modelo hegemônico de organização dos territórios no século XXI.

Apesar disso, entende-se que o território exerce resistência às tendências hegemônicas globais e possui um papel determinante nas dinâmicas sociais (Reis, 2006). O território, em suas diferentes escalas de articulação, condiciona o desenvolvimento capitalista a partir de oportunidades e ameaças políticas ao processo de consolidação de

sua hegemonia. Afinal, como aponta M. Santos, “o território mostra que há coisas que não se podem desmanchar” (Santos, 1999, p. 7). Isso significa que a racionalização não se estabelece homogeneamente pelo território, tendo influências distintas nas escalas nacionais, regionais e locais, as quais influem sobre a incorporação da racionalidade hegemônica, assim como na articulação de resistências.

2.4 Da Filosofia à Saúde Pública: a complexidade do suicídio como fenômeno social

“O suicídio é a pior de todas as tragédias humanas. Não apenas representa a culminância de um sofrimento insuportável para o indivíduo, mas também significa uma dor perpétua e um questionamento torturante, infundável, para os que ficam.”

(prefácio do livro “O suicídio e sua prevenção”; Bertolote, 2012, p.7).

Antes de ser considerado um problema de saúde pública, o suicídio é uma questão filosófica e profundamente misteriosa à razão humana. A temática esteve à margem das investigações científicas na maior parte da história, assim como estiveram a angústia, a melancolia e o sofrimento social. Na história da morte voluntária, as religiões foram as protagonistas na projeção de significados para este fenômeno, a partir de interpretações místicas, e até folclóricas, para explicar as motivações suicidas (Minois, 2018). Ao longo da era moderna, o tema encarou novas problematizações e alcançou destaque nos debates acadêmicos do século XX, superando o *tabu* religioso, e assumindo o *status* de “problema público”, inclusive, conquistando relevância nas agendas de políticas públicas em países ocidentais (Bertolote, 2012; Cassorla, 2017).

Contudo, antes da prevenção do suicídio se tornar um *imperativo global*⁶, sua possibilidade mobilizou atores e instituições em escalas territoriais menores, com experiências de construção política que datam do início do século XX. Analisando a

⁶ A primeira publicação da Organização Mundial da Saúde, que instrumentaliza a construção de políticas públicas de prevenção ao suicídio, a partir de experiências em países membros, foi lançada em 2014, sob o título: “*Preventing suicide: a global imperative*”. Neste documento, traduzido em 11 línguas, é oferecido um panorama detalhado do fenômeno no mundo, destacando que apenas 28 países possuíam (na época) estratégias nacionais ou planos de ação para redução da mortalidade autoprovocada. Destes países, apenas 13 declaravam que suas políticas públicas de prevenção ao suicídio estavam efetivamente sendo desenvolvidas. (WHO, 2014, p. 49).

historicidade da prevenção do suicídio, pode-se considerar como a primeira política pública de escala nacional, o programa “*Save-A-Life*”, criada em 1906 pelo pastor Harry M. Warren (1861 – 1940), da Igreja Batista de Nova Iorque – EUA. Inicialmente, a organização atuava de forma voluntária, oferecendo escuta e aconselhamento às pessoas com ideação suicida. Além da atenção às vítimas e familiares, a *Save-A-Life* coletava dados em hospitais e delegacias. Ao longo de sua primeira década, a organização expandiu para outras regiões do país, formando voluntários e atendendo centenas de famílias. Em 1915, o governo estadunidense reconheceu as ações da organização como de interesse do Estado e ampliou sua intervenção para todo o território nacional, dando origem à *National Save-A-Life League* (Miller; Gould, 2013). Muitas estratégias de prevenção do suicídio praticadas até hoje foram inspiradas nas ações da *Save-A-Life*, a exemplo do acolhimento de pessoas em crise suicida através de chamadas telefônicas, praticadas em muitos países e recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014). No Brasil, este serviço é oferecido pelo Centro de Valorização da Vida (CVV) – organização não governamental, fundada em 1962 e reconhecida como “Utilidade Pública Federal” em 1973 (CVV, 2022).

Na primeira metade do século XX, houve algumas estratégias governamentais e de nível nacional focalizadas em prevenir a morte autoprovocada, a exemplo do Departamento de Prevenção do Suicídio do Exército da Salvação de Londres, em 1906; da Agência de Prevenção do Suicídio de Viena, em 1948; ou do Serviço de Prevenção do Suicídio de Berlim, em 1956 (Bertolote, 2004, p. 148). Os epidemiologistas estadunidenses David Gunnell e Stephen Frankel, em uma revisão sistemática sobre programas de prevenção do suicídio no mundo, identificaram apenas 19 estratégias com critérios de avaliação até 1993, das quais apenas duas permitiam uma análise de impacto sobre a taxa social de suicídio após a execução de ações de prevenção (Gunnell; Frankel, 1994). De fato, a escassa literatura relacionada às experiências de prevenção do suicídio demonstra o distanciamento que a temática teve do debate público e acadêmico, sendo impreciso afirmar quando e quais ações tiveram algum resultado fidedigno. Outrossim, são limitados os recursos para validar estudos relacionados à prevenção do suicídio sob uma perspectiva das ciências humanas, o que faz muitos cientistas “questionarem a cientificidade e os resultados dos programas de prevenção do suicídio em geral, tanto em termos de eficácia quanto da relação custo-benefício” (Bertolote, 2012, p. 93).

Apesar disso, é possível afirmar que um dos pioneiros e, até hoje, mais relevante pensador sobre o suicídio como fenômeno social, é o filósofo e sociólogo francês Émile Durkheim (1858 – 1917), que publicou o livro *Le Suicide: Étude de sociologie*, em 1897. Motivado pela validação do método sociológico, a partir de um fenômeno que, para a época, era naturalmente visto como algo individual, deu origem a uma nova era das investigações a respeito da influência do ambiente, das relações sociais e condições socioterritoriais na incidência de suicídios. Durkheim foi o primeiro cientista a analisar a “Taxa Social de Suicídios”, imbricando ao fenômeno suas determinações sociais e relativizando as motivações individuais das vítimas. Atualmente, o pensamento durkheimiano, suas terminologias e conclusões estão presentes em grande parte dos estudos sobre suicídio, mesmo naqueles predominantemente vinculados às explicações psicologizantes ou focados na análise epidemiológica do fenômeno (Minayo *et al.*, 2003).

Segundo Durkheim (2000), o suicídio é um ato decorrente da “ruptura dos laços sociais” do indivíduo, contrapondo o saber hegemônico de sua época que relacionava o ato à loucura. Durkheim põe à prova as teses do século XIX sobre o tema, que explicavam este tipo de morte com base em fatores genéticos, psicológicos e étnicos/raciais das vítimas. Ao refutar estas teses, a partir da conferência de centenas de dados estatísticos disponíveis na época, relacionados a dados demográficos, econômicos e de análise socioterritorial, o sociólogo demonstra que as determinações do suicídio estão na sociedade, e não no indivíduo.

Pode estabelecer sua existência, seu número, mas não suas características distintivas. [...] Uma vez conhecida a natureza das causas, poderemos tentar deduzir delas a natureza dos efeitos, que se encontrarão, assim, ao mesmo tempo caracterizados e classificados, pelo simples fato de que serão vinculados a suas respectivas origens. (Durkheim, 2000, p. 168).

Neste sentido, Durkheim concebe três categorias para explicar as motivações da ideação suicida, a partir do tipo de vinculação que o sujeito tem com a sociedade: a) suicídio *egoísta*, no qual o indivíduo está isolado da sociedade, no sentido de não nutrir laços sólidos de solidariedade com um grupo social, levando-o a sentimentos de solidão e abandono (Durkheim, 2000, pp. 257 – 270); b) suicídio *altruísta*, quando o indivíduo está fortemente ligado ao grupo, ao ponto da sua existência ser posta em segundo plano na relação com a sociedade. É o caso (argumentado pelo autor) do serviço militar em tempos de guerra e da lógica de sacrifício, ao colocar sua vida em risco em prol de um

“bem-comum” (Durkheim, 2000, pp. 270 – 300); c) suicídio *anômico*, relacionado à inadequação do sujeito às normas, regras ou valores da sociedade, ou o seu contrário, quando a sociedade carece de tais normas, ao ponto de infringir forte sofrimento aos indivíduos. O suicídio anômico, que deriva do conceito de “anomia”, é o tipo mais discutido pelo sociólogo e o que melhor expressa sua teoria, no que diz respeito à influência da sociedade na incidência de suicídios (Durkheim, 2000, pp. 303 – 355). Existem, ainda, classificações mistas destes tipos de suicídios (suicídio ego-anômico, suicídio anômico-altruísta e suicídio ego-altruísta). No entanto, Durkheim adverte:

Estas são as características gerais do suicídio, ou seja, as que resultam imediatamente de causas sociais. Individualizando-se nos casos particulares, elas adquirem nuances variadas, conforme o temperamento pessoal da vítima e as circunstâncias especiais em que se encontra. (Durkheim, 2000, p.378).

Considera-se o trabalho de E. Durkheim como um dos estudos sociais mais acabados sobre o fenômeno até hoje produzidos. Para além de suas contribuições à problemática, a obra *Le Suicide*, é um marco para as ciências sociais aplicadas, sendo um referencial indispensável para análises sociológicas de toda natureza. Para além desta obra, Durkheim oferece conceitos fundamentais para a compreensão deste fenômeno atualmente, em especial sua noção de “fato social” como algo externo ao indivíduo; e a ideia de “funções sociais” dos indivíduos em sociedade. Em suma, Durkheim nos ajuda a compreender as relações entre a ideação suicida e as estruturas de normas sociais que coordenam os territórios e são capazes de infringir sofrimento, em maior ou menor medida, aos indivíduos e/ou grupos sociais.

Outro expoente, que dispõe de relevância internacional no debate sobre prevenção do suicídio, é o psiquiatra e pesquisador brasileiro José Manoel Bertolote, que esteve à frente do departamento de saúde mental da Organização Mundial da Saúde por mais de 15 anos, sendo precursor do “Dia Mundial de Prevenção do Suicídio”. Atualmente, o pesquisador está vinculado ao *Australian Institute for Suicide Research and Prevention*, da Griffith University – instituto fundado em 1996 e que concentra as principais referências mundiais em estudos com influência na formulação das estratégias desenvolvidas pela OMS e outras instituições. Entre suas obras, destaca-se o livro “O suicídio e sua prevenção”, publicado no Brasil em 2012. Neste trabalho, Bertolote sintetiza seus anos de experiência como pesquisador no campo da saúde mental e oferece ao leitor um panorama dos debates sobre a problemática da morte autoprovocada.

Bertolote (2012) problematiza o suicídio a partir do campo da saúde pública, tendo como pressuposto sua possibilidade de prevenção, mediante recursos, técnicas e tecnologias que permitam intervir no comportamento suicida, o qual classifica a partir de “fatores de risco” (Bertolote, 2012, p. 68). Para o autor, fatores de risco para o suicídio são classificados em duas categorias: I) fatores predisponentes, ligados à condição orgânica, mas também a traços comportamentais dos indivíduos, o que inclui tanto a constituição genética, ciclo de vida, gênero e condição física, etc., quanto os costumes, cultura e classe social; e II) fatores precipitantes, que são as situações do mundo da vida capazes de infligir grande sofrimento ao indivíduo, como a morte de uma pessoa querida, humilhação pública, perda de emprego, etc. A junção destes fatores de risco, predisponentes e precipitantes, “provocam a sequência final de comportamentos que levam ao suicídio” (Bertolote, 2012, pp. 69 - 70).

Sob o mesmo prisma teórico, Bertolote (2012) problematiza a prevenção do suicídio argumentando a favor dos “fatores de proteção”, compreendidas como “características psicológicas” que guardariam alguma vantagem em relação ao comportamento suicida – “inteligência emocional, [...] senso de responsabilidade pela família [...] objeções morais e religiosas ao suicídio”, são alguns dos fatores de proteção defendidos pelo autor (Bertolote, 2012 p. 75). Em estudo anterior, Bertolote e Fleischmann (2002) destacaram o tratamento de transtornos mentais como o principal fator de proteção para o suicídio, sustentando que a maioria das mortes por suicídio poderiam ser evitadas se as vítimas fossem diagnosticadas e tratadas a tempo (Bertolote; Fleischmann, 2002, p. 183). Os resultados de Bertolote e Fleischmann (2002) tiveram forte influência no campo da saúde mental brasileira, sendo a principal referência das *Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio* (Brasil, 2006). Os argumentos deste estudo tendiam a uma relação intrínseca entre transtornos mentais e ideação suicida, servindo de base para uma nova era de investigações ligadas ao tema, focalizadas na análise epidemiológica do fenômeno. A autoridade intelectual dos autores e as proporções epidêmicas que o método epidemiológico de análise confirmava para as mortes por suicídio, foram o suficiente para tornar a racionalidade epidemiológica no fundamento das pesquisas sobre prevenção do suicídio ao longo das décadas de 2000 e 2010.

Em outro sentido, estão as contribuições do psiquiatra e psicanalista chileno, Roosevelt M.S. Cassorla, que há mais de 40 anos dedica-se a pesquisar a temática do suicídio, sendo um dos precursores do debate no Brasil, através do livro “*O que é*

suicídio”, de 1985 (Coleção “primeiros passos” da Editora Brasiliense). Nesta obra, o suicídio é problematizado a partir do campo da psicanálise, articulando categorias como “inconsciente”, “fantasia”, “luto”, “melancolia”, em uma reflexão sobre o próprio significado da morte para o suicida (Cassorla, 1985, p. 22). Em atualização desta obra, Cassorla (2017) expõe críticas à hegemonia do pensamento médico a respeito das causas do suicídio, enfatizando o sofrimento como categoria central da análise suicidológica.

As pessoas com comportamento suicida vivenciam um sofrimento mental. Esse sofrimento será identificado e tratado pelo profissional de saúde, que deverá utilizar todos os meios de que dispõe para ajudar seu paciente, incluindo **medicamentos, tratamentos biológicos, abordagens sociais e psicológicas, tratamentos psicoterápicos de variadas orientações e, eventualmente, internações**. (Cassorla, 2017, p. 40, grifo meu).

A posição de Cassorla (2017) mantém a relação hegemônica da prevenção do suicídio com o campo da saúde, porém reconhecendo os limites do campo e a necessidade de intervenções diferenciadas para cada situação. Para o autor, nem a medicalização, tampouco a internação hospitalar, devem ser as primeiras medidas a serem adotadas em uma situação de ideação suicida. Apesar disso, sua posição social, sendo médico, psiquiatra e psicanalista, e notório reconhecimento como *especialista* no debate sobre prevenção do suicídio, fortalece uma visão clínica do fenômeno. Por mais crítico que possa ser o discurso psicanalítico, ou mais inclusivo que possa parecer a abordagem psiquiátrica, o fato é que a problemática do suicídio segue sedimentada em nichos específicos do saber. Este fato limita e, por vezes, constrange novas abordagens.

Atualmente, são raras as experiências de políticas públicas que reduziram significativamente a taxa social de suicídios. Até hoje, poucos pensadores se arriscam a defender uma “solução” para a questão das mortes autoprovocadas, e aqueles que o tentaram, perceberam que a realidade social impede que o fenômeno seja medido pelas mesmas réguas de outros problemas públicos. De fato, há lacunas difíceis de contornar no debate sobre prevenção do suicídio no campo social, pelo fato de não haver alternativas reconhecidas no campo das ciências sociais. Ademais, considera-se, para além da ação individualizada de atores e instituições, que o conhecimento produzido sobre o tema é insuficiente para indicar um caminho que seja aplicável a todos os contextos e territórios — e talvez esta seja a condição basilar das políticas de prevenção do suicídio.

Apesar disso, a Organização Mundial da Saúde trabalha sob a lógica de replicar estratégias exitosas em diferentes locais e contexto, considerando a análise epidemiológica do fenômeno como principal indicador na relação entre o suicídio e a sociedade. A instituição insiste em considerar o fenômeno a partir das métricas de outros tipos de mortalidade, ao ponto de criar um conjunto de metas globais para enfrentamento da tendência de aumento dos suicídios, propondo a redução de [no mínimo] 10% deste tipo de óbito. Estas metas foram anunciadas no Plano de Ação sobre Saúde Mental (2013-2020) da OMS (WHO, 2014), que entre outras ações, sugeriu aos Estados-membros a criação de serviços específicos para intervenção em casos de ideação suicida e automutilação, bem como a qualificação dos instrumentos de coleta e análise de dados epidemiológicos. Infelizmente, estas metas não foram alcançadas em 2020, e a tendência de óbitos deste tipo no mundo continuou crescendo, em especial devido aos impactos sociais e de saúde que a pandemia de Covid-19 causou (WHO, 2024). Mesmo assim, as metas da OMS seguem incorporadas aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), da Agenda 2030⁷ das Nações Unidas (UN).

A análise epidemiológica, ao priorizar dados estatísticos e metas globais, desconsidera as singularidades dos territórios e suas contradições sociais na produção de sofrimentos. Pelo contrário, transforma o suicídio em fenômeno universal, ignorando os fatores locais que o estimulam, como desigualdades, exclusões e dinâmicas socioculturais. Por este motivo, compreende-se que as políticas de prevenção avaliadas por comparações epidemiológicas não percebem a complexidade deste fenômeno.

Pois, a racionalidade empregada para compreender o suicídio em nosso tempo privilegia dados quantificáveis, desprovidos de contexto e desarticulados de uma crítica social mais ampla. Reconhece-se a utilidade da racionalidade epidemiológica para a projeção de metas, indicadores e mapeamento de um fenômeno de saúde no território, porém é pouco eficaz para identificação das expressões da questão social que levam um indivíduo a tentar o suicídio. Mais do que isso, ao planejar, executar e avaliar as políticas de prevenção a partir da análise epidemiológica, perde-se a capacidade de interpretação do fenômeno como um problema socioterritorial.

⁷ No objetivo nº 3 dos ODS (2015 – 2030), “Saúde e Bem-estar”, a prevenção ao suicídio faz parte do bloco de ações que visam “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades”, mantendo-se a meta de redução de, no mínimo, 10% das mortes autoprovocadas até 2030 (UN, 2022).

2.5 O suicídio em pauta: análise socioterritorial do fenômeno no Rio Grande do Sul

A temática do suicídio manteve-se distante do debate público durante todas as fases de desenvolvimento capitalista. A exceção se dá, em parte, dentro do campo científico, porém, mesmo neste, o tema se mantém sedimentado em disciplinas ligadas à perspectiva epidemiológica e intervencionista (Moura, 2016; Fogaça, 2019). Desse modo, é comum que a discussão sobre prevenção do suicídio baseie-se em categorias demográficas, inspirada na própria tradição da sociologia de Durkheim, que operou indicadores sociais para elaborar classificações regionais do suicídio (Durkheim, 2000).

Seguindo esta tradição e visando argumentar a respeito do recorte territorial da pesquisa que fundamenta a tese, este *Subtítulo 2.5* apresenta o fenômeno do suicídio a partir de dados quantitativos e demográficos. Isto para orientar sobre a relevância do tema na esfera pública, considerando que o Rio Grande do Sul é o estado com maior incidência de suicídios no país e que mantém, nas últimas duas décadas, uma taxa de mortalidade duas vezes superior à média nacional, evidenciando um fenômeno de notório interesse público. Aliás, há pelo menos 15 anos são realizadas pesquisas sobre a temática do suicídio tendo o estado como recorte territorial.

Cabe destacar o uso da categoria *território* para o propósito do texto, que considera o território como espaço “utilizado por uma dada população” (Santos, 2003, p. 47). Logo, cada território se constitui a partir de um “arranjo particular”, que congrega características locais e globais que condicionam as dinâmicas sociais em movimento, revelando o sistema que organiza a vida social, o trabalho, a política etc. Etges (2001) explica que o território está em constante processo de transformação e conflito — “um campo de forças, como um lugar de exercício, de contradições entre o vertical e o horizontal, entre o Estado e o mercado, entre o uso econômico e o uso social dos recursos” (Etges, 2001, p. 7). Assim, entende-se que tanto o sistema socioeconômico, quanto o mundo da vida, se manifestam no território e este, por sua vez, compartilha sentidos sobre a realidade àqueles que usam, se apropriam e dão forma ao território.

Neste sentido, compreende-se que o reconhecimento social de um fenômeno como um problema dentro da esfera pública se dá através das determinações do território. É na esfera pública que os discursos e sentidos são compartilhados, podendo ter maior ou menor interesse a depender da conjuntura; ou ainda, ter maior ou menor retração,

dependendo do grau de institucionalidade que o tema adquiriu dentro da esfera pública. Este é um processo dialético, no qual as particularidades do local/regional são contrastadas com o global (Santos, 2003; Etges, 2001). Na relação com a problemática do suicídio, por exemplo, o território congrega tanto as determinações de sua *incidência* (modo de produção, indicadores sociais, contexto socioeconômico, sofrimento social), como de sua *prevenção* (atores e instituições envolvidos com a problemática, serviços públicos, normas sociais, cultura etc.).

Entretanto, a racionalidade epidemiológica constrange o olhar às manifestações no mundo da vida, classificando regiões de maior risco a partir de indicadores abstratos e descaracterizados. Os estudos alcançados pela revisão bibliográfica mostram que, com raras exceções, as pesquisas sobre a problemática não atribuem ao território valor de influência na relação com o fenômeno social, tampouco considera suas características sócio-históricas como elementos de risco ou proteção contra o suicídio. Em sua maioria, os estudos de relevância no Brasil articulam os possíveis fatores de risco/proteção à comportamentos individuais das vítimas: *hábitos pessoais* (uso de álcool e outras drogas), *histórico clínico* (medicações, diagnósticos e tratamentos), *vínculos sociais* (família, trabalho, escola, igreja), *tentativas prévias* e o *método utilizado* (Bertolote, 2012; Werlang; Mendes, 2013; Botega, 2014; Minayo; Cavalcante, 2015).

Desse modo, deve-se assumir certo rigor epistemológico para não transpor às ciências sociais a racionalidade instrumental que hegemoniza os estudos sobre prevenção do suicídio; e vice-versa, dado a importância da análise epidemiológica para estabelecer argumentos válidos ao debate, considerando os interdiscursos presentes na esfera pública. Sobre isso, Minayo *et al.* (2003) destacam as relações entre ciências sociais e epidemiologia, afirmando que “a inserção das teorias sociais se dá por meio da apropriação dos termos de forma ideológica ou de senso comum”, o que resulta na “incorporação superficial e acrítica de marcos teóricos” (2003, p. 99). Isto ocorre pela tendência instrumental das ciências da saúde de transferir para a sociedade o significado de categorias próprias do indivíduo, como sintoma, doença, comportamento de risco, entre outros. Contudo, os autores defendem que a interrelação de categorias sociais com a epidemiologia tende a beneficiar o trabalho de identificação de um problema público de saúde, ao unirem sua expressão material no território, com uma abordagem crítica do fenômeno, suas razões socioterritoriais e conjunturais.

A aceitabilidade racional⁸ dos argumentos mobilizados pela epidemiologia se traduz na racionalização da categoria *diagnóstico* para explicar problemas próprios do mundo do trabalho, como desemprego, perda de renda, crise socioeconômica – frequentemente utilizados em “diagnósticos do contexto social”. Apesar de reducionista, esta apropriação de termos sociológicos pela epidemiologia permitiu que outros campos do conhecimento considerassem as determinações sociais no planejamento de ações, a exemplo das campanhas de prevenção do suicídio para públicos-alvo.

Já no âmbito do Estado, por exemplo, a racionalização epidemiológica promoveu o aperfeiçoamento de instituições como o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do SUS, que desde 1996 tabula a incidência de suicídios no Brasil. Inclusive na esfera global, a análise de determinantes do suicídio como categorias subjetivas dos sujeitos, sobretudo aquelas relacionadas ao histórico médico e psicossocial, permitiram que cada vez mais países produzissem dados sobre suicídio, sendo estes os indicadores mais utilizados no seu monitoramento pela OMS e instituições nacionais de vigilância epidemiológica (OMS, 2006; 2018; OPAS, 2020). Desse modo, a racionalização da problemática tornou o debate menos áspero, envolvendo categorias comuns a diversos campos de estudo. Este processo abriu caminho para novas práticas de intervenção em casos de ideação suicida (Botega, 2014), que foram paulatinamente incorporadas pela racionalidade instrumental à organização do território e – como no caso do Rio Grande do Sul – à própria estrutura do Estado.

Este processo abre caminho para a ideia de “boas práticas” em ações de prevenção do suicídio, como explica Bertolote (2012), as quais incluem, entre outras: (a) tratamento de transtornos mentais; (b) restrição do acesso a métodos; e (c) busca ativa e triagem sistemática de pessoas com alto risco de comportamento suicida (Bertolote, 2012, p. 101-102). Nota-se que existe uma hierarquização de ações, sendo a principal delas o “tratamento de transtornos mentais”. Estas *recomendações*, encaminhadas aos Estados e Nações pela Organização Mundial da Saúde, estimulam um tipo de agir estratégico às ações de prevenção, justificado por estudos clínicos e ensaios vinculados às profissões mais especializadas do campo da saúde mental (Barbosa; Macedo; Silveira, 2011).

⁸ Segundo Habermas (2020), “a aceitabilidade racional das expressões correspondentes se fundamenta na capacidade de convencimento dos melhores argumentos”. (Habermas, 2020, p.66).

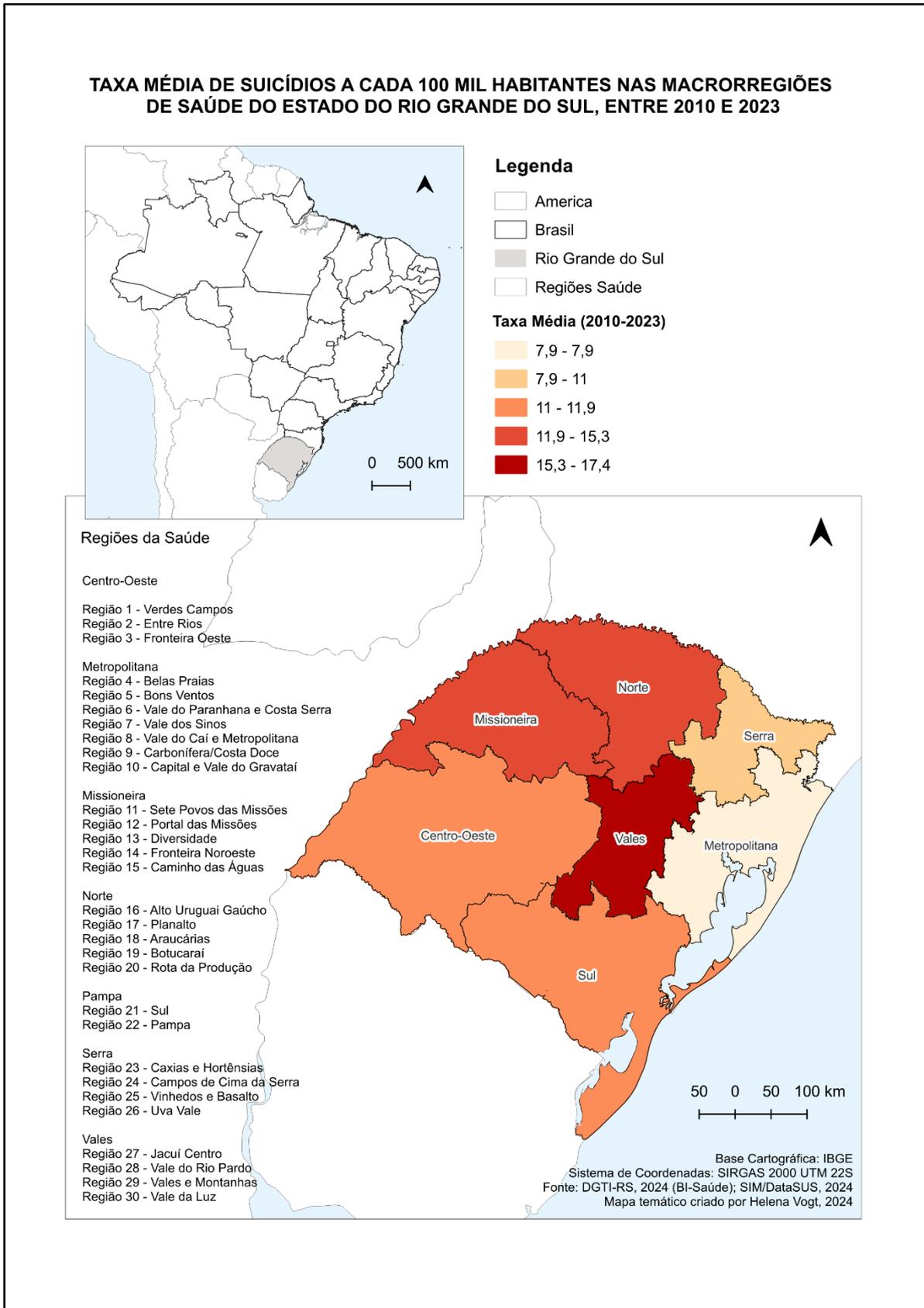
Na relação do território com as estratégias hegemônicas de prevenção do suicídio, a racionalidade se mostra como exógena ao sentido local dado à morte autoprovocada, pois transfere para o singular uma expressão universal, e não o contrário. Ao mesmo tempo, as intervenções mais inclusivas sobre o fenômeno limitam-se em analisar os indicadores do suicídio, retirando o sujeito da equação, e menosprezando as determinações do território, da cultura, da historicidade, do espaço e do tempo, no qual a morte ocorre. A partir da racionalidade instrumental, a morte autoprovocada se torna fenômeno social na relação com o indivíduo e fenômeno individual na relação com a sociedade. Em outras palavras, as explicações para um único suicídio tornam-se tão ou mais complexas que a explicação de centenas ou milhares de suicídios.

Dispomos hoje de todas as informações estatísticas sobre o suicídio, mas a questão de fundo pouco avançou, e não avançará enquanto se admitir tacitamente que é óbvio que viver a qualquer preço é melhor do que a morte. (Minois, 2018, p. 410).

A partir desta reflexão, compreende-se que para observar as razões contemporâneas de uma morte autoprovocada, é necessário categorizar suas determinações desde as relações sociais da vítima, sua situação socioeconômica, rotinas, hábitos; aos pesquisadores mais empenhados, pode-se ainda analisar expressões de seus desejos, sonhos, angústias e decepções no mundo da vida. Pode-se ainda verificar eventos adversos, como a perda do emprego/negócio, divórcio, morte de uma pessoa querida, entre tantos outros eventos capazes de infligir sofrimento e flertar com o desejo da morte de si. Porém, ao analisar os indicadores do suicídio em diferentes escalas territoriais (local, regional, estadual, nacional e global) encontram-se sentidos menos subjetivos e mais ligados ao modo de produção da sociedade; às determinações dos territórios; aos contextos socioterritoriais capazes de amplificar os sofrimentos sociais (Cassorla, 2017; Minois, 2018; Fogaça, 2019).

Portanto, justifica-se a realização da análise epidemiológica do fenômeno dentro do recorte territorial, a fim de compreender os argumentos presentes no debate público, pois é a alta incidência de suicídios no Rio Grande do Sul que dá sentido às estratégias de prevenção. Além do mais, é através da comparação de índices de mortalidade que os recursos do Estado são destinados às regiões com maior incidência do agravo, no sentido de eleger “prioridades”, segundo a lógica da austeridade fiscal, própria do neoliberalismo.

Figura 1. Mapa temático com a taxa média de suicídios a cada 100 mil habitantes nas Macrorregiões de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, entre 2010 e 2023.



Fontes: DGTI-RS, 2024 (BI-Saúde); SIM/DataSUS, 2024. Organizado pelo autor.

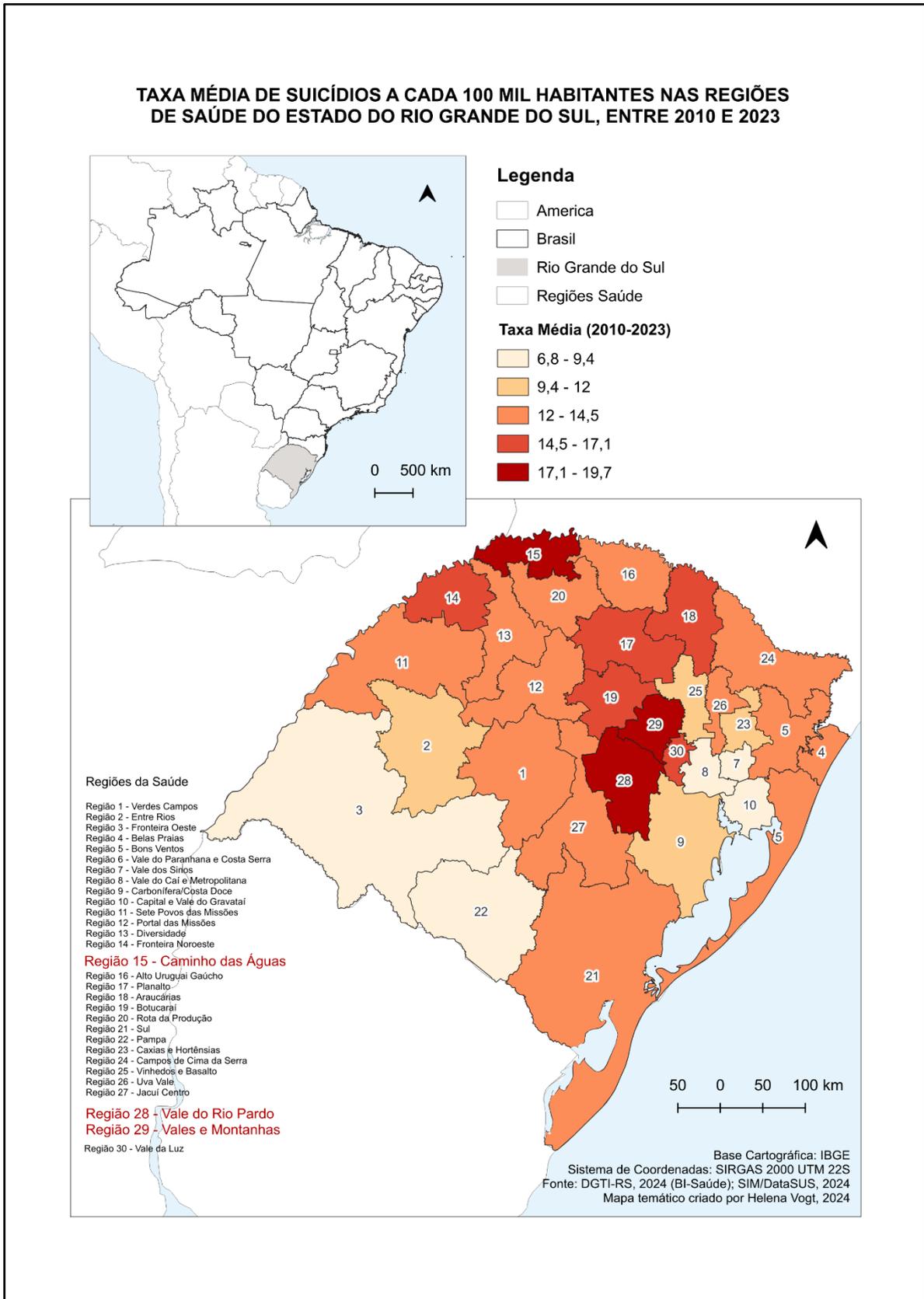
Neste sentido, o mapeamento da incidência de suicídios a partir da regionalização da saúde é elemento-chave para compreensão das dinâmicas de gestão pública dos recursos para sua prevenção, sendo este o recorte territorial utilizado no planejamento das políticas de saúde mental no Rio Grande do Sul. A Figura 1 apresenta a taxa média de mortes autoprovocadas durante quatorze anos (2010-2023), classificando as Macrorregiões de Saúde do estado em níveis de mortalidade por 100 mil habitantes. Os dados secundários foram coletados do *Sistema de Informações sobre Mortalidade* e organizados na forma de mapas temáticos, com o uso do software livre QGIS. O recorte temporal orientou-se pela disponibilidade de dados do Sistema BI Saúde, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde do RS, que agrega informações tabuladas das declarações de óbito e notificações de violência das bases de dados oficiais do SUS, desde 2010. As categorias analisadas foram: “óbitos por causa externas” e “Grande Grupo E54: Suicídios e lesões auto infligidas” (SIM/DataSUS, 2024).

Analisando o território a partir da regionalização da saúde e taxa média de suicídios por 100 mil habitantes, percebe-se que a Macrorregião dos Vales se destaca com a maior incidência de óbitos por lesão auto infligida, registrando a média de 17,4 suicídios a cada 100 mil habitantes, com uma população total de pouco menos de 900 mil habitantes (IBGE, 2022). Da mesma forma, em relação à taxa de tentativa de suicídio, registradas a partir dos indicadores de lesões auto infligidas, a macrorregião mantém uma média de 90 casos por 100 mil habitantes (DGTI-RS, 2024). Em segundo lugar em termos de incidência de suicídios estão as Macrorregiões Norte e Missioneira, com taxas médias de 15,30 e 11,9 óbitos por 100 mil habitantes; e 52,95 e 46,83 tentativas de suicídio na mesma proporção, respectivamente. Destaca-se que nestas Macrorregiões, a taxa média de suicídio ultrapassou a média estadual e registram valores próximos à três vezes a taxa média nacional, no mesmo período (DGTI-RS, 2024).

A Figura 2, por sua vez, apresenta a relação média de suicídio por 100 mil habitantes entre 2010 e 2023, porém categorizando o território pelas Regiões de Saúde⁹, para visualizar o fenômeno na principal escala de articulação do SUS.

⁹ A regionalização da saúde no estado do Rio Grande do Sul baseia-se na organização dos serviços de apoio diagnóstico, atendimento ambulatorial e hospitalar, sob direção das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). As CRS atuam de forma integrada com os gestores de saúde municipais e estão vinculadas diretamente à Secretaria Estadual de Saúde. Ao todo, o Rio Grande do Sul é dividido em sete Macrorregiões e 30 Regiões de Saúde, coordenadas por 19 CRS (SES-RS, 2016).

Figura 2. Mapa temático com a taxa média de suicídios a cada 100 mil habitantes nas Regiões de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, entre 2010 e 2023.



Fontes: DGTI-RS, 2024 (BI-Saúde); SIM/DataSUS, 2024. Organizado pelo autor.

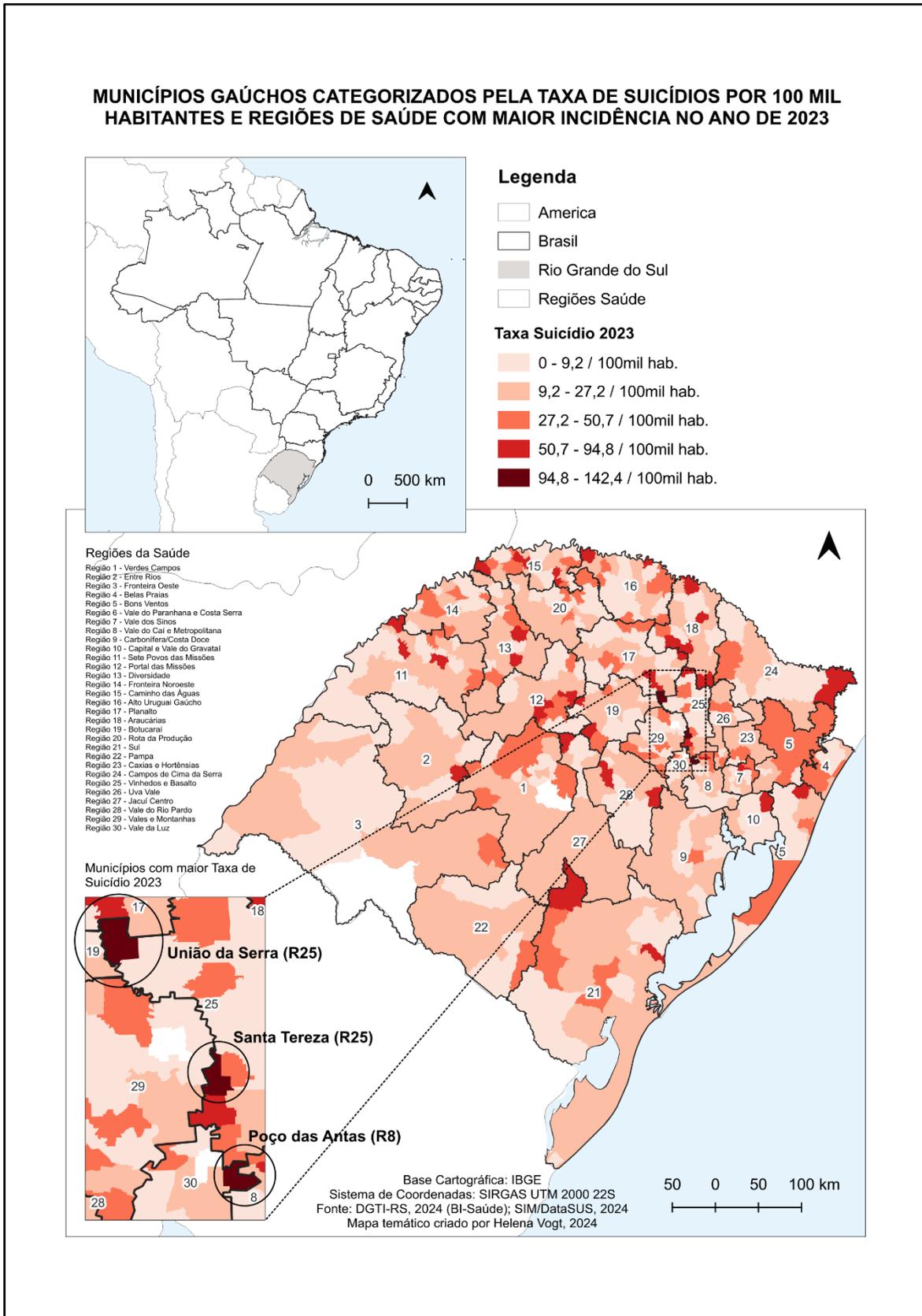
Nota-se que a maioria das Regiões de Saúde registram uma taxa média de suicídios superior à média estadual, e que as regiões com maior incidência por 100 mil habitantes são: *Vale do Rio Pardo* (19,69), *Caminho das Águas* (18,85) e *Vales e Montanhas* (18,15). Em outras 22 das 30 Regiões de Saúde, a taxa média de suicídios varia entre 9,4 e 14,5 óbitos a cada 100 mil habitantes, sendo apenas cinco regiões com incidência menor que 9,4/100 mil habitantes. Curiosamente, a região com menor incidência de óbitos é a *Capital e Vale do Gravataí* (6,79/100 mil), onde está localizada a metrópole de Porto Alegre. O mais curioso está no fato da *Região Vale da Luz* ter a maior taxa de tentativas de suicídio (103,68/100 mil hab.), seguida de *Vales e Montanhas* (98,47), *Planalto* (96,27) e *Vale do Rio Pardo* (81,52). Destaca-se, ainda, que a *Região de Saúde Caminho das Águas*, na fronteira norte do estado, está na 21ª posição em média de tentativas de suicídio, apesar de ser a segunda em taxa de mortalidade – desafiando a lógica e a própria literatura em relação à problemática (DGTI-RS, 2024).

Estima-se que as tentativas de suicídio superem o número de suicídios em pelo menos dez vezes. Não há, entretanto, em nenhum país, um registro de abrangência nacional dessas tentativas. [...] Após uma tentativa, estima-se que o risco de suicídio aumente em pelo menos cem vezes em relação aos índices presentes na população geral. (Botega, 2014, p. 233).

Ressalta-se, contudo, que o coeficiente de óbitos representa uma fração do fenômeno em si, enquanto as tentativas de suicídio são um indicador significativo de sofrimento social, pois configura uma demanda de saúde recorrente e que, ao ser acolhida em tempo hábil para preservar a vida, possibilita a intervenção de atores e instituições para identificação e reconhecimento deste sofrimento. Isto faz do indicador de tentativas de suicídio o mais significativo no trabalho de prevenção, pois é a partir deste que se verifica, efetivamente, a relação do fenômeno com o território. Ademais, são as situações de tentativa, e não as de morte, que necessitam de maior atenção das políticas de saúde mental, sendo vital a oferta de acolhimento, tratamento e acompanhamento em situações de risco (Bertolote, 2012; Vidal *et al.*, 2013; Botega, 2014; Minayo; Cavalcante, 2015).

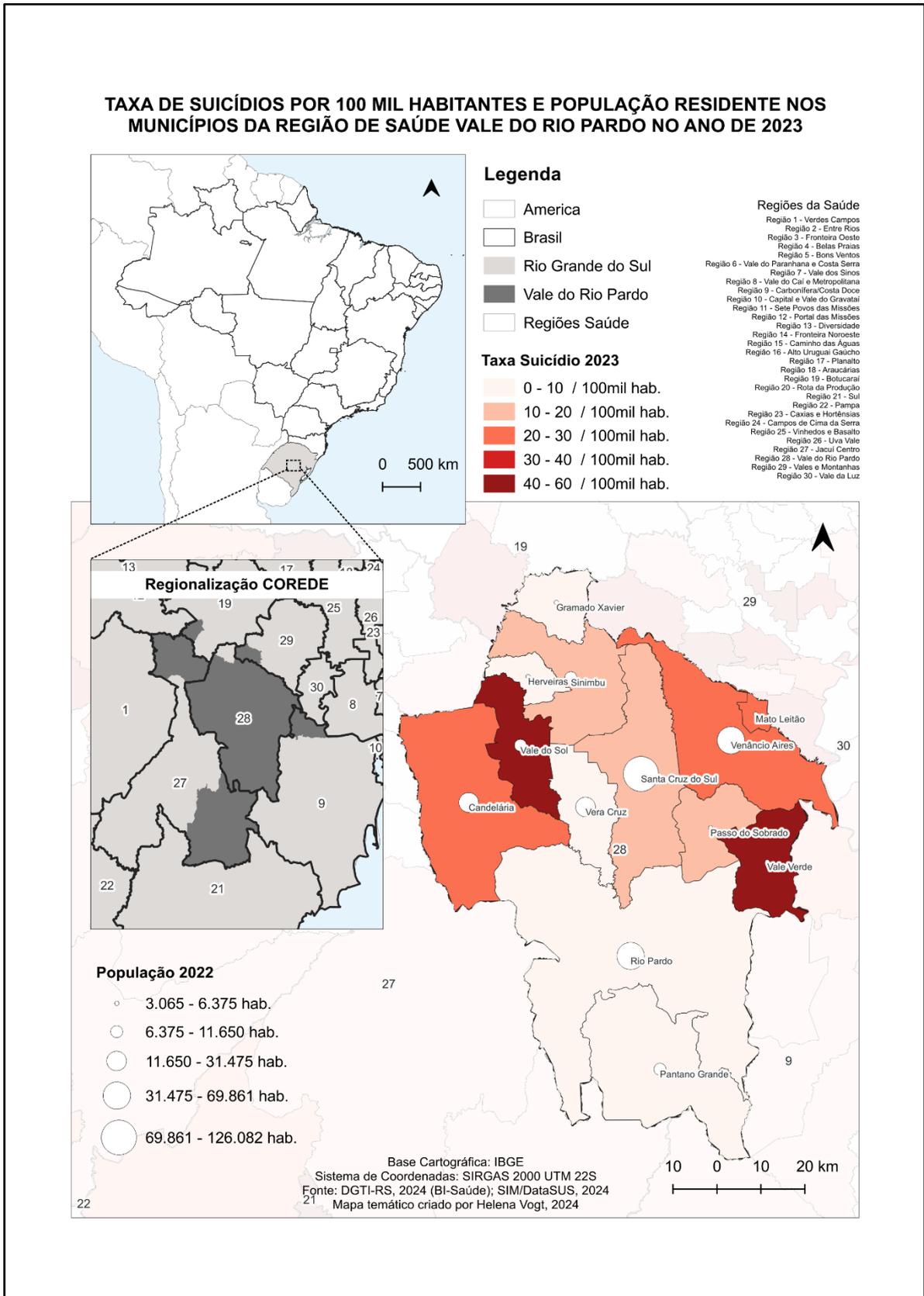
Outro elemento relevante na análise territorial é a escala de observação do fenômeno, considerando que a relação entre número de óbitos e população residente tende a criar valores muito altos para municípios pouco populosos. As Figuras 3 e 4 demonstram a disparidade das taxas de suicídio entre os municípios gaúchos ao nivelar o indicador à proporção de 100 mil habitantes.

Figura 3. Mapa temático dos municípios gaúchos categorizados pela taxa de suicídios por 100 mil habitantes e Regiões de Saúde com maior incidência no ano de 2023.



Fontes: DGTI-RS, 2024 (BI-Saúde); SIM/DataSUS, 2024. Organizado pelo autor.

Figura 4. Mapa temático da taxa de suicídios por 100 mil habitantes e população residente nos municípios da Região de Saúde Vale do Rio Pardo no ano de 2023.



Fontes: DGTI-RS, 2024 (BI-Saúde); SIM/DataSUS, 2024. Organizado pelo autor.

A Figura 3 apresenta uma perspectiva que complexifica a análise do fenômeno e demonstra sua diferenciação no território, pois não evidencia uma relação de proximidade entre municípios com altas taxas de mortalidade; pelo contrário, demonstra que o fenômeno é espreado principalmente em áreas fronteiriças e aparece, com maior frequência, em municípios menos populosos e interioranos. Outra característica é que as regiões com maiores taxas de mortalidade possuem, em média, de dois a cinco municípios com incidência superior à média regional, o que acaba influenciando na análise regional, mesmo que a alta incidência não se manifeste no conjunto dos municípios que compõe a região. Isto demonstra a relevância dos dados municipais para a análise regional da taxa de suicídios e evidencia a necessidade de uma análise crítica destes dados.

Para demonstrar a relação multiescalar do fenômeno, a Figura 4 destaca os municípios da Região do Vale do Rio Pardo, categorizados por taxa de suicídio. A região é coordenada pela 13ª CRS, com sede no município de Santa Cruz do Sul, devido sua centralidade na organização da rede de média e alta complexidade dos serviços de saúde, sendo a única cidade média do Vale do Rio Pardo, formado por 13 municípios, com população de 424.237 (IBGE, 2022). A principal atividade econômica da região está ligada à cadeia produtiva do tabaco, com produção média de 50.000 toneladas por safra (Sinditabaco, 2024), além da presença de algumas das maiores empresas transnacionais do ramo, como a *British American Tobacco*, *Souza Cruz*, *Philip Morris International*, *Alliance One*, entre outras, sendo uma região majoritariamente rural e de pequenas propriedades (Petry; Silveira, 2017).

Em relação aos índices de suicídio, a maior taxa de mortalidade em 2023 está no município de Vale do Sol (60,1/100 mil habitantes), seguido por Vale Verde (58,2/100 mil hab.) e Venâncio Aires (24,3/100 mil hab.), considerando os dados públicos do Sistema BI Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde (DGTI-RS, 2024). Destaca-se que a maioria dos municípios da região são classificados como de Pequeno Porte I, ou seja, com população inferior a 20 mil habitantes. Isto faz com que a relação de óbitos por 100 mil se converta em taxas muito altas, mesmo com o registro de uma única morte. Por esse motivo, a comparação das taxas de suicídio em municípios com populações significativamente diferentes tende a confundir a análise empírica do fenômeno, levando a erros de interpretação sobre a gravidade do fenômeno no território. Mais do que isso, a equivalência de municípios com características socioeconômicas distintas pode resultar em conclusões não-fidedignas à realidade local e regional.

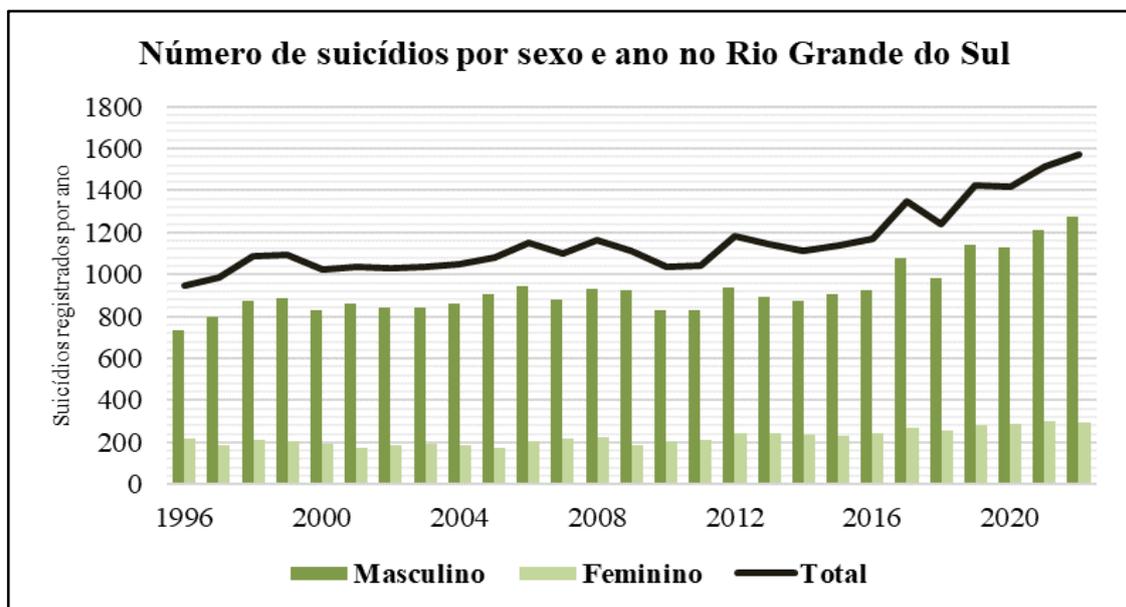
Desse modo, para evidenciar a relevância do tema para a região, deve-se comparar os municípios da Região do Vale do Rio Pardo com seus pares populacionais, o que comprova que as taxas de suicídio na região são significativamente elevadas. A título de exemplo, pode-se comparar Venâncio Aires (69.861 habitantes) com Montenegro (63.218), Cruz Alta (63.778), Farroupilha (68.563), Santa Rosa (72.240) ou Alegrete (78.501) – cidades de referência em suas respectivas regiões de saúde. Considerando apenas a população, nota-se a disparidade na incidência de suicídios, pois, nenhuma das cidades citadas ultrapassam a média de 12 suicídios a cada 100 mil habitantes, enquanto Venâncio Aires registra uma taxa média de 24,3/100 mil (DGTI-RS, 2024). Da mesma forma, se compararmos o município mais populoso da região – Santa Cruz do Sul, com 126.082 habitantes – com os municípios de Bagé (121.743 hab.), Cachoeirinha (125.971 hab.) e Uruguaiana (129.651 hab.), fica evidente a disparidade do número de suicídios entre os territórios, sendo que Santa Cruz do Sul registra uma taxa média (entre 2010 e 2023) de 19 suicídio a cada 100 mil habitantes, enquanto os demais registram, respectivamente, 7,8/100 mil, 7,1/100 mil e 7,7/100 mil habitantes.

Isto demonstra a relevância dos dados para a análise territorial do suicídio no Vale do Rio Pardo, sendo que a comparação entre regiões evidencia a alta incidência de suicídios no território e coloca a problemática como pauta no debate público nas agendas de políticas públicas. Ademais, reconhece-se a relação histórica entre o Vale do Rio Pardo e o debate sobre prevenção do suicídio, sendo a região com maior incidência do agravo por mais de 20 anos, e por ter uma esfera pública atenta a este fenômeno.

Por este motivo, parte dos participantes da pesquisa são/foram atores sociais do Vale do Rio Pardo, sendo a região pioneira na criação de Comitês Municipais de Prevenção do Suicídio, além de acumular experiências e repertórios de ação para a construção de políticas públicas de prevenção (Stavizki Junior, 2021).

Para complementar a análise epidemiológica, apresenta-se três gráficos que sintetizam os indicadores mais utilizados para análise socioterritorial do fenômeno, com o intuito de fundamentar os argumentos mais utilizados nos discursos de atores sociais entrevistados, como o fato do sexo masculino registrar maior número de mortes em relação ao sexo feminino, e estar em tendência de crescimento (Gráfico 1); ou a frequência de mortes por faixa etária, tendo os idosos a maior taxa de mortalidade (Gráfico 2); ou ainda, a relação entre estado civil e anos de formação (Gráfico 3).

Gráfico 1. Número de óbitos por lesão autoprovocada no Rio Grande do Sul, categorizadas por sexo e ano de ocorrência, com linha de tendência entre 1996 e 2022.

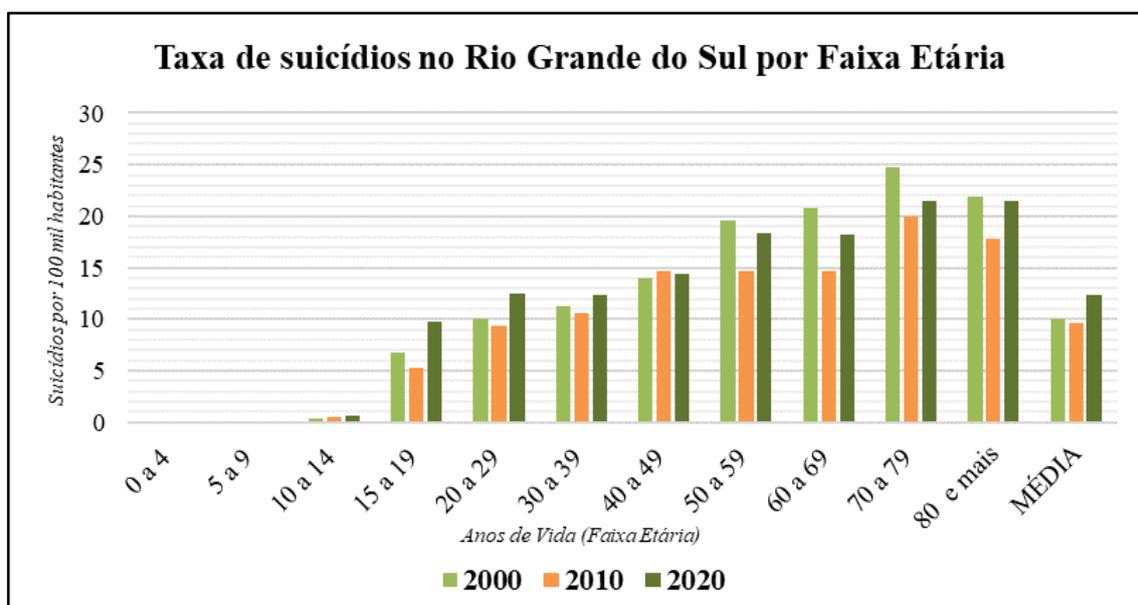


Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/DataSUS (2024). Organizado pelo autor.

A discrepância entre o número de mortes de homens e mulheres é significativa no Rio Grande do Sul e acompanha uma tendência mundial, reconhecida e confirmada por pesquisas nacionais (Minayo *et al.*, 2012; Machado; Santos, 2015; Fonseca *et al.*, 2018). Da mesma forma que o registro de tentativas de suicídio entre mulheres é superior à dos homens em praticamente todas as regiões do país e na maioria dos países ocidentais (Alves; Dutra; Maia, 2013; Junior, 2015). Isto ocorre principalmente por fatores socioculturais, sendo que tradicionalmente as mulheres assumem mais responsabilidades com o cuidado de outras pessoas da família e frequentam, com maior periodicidade, os serviços públicos de saúde. Estes elementos não justificam, mas trazem luz ao fato de que mulheres morrem menos por suicídio do que homens. Pode-se problematizar, ainda, que homens têm receio de manifestar angústias e sofrimentos, são tardios em procurar ajuda psicológica e que tendem a utilizar métodos mais agressivos em tentativas de suicídio. Porém, dificilmente estes argumentos são reconhecidos pelos dados epidemiológicos.

Outro dado destacado pelo gráfico é o crescimento no número de óbitos em ambos os sexos, confirmando uma tendência nacional que fez o Brasil saltar de uma taxa inferior a 4 suicídios a cada 100 mil habitantes, nas décadas de 1980 e 1990, para uma taxa de 7,6/100 mil em 2022, representando um dos maiores crescimentos na média de mortes deste tipo no mundo (SIM, 2024; OMS, 2022).

Gráfico 2. Taxa média de suicídios do Rio Grande do Sul, categorizada por Faixa Etária e ano de ocorrência, nos anos de 2000, 2010 e 2020.

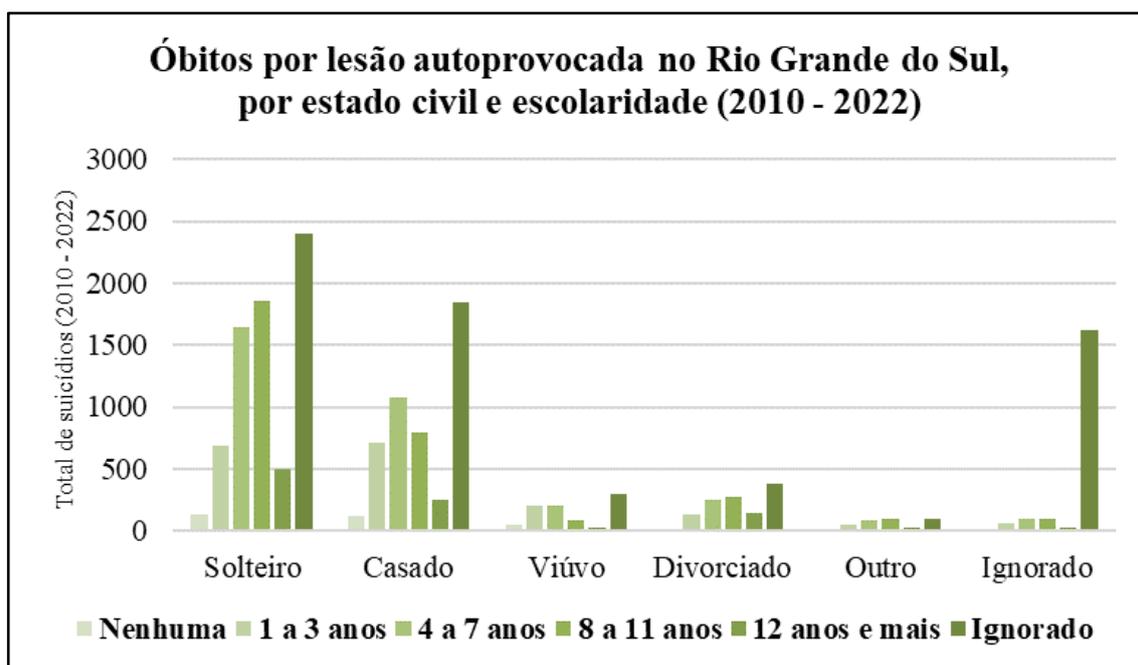


Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/DataSUS (2024). Organizado pelo autor.

Em números absolutos, dois terços das mortes autoprovocadas no Rio Grande do Sul são de pessoas adultas, entre 20 e 59 anos, representando 67% dos óbitos registrados em 2022, contra 29% de pessoas idosas (60 anos ou mais) e 4% de jovens com menos de 19 anos. Ocorre que, assim como na relação populacional, a incidência de suicídios se destaca entre populações menos numerosas, como é o caso de idosos com mais de 70 anos. Analisando o Gráfico 2, nota-se que as taxas de mortalidade entre idosos é significativamente maior que as demais, o que classifica esse público como de maior risco. Outro dado é o aumento expressivo da taxa de mortalidade entre jovens de 15 a 19 anos, o que tem justificado ações de prevenção voltadas a esta faixa etária. Outrossim, está no fato de haver uma queda nas taxas de suicídio em 2010 e um crescimento em todas as faixas etárias em 2020, sendo que na média geral, a taxa de suicídios cresceu cerca de 20% em 10 anos.

Cabe destacar, contudo, que a última década trouxe inovações no campo da tecnologia da informação, com um aperfeiçoamento das ferramentas de monitoramento das causas de mortalidade no país, inclusive com a institucionalização do registro de lesões autoprovocadas nas declarações de óbito (RAPS, 2011), o que pode explicar parte deste crescimento.

Gráfico 3. Número de suicídios no Estado do Rio Grande do Sul, categorizados por Escolaridade e Estado Civil, entre 2010 e 2022.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/DataSUS (2024). Organizado pelo autor.

O Gráfico 3 destaca que as pessoas solteiras morrem mais por suicídio no Rio Grande do Sul, sendo uma tendência acompanhada pela média nacional e de outros estados. Na relação de óbitos autoprovocados entre 2010 e 2022, as pessoas solteiras registraram 35% mais mortes que aquelas em união estável, sendo 7.214 suicídios de solteiros e 4.796 de casados no período (SIM/DataSUS, 2024). Isto acompanha, inclusive, uma tradição da literatura ligada ao tema, na qual desde as conclusões de Émile Durkheim, o casamento é visto como um fator de proteção para o suicídio, sustentado por certos argumentos: “o casamento, em geral, protege mais os homens do que as mulheres” e “a existência de filhos no casamento tende a diminuir os riscos de suicídio” (Vares, 2017, p. 25). A partir da sociologia, significa dizer que o casamento fortalece a integração do sujeito com sua comunidade e grupo social (Durkheim, 2000).

Sobre os anos escolares, destaca-se a mortalidade em níveis médios de instrução, entre 4 e 11 anos de formação, ou seja, entre a alfabetização e o ensino médio regular. Ocorre que estes dados se confundem com a própria característica social do território, que possui baixas taxas de inserção no ensino superior; bem como, políticas públicas que monitoram a permanência escolar nos anos iniciais de formação.

Contudo, ao considerar estes dados à luz do contexto socioterritorial, nota-se que as populações com menor grau de instrução também são aquelas com menor acesso a rendas acima da média, ou seja, aquelas que assumem postos de trabalho com menor remuneração – no Rio Grande do Sul, o atendimento escolar básico (dos 6 aos 14 anos) é oferecido a 97,6% da população, enquanto o ensino médio (dos 15 a 17 anos,) é entregue para 70,6% dos jovens gaúchos (INEP, 2021). Em certa medida e considerando o contexto neoliberal de competição entre indivíduos, a falta de instrução limita o sujeito de tal modo, que lhe impõe condições desiguais de disputa no mundo do trabalho, causando angústias, frustrações e sofrimentos; reflete-se em uma massa de trabalhadores pobres e sem as ferramentas para acesso às outras classes sociais (renda e cultura), e desiludida com os discursos vazios de empreendedorismo e afins, criando, assim, um contexto de mal - estar social no território.

Neste sentido, apresenta-se os dados epidemiológicos do suicídio nos estados brasileiros mais populosos, para fins de comparação das taxas de mortalidade e faixa etária, desconsiderando pessoas com menos de cinco anos. A Tabela 1 apresenta o indicador *faixa etária e taxa por 100 mil habitantes* dos óbitos por lesões autoprovocadas em 2022 no Brasil e nos estados de São Paulo (SP), Minas Gerais (MG), Rio de Janeiro (RJ), Bahia (BA), Paraná (PR) e Rio Grande do Sul (RS).

Tabela 1. Taxa social de suicídios no Brasil e Estados selecionados em 2022, categorizados por Faixa Etária, segundo declarações de óbito.

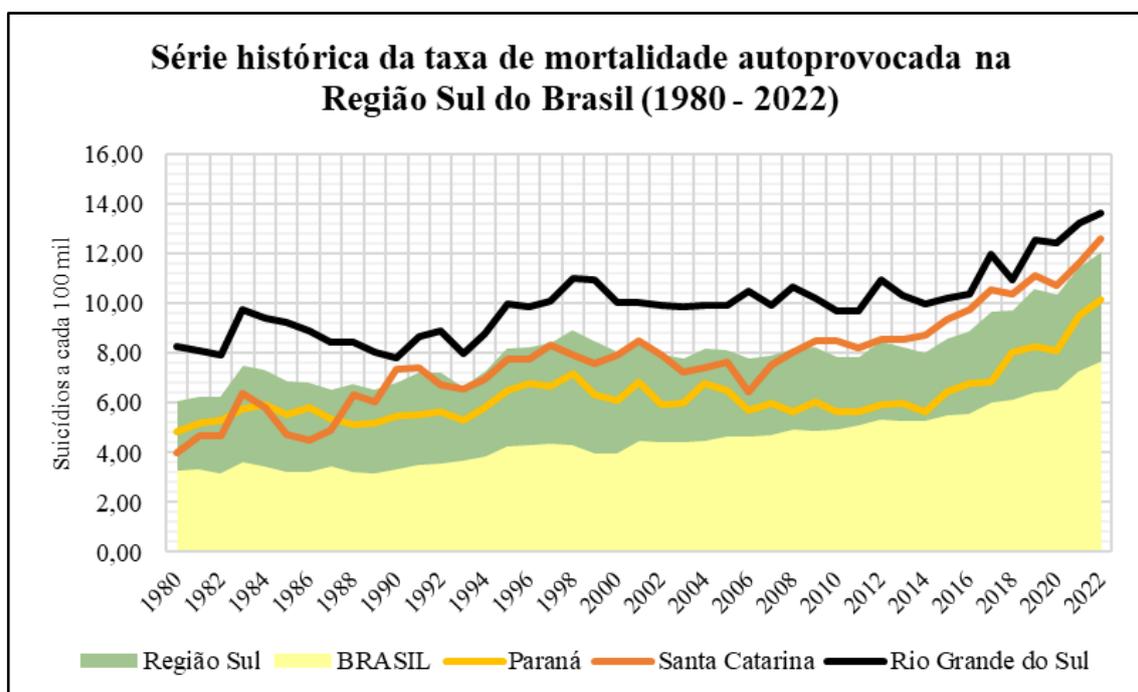
Faixa Etária	BA	MG	RJ	SP	PR	RS	BRASIL
5 a 14 anos	0,47	0,60	0,28	0,45	0,92	0,66	0,71
15 a 24 anos	5,73	8,81	4,47	7,48	11,40	10,08	8,37
25 a 34 anos	7,59	12,49	6,49	8,75	13,76	14,49	10,01
35 a 44 anos	8,83	14,67	6,22	8,94	14,30	16,76	10,41
45 a 54 anos	7,87	12,84	6,14	7,59	12,93	18,44	9,84
55 a 64 anos	7,67	11,27	5,44	6,82	13,03	18,48	9,63
65 a 74 anos	5,76	9,54	5,48	5,79	10,36	20,49	9,23
75 anos +	6,44	8,32	4,51	5,31	8,18	24,48	9,04
Total	6,30	10,20	4,98	6,70	10,99	14,59	8,29

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/DataSUS (2024). Organizado pelo autor.

Nota-se que as faixa etárias com maior incidência de suicídios variam, sendo a maior delas a de jovens entre 25 e 34 anos, considerando a escala nacional. Apenas no Rio Grande do Sul esta relação é diferente, sendo a população com maior taxa de mortalidade os idosos acima de 65 anos. Nos estados da Bahia, Minas Gerais, São Paulo e Paraná, as maiores taxas de suicídio estão na faixa etária de 35 a 44 anos. Curiosamente, o estado gaúcho possui as maiores taxas de mortalidade em as faixas etárias e uma taxa média de 14,59/100 mil – em valores ajustados às populações com registros de suicídio no SIM/DataSUS, ou seja, excluindo as populações menores de cinco anos e os casos com faixa etária ignorada.

Diante dos dados é evidente que o território gaúcho possui a maior taxa de suicídios do país em todos os ciclos de vida, registrando mais que o dobro da média nacional entre idosos com mais de 65 anos. Este fenômeno social ocorre há mais de 40 anos, demonstrando que o suicídio não é apenas um problema de saúde pública, mas um fato socioterritorial. Por fim, apresenta-se o Gráfico 4, que compara as taxas de suicídio no Brasil e nos estados com maior incidência do agravo (todos na Região Sul do país), entre 1980 e 2022, demonstrando o movimento do fenômeno no tempo.

Gráfico 4. Taxas de suicídio em Estados da Região Sul do Brasil entre 1980 e 2022.



Fonte: SIM/DataSUS (2024) – Períodos: 1980-1995 (CID9); 1996-2022 (CID10). Organizado pelo autor.

Este tipo de análise necessita de ressalvas, considerando que ao longo de 40 anos, houve mudanças na nomenclatura, registro, tabulação e no próprio reconhecimento do suicídio como objeto de notificação. Apesar disso, e assumindo os riscos de tal análise mediante tratamento dos dados, é possível notar que desde que o suicídio se tornou objeto de notificação das declarações de óbito no Brasil, o território gaúcho assume o topo do ranking de mortalidade autoprovocada do país.

Aliás, ressalta-se o que Cassorla e Smeke (1994) enfatizam sobre as mortes que poderiam ser classificadas como suicídio, mas não fazem parte das estatísticas como tal, dado sua correlação com outros tipos de violência — “situações que vão desde acidentes, doenças, desnutrição, desemprego, desrespeito humano, até a alienação da condição humana” (Cassorla; Smeke, 1994, p. 72). Existem ainda aspectos práticos, como a subnotificação de casos de suicídio devido ao despreparo das equipes de saúde, ineficiência dos sistemas de notificação ou preconceito. Dianin (2015), ao refletir sobre a prática de registro de suicídios no Brasil, destaca que “a subnotificação dos casos de tentativas [de suicídio] e de suicídios é uma realidade nacional, independentemente da proporção do território, sendo mais evidente nos municípios com menos de 20.000 habitantes” (Dianin, 2015, p. 205). Todavia, considera-se que os dados demonstram a relevância desta problemática na atualidade, tendo que, em comparação a outros tipos de morbidades, perdem-se mais vidas por suicídio do que em conflitos/guerras ou acidentes de trabalho no mundo, com estimativas que superaram às 700.000 mortes por ano no planeta (OMS, 2022), igualando-se às grandes epidemias da era moderna.

Para além da racionalidade epidemiológica, é imperativo justificar a relevância do tema no campo das ciências sociais, dado sua relação com as contradições de classe e determinações socioeconômicas dos territórios. A relação entre neoliberalismo e a ampliação das desigualdades socioterritoriais são fundamentais para a qualificação do debate sobre o mal-estar na sociedade e, em especial, sobre o aumento da taxa social de suicídio. Sobre isso, Schnitman *et al.* (2010) indicam que as políticas de redistribuição de renda no Brasil demonstraram ser uma ação efetiva para prevenção do suicídio. No mesmo sentido, Gonçalves *et al.* (2011) destacam que a desigualdade social e a pobreza são fatores de risco para o suicídio. Fraga, Massuqueti e Godoy (2016) afirmam que a precarização das condições de vida das famílias, tende a elevar a taxa social de suicídio no Brasil. Amaral (2019) é propositivo ao indicar que “a redução do suicídio pode ser um subproduto de políticas de redistribuição de renda” (Amaral, 2019, p. 306).

Com isso, conclui-se a análise destes dados evidenciando que em territórios que possuem um movimento de reflexão sobre o suicídio como um problema local e/ou regional, é comum que sejam enfatizadas as categorias epidemiológicas do fenômeno, o que tende a fortalecer as narrativas ligadas à noção de “fatores de risco” e “fatores de proteção”. A referência a este tipo de racionalidade é verificada empiricamente nos espaços de discussão do tema, como fóruns e seminários sobre saúde mental, e nos discursos analisados na pesquisa que orienta a tese. Existe um discurso hegemônico em relação à forma de agir sobre a ideação suicida e outro que orienta as estratégias de prevenção, considerada como “tarefa”, embutida em um agir estratégico e raramente conectado às determinações do território.

Muitas vezes, a defesa acirrada da pureza de uma disciplina esconde dificuldades dos pesquisadores em dialogar pessoal e teoricamente. Ou seja, as barreiras não são só do nível racional, elas impregnam o nicho seguro que a visão disciplinar oferece. (Minayo *et al.*, 2003, p. 105).

Neste sentido, considera-se insolúvel analisar o contexto social, cultural, histórico ou político de um território na relação com o suicídio, visando exclusivamente sua interdição, sem analisar, prioritariamente, sua singularidade como crítica ao sistema que organiza o próprio território. Entre outras razões, a análise abstrata dos determinantes territoriais e a falta de instrumentalização no uso destas informações na produção de respostas à ideação suicida, fortalecem um agir instrumental sobre o fenômeno. Em outras palavras, a prevenção do suicídio se utiliza de um discurso multifacetário para explicar o fenômeno, ao tempo em que, contraditoriamente, mobiliza estratégias padronizadas para os territórios e regiões.

Por fim, ressalta-se a necessidade de analisar a incidência de suicídios como um indicador de mal-estar social, capaz de fomentar uma crítica às estruturas de normas sociais em cada época. A racionalidade epidemiológica, por mais eficiente que seja para a construção de cenários, é um recorte abstrato e que não possui sentido como crítica social. Para isso, a análise dos dados de saúde deve ser mediada por uma análise do contexto social, considerando as particularidades de cada território e a conjuntura. Neste sentido, buscou-se demonstrar que existe uma tendência de crescimento da mortalidade em todas as escalas do território, apontando para sua relevância como temática de pesquisa.

3. A RAZÃO INSTRUMENTAL NA CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO BRASIL E NO RIO GRANDE DO SUL

*“Mãe, pai, não se culpem.
Eu amo vocês.
Com amor, Mike”*

Quando Mike Emme escreveu a frase “mãe, pai, não se culpem” em sua carta de despedida, não poderia imaginar o quão mobilizados seus familiares e amigos ficariam com sua decisão e o quanto isso impactaria no sentido dado à prevenção do suicídio, desde então. A história do jovem de 17 anos, aficionado por carros e dono de um Mustang 1968 amarelo, que tragicamente foi encontrado pelos pais na garagem de casa, abalou a pequena cidade de Westminster, no Colorado – EUA, onde Mike se suicidou. O discurso póstumo do adolescente é breve, mas traz um sentido claro de apoio aos que o amavam e que, como bem sabia, iriam se culpar por sua decisão.

Suas palavras – *“Mom, Dad, don’t blame yourselves. I love you. Love, Mike”* – foram escritas poucos minutos antes de seus pais lhe encontrarem, morto, dentro de seu Mustang amarelo (Guedes, 2023). Durante seu velório, no dia 8 de setembro de 1994, amigos e colegas de escola de Mike espalharam fitas amarelas pela cidade (para simbolizar a paixão do jovem por seu carro) com frases de apoio aos que sofrem; mais tarde esta ação se transformou na campanha *Yellow Ribbon*, ou “Fita Amarela”. Em pouco tempo, a campanha atingiu outras regiões americanas, e como tradição ao mês de sua morte, em setembro, milhares de americanos espalham mensagens motivacionais em fitas amarradas atadas em árvores, postes, carros etc.; uma tradição que ultrapassa o território americano e hoje é replicada em dezenas de países pelo mundo. A história de Mike Emme deu origem ao que hoje é uma das maiores campanhas mundiais sobre cuidados em saúde mental do mundo: a campanha *Yellow September* (“Setembro Amarelo”).

Em 2003, a OMS, em parceria com a *International Association for Suicide Prevention* (IASP), estabeleceu o dia 10 de setembro como o Dia Mundial da Prevenção do Suicídio e instituiu a campanha *Yellow September* em seu calendário de ações de prevenção. No Brasil, a primeira campanha “Setembro Amarelo” foi realizada em 2015, como uma ação conjunta entre a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), o Conselho Nacional de Medicina (CNM) e o Centro de Valorização da Vida (CVV-188). Desde então, o “Setembro Amarelo” é a campanha nacional de prevenção do suicídio.

Antes disso, o Brasil já figurava como o primeiro país da América Latina a implementar uma política de Estado para a prevenção do suicídio em âmbito nacional (Botega, 2015). A Portaria nº 1.876, de agosto de 2006, que instituiu as *Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio*, oficializa a abertura política da temática na esfera pública brasileira, incluindo as estratégias de prevenção nas agendas de governos estaduais e municipais. As *Diretrizes Nacionais* surgem como proposta para elaboração de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, porém a realização deste Plano não se concretizou (Setti, 2017; Stavizki Junior, 2021). Apesar de haver iniciativas para implementação de uma política nacional, até hoje as diretrizes servem mais como um guia para ação de profissionais e serviços de saúde mental, e menos como proposta para criação de políticas públicas. A Portaria também marca o início da participação da sociedade civil no trabalho de prevenção do suicídio, que passou a ser considerado um problema de saúde pública no País (Brasil, 2006).

As *Diretrizes Nacionais* nascem na esteira das discussões promovidas pela Organização Mundial da Saúde ao longo da década de 1990, que se transformaram em recomendações para redução da mortalidade autoprovocada no mundo, diante de um cenário de crescimento das taxas sociais de suicídio, com estimativas que alcançavam até 1.000.000 (um milhão) de mortes por ano até 2030 (OMS, 2014), caso não houvesse uma participação efetiva dos Governos Nacionais na execução de políticas públicas de atendimento das tentativas de suicídio e de prevenção das mortes. Na época, a OMS priorizou a produção de indicadores (até então inexistentes) sobre as mortes autoprovocadas no mundo, visando produzir respostas ao aumento dos números de óbitos e de lesões autoprovocadas, o que nos anos seguintes se materializou através do *Suicide Prevention Program* (SUPRE), responsável pela criação e execução do estudo intitulado *Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours* (SUPRE-MISS). O “Estudo sobre Comportamento Suicida em Múltiplos Lugares” é um instrumento de levantamento de dados sobre os determinantes locais e regionais do suicídio, que contou com a participação de universidades e centros de pesquisa, com dezenas de pesquisadores colaboradores, distribuídos nos cinco continentes. Após quase duas décadas, os resultados deste estudo ainda servem como fundamentação científica para elaboração de políticas públicas e estão referenciados nas diretrizes brasileiras para prevenção do suicídio.

Bertolote *et al.* (2005) explicam que o SUPRE-MISS possui três objetivos principais: (a) avaliar estratégias de tratamento para pessoas que tentam suicídio

atendidas em departamentos de emergência; (b) ser uma pesquisa comunitária para identificar ideação e comportamento suicidas; e (c) produzir uma descrição qualitativa das características socioculturais básicas dos países e regiões com maior incidência de suicídios no mundo (Bertolote *et al.*, 2005, p.1458). Entre as estratégias do programa está o fortalecimento dos sistemas de saúde mental para identificação e tratamento precocemente de indivíduos caracterizados com risco de suicídio, através de intervenções baseadas em evidências. As estratégias elaboradas pelo SUPRE-MISS priorizam uma abordagem multidisciplinar, destacando a necessidade de investimento do poder público na formação de agentes capazes de reconhecer, analisar e intervir em situações de risco de suicídio no contexto local. Ademais, o programa enfatiza a importância da conscientização pública e da redução do estigma em torno das questões de saúde mental, descaracterizando o sentido de “mito” do suicídio e recomendando o debate aberto e qualificado sobre sua incidência e formas de prevenção. Atualmente, o SUPRE-MISS é responsável por organizar uma agenda global de discussões sobre prevenção do suicídio, fornecendo dados e produzindo recomendações para os países membros da OMS. Ainda que os resultados específicos variem de acordo com as determinações de cada território, considera-se que o programa vem contribuindo para elaboração de respostas efetivas para redução da mortalidade por suicídio em diversos países (Knettel *et al.*, 2023; Malakouti *et al.*, 2022; Aggarwal, 2021; Arafat, 2023).

Outra iniciativa que merece destaque é a *Suicide Trends in At-Risk Territories* (START), ou “Tendências de Suicídio em Territórios de Risco”, em tradução livre. Trata-se de um estudo promovido pela OMS, com uma proposta de intervenção de baixo custo para governos locais, que prioriza a atenção de pessoas com comportamento suicida e o reconhecimento de fatores de risco e de proteção. O estudo considera, em suas recomendações, a capacidade de investimento em políticas de saúde mental de países periféricos, os quais, muitas vezes, possuem limitações na coleta e análise de dados sobre mortalidade. As conclusões da pesquisa apontam para variações significativas na faixa-etária e método utilizado, e em menor medida no sexo e renda dos casos de suicídio. A principal conclusão é que as mortes não possuem as mesmas características para todos os locais, sendo sensível às determinações territoriais (Milner; McClure; De Leo, 2012; De Leo *et al.*, 2013).

As conclusões dos estudos da OMS, tanto a SUPRE-MISS, quanto a START, enfatizam a necessidade de produção de dados epidemiológicos para o planejamento de

estratégias de prevenção. De fato, a falta de informações impede que os governos avaliem a efetividade e eficácia de suas políticas públicas, resultando em leituras incertas sobre o movimento social do fenômeno. No caso do suicídio, a falta de informações sobre populações de risco ou sobre os métodos mais utilizados no território dificultam uma intervenção qualificada, como a priorização de públicos-alvo e a restrição de acesso a determinado método (pesticidas, armas de fogo etc.), por exemplo, ocasionando em desperdício de recursos e, principalmente, perda de vidas.

Ao considerar o suicídio como uma morte evitável, ou seja, passível de prevenção e de “tratamento”, coloca-se um paradigma às normas sociais, pois transmite à sociedade a possibilidade de intervenção, sendo, por sua vez, um problema político. Esta interpretação não é unânime, mas é hegemônica dentro do campo da saúde mental. Se, por um lado, a morte autoprovocada é um ato consciente do indivíduo, para a suicidologia, o sujeito que decide pelo suicídio vivencia um quadro de adoecimento psíquico que, mediante intervenção externa, é possível ser evitado. No mesmo sentido, a sociologia considera que as determinações socioterritoriais influenciam na taxa social de suicídios, sendo possível sua redução com a melhora do nível de qualidade de vida.

É neste ponto que os campos da saúde mental e ciências sociais convergem no tratamento do fenômeno, pois consideram ser possível evitar suicídios através da intervenção do Estado. Porém este é um consenso recente, ainda frágil e em discussão. Outras áreas do conhecimento, como a psiquiatria, enfatizam os tratamentos medicamentosos como a principal ferramenta de prevenção, pondo o Estado como um agente passivo na relação com o fenômeno, agindo como um “patrocinador” de medicamentos às populações sem condições para comprá-los.

Este é o nó que precisa ser desatado: o que priorizar na prevenção do suicídio a partir do contexto socioterritorial de cada local ou região? Após 20 anos de pesquisa, são poucos aqueles que se arriscam a indicar um caminho para este problema, dado o grau de complexidade que envolve o suicídio e sua prevenção. Este capítulo dedica-se a apresentar a trajetória do tema nas agendas de políticas públicas, considerando o contexto neoliberal e destacando o Rio Grande do Sul e a implementação do primeiro *Plano Estadual de Valorização da Vida e Prevenção do Suicídio* do Brasil.

3.1 O suicídio e sua prevenção nas agendas de políticas públicas do Brasil

As *Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio* marcam o início do envolvimento do Estado brasileiro com a problemática, focalizado na ação de serviços públicos vinculados à Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Hospitais Psiquiátricos. Apesar dos limites que a Portaria nº 1.876/2006 possa apresentar, sua implementação sinaliza para um avanço institucional em relação à problemática, que passou a disputar espaço dentro das agendas de políticas públicas de estados brasileiros.

Como argumentado, as *Diretrizes Nacionais* acompanham as recomendações da OMS para a redução da mortalidade autoprovocada, em especial as propostas de intervenção da *SUPRE*, que servem de modelo para atores sociais envolvidos na coordenação de políticas de saúde mental. Isto fez com que o enunciado da Portaria considerasse descobertas recentes sobre o fenômeno e incorporasse, em suas normas e protocolos, a intervenção em áreas que viriam a ser problematizadas na Esfera Pública, apenas, na década seguinte. Ademais, as Diretrizes trazem em seu texto considerações a respeito do fenômeno que são válidas até hoje e que refletem o movimento atual da taxa social de suicídio.

[...] 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 importância do suporte oferecido pelas organizações da sociedade civil na área de Prevenção do Suicídio, como os Centros de Crise e outros [...]. (Brasil, 2006, grifo meu).

Nota-se que estas considerações extraídas do enunciado da Portaria reconhecem temáticas que viriam a assumir protagonismo após a década de 2010, como no caso do comportamento suicida entre a população jovem, assim como o impacto causado pelo suicídio em familiares, amigos e colegas de trabalho, o que passou a ser objeto de intervenção (de forma protagonizada) apenas na última década, sobretudo no período pós-pandemia de Covid-19, quando a categoria “pósvenção” ganhou destaque nos círculos de debate sobre o tema.

O termo *posvenção* foi introduzido no Brasil em 2011, porém sua conceituação data da década de 1970, quando surgiu, nos EUA, as primeiras iniciativas de atenção às pessoas enlutadas por suicídio. Trata-se de um tipo de abordagem preventiva, que preconiza pessoas diretamente afetadas por uma morte autoprovocada, seja financeiramente ou emocionalmente, considerando que estas pessoas possuem um risco elevado de suicídio e necessitam de acompanhamento profissional para vivenciar o luto sem o sentido de culpa (Scavacini, 2011). Atualmente, as propostas de *posvenção* ganham destaque em campanhas de todo o País, mas é especialmente utilizada na hierarquização da atenção dada aos públicos de maior risco, considerando os limites de recursos humanos em municípios de médio e pequeno porte.

Ainda em relação às *Diretrizes Nacionais*, chama a atenção a adesão ao termo “comportamento suicida” e a incumbência dada às organizações da sociedade civil, demonstrando o alinhamento dos legisladores com o pensamento mais pragmático sobre o fenômeno. Pode-se destacar, ainda, o entendimento da “atenção integral” às pessoas com ideação suicida, o que nos termos da própria norma estabelece uma relação entre assistência social, educação, trabalho, renda, acesso às políticas públicas etc. De fato, as considerações da Portaria são bastante avançadas para sua época, considerando que é a primeira experiência de criação de uma estratégia de Estado para prevenção do suicídio em países da América do Sul (Botega, 2015; Setti, 2017).

Outro avanço significativo, em termos de norma social, é o reconhecimento das vulnerabilidades regionais do país como fatores de risco para o suicídio (Brasil, 2006). De fato, as disparidades no acesso aos recursos e serviços públicos ou a prevalência histórica de problemas sociais como a fome, a pobreza e a violência em certas regiões do País, evidenciam a necessidade de inclusão das determinações regionais na criação de estratégias de prevenção. Neste sentido, ao analisarmos as populações classificadas como “de maior risco para o suicídio” (pessoas com histórico de doenças mentais, depressão e abuso de álcool e outras drogas), também poderemos considerar a prevalência de populações regionalmente distribuídas, como os trabalhadores rurais, que são considerados como “grupo de risco” pelo acesso facilitado a agentes tóxicos e as condições de superexploração do trabalho. Este reconhecimento foi especialmente relevante para a ampliação do debate público a respeito dos riscos do uso e armazenamento de agrotóxicos, sendo um dos produtos mais utilizados em tentativas de suicídio na Região Sul do Brasil (Bombardi, 2011).

Neste sentido, as Diretrizes de 2006 cumprem a tarefa de chamar a atenção da sociedade brasileira sobre a gravidade do tema e de instruir os governos estaduais e municipais na elaboração de estratégias. Em suma, esta norma social organiza o debate em torno da problemática, oferecendo argumentos para promoção de ações de atores e instituições, criando as oportunidades políticas para uma agenda de políticas públicas ligadas à prevenção e posvenção do suicídio no Brasil.

Em relação ao processo de divulgação da Portaria, foram realizados Conferências e Seminários em capitais estratégicas, sendo a primeira na cidade de Porto Alegre - RS, onde foi realizado o *I Seminário Nacional para Prevenção do Suicídio* – evento oficial de lançamento das Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio (Brasil, 2007). Neste evento participaram cerca de 400 pessoas, entre trabalhadores da saúde mental, autoridades políticas e gestores públicos de diferentes municípios gaúchos. Realizado nos dias 17 e 18 de agosto de 2006, o Seminário fez parte da *Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio*, coordenada pela Secretaria de Atenção à Saúde, vinculada ao Ministério da Saúde e contou com espaços de discussão e de formação. As temáticas abordadas foram: a) Impacto do Comportamento Suicida; b) Comportamento Suicida em Jovens; c) Controle de Meios; e d) Experiência de Acolhimento do Comportamento Suicida. Entre estes temas, também foram realizadas as palestras: “Estratégias de Prevenção do Suicídio: o que dá certo?”, ministrado pelo psiquiatra José Bertolote; e “Psicodinâmica do Suicídio”, ministrada pelo psicanalista Roosevelt Cassorla. O evento contou com a participação de nomes referenciados no debate público sobre prevenção do suicídio, como: Pedro Delgado, Neury Botega, Blanca Guevara, Ênio Resmini, Monica Macedo, Marcelo Tavares, Gisleine Freitas, Assunción Costa, Letícia Legay, Flávia Thiesen, Walter Costa, Cristine Kuss, Teresa Gonçalves e Jair Segal. A apresentação das *Diretrizes Nacionais* ficou a cargo do então coordenador nacional de saúde do MERCOSUL e chefe de gabinete da Secretaria de Atenção à Saúde, o médico Carlos Felipe Almeida D’Oliveira (Brasil, 2007).

Na época, estes eram os maiores nomes do campo científico ligado à problemática do suicídio no Brasil e na América Latina, sendo um encontro com forte repercussão na produção de conhecimento e, em especial, na divulgação de estudos clínicos sobre o tema. Contudo, a realização deste evento e a divulgação das Diretrizes tiveram pouco efeito na criação de políticas públicas locais, com experiências pontuais na formação de grupos de trabalho em municípios gaúchos (Conte *et al.*, 2012).

Machado, Leite e Bando (2014) oferecem uma análise crítica sobre o processo de criação de uma agenda de políticas de prevenção do suicídio no Brasil, destacando o Distrito Federal como a primeira unidade federativa a implementar uma política pública local sobre o tema, através da Portaria nº 185/2012. Entre outras ações, esta política instituía protocolos para intervenção em casos de “Emergência em Saúde Mental”, sobretudo às tentativas de suicídio, que deveriam ser atendidas com prioridade e, de preferência, por equipes multiprofissionais. Contudo, a ênfase dada às equipes de urgência e emergência demonstrou a interrelação da proposta com a clínica médica, destacando, em seu Artigo 6º: “As emergências em Saúde Mental serão atendidas inicialmente pela Clínica Médica ou Pediátrica dos Hospitais Regionais”; e em seu Artigo 7º§I: “Deverá ser prioritária a distribuição da carga horária dos profissionais de Psiquiatria e Psicologia de toda a rede de saúde do SUS-DF para proporcionar a maior e melhor cobertura do Serviço” (Brasil, 2012).

Apesar da necessária realocação de recursos humanos para atenção da demanda criada por uma política pública deste tipo, entende-se que a referência à intervenção clínica é um reflexo da hegemonia do agir instrumental na relação com o fenômeno, o que em situações de *risco de morte*, tende a ser mais efetivo do que outras abordagens. Ademais, a experiência do Distrito Federal sinaliza para um processo de construção de políticas de prevenção com características locais (Machado; Leite; Bando, 2014).

Entretanto, passaram-se seis anos entre o lançamento das *Diretrizes Nacionais* e a criação da política do Distrito Federal. A política de prevenção criada em 2012 foi revogada em 2018. Apesar de curta, a experiência local do Distrito Federal foi incorporada, em partes, à *Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)*¹⁰ do SUS, que passou a considerar as “formas preferíveis de atenção” em casos de ideação suicida (Brasil, 2018). Desde então, as ações de prevenção são balizadas por uma mesma norma institucional, reduzindo, assim, o sentido dado às determinações socioterritoriais para elaboração de estratégias de prevenção do suicídio locais e regionais.

¹⁰ A Rede de Atenção Psicossocial 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).

Cabe destacar, ainda, a mais recente proposta de política pública ligada ao tema e com âmbito nacional: a *Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio* (PNPAS), criada através da Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Esta Lei traz poucas novidades em relação à compreensão do fenômeno na sociedade brasileira e não apresenta divergências às *Diretrizes Nacionais* de 2006. A novidade está na obrigatoriedade de notificação dos episódios de automutilação e ideação suicida de crianças e adolescentes pelas instituições de ensino (públicas e privadas), instruindo atores ligados à saúde e educação a identificarem “comportamentos de risco”, como a automutilação, o isolamento e àquelas vítimas de *bullying* ou outras formas de preconceito dentro do ambiente escolar. Esta novidade responde ao aumento da taxa social de suicídios entre jovens brasileiros, sendo este um dos fatores principais para promoção da Política.

Destaca-se ainda, entre as novidades da PNPAS, as alterações propostas para a Lei nº 9.656/1998, que regulamenta os planos privados de saúde e seguro de vida, os quais passam a operar com a obrigatoriedade de oferta de atendimento psiquiátrico e psicológico para crianças e adolescentes. Ademais, a Lei nº 13.819/2019 reforça, em seu Artigo 3º§VI, a intenção de “sensibilizar a sociedade” sobre a problemática, classificando o suicídio como um problema “passível de prevenção” (Brasil, 2019). Esta narrativa converge com o entendimento acumulado nos últimos 15 anos em relação às estratégias de prevenção do suicídio, porém sua afirmativa é pautada exclusivamente pelas ciências da saúde e, em especial, pela concepção de que a ideação suicida decorre de *transtornos mentais* passíveis de tratamento, sobretudo medicamentoso.

Apesar da PNPAS complementar as *Diretrizes Nacionais* no que diz respeito a novas demandas da sociedade, como no caso da adequação dos planos de saúde privados ou na identificação de fatores de risco pelas instituições de ensino, a proposta mais inovadora é a vinculação de recursos do poder público ao serviço telefônico para acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico (Art. 4º da Lei 13.819/2019) – ação realizada de forma voluntária pelo Centro de Valorização da Vida (CVV). Com a mudança na legislação, o contato telefônico “188” passa a ser oferecido em todo o território nacional, além de contar com recursos para contratação de equipamentos, manutenção dos serviços e treinamento de voluntários (Brasil, 2019; CVV, 2022)¹¹.

¹¹ O Art. 4º da PNPAS prevê a qualificação de atendentes e a ampla divulgação dos serviços de atendimento telefônico às pessoas em sofrimento psíquico, de forma gratuita e sigilosa.

Apesar de ser um movimento importante na construção de uma agenda de políticas de prevenção do suicídio no Brasil, a PNPAS teve sua implementação prejudicada pelo contexto da pandemia de Covid-19, o que fez com que a própria divulgação da Lei fosse reduzida, diante da sobrecarga dos serviços de saúde na época. Empiricamente, a referência a esta nova lei é fraca e, ainda, pouco efetiva na esfera pública, inclusive entre atores sociais ligados ao tema. Considerando o alcance da pesquisa que fundamenta esta tese, a PNPAS raramente foi citada por entrevistados e não teve impacto significativo nas rotinas de trabalho das equipes de saúde mental consultadas. Além disso, a nova Lei 13.819/2019 não possui orçamento previsto, sendo, essencialmente, uma Lei normativa e sem recursos para sua efetiva implementação, como o financiamento de cursos, campanhas, tampouco o repasse de verbas para estados e municípios. De fato, as normas estabelecidas pela PNPAS criam demandas para escolas e Conselhos Tutelares, sem que haja a oferta de qualificação para identificação de situações de risco de suicídio. Este processo tende a sobrecarregar os trabalhadores das políticas de educação e, com o tempo, negligenciar a própria implementação da política pública.

Outrossim, destaca-se que a criação da PNPAS não seguiu as etapas próprias do *ciclo de políticas públicas*, sendo elaborada arbitrariamente por iniciativa parlamentar¹², o que pode ter ocasionado o esvaziamento do debate público e sua consequente desvalorização como norma social. Mesmo considerando seus objetivos e contribuições, parte de suas diretrizes acusam um posicionamento ideológico de atores políticos alinhados com o pensamento conservador, religioso e com uma forte inclinação à atenção clínica de indivíduos em sofrimento psíquico e social.

Por fim, cabe comentar as alterações na PNPAS através da Lei nº 14.531, de 10 de janeiro de 2023, a qual focaliza na prevenção do suicídio dentro da *Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social* (PNSPDS). Trata-se de uma estratégia para reduzir o número de suicídios entre agentes das forças policiais, incorporando ações de atenção à saúde mental, produção de dados e fortalecimento da *Rede Nacional de Qualidade de Vida para Profissionais da Segurança Pública* (Rede Pró-Vida). Esta nova Lei apresenta algumas estratégias de prevenção inovadoras, a exemplo:

¹² A redação da Lei nº 13.819 foi apresentada, primeiramente, pelo médico e deputado federal pelo Estado do Rio Grande do Sul, Sr. Osmar Gasparini Terra (MDB) e aprovada pela Câmara de Deputados em 26 de abril de 2019. Mais tarde, foram incluídas na lei ações de assistência social e de prevenção ao suicídio entre profissionais de segurança pública, através da Lei nº 14.531, de 10 de janeiro de 2023.

I - **estímulo ao convívio social**, proporcionando a aproximação da família de seu local de trabalho; II - **promoção da qualidade de vida** do profissional de segurança pública e defesa social; III - elaboração e/ou divulgação de programas de conscientização, de informação e de sensibilização sobre o suicídio; IV - realização de ciclos de palestras e de campanhas que sensibilizem e relacionem qualidade de vida e ambiente de trabalho; V - abordagem do tema referente a saúde mental em todos os níveis de formação e de qualificação profissional; VI - capacitação dos profissionais de segurança pública e defesa social no que se refere à identificação e ao encaminhamento dos casos de risco; VII - criação de **espaços de escuta destinados a ouvir o profissional** de segurança pública e defesa social, **para que ele se sinta seguro a expor suas questões**. (Lei 14.531/2023, Art. 42-A, § 4º, grifo meu)

Os destaques grifados apresentam uma linguagem que se difere nas normas sociais anteriores, relacionando a prevenção do suicídio não apenas ao agir instrumental (identificação, tratamento e avaliação) mas a um agir comunicativo, que valoriza o convívio, a qualidade de vida e a escuta. Considera-se estas propostas como inovadoras, pois convergem a razão instrumental, que preconiza o objetivo de reduzir as mortes autoprovocadas entre policiais; com a razão comunicativa, conectada pelos atos de fala e que preconiza a construção de entendimentos. Além disso, a Rede Pró-Vida enfatiza o alto risco de suicídio entre profissionais das forças armadas, os quais possuem uma taxa de mortalidade até quatro vezes maior que a população em geral – sem considerar as barreiras para coleta de dados sobre suicídio deste público, sendo que parte das mortes autoprovocadas entre policiais são registradas como “acidente de trabalho” (Miranda; Guimarães, 2016; Da Silva; Bueno, 2017; Pereira; Madruga; Kawahala, 2020).

Assim, considerando o caminho percorrido nas últimas duas décadas em relação ao debate público sobre prevenção do suicídio, fica evidente certos avanços, especialmente na promoção do tema dentro da Esfera Pública nacional. Apesar de incipiente, os acúmulos sobre as formas de prevenir a morte autoprovocada põem o Brasil em destaque em relação à construção de uma agenda de políticas públicas. Entretanto, a classificação do tema como um problema de saúde tem limitado a participação de outros campos do saber, o que dificulta a criação de soluções alternativas, como aquelas voltadas ao território, à geração de renda, qualidade de vida, assistência social, fortalecimento de vínculos comunitários entre outras. Apesar disso, existe um movimento que já reconhece o suicídio como um problema socioterritorial (Fraga; Massuquetti; Moura, 2016; Franck; Monteiro, 2020) e que propõe soluções a partir de atores e instituições locais.

3.1.1 Linha do tempo das Políticas de Prevenção do Suicídio no Brasil

Para compreender o processo de debate público sobre o suicídio e sua prevenção no Brasil, e perceber seus avanços, mas também suas barreiras, é necessário observar quais as etapas já foram enfrentadas no território em relação ao tema. Neste *subitem* apresenta-se uma linha do tempo das principais ações do Estado brasileiro em relação à problemática, destacando leis, políticas, campanhas e normas sociais. Desta forma, espera-se oferecer um panorama histórico-crítico dos eventos que marcam a construção de uma agenda política, evidenciando a complexidade que envolve um debate nacional, considerando as dimensões geográficas e diferenciações sócio-históricas do Brasil.

Para isso, utilizou-se dados de quatro pesquisas anteriores, que tiveram como objeto a descrição dos principais eventos ligados à prevenção do suicídio no Brasil. O primeiro deles é considerado um estudo pioneiro sobre o tema, tendo como autores principais o psiquiatra Neury José Botega e a psicóloga Blanca Suzana Guevara Werlang, publicado em 2006, com o título “*Prevenção do Comportamento Suicida*” (Botega *et al.*, 2006). O segundo estudo, intitulado “*As políticas públicas para prevenção de suicídio*”, é assinado pelo perito criminal e mestre em Políticas Públicas, Daniel Buhatem Koch e o historiador gaúcho Paulo Rogério Melo de Oliveira (Koch; Oliveira, 2015). O terceiro estudo é a tese de doutoramento em Serviço Social, da pesquisadora Laurem Janine Pereira de Aguiar, defendida em 2023 na PUC-RS, intitulada “O nó da nossa solidão: uma análise sobre suicídio no Brasil”, na qual a autora apresenta uma síntese das Leis mais recentes sobre o tema (Aguiar, 2023). Por fim, o trabalho com maior menção para construção deste *subitem* é produto da dissertação de mestrado do autor desta tese, intitulado “Repertórios de Ação Coletiva e Políticas Públicas”, na qual é apresentado uma versão de linha do tempo sobre as estratégias de prevenção do suicídio no território gaúcho (Stavizki Junior, 2021, p. 61).

Com base neste material, foi possível traçar uma linha do tempo que demonstra o processo histórico de construção de uma agenda sobre políticas de prevenção do suicídio no Brasil e no Rio Grande do Sul, destacando quais, de fato, podem ser consideradas como Políticas Públicas, e quais serviram, apenas, como promotoras do debate na Esfera Pública. Ao final do *subitem* é oferecido uma imagem que sintetiza as normas sociais ligadas ao tema no território gaúcho entre as décadas de 1990 e 2020.

O primeiro movimento relevante para este debate foi promovido pela Organização Mundial da Saúde, em 1998, com a realização do Simpósio Internacional sobre o tema, com a participação de pesquisadores, profissionais de saúde, sobreviventes de suicídio e líderes de dezenas de países (Botega *et al.*, 2006). Deste Simpósio surgiu um modelo de *política de prevenção* que viria a ser referência para os países membros da OMS, com recomendações e orientações sobre ações de prevenção do suicídio, a partir de evidências reconhecidas pelas ciências da saúde.

As recomendações apresentadas estavam agrupadas em três aspectos fundamentais: 1) **ampliação da conscientização** da comunidade acerca do suicídio e seus fatores de risco; 2) **intensificação de programas e serviços de conscientização e de assistência** e 3) incremento e **aprimoramento da ciência sobre o tema**, de forma a aumentar os recursos de prevenção e de ação sobre o suicídio. (Botega *et al.*, 2006, p. 214, grifo meu).

Nota-se que a “conscientização” é a estratégia principal deste movimento – Até então, o suicídio ainda era visto como *tabu* para a maioria das sociedades, tendo pouca expressividade no campo científico e quase nenhum espaço dentro da Esfera Pública. O processo de dar visibilidade ao tema, de forma qualificada e desmistificando suas causas, foi o primeiro passo para construção de um pensamento moderno sobre o fenômeno e suas formas de enfrentamento. A partir da conscientização, outros atores (para além do campo da saúde mental) começaram a propor soluções ao aumento da taxa social de suicídios e, com isso, novas estratégias passaram a ser testadas.

[...] o trabalho com o comportamento suicídio possa extrapolar os limites da psiquiatria e psicologia, de tal forma que os técnicos em saúde assim como outros profissionais e também pessoas da comunidade habilitem-se a esforços de prevenção, nos diversos âmbitos que esses efetivamente possam ser executados. (Botega *et al.*, 2006, p. 214).

Inicia-se, assim, um processo de inclusão da sociedade na produção de respostas à ideação e às tentativas de suicídio, ligando o trabalho de prevenção ao mundo da vida. O agir instrumental tenta explicar as evidências de sua incapacidade em responder ao aumento do número de mortes e a falta de referências dá abertura a uma nova agenda de pesquisas sobre o fenômeno. É neste processo que o Brasil inicia sua participação no debate global e assume a vanguarda no âmbito das políticas públicas, com a criação das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio (Brasil, 2006).

A receptividade do Brasil com relação a esta nova abordagem sobre saúde mental, não é por acaso. A linha do tempo da prevenção do suicídio, conecta-se ao processo histórico de disputas por direitos sociais ligados à saúde mental no Brasil, desde às lutas pela Reforma Psiquiátrica, durante a Ditadura Militar, e do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM)¹³, na década de 1970. Apesar de não haver, na época, pautas exclusivas sobre a questão do suicídio, o MTSM cumpriu a tarefa de cobrar do Estado brasileiro a inclusão de demandas de pessoas em sofrimento psíquico, criando novas agendas de Políticas Públicas (Stavizki Junior, 2021, p. 50).

Na década de 1980, com a abertura democrática do regime militar, surgiram oportunidades para o avanço das pautas sociais no país, contudo já sob a influência dos modelos neoliberais de gestão dos recursos nacionais e riqueza do território. Nesse contexto, os movimentos sociais ligados à saúde mental uniram-se entorno da pauta: “Por uma sociedade sem manicômios”, tema do Congresso Nacional de 1987, com foco na desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos. No mesmo ano, foi criado, em São Paulo/SP, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, como proposta de tratamento alternativo aos manicômios (Barbosa; Costa; Moreno, 2012).

Destaca-se que a Luta Antimanicomial e o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil antecedem o período ditatorial de 1964-1985 e continua como bandeira de luta dos movimentos sociais. A organização política dos movimentos sociais pela humanização da atenção ao sofrimento está alinhada ao movimento internacional de desinstitucionalização da loucura, iniciado na Itália e propagado para diversos países por meio de seus militantes (Fagundes, 2006; Devera; Costa-Rosa, 2007). Durante a década de 1970, por exemplo, o movimento pela Reforma Psiquiátrica foi o maior movimento social não sindical do Brasil, articulando pautas não apenas de saúde, mas também de redemocratização do Estado (Fagundes, 2006, p. 55-56). Essas ações fortaleceram os movimentos sociais pela humanização da atenção em saúde mental, ganhando espaço nas agendas governamentais em todo o país, e de forma particular no Rio Grande do Sul, que contou com quadros de militância da Reforma Psiquiátrica dentro da estrutura de governança da saúde pública, após a redemocratização (Fagundes, 2006).

¹³ [...] 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).

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988 e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, muitas das reivindicações dos movimentos sociais se incorporaram à estrutura do Estado, aparentando um ciclo de vitórias na construção de políticas públicas de saúde mental. Desde então, mesmo enfrentando importantes ameaças políticas, a Luta Antimanicomial prosperou, e o tratamento digno e humanizado aos pacientes com transtornos mentais é uma realidade no Brasil. Contudo, durante a redemocratização e a primeira década após a criação do SUS, o debate sobre a prevenção do suicídio permaneceu ausente do cenário político e sem representação efetiva junto aos movimentos sociais.

Como já citado, fora do Brasil, a OMS lançou, em 1999, o Suicide Prevention Program, que incluía a elaboração e publicação de guias de intervenção para grupos sociais e profissionais específicos relevantes para a prevenção do suicídio (OMS, 2006, p.24). Em 2000, manuais do SUPRE foram publicados no Brasil para orientar o trabalho de médicos, agentes penitenciários, professores, trabalhadores da mídia e familiares, com orientações práticas sobre o que fazer e o que não fazer em casos de suicídio (OMS, 2000; Botega *et al.*, 2006; Bertolote, 2012). Mais tarde, em 2006, o documento “Prevenção do Suicídio: um recurso para conselheiros”, foi traduzido e publicado no Brasil, com foco na instrumentalização do trabalho de profissionais que atendem casos de ideação suicida, incluindo uma cartilha com “mitos” e “verdades” sobre o suicídio, utilizado até hoje em campanhas de prevenção (Stavizki Junior, 2021; Aguiar, 2023).

No ensejo destas publicações, o Ministério da Saúde formou um grupo de trabalho para elaboração do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (Portaria nº 2.542/GM/2005). Composto por representantes de governo, sociedade civil e universidades, sob a liderança do psiquiatra e então coordenador nacional de saúde mental, Carlos Felipe D’Oliveira¹⁴, este grupo elaborou as “Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio” (Portaria nº 1.876/06). Entretanto, o debate iniciado em 2005/2006 perdeu espaço nas agendas governamentais nos anos seguintes, marcados por crises do sistema econômico mundial, que fragilizou os discursos hegemônicos do sistema financeiro e impactou fortemente os países emergentes, como o Brasil.

¹⁴ Desde 2005, o psiquiatra dedica-se à problemática do suicídio, tendo sido representante na *International Association for Suicide Prevention* (2006-2009), coordenador da Rede Brasileira de Prevenção do Suicídio e membro atual da Associação Brasileira de Estudo e Prevenção do Suicídio (ABEPS).

Após este período, o evento de maior significância em relação à prevenção do suicídio em âmbito nacional foi a publicação da Portaria Nº 1.271, de junho de 2014, que instituiu a *Lista Nacional de Notificação Compulsória*, tornando as tentativas de suicídio em agravos de notificação compulsória imediata para todos os estabelecimentos de saúde do país (Brasil, 2014; Fogaça, 2019). Cabe ressaltar, que em 2011 já havia sido implementado no Brasil a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que indicava a necessidade de notificação destes casos.

Ainda em 2014, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou o relatório *“Suicide Prevention: a global imperative”* (Prevenção do Suicídio: um imperativo global). Neste relatório, que é o primeiro de amplitude mundial sobre o fenômeno, são apresentados dados epidemiológicos sobre o suicídio na maioria dos países, caracterizando-o como uma das dez principais causas de morte no planeta. O documento destaca que os países de baixa renda possuem os maiores índices de mortalidade por suicídio, além de identificar fatores de risco e proteção específicos para diferentes territórios. Ademais, o relatório oferece uma série de experiências de prevenção implementadas em diversos países, sugerindo caminhos para a redução das taxas de mortalidade e tentativas de suicídio globalmente (OMS, 2014). Um ponto central do relatório é a recomendação para a criação de políticas locais de prevenção que considerem as particularidades regionais de cada país (OMS, 2014, p. 57-58). Um dos aspectos mais notáveis deste documento é a descrição de políticas de prevenção do suicídio já implementadas em países membros e seus resultados parciais.

Entre os exemplos citados no relatório de 2014, destaca-se a estratégia nacional de prevenção do suicídio do Chile, criada em 2011 e que previa a redução de 10% dos óbitos até 2020. O plano chileno baseava-se na reestruturação regional do sistema de saúde; investimento em sistemas de informação e monitoramento de casos; capacitação de profissionais de saúde mental; programas de prevenção em escolas; criação de um sistema de apoio para crises suicidas via internet; e um programa de educação para profissionais da mídia. O modelo de prevenção do Chile mantém paralelo com as recomendações da OMS, contudo a falta de uma política previdenciária no país é apontada como um fator de risco para o suicídio (Aravena; Gajardo; Saguez, 2019). Outro exemplo que merece destaque é o da Suíça, que adotou uma política pública nacional de apoio às iniciativas locais para redução de casos de suicídio. A estratégia suíça inclui a restrição de acesso a meios de suicídio (agrotóxicos e armas de fogo), acompanhamento

de pessoas que recentemente tentaram suicídio, atividades de conscientização (campanhas de prevenção) e o monitoramento de publicações relacionadas ao tema nas mídias do país (OMS, 2014).

Além destas, a experiência mais exitosa relatada pela OMS no relatório de 2014 é a escocesa, criada em 2002 e executada como uma política pública nacional de prevenção, tendo como meta a redução de até 20% do número de suicídios até 2013. A Escócia, que mantinha uma das maiores taxas de suicídio da Europa (27/100 mil habitantes para homens e 9/100 mil para mulheres), conseguiu reduzir esses números através da promoção da qualidade de vida e combate à desigualdade social, reduzindo a taxa social de suicídios em 18% entre 2002 e 2012 (OMS, 2014, p. 62). A experiência escocesa é particularmente relevante para o campo do Desenvolvimento Regional, pois utiliza a promoção da “qualidade de vida” como estratégia de prevenção do suicídio; reduzindo o foco aos métodos de controle e monitoramento de sintomas individuais. Ao investir na promoção da justiça social e no combate à desigualdade, a Escócia propõe a qualidade de vida da população como um fator protetivo contra o suicídio.

A partir destes exemplos, compreende-se que os dados e experiências apresentados no relatório “*Suicide Prevention: a global imperative*” influenciaram no pensamento e na elaboração de respostas ao fenômeno, para além da razão instrumental. No Brasil, por exemplo, percebe-se uma reorganização do trabalho preventivo a partir desta publicação, com variações de impacto nas diferentes regiões do país. Por ser um dos países signatários da OMS, as orientações da organização tendem a influenciar na formulação de políticas públicas no território brasileiro. Contudo, essa influência é assimétrica entre os estados, os quais não interpretam o fenômeno com o mesmo grau de importância dentro das agendas de governo. Ademais, compreende-se que as Instituições responsáveis pela divulgação deste relatório são e estão envolvidas no campo da saúde pública e, com isso, seu acesso é limitado a outros campos do saber.

É possível afirmar, contudo, que as duas principais iniciativas federais para a criação de uma política de prevenção do suicídio coincidem com campanhas internacionais e a influência de representantes da OMS no país. Tanto a criação das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, em 2006, quanto a Agenda de Ações Estratégicas, em 2017, refletem essa referência. Além disso, campanhas estaduais e

municipais também se alinham ao contexto global, aproveitando esses eventos como oportunidades para desenvolver políticas de prevenção no âmbito local.

Seguindo uma linha do tempo linear, é mister destacar que em 2015 foi criado o primeiro “Comitê Estadual de Promoção da Vida e de Prevenção do Suicídio” do Brasil, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e coordenado pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS-RS). Este Comitê, formado majoritariamente por técnicos do campo da saúde, 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 do Comitê Estadual, foi o aumento exponencial de mortes por suicídio no estado desde 2010 e a não existência de um plano de ação condizente com as particularidades do território gaúcho. Ademais, a temática ganhava cada vez mais notoriedade na Esfera Pública gaúcha, especialmente após a realização da primeira campanha “Setembro Amarelo” da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), no ano anterior. Assim, o Comitê Estadual assumiu a vanguarda deste trabalho, tendo como primeira tarefa a coleta de dados dos municípios e regiões, e a promoção de capacitações para equipes de saúde mental do estado, em parceria com as Coordenadorias Regionais de Saúde do estado (Rio Grande do Sul, 2016).

O Comitê Estadual de Promoção da Vida e de Prevenção do Suicídio foi instituído pelo Decreto nº 53.361/2016 (CEVS, 2017). A partir de 2017, 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 regionais, 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” sobre o suicídio, instrumentos de notificação e resultados de pesquisas. Além disso, o Comitê assumiu a tarefa de organizar a campanha “Setembro Amarelo” no território, promovendo atividades para promoção do debate público, em parceria com os municípios e coordenadorias regionais de saúde (CEVS, 2018).

Cabe ressaltar que a criação do Comitê Estadual está ligada à 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 do suicídio volta a ganhar força a partir do ano de 2014, com a inclusão da obrigatoriedade de registro das

tentativas de suicídio. Com esta exigência, 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. No ano seguinte, o Governo Federal firma uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Centro de Valorização da Vida (CVV) para promoção de um serviço de apoio emocional gratuito, através da linha telefônica “188”, que passa a ser oferecida em todo o território nacional como um “serviço de utilidade pública” (Fogaça, 2019, p. 190).

O maior destaque neste período foi o lançamento, em 2017, da primeira “*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 do suicídio em nível nacional. Juntamente ao lançamento da Agenda de Ações Estratégicas, 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. Um dos elementos mais inovadores da Agenda (2017-2020) 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). Com isso, os estados com maior incidência de casos de tentativa e óbitos autoprovocados foram selecionados para receber recursos federais para executar ações de prevenção.

Assim, 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). Cabe sublinhar que a criação do Comitê Estadual de prevenção do suicídio do Rio Grande do Sul antecede o envio dos recursos federais e a própria criação do Comitê Gestor do Ministério da Saúde, o que demonstra o pioneirismo do território em relação ao tema, dentro de um contexto de valorização do tema na Esfera Pública mundial.

Dando sequência aos eventos, destaca-se a já mencionada “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, estabelece aos estados, Distrito Federal e municípios a obrigatoriedade de notificação de situações de automutilação e ideação suicida de

crianças e adolescentes através das escolas; em resposta ao aumento das taxas de suicídio entre a faixa etária de 15 a 19 anos, tanto no Brasil como na maioria dos países ocidentais (OMS, 2018; Brasil, 2019). A preocupação do governo com a automutilação e tentativas de suicídio entre adolescentes encontra eco nas principais estratégias mundiais e alinha a atenção do Estado brasileiro às recomendações das organizações de saúde. 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. Como comentado, na prática, a PNPAS atribui novas obrigações aos trabalhadores do sistema educacional e de saúde, sem oferecer contrapartida em termos de qualificação ou aperfeiçoamento dos sistemas de informação (Stavizki Junior, 2021).

A partir do ano de 2020 o Sistema Único de Saúde do Brasil foi fortemente abalado pela pandemia de Covid-19, a qual vitimou mais de 700.000 brasileiros, até meados de 2024 e mais de 38.000.000 de casos confirmados no acumulado de quatro anos, sendo seu ápice entre 2020 e 2022. Este fenômeno global, mas que teve o Brasil como um dos países com maior taxa de mortalidade, exigiu mudanças estruturais na organização e priorização de ações em saúde. Os impactos, ainda pouco analisados, da pandemia na saúde mental da população brasileira são objeto de preocupação de cientistas e profissionais, sendo comum a compreensão de que houve uma piora do quadro de sofrimento social neste período.

Os impactos da pandemia de COVID-19 na saúde mental podem apresentar desde reações normais e esperadas de estresse agudo por conta das adaptações à nova rotina, até agravos mais profundos no sofrimento psíquico. Tendo em vista as estatísticas que apontam o aumento dos casos de tentativas e suicídios após eventos extremos, identifica-se como fundamental o desenvolvimento de estratégias de prevenção, acompanhamento e posvenção, visando o bem-estar da população. (Greff *et al.*, 2020, p. 2).

O trecho supracitado faz parte da cartilha “Suicídio na Pandemia de Covid-19”, publicadas pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), no primeiro ano de pandemia no Brasil, destacando a necessidade de prevenção diante da emergência de saúde pública.

A amplitude desta crise sanitária afetou decisivamente a organização da RAPS e serviços a elas vinculados, alterando as rotinas de trabalho nos CAPS, Residenciais Terapêuticos e Hospitais Psiquiátricos de todo o país. Com base nos dados empíricos, coletados em entrevistas com profissionais de saúde mental do Rio Grande do Sul, constata-se que os serviços de saúde mental acumularam demandas em decorrência dos

impactos do luto e das sequelas da Covid-19 na vida de centenas de pacientes, passando a atender sintomas depressivos de pessoas que vivenciaram o isolamento social de forma mais intensa, sobretudo idosos, crianças e adolescentes. Contudo, apesar dos desafios do período, não houve um aumento expressivo de suicídios no território gaúcho durante os anos mais intensos da pandemia, porém compreende-se que os impactos sociais e emocionais de um evento desta magnitude, tendem a refletir ao médio e longo prazo na saúde mental da população (Hustain; Sandstrom; Groder, 2020; Greff *et al.*, 2020; Jerónimo *et al.* 2021; Soares; Stahnke; Lewandowski, 2022).

Apesar das inúmeras dificuldades que a pandemia de Covid-19 impôs aos atores e instituições da saúde pública, foi neste período que o Estado do Rio Grande do Sul apresentou sua mais significativa iniciativa para a prevenção do suicídio: o lançamento do *Plano Estadual de Valorização da Vida e Prevenção do Suicídio do Rio Grande do Sul (2022-2025)*, em maio de 2022. O lançamento do Plano Estadual marca um novo ciclo de trabalho no campo da prevenção do suicídio no Estado, pois apresenta, pela primeira vez, uma série de metas em relação ao número de óbitos, profissionais capacitados e serviços públicos dedicados à problemática. Para mais, o Plano explicita uma estratégia regional de intervenção, reconhecendo as particularidades do território gaúcho e classificando as regiões e municípios de maior prioridade, devido às altas taxas de mortalidade. O Plano Estadual é, além de um pioneiro no país, um marco que reconhece o papel do Estado na organização das ações de prevenção do suicídio, tendo-o como um dos principais problemas de saúde do território. Além disso, o documento traz um diagnóstico do fenômeno com previsão de tendência, e conta com um relato do Comitê Estadual, que é responsável pela elaboração do Plano, sobre as ações já desenvolvidas e sua estrutura organizacional. Neste sentido e diante da qualidade dos elementos de análise presentes no Plano Estadual, dedica-se uma parte desta tese para discussão dos principais pontos do documento (*subtítulo 3.2.5*).

A mais recente publicação vinculada ao Comitê Intersetorial de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio do Rio Grande do Sul foi produzida como dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), intitulado “Como estruturar um comitê intersetorial de prevenção do suicídio: guia orientador”, de autoria da Me. Patrícia Antoni, sob orientação da Dra. Cleidilene Ramos Magalhães e coorientação da Dra. Claudia Weyne Cruz – ambas referências na esfera pública estadual sobre o tema. Antoni (2023)

oferece um manual a partir de sua experiência profissional como enfermeira e coordenadora de um CAPS e cofundadora de um Comitê Municipal de Prevenção do Suicídio. Sua dissertação traz elementos para organização do trabalho de prevenção no nível local, com recomendações aos gestores públicos e, especialmente, às equipes de saúde mental. A ênfase deste projeto está no sentido de valorizar a criação de grupos de trabalho locais, voltados a pensar e executar as estratégias de prevenção do suicídio em seus respectivos territórios (Antoni, 2023).

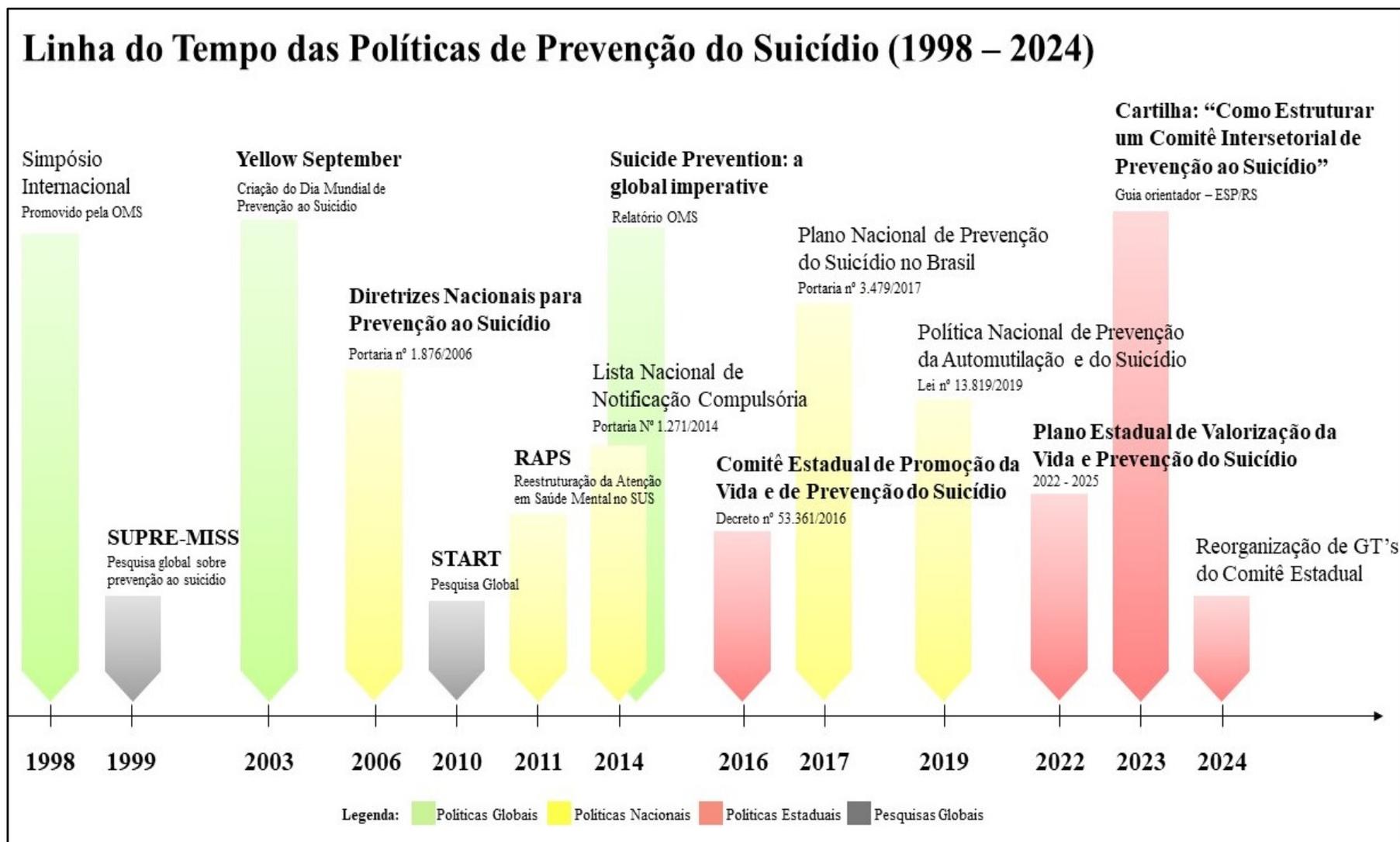
Sugere-se que o grupo formule um plano municipal de prevenção do suicídio, que deve estar em consonância com o plano regional, nacional e com os documentos orientadores, tanto internacionais como nacionais. [...] O comitê deve sempre pensar ações factíveis, com execução de curto, médio e longo prazos, ao invés de projetos grandiosos, difíceis de serem executados. Evita-se, assim, a frustração de seus membros. (Antoni, 2023, p. 13).

Além deste documento, o Comitê Estadual já disponibilizou diferentes materiais, como um Boletim de Vigilância Epidemiológica do Suicídio do Estado (CEVS, 2018), Informativo para Preenchimento do SINAN (CEVS, 2019), o guia “Lidando com o Luto por Suicídio em Escolas” (CEVS, 2019), entre outros, além de manuais da OMS e da Associação Brasileira de Psiquiatria — estes materiais estão disponíveis no sítio do Comitê Intersetorial de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio¹⁵. Considera-se este espaço virtual como o principal meio de divulgação de materiais do Comitê Estadual. Os manuais e informativos divulgados pela Instituição servem como referência para Comitês Municipais e grupos de trabalho locais.

Por fim, apresenta-se a Figura 5, que traz uma síntese das Políticas Públicas apresentadas neste *subitem*, visando auxiliar na compreensão da linha do tempo, com destaque para os principais eventos ligados à prevenção do suicídio no Brasil e no Rio Grande do Sul, desde 1998.

¹⁵ Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/suicidio>, acesso em 31 de outubro de 2024.

Figura 5. Principais políticas públicas para prevenção do suicídio com influência no Rio Grande do Sul, entre os anos de 1998 e 2024.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

3.2 As estratégias de prevenção do suicídio no território do Rio Grande do Sul

Até aqui, foi apresentado as principais políticas públicas ligadas à problemática do suicídio e que tiveram alguma repercussão no debate público brasileiro. Nota-se, seguindo a linha do tempo, que a agenda de debates no território gaúcho antecede a criação do Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, o qual assume protagonismo após sua institucionalização, passando a organizar as ações municipais e regionais. Cria-se, com isso, uma institucionalidade da prevenção do suicídio no estado através de Comitês (Estadual e Municipais), tendo as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) como Instituições intermediárias de comunicação; espaços de compartilhamento de informações e planejamento das ações.

Esta institucionalização das estratégias de prevenção do suicídio é centralizada pela Secretaria Estadual de Saúde, e replicada pelos respectivos órgãos, mantendo as ações de prevenção ligadas, principalmente, ao SUS e seus equipamentos. Além disso, os atores sociais de maior referência dentro do debate público estão vinculados profissionalmente aos órgãos de saúde, o que sugere um certo tipo de racionalidade na execução das estratégias e na própria compreensão do fenômeno do suicídio como um problema de saúde pública e não um problema socioterritorial.

Neste sentido, é basilar analisar as estratégias de prevenção a partir da racionalidade que lhe é própria, a fim de interpretar o sentido dos discursos mobilizados pelos atores e instituições. Para tanto, são destacados neste capítulo as estratégias que tiveram, na última década, lugar de destaque dentro das agendas de ações de prevenção. Assim, foram destacadas três ações que centralizam o trabalho de prevenção do suicídio no Rio Grande do Sul, e dão sentido aos discursos, sendo: I) A campanha “Setembro Amarelo”, que se tornou um símbolo da prevenção do suicídio no território, e que mantém as Instituições ligadas à Medicina e Psiquiatria como suas principais referências; II) Os “Comitês de Prevenção do Suicídio”, que se tornaram um modelo de estrutura organizativa do trabalho de prevenção nas regiões do estado e que, apesar de suas particularidades locais, articula-se segundo normas sociais e com base nas hierarquias governamentais; e III) A elaboração de um “Plano Estadual de Prevenção”, que serve como documento norteador para a ação de atores e instituições locais e regionais, tornando-se uma referência para o planejamento e execução de estratégias de prevenção do suicídio no Rio Grande do Sul.

3.2.1 A campanha Setembro Amarelo e sua influência na esfera pública gaúcha

A campanha de prevenção do suicídio intitulada “Setembro Amarelo” foi apresentada no Brasil, primeiramente, pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), em parceria com o Centro de Valorização da Vida (CVV-188), em 2014. Em pouco tempo a campanha ganhou espaço nas agendas de ações dos serviços de saúde mental e assumiu protagonismo nas campanhas de prevenção do suicídio, ganhando, a cada ano, mais espaço nas mídias e na institucionalidade governamental. Atualmente o “Setembro Amarelo” é realizado em todo o território nacional, com ou sem a participação dos Estados; mantém forte adesão nas redes sociais digitais e foi incorporado aos calendários de ações da maioria dos atores sociais ligados à temática.

Os sentidos dados às campanhas “Setembro Amarelo” são variados, porém dois objetivos centralizam os discursos: a) Estimular pessoas com ideação suicida a buscarem ajuda, profissional ou não; b) Ampliar o debate do tema na sociedade, desmistificando as razões da ideação suicida.

Ao relembrar o movimento “*Yellow September*” e a história de Mike Emme, no início deste capítulo, buscou-se demonstrar como os discursos são transmitidos para os territórios, mesmo através de acontecimentos exógenos. As convergências dos discursos das campanhas de prevenção em Westminster, em 2003, e as campanhas brasileiras, em 2024, evidenciam o compartilhamento de sentidos, sem que haja uma conexão orgânica da campanha com o território. No caso do “Setembro Amarelo” brasileiro, a vinculação com os valores e princípios da Associação Brasileira de Psiquiatria colonizam – em termos habermasianos – o agir comunicativo pela razão instrumental. Com a institucionalidade perde-se o sentido de solidariedade que o mundo da vida aplica à iniciativa de prevenção. Perde-se, inclusive, a capacidade de criar formas alternativas de prevenção, devido à autoridade que a Instituição impele no debate público.

Neste sentido, o Rio Grande do Sul talvez seja o estado com maior adesão à campanha em sua forma institucional, incorporando-a ao calendário de ações governamentais, sempre no mês de setembro, há pelo menos uma década, nas diferentes escalas de gestão do território. O “setembro amarelo” tornou-se sinônimo de prevenção do suicídio, e as Figuras 6, 7, 8 e 9 apresentam diferentes Instituições do Estado gaúcho que incorporaram a campanha em suas agendas de debate.

Figura 6. Folder da campanha Setembro Amarelo da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, em 2020.



Fonte: Secom/UFRGS, 2020.

A Universidade Federal do Rio Grande do Sul é uma das instituições de ensino mais relevantes do Estado e do país, e a pelo menos quatro anos incorporou a campanha “Setembro Amarelo” em seu calendário de ações em saúde mental, com a promoção de simpósios, eventos e materiais informativos sobre a problemática. Nesta peça, nota-se o tom artístico focado no girassol (um dos símbolos da prevenção do suicídio), sendo as únicas comunicações da imagem: a frase “setembro amarelo” e o endereço de sítio virtual do departamento de saúde mental da instituição. Trata-se de uma abordagem própria, ou seja, sem vinculação direta com o “Setembro Amarelo” da ABP, demonstrando certa liberdade no uso da campanha e na criação de materiais visuais.

Figura 7. Folder da campanha de prevenção do suicídio da Associação de Oficiais Estaduais do Rio Grande do Sul - AOFERGS, em 2022.



Fonte: site: www.aofergs.com.br, acesso em jun/2024.

Já a Figura 7 traz uma peça de divulgação replicada por outros órgãos, o qual não traz a nomenclatura “Setembro Amarelo”, mas se utiliza dos aspectos artísticos da campanha, como o uso do laço amarelo, as cores (amarelo e preto) e o *slogan* “#Juntos Somos + Fortes” – tema recorrente nas peças de divulgação do Centro de Valorização da Vida e outros espaços de acolhimento em saúde mental. Neste sentido, não se trata de uma apropriação da campanha, mas de apoio, através da assinatura da Associação de Oficiais Estaduais do Rio Grande do Sul junto à peça de divulgação.

Interessa observar o sentido positivo da campanha, tendo a comunicação como estratégia principal. A frase “não ignore um pedido de ajuda” é direcionada a toda a sociedade, no sentido de incentivar aqueles que tomam conhecimento de uma situação de risco de suicídio a procurar os meios de proteção. Já a frase “falar é a melhor solução” é direcionada aos que sofrem, no sentido de incentivar a comunicação e a busca por acolhimento. Em ambos os casos, o trabalho de prevenção se faz no mundo da vida, através de uma ação comunicativa.

Figura 8. Cartaz da campanha de prevenção do suicídio da Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul, em 2023.



Fonte: site: www.defensoria.rs.def.br/cartilha-setembro-amarelo, 2024.

Na campanha da Defensoria Pública, o girassol é utilizado para simbolizar o tema, como na campanha de 2020 da UFRGS (Figura 6). A frase “mutirão pela vida” faz alusão a uma estratégia já utilizada pela instituição em outras ocasiões (“Mutirão da Cidadania”, “Mutirão de Atendimento” etc.). Trata-se, assim, de uma adaptação do “Setembro Amarelo” à linguagem própria da instituição.

Figura 9. Peça da campanha “Setembro Amarelo” da Ordem dos Advogados do Brasil - OAB do Rio Grande do Sul, em 2021.



Fonte: site: www.oabrs.org.br, acesso em jun/2024.

A Figura 9, por sua vez, apresenta o cartaz divulgado pela Ordem dos Advogados do Brasil no Rio Grande do Sul, alusivo ao “Setembro Amarelo”, em 2021. O cartaz traz a afirmação: “falar sobre saúde mental pode salvar vidas”, ao lado da imagem de duas pessoas se abraçando. O sentido dado ao acolhimento afetivo do abraço complementa a frase, intencionando que toda pessoa é capaz de oferecer apoio a outro em momentos de sofrimento. A afirmativa também sugere que falar sobre a temática do suicídio é uma estratégia para evitá-lo.

Observa-se que as estratégias de prevenção destacadas se vinculam ao *conceito* “Setembro Amarelo” e não apenas à *rubrica* Setembro Amarelo®, assinada pela ABP. Com ressalvas, o sentido originário da estratégia se manteve por mais de duas décadas, agregando setores da sociedade capazes de influenciar nos discursos da esfera pública. Os exemplos trazidos neste *subitem* são uma pequena amostra deste processo, pois, muitas outras Instituições de Estado ou da Sociedade Civil poderiam ser citadas. Empiricamente, reconhece-se que o “Setembro Amarelo” tornou-se um ativo no trabalho de prevenção do suicídio; seja em seu caráter informativo, seja em sua proposta de ação comunicativa.

Contudo, propositalmente, não foram selecionadas Instituições do campo da saúde pública, por considerar este campo como o mais vinculado à razão instrumental no que se refere à divulgação de informações sobre o suicídio. Isto se evidencia, por exemplo, na centralidade do acolhimento em saúde e também na promoção de discursos privados através das campanhas de prevenção, como verificado na Figura 10.

Figura 10. Folder de divulgação da campanha Setembro Amarelo® direcionada às redes sociais da Associação Brasileira de Psiquiatria, em 2023.



Fonte: site: www.setembroamarelo.com, acesso em jun/2024.

O sentido aqui é límpido: qualquer sujeito que tenha ideação suicida deve “procurar um psiquiatra”. Esta não é a proposta do “Setembro Amarelo” e não condiz com os preceitos interdisciplinares da saúde pública e da saúde mental. Trata-se da objetivação de uma única

categoria profissional como capaz de evitar as mortes autoprovocadas. Além disso, este tipo de discurso pode ter um efeito reverso – ao invés de estimular pessoas em sofrimento a procurarem acolhimento (seja profissional ou em seus vínculos afetivos), a campanha impõe que o suicídio seja uma “emergência médica”, quando seu lugar na sociedade é complexo e multifatorial. Sendo múltiplas as razões que levam um sujeito a tentar contra a própria vida, também serão múltiplas as estratégias para evitá-lo.

Por fim, apresenta-se na Figura 11, a “Setembro Amarelo” de 2021 da Secretaria Estadual de Saúde, assinada pelo Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, para demonstrar que o território cria alternativas ao discurso hegemônico.

Figura 11. Layout oficial da campanha “Setembro Amarelo” do Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio do Rio Grande do Sul, em 2021.



Fonte: site: www.saude.rs.gov.br, acesso em jun/2024.

A decisão de substituir o termo “prevenção do suicídio” por “promoção da vida” foi tomada por atores que compõem o Comitê Estadual, e se replicou no território como uma abordagem mais positiva e própria em relação às campanhas institucionalizadas. Esta decisão, bem como as críticas dos atores sociais entrevistados ao “Setembro Amarelo”, será abordada no quarto capítulo desta tese.

3.2.2 Comitês de Prevenção do Suicídio e a institucionalização do debate público

O primeiro Comitê Municipal do estado do Rio Grande do Sul, que tenha sido institucionalizado por Decreto Municipal, foi o Comitê de Prevenção do Suicídio de Santa Cruz do Sul, em 2012, antecedendo as primeiras campanhas “Setembro Amarelo” no Brasil e a própria criação do Comitê Estadual. Identificou-se, através de pesquisa, que a criação deste Comitê serviu como um *Repertório de Ação Coletiva* de atores sociais ligados à política de saúde mental, com o objetivo principal de evidenciar o problema e estimular a participação da comunidade no debate a respeito das estratégias de prevenção do suicídio (Stavizki Junior, 2021).

O Comitê é, em síntese, um espaço coletivo de discussão sobre a problemática do suicídio, com o objetivo de aproximar sujeitos e instituições que atendam questões ligadas à problemática e implementar estratégias de prevenção do suicídio no território. [...] um processo que evidencia oportunidades e ameaças políticas, as quais definem/redefinem os Repertórios de Ação dos sujeitos. (Stavizki Junior, 2021, pp. 169-170).

O local analisado pelo autor se mantém entre os municípios com as maiores taxas de suicídio do estado gaúcho, há mais de 15 anos, e serviu de palco para eventos relevantes sobre a temática, como o lançamento do 1º Boletim Epidemiológico sobre Suicídio no RS, em 2018 (CEVS, 2018) e o I Seminário Regional sobre Prevenção do Suicídio do Vale do Rio Pardo, em 2019. Ademais, no município estão atores sociais relevantes no debate público estadual sobre saúde mental, alguns deles envolvidos com a criação dos primeiros CAPS e, também, do primeiro Fórum Regional de Saúde Mental do RS, em 1996. Estas particularidades se apresentam como oportunidades políticas do território para a criação de um Comitê; uma forma organizativa de caráter consultivo, ou seja, sem poder político. Apesar disto, é um espaço de construção de alternativas e centralização do debate público.

Considera-se que exista um impacto cultural a partir deste tipo de Instituição, sendo que, após a criação do Comitê de Santa Cruz do Sul, outros municípios buscaram a institucionalização de espaços de discussão sobre a problemática do suicídio, seguindo os moldes de um comitê intersetorial, porém fortemente ligado aos profissionais de saúde mental locais. Após a criação do Comitê Estadual, em 2016, este tipo de estrutura política se consolidou como um espaço institucional de reflexão e apresentação de propostas de intervenção à crescente incidência de suicídios no território.

O Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio foi instituído pelo Decreto Nº 53.361, de 22 de dezembro de 2016, sob a coordenação do núcleo de vigilância da violência do CEVS e seção de saúde mental do Departamento de Ações em Saúde (DAS), com as seguintes Instituições membras: Secretaria de Estado da Saúde (SES), Secretaria de Estado da Segurança Pública (SESP), Secretaria de Estado da Comunicação, Secretaria de Estado do Trabalho e do Desenvolvimento Social, Justiça e Direitos Humanos (SDSTJDH), Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, Política Federal, e as ONGs, CVV e a Cruz Vermelha. Ao longo dos anos outras Instituições foram adicionadas à estrutura do Comitê; em 2024 o núcleo deste espaço continha mais de 30 representações e cerca de 50 membros ativos. Contudo, como na maioria dos espaços de representação institucional, existe certa rotatividade de seus membros, o que prejudica a continuidade das ações.

Esses comitês, eles só existem em função dessas pessoas, porque elas puxam [o comitê], entendeu? [...] eu sinto que os grupos de trabalho flutuam. Tem gente que entra e não faz muita coisa. Tem gente que participou durante um período, depois desaparece. Então manter as pessoas produzindo é difícil. (Entrevista 13 - membro do Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio do Rio Grande do Sul).

A expressão “manter as pessoas produzindo” tem o sentido de avançar na realização das ações planejadas. Em outras entrevistas, este mesmo argumento reaparece, sugerindo que a rotatividade de pessoas prejudica o funcionamento do trabalho. Contudo, este fluxo de atores sociais está previsto no Decreto 53.361/2016, em seu artigo 2º § 4º, onde diz que poderão ser “designados” para compor o grupo, “outros profissionais com reconhecida participação na prevenção do suicídio no Estado”. Nisto se dá, por exemplo, a participação de professores, pesquisadores e profissionais liberais que prestam algum serviço relacionado ao tratamento/acompanhamento de pessoas com ideação suicida e organizações da sociedade civil, como ONGs, Igrejas etc.

Neste sentido, o Comitê não deve ser visto apenas como uma Instituição executora de políticas, tampouco como órgão de validação de políticas governamentais. Ele age como um espaço de construção de argumentos, ou seja, um repertório de ação que dá sustentação ao debate público dentro da sociedade, resguardado pela hierarquia institucional do Estado, mas aberto à participação da sociedade. Assim, o Comitê Estadual é capaz de traduzir o sentido da prevenção do suicídio na esfera pública, pois, condensa os argumentos de especialistas de dentro e fora dos governos.

Para compreender a estrutura organizativa do Comitê Estadual, a Figura 12 apresenta um organograma sintético da Instituição e suas oito comissões temáticas. As informações para construção do organograma foram fornecidas por seus participantes, em entrevistas semiestruturadas.

Figura 12. Organograma do Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio do Rio Grande do Sul, em 2024.



Fonte: Diário de Campo, 2024.

A subdivisão do comitê em comissões temáticas evidencia a complexidade da problemática e suas diferentes expressões sociais, as quais requerem abordagens distintas. Em uma palavra: os atores sociais que compõem o Comitê Estadual evidenciam as demandas que fazem parte de suas rotinas de trabalho. Isto faz com que o Comitê assuma, periodicamente, novas frentes de trabalho, a partir da inserção de seus membros e, especialmente, do envolvimento de seus novos membros.

Então, eu considero que a parte mais teórica diferencia muito de um profissional para outro. Na abordagem desse tema, tem as leis e regulamentos e normas que a gente tem que conhecer, né? Mas, apesar disso, a gente ainda tem uma particularidade de cada profissional, como é um tema um pouco mais delicado, enfim. (Entrevista 28 - membro do Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio do Rio Grande do Sul).

De fato, haverá atores sociais que permanecem pouco à vontade para participar de debates sobre a temática do suicídio, enquanto outros terão limitações para acompanhar as discussões em um grupo de técnicos e cientistas; haverá, ainda, aqueles que irão participar de forma protocolar, como representantes políticos ou de órgãos públicos, porém com pouco envolvimento com a problemática. Contudo, verificou-se que a maioria dos atores sociais entrevistados estão diretamente envolvidos e tem a prevenção do suicídio como uma prática cotidiana. Alguns, inclusive, assumem agendas interestaduais, sendo chamados para conferências, congressos e cursos relacionados ao tema. Outros, por sua vez, atuam no atendimento de pessoas com ideação suicida e seus familiares ou na formação de profissionais de saúde mental no território.

Assim, compreende-se que o Comitê é uma Instituição ímpar dentro da estrutura do Estado, pois não assume um papel exclusivamente executor de políticas públicas. Antes, é um espaço de construção de consensos, onde argumentos são validados ou questionados e onde as estratégias de ação são compartilhadas e analisadas pelos atores sociais. Neste sentido, a diversidade de posições dos sujeitos torna-se uma potencialidade da Instituição, dando profundidade aos debates, enquanto introduz novas indagações e discursos. Entende-se, assim, a dinâmica de um comitê intersectorial como um espectro da esfera pública no território; um espaço propício para a ação comunicativa, onde a correlação de forças tem menor influência do que os argumentos mobilizados no discurso. Mais do que isso, um comitê é um lugar de construção de alternativas a um problema público de forma participativa.

No entanto, a influência do discurso neoliberal e a força política mobilizada por instituições do campo da psiquiatria e farmacologia, criam barreiras às alternativas propostas pelos atores sociais. Esta influência não precisa, necessariamente, estar *dentro* do comitê, mas age no sentido de menosprezar os argumentos na esfera pública e isto pode acontecer de diferentes formas. Um exemplo foi apresentado durante a entrevista com um extensionista rural, que trabalha com prevenção do suicídio há mais de uma década, e que relatou situações em que seus discursos foram menosprezados por agentes externos, apenas pelo fato de não ser um profissional de saúde.

[...] e aí a gente fez a reunião com os médicos e os enfermeiros dos postos de saúde e nós íamos em tudo que era lugar, mas os médicos não gostavam muito de olhar um técnico agrícola falando o que que eles tinham que fazer ali, né? (Entrevista 19 - Extensionista Rural e membro de Comitê Municipal de Prevenção do Suicídio no interior do Rio Grande do Sul).

Este relato encontra ressonância em outros e, também, na prática profissional de trabalhadores não-médicos. A centralização do atendimento de pessoas em sofrimento psíquico por profissionais especializados acaba por inibir outras categorias a também desenvolver estratégias de acolhimento, encaminhamento e até tratamento de sintomas de ideação suicida. Destaca-se, ainda, que o acesso da população aos profissionais especializados em atender demandas de sofrimento emocional e psíquico, como psiquiatras e psicólogos, por exemplo, é restrito e limitado, sobretudo em municípios de pequeno porte ou em locais de difícil acesso.

É claro que quando a gente vai abrir a porta para a demanda de saúde mental, então vem uma enxurrada, porque o que mais tem é gente sofrendo, né? A gente vive numa sociedade que produz um adoecimento absurdo e a gente precisa, justamente, visualizar esse sofrimento, né? Fazer a politização desse sofrimento e entender que existe uma responsabilidade do estado. De acolher, de resolver esse sofrimento, não é? (Entrevista 36 - membro do Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio do Rio Grande do Sul).

É neste sentido que a proposta de um comitê interdisciplinar se mostra promissora, pois intervém em dois pontos: Primeiro, garantindo a pluralidade de ideias na criação de estratégias de prevenção e possibilitando um debate ampliado do fenômeno, com a participação de atores de dentro e fora dos governos e de diferentes campos do conhecimento. Segundo, ampliando exponencialmente o número de sujeitos aptos a acolher e intervir em casos de ideação ou tentativa de suicídio, nos mais diversos ambientes onde possam ocorrer (escolas, empresas, no meio rural, etc.). Esta dupla ação tende a ampliar a própria esfera pública sobre o fenômeno do suicídio, ao atrair sujeitos que antes estavam ausentes, mas que encontram no Comitê Estadual e nos Comitês Municipais, um espaço alternativo para se inserir no debate público.

Nisto está uma das potencialidades do Comitê Estadual: agregar áreas distintas do campo da saúde e inseri-las dentro de uma ação territorial de prevenção do suicídio. Existem ainda outras questões a serem problematizadas em relação aos Comitês, algumas das quais serão analisadas no quarto capítulo desta tese, mais especificamente na análise sobre os discursos e consensos sobre a prevenção do suicídio no Rio Grande do Sul (*subtítulo 4.3.1*). Coube, neste momento, enfatizar o papel institucional dos comitês intersetoriais e destacar o lugar que assumiram na organização da esfera pública relacionada ao suicídio no território.

3.2.3 O Observatório de Análise da Situação do Suicídio do Rio Grande do Sul

Uma das inovações do território no enfrentamento da problemática do suicídio é a criação do Observatório de Análise da Situação do Suicídio; um equipamento público dedicado a coleta e análise de dados, e que faz parte do Comitê Estadual como entidade e também como Grupo de Trabalho específico. O *Observatório do Suicídio*, como é chamado, foi instituído como órgão da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul através da Portaria SES/RS nº 678, de 09 de julho de 2018.

Art. 2º 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 678/2018).

A criação do Observatório responde a uma das principais demandas do Comitê Estadual: a falta de informações e dados qualitativos sobre o fenômeno. Apesar de haver sistemas de informação sobre mortalidade, falta uma interpretação particularizada dos casos; uma análise fina das causas, do contexto e das circunstâncias em que ocorreu o óbito. Por este motivo, a Instituição utiliza metodologias de pesquisa capazes de traçar um perfil das vítimas, a partir de estudos que integram as tentativas de suicídio e os óbitos consumados, além de dados sobre internações hospitalares, métodos utilizados, histórico de saúde, núcleo familiar, entre outras informações.

A partir dos levantamentos de dados do *Observatório do Suicídio* foi possível a elaboração do Primeiro Boletim Epidemiológico do Suicídio do Rio Grande do Sul, publicado em setembro de 2018. Este Boletim, teve como objetivo “descrever o perfil epidemiológico do suicídio e das TS [tentativas de suicídio] no RS para subsidiar intervenções de promoção da vida e prevenção do suicídio”, a partir da “análise descritiva, com dados secundários do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), gerenciados pela Secretaria Estadual da Saúde do RS (SES/RS)” (CEVS, 2018, p.1).

A Portaria que institui o Observatório também nomeia os servidores públicos que compõem a Instituição, sendo de três órgãos distintos: Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), Escola de Saúde Pública (ESP-RS) e o Departamento de Ações em Saúde (DAS/SES), sob a coordenação do primeiro (SES/RS, 2018).

As diretrizes que organizam o trabalho do Observatório do Suicídio estão elencadas no Artigo 3º da Portaria SES/RS nº 678/2018 e baseiam-se em três pontos centrais: I) Integração das áreas de Ensino e Pesquisa, Vigilância em Saúde e Saúde Mental da Secretaria Estadual da Saúde; II) Utilização das metodologias qualitativas (estudo de casos, estudo de documentos, reunião com os gestores de saúde municipais, visitas periódicas aos serviços da rede de atenção básica e especializada em saúde e o desenvolvimento de outras metodologias de aproximação do fenômeno do suicídio); e III) Atuação da equipe de profissionais junto às Coordenadorias Regionais de Saúde e às Secretarias Municipais de Saúde. Trata-se, assim, de um trabalho de investigação descentralizado e participativo.

A implantação do Observatório de Análise de Situação do Suicídio no RS tem sido um processo de constante superação de desafios. Talvez o mais significativo seja o rompimento do silêncio que recai sobre esse tipo de morte e que, de alguma forma, já calou o pedido de socorro dos que encontraram nela a última saída para o sofrimento. Esse silêncio também aniquila os sobreviventes que necessitam de escuta e de cuidado para conseguirem elaborar esse luto tão difícil. Por isso, todos os esforços empreendidos pelas equipes de saúde da Região, para escutar essa palavra não dita, significam um grande avanço na atenção a pessoas em situação de risco. (Cruz; Fernandes; Volkmer, 2017, pp. 7-8).

As autoras enfatizam que o trabalho do Observatório não é restrito à produção de dados, mas cumpre o papel de “rompimento do silêncio”, por oportunizar às pessoas que tentaram o suicídio e aos familiares enlutados falar sobre o assunto. Considerando o *tabu* que circunda a temática, entende-se que o diálogo humanizado, estabelecido entre as equipes de pesquisa e os participantes, permite uma elaboração crítica sobre as circunstâncias em que a tentativa ou o suicídio ocorreram. Mais do que isso, permite que os sentimentos, antes velados, sejam transformados em discursos e tragam à tona o sentido que os sujeitos atribuem ao fenômeno. Assim como nas palavras de Cruz *et al.* (2017), quando diz que “[...] ser suporte do não saber expressa, de forma deliberada, uma posição ética da equipe que, assim, espera trabalhar com as pessoas para que o saber construído seja no e para o território. (Cruz; Fernandes; Volkmer, 2017, p. 9). A estratégia de criar o Observatório no Rio Grande do Sul reforça o pioneirismo do território no planejamento e execução de políticas de prevenção do suicídio e evidencia a influência dos atores sociais para a realização deste trabalho.

3.2.4 A Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (2019)

Considerando o Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio como uma representação da esfera pública gaúcha sobre a temática, torna-se possível analisar o sentido dos atos de fala da Instituição, através dos enunciados e discursos. As publicações, campanhas, materiais informativos e a própria organização interna do comitê indicam sua posição em temas específicos. Mas qual o sentido do agir deste comitê? Ou, que caminho o comitê segue para realização de seu propósito? Ou ainda, aonde se quer chegar com a mobilização da esfera pública sobre esta agenda?

Em setembro de 2019 o Governo Estadual apresentou sua primeira *Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio*, aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde em 31 de outubro daquele ano, com o objetivo geral de “ampliar e fortalecer ações integradas de promoção da vida e prevenção do suicídio em caráter intersetorial, visando a diminuição das tentativas e morte por suicídio no estado do Rio Grande do Sul” (RIO GRANDE DO SUL, 2019). A política estabelece diretrizes para a intervenção, organizadas em três pontos principais:

- Promover a vida e prevenir o suicídio;
- Qualificar a vigilância das mortes e do comportamento suicida;
- Qualificar a gestão e o cuidado em todos os níveis de atenção.

As diretrizes estaduais baseiam-se nas Diretrizes Nacionais (Portaria 1.876/2006) que por sua vez baseiam-se nas recomendações internacionais da OMS. A novidade está no termo “promover a vida”, o qual traz um sentido de ação interventiva, envolvendo a interrelação entre política pública e agir comunicativo. Já a qualificação da vigilância, que corresponde à coleta de dados, a gestão e o cuidado nos diferentes níveis de atenção, corresponde ao agir instrumental. A união do agir instrumental e comunicativo aparece nos objetivos específicos da política, que são:

- Prevenir mortes prematuras devido ao suicídio;
- Reduzir as taxas de outros comportamentos suicidas;
- Reduzir os efeitos secundários prejudiciais associados aos comportamentos suicidas e o impacto traumático do suicídio nos sobreviventes e na comunidade em geral.

A preocupação da Política Estadual com o impacto do suicídio em “sobreviventes e na comunidade em geral” demonstra uma intervenção ampliada no fenômeno, para além do atendimento de crises suicidas ou da prevenção dos fatores de risco. Estima-se que um suicídio possa impactar até dez pessoas diretamente (OMS, 2014); outras pesquisas indicam que entre 20 e 40 pessoas sejam impactadas negativamente a partir de um único suicídio (Bertolote, 2012). Outros pesquisadores, como a psicóloga paulista Elis Cornejo, são ainda mais enfáticos ao afirmar que mais de 100 pessoas podem ser impactadas após uma morte autoprovocada.

“Eu faço uma pesquisa para avaliar qual o impacto de suicídios públicos, que ocorrem no centro de São Paulo. E aí a gente observa que não apenas familiares, amigos, mas também quem observa, presencia, ouve, também é impactado. E aí a gente pode dizer que esse número é muito maior. No mínimo 135 pessoas para cada suicídio ocorrido.” (Cornejo, 2022, s.p.).

Esta preocupação dialoga com um sentido secular do fenômeno, no qual o suicídio teria um efeito de contágio na sociedade; um sentido de estímulo àqueles em sofrimento e ideação suicida, que, ao serem expostos à informação de uma morte consumada, sentir-se-iam impulsionados a realizar o mesmo ato. Esta consequência, conhecida mundialmente como “Efeito Werther”, refere-se à divulgação detalhada e sensacionalista de suicídios na mídia, o que pode desencadear um estímulo indesejável do ato. A origem do termo deriva do romance "*Os Sofrimentos do Jovem Werther*", publicado em 1774, pelo escritor alemão J.W. von Goethe. Na época, a obra foi acusada de causar dezenas de suicídios, sendo sua reprodução proibida até hoje em diversos países. Émile Durkheim, no livro *Le Suicide*, concorda com esta tese e foi responsável por cunhar o termo “contágio” em relação do suicídio. Contudo, Durkheim (2000) explica que “não pode haver imitação se não há um modelo a ser imitado; não há contágio sem um foco do qual ele emane” (Durkheim, 2000, p. 144). Em outras palavras, é necessário que as vítimas compartilhem ou vivenciem contextos sociais semelhantes para que o efeito de imitação ocorra. Porém, Durkheim enfatiza que os meios de comunicação têm forte influência na disseminação de ideias e a divulgação sensacionalista destas mortes tende a causar um impacto negativo na sociedade e, ocasionalmente, incidir sobre a taxa de suicídios de um local ou região. Neste sentido a Política Estadual tem como prioridade a redução dos “efeitos secundários” do suicídio no território, o que envolve a instrução e controle da mídia.

Em relação aos princípios da Política Estadual, destacam-se a integralidade, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, baseadas integralmente nos princípios da Política Nacional de Saúde (Lei nº 8.080/1990) e na Lei Federal nº 10.216/2001, que versa sobre os

direitos sociais de pessoas portadoras de transtornos mentais. A referência no campo da saúde é explícita nos Princípios e Diretrizes da Política Estadual, evidenciando a relação endógena das ciências da saúde com as estratégias de prevenção do suicídio. Esta relação se desdobra em estratégias que a Política assume como prioridades, e com isso reforça a prevalência das ações em saúde como modelo para o agir de atores e instituições, bem como para o planejamento dos municípios e regiões.

Dito isso, apresenta-se no Quadro 4 uma síntese das ações de prevenção elencadas na Política Estadual, a partir de suas diretrizes e estratégias.

Quadro 4. Estratégias da Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio do Rio Grande do Sul de 2019

Diretrizes	Ações previstas/planejadas
<p>Estratégia 1</p> <p>PROMOVER A VIDA E PREVENIR O SUICÍDIO</p>	<p>1.1 Promover ações de qualidade de vida, educação, proteção, recuperação da saúde e prevenção do suicídio em três diferentes níveis: universal (população geral), seletiva (população vulnerável) e específica (população em risco);</p> <p>1.2 Apoiar o desenvolvimento de atividades relacionadas à prevenção de violências e do uso prejudicial de álcool e outras drogas, bem como a promoção da cultura da paz;</p> <p>1.3 Promover ações de informação, comunicação e sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde que pode ser prevenido;</p> <p>1.4 Desenvolver a consciência pública, política e midiática sobre a magnitude do problema e a disponibilidade de estratégias de prevenção eficazes, buscando reduzir o estigma associado ao suicídio e promovendo o relato responsável dos meios de comunicação social em relação ao fenômeno;</p> <p>1.5 Fomentar e apoiar projetos e parcerias que visem a ações de promoção da saúde e prevenção do suicídio do trabalhador em seu ambiente de trabalho;</p> <p>1.6 Fomentar e apoiar iniciativas de regulação e controle da disponibilidade e acesso aos meios utilizados para o suicídio;</p> <p>1.7 Buscar o envolvimento e a participação de um grupo multidisciplinar e intersetorial para desenvolver e implementar estas estratégias através de políticas públicas intersetoriais e da sociedade civil organizada, por meio do Comitê Estadual Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio;</p> <p>1.8 Fortalecer a articulação com o setor da educação e demais áreas ligadas à infância e adolescência;</p> <p>1.9 Promover atividades intersetoriais alusivas ao tema em setembro;</p> <p>1.10 Evidenciar a importância epidemiológica e a relevância do quadro de comorbidades e transtornos associados ao suicídio e suas tentativas em populações em situação de vulnerabilidade.</p>
<p>Estratégia 2</p> <p>QUALIFICAR A VIGILÂNCIA DAS MORTES POR</p>	<p>2.1 Garantir a efetiva realização dos registros de lesão autoprovocada e sua qualificação, por meio da ficha de notificação de violências interpessoais e autoprovocadas, assegurando a alimentação do sistema de vigilância;</p> <p>2.2 Qualificar o registro da causa de óbito por suicídio, buscando a sensibilização e a capacitação dos profissionais envolvidos;</p>

<p>SUICÍDIO E DO COMPORTAMENTO SUICIDA, BEM COMO QUALIFICAR A INFORMAÇÃO SOBRE O FENÔMENO E SUA DISSEMINAÇÃO</p>	<p>2.3 Identificar os determinantes e condicionantes do comportamento suicida, assim como os fatores protetores; 2.4 Desenvolver ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade; 2.5 Promover intercâmbio entre os Sistemas de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, qualificando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; 2.6 Fomentar parcerias e pesquisas, contribuindo para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados; 2.7 Buscar a realização de uma vigilância ativa e qualitativa, produzir conhecimento e condições para o aperfeiçoamento da atenção à saúde dos usuários em situação de risco para o suicídio e seus familiares e sobreviventes.</p>
<p>Estratégia 3</p> <p>QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO E DO CUIDADO EM TODOS OS NÍVEIS DE ATENÇÃO</p>	<p>3.1 Organizar linhas de cuidados integrais (promoção, prevenção, pósvenção, tratamento e recuperação) que contemplem todos os níveis de atenção, seguindo o fluxo das Redes de Atenção à Saúde; 3.2 Fomentar a criação de Protocolos de Atenção ao fenômeno do suicídio que integrem a Rede Intersetorial envolvidos com a temática; 3.3 Otimizar o apoio psicossocial dos recursos comunitários disponíveis; 3.4 Estimular a criação de Comitês Regionais/Municipais de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio; 3.5 Idealizar canais de atendimento àqueles que se encontram em situação de risco e/ou tentativa de suicídio (linhas de telefone SOS); 3.6 Pactuar a garantia de recursos necessários nas áreas envolvidas para o desenvolvimento destas estratégias; 3.7 Promover a educação permanente dos profissionais de saúde da atenção básica, de saúde mental, de vigilância, das unidades de urgência e emergência, dentre outros; 3.8 Promover a educação permanente dos profissionais da rede intersetorial de acordo com os princípios da integralidade e da humanização; 3.9 Disseminar documentos orientadores existentes e desenvolver materiais com informações sobre os aspectos pertinentes ao suicídio (fatores de risco e proteção, sinais de alerta, dentre outros); 3.10 Monitorar e avaliar a implementação das estratégias propostas por esta Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio.</p>

Elaborado pelo autor (2024), a partir da Política Estadual... (Rio Grande do Sul, 2019, pp. 6 - 10).

Analisando as estratégias que compõem a Política Estadual, nota-se uma quantidade expressiva de tarefas e o acúmulo de funções para os serviços de saúde, os quais assumem, quase que integralmente, a implementação da política pública. Com isso, os princípios de interdisciplinaridade e intersectorialidade da própria Política são prejudicados. Cabe às Instituições responsáveis pela implementação da política pública estabelecer um “Plano de Ação” com a divisão de tarefas com outros setores do Estado, podendo, assim, assumir metas e prazos possíveis de serem cumpridos.

3.2.5 Sobre o Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio do Rio Grande do Sul (2022 - 2025): reconhecendo barreiras e oportunidades políticas

Para implementação da Política Estadual apresentada no *subitem* anterior, foi elaborado um Plano que converte as estratégias da política pública em metas e estabelece prazos para realização das ações planejadas. O plano de ação é um instrumento comum na maioria das políticas públicas, pois permite estabelecer prioridades, além de elencar os responsáveis por cada atividade, ação, estratégia etc., permitindo, assim, a verificação de seus resultados, a partir de indicadores pré-estabelecidos. Neste *subitem*, apresenta-se de forma resumida o modelo de plano de ação criado para a Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio do Rio Grande do Sul, lançado em 2022, com vigência até 2025.

O *Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio do Rio Grande do Sul (2022 - 2025)* foi elaborado com o objetivo de “organizar, de forma sistemática, ações necessárias para que as Diretrizes e Estratégias [...] sejam desenvolvidas no estado e nos municípios [...]”. A proposta prevê ações e metas nas diferentes escalas do território e incentiva gestores municipais a criarem e implementarem versões locais do plano, sendo recomendado a participação de “equipes apropriadas em relação à temática de forma intersetorial, baseadas em documentos oficiais e de literaturas científicas” (Rio Grande do Sul, 2022, pp. 5-6).

Neste sentido, o *Plano Estadual* também serve como modelo para grupos de trabalho municipais. Por não ser de adesão obrigatória, o Plano faz sugestões de ações, reconhecendo que cada local possui condições políticas particulares, que podem beneficiar ou dificultar a realização das metas e prazos. Ademais, as ações são elencadas em três níveis de prevenção: I) **Prevenção Universal**, direcionada à população em geral, o que envolve campanhas alusivas ao tema, divulgação de informações e o incentivo ao debate público sobre o tema, de forma lúcida e desestigmatizada; II) **Prevenção Seletiva**, direcionada a grupos específicos e mais vulneráveis, como a população LGBTQI+, população negra, refugiados e grupos de maior risco, como idosos, população indígena, população rural, pessoas com transtornos mentais e trabalhadores de profissões vulneráveis (segurança pública, saúde, educação, entre outros); e III) **Prevenção específica ou indicada**, voltada às populações com alto risco, especialmente pessoas que tentaram o suicídio e/ou possuem ideação suicida.

Em relação à prevenção específica ou indicada, cabe destacar que o Plano Estadual estabelece quatro níveis de risco (Rio Grande do Sul, 2022, pp. 14-18), sendo:

a) **Risco alto/grave**, quando o sujeito possui histórico recente de tentativa de suicídio, com ou sem internação e/ou que apresente quadro de ideação suicida persistente, com plano e acesso aos meios para realização do ato. Neste nível também estão pessoas com fatores agravantes ao risco de suicídio, como a incapacidade de mudar condutas, impulsividade ou a falta de suporte social e rede de proteção efetiva. Recomenda-se que os familiares e sua rede de apoio sejam orientados sobre os riscos e assumam uma rotina de acompanhamento integral, além do imediato encaminhamento aos serviços especializados e, dependendo da avaliação clínica, o encaminhamento para internação hospitalar ou domiciliar. É indispensável, nestes casos, a restrição do acesso aos meios para o suicídio (pesticidas, armas de fogo, cordas, medicamentos, entre outros);

b) **Risco moderado/médio**, quando o sujeito manifesta ideação suicida ou tenha histórico de tentativa prévia, porém sem plano ativo, ou seja, não manifeste a forma pela qual pretende realizar a morte autoprovocada. Nestes casos, deve-se estabelecer um fluxo de acompanhamento regular do sujeito, informando sua rede de apoio próxima e garantindo o acesso a atendimento em serviços de saúde mental. O Plano Estadual recomenda que seja realizado um “Plano de Segurança” que identifique os fatores de risco e de proteção, com a oferta de atendimento individualizado ou coletivo em serviços especializados;

c) **Risco leve/baixo**, quando o sujeito não apresenta plano suicida e não possui histórico de tentativa ou autoagressão. São situações em que são identificados sintomas de sofrimento com verbalização da intenção de morte, porém de forma não persistente. Estas situações podem ser acolhidas nas unidades de atenção básica em saúde ou por profissionais da rede intersetorial. Recomenda-se que seja realizado o acolhimento das queixas e o acompanhamento regular, visando o monitoramento e devido encaminhamento, em caso de agravamento;

d) **Posvenção**, que trata do acompanhamento psicossocial de pessoas enlutadas pelo suicídio, mesmo que não apresentem ideação. Recomenda-se a oferta de espaços de acolhimento, apoio emocional de forma individual ou coletiva.

Outra estratégia da Política Estadual, esmiuçada pelo Plano, tem a ver com as “ações de qualificação da gestão e do cuidado em todos os níveis de atenção”, distribuídos em sete postos-chave: a) Instituir Linha de Cuidado, na qual os municípios devem adaptar o fluxo de

atendimento para casos de risco de suicídio, conforme sua estrutura de serviços públicos e conforme capacidade de acolhimento deste tipo de demanda. No Plano Estadual, recomenda-se que os sujeitos com ideação suicida sejam atendidos, inicialmente, pela atenção primária em saúde, e a partir da avaliação técnica sejam encaminhados para atenção psicossocial especializada, atenção hospitalar ou atenção de urgência e emergência; b) Cuidados dirigidos aos sobreviventes, de modo a garantir a identificação de pessoas enlutadas e a oferta de acompanhamento sistemático; c) Garantir a intersetorialidade nas estratégias de cuidado através da criação de Comitês de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, sendo uma das estratégias prioritárias para a qualificação do trabalho de prevenção do suicídio em âmbito municipal¹⁶; d) Orçamento municipal, que recomenda a inclusão dos planos de prevenção do suicídio no Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) dos municípios, garantindo, assim, o efetivo repasse de recursos para operacionalização da política pública; e) Educação Permanente, que preconiza a qualificação do corpo técnico e de agentes de políticas públicas voltados ao atendimento de situações de tentativa de suicídio. Trata-se, também, do desenvolvimento de pesquisas e materiais informativos que auxiliem na identificação de casos, desmistificação do fenômeno e o aperfeiçoamento da formação acadêmica de profissionais de saúde; f) Materiais orientadores/informativos, que preconizem a divulgação de materiais produzidos pelos Comitês (Estadual e Municipais) e recomendem a criação de sites com conteúdo conveniente ao trabalho de prevenção do suicídio. Destaca-se, neste ponto-chave, a sugestão de elaboração de boletins epidemiológicos, fluxos intersetoriais, notas técnicas, protocolos, guias, etc.; e g) Monitoramento e avaliação da implementação do Plano de Ação, que propõe a criação de núcleos regionais do Comitê Estadual nas Coordenadorias Regionais de Saúde. Sugere-se a realização de reuniões mensais entre os núcleos regionais e respectivos municípios, criação de indicadores e de um painel para monitoramento e avaliação destes indicadores (Rio Grande do Sul, 2022, pp. 18-27).

Por fim, o Plano apresenta propostas para realização das “ações de vigilância em saúde”, subdividida nas seguintes estratégias: I) Qualificação dos dados epidemiológicos através da implementação de sistemas de registro e monitoramento dos casos; II) Apoio institucional do Observatório de Análise da Situação do Suicídio no Rio Grande do Sul ao Estado e municípios,

¹⁶ O Comitê/Comissão/Grupo de Trabalho Municipal de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio deverá ser responsável pela articulação das ações intersetoriais do território, bem como mediar a relação entre os membros do Comitê a fim de garantir a comunicação, o respeito e a construção de ações voltadas para o interesse da população, acolhendo as diferentes abordagens. Também deverá apoiar as equipes da rede intersetorial e orientar quais as condutas possíveis. (Rio Grande do Sul, 2022, p. 22).

no sentido de desenvolver estudos específicos sobre o fenômeno no âmbito municipal e regional; III) Monitoramento dos determinantes e condicionantes do comportamento suicida e fatores de risco; e IV) Articulação intersetorial entre os diferentes órgãos de vigilância do fenômeno no território (Rio Grande do Sul, 2022, pp. 27-30).

Considera-se a construção do Plano Estadual como a mais robusta iniciativa do Estado gaúcho no enfrentamento da problemática do suicídio, pois efetivamente indica as instituições responsáveis pelas ações e estabelece prazos e metas para sua realização. Além disso, sua implementação mobiliza uma série de atores sociais regionais e locais, o que tende a fortalecer uma rede de articulações no território e possibilita o aperfeiçoamento do trabalho de prevenção. Mais do que isso, o Plano oferece um modelo para municípios implementarem suas próprias políticas públicas de prevenção do suicídio, ao tempo em que possibilita certa homogeneização das ações do Estado.

No entanto, nota-se, ao analisar o Anexo I do referido Plano, onde estão listadas as instituições responsáveis por cada ação planejada, que a responsabilidade pela execução do plano é quase exclusiva do Comitê Estadual e respectivos Grupos de Trabalho, com poucas ações de responsabilidade da Política Estadual de Saúde Mental. Não há, por exemplo, a indicação de instituições regionais, tampouco o envolvimento de outros órgãos públicos do Estado, como sugere os princípios e diretrizes da política. Ademais, a concentração das ações no Comitê Estadual tende a sobrecarregar os atores sociais que compõem os grupos de trabalho.

Assim, conclui-se que o Plano Estadual é um instrumento valioso e com valor significativo para a qualificação das estratégias de prevenção do suicídio no Rio Grande do Sul. Cabe verificar, após sua conclusão, a eficácia, a efetividade e a eficiência deste plano e, a partir disso, propor mudanças. Reconhece-se que o trabalho de prevenção do suicídio no território gaúcho teve avanços expressivos na última década e que sua efetiva realização tende a evitar mortes e promover melhores condições de acolhimento ao sofrimento social no território.

4. CONTEXTOS, ATORES E INSTITUIÇÕES DAS POLÍTICAS DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

A racionalização de um fenômeno como um problema público surge, primeiro, de sua expressão material, e segundo de sua expressão simbólica. A classificação de um fenômeno como um problema público depende da capacidade do território em significar as razões e as consequências deste fenômeno e, a partir disso, produzir respostas às suas manifestações no mundo da vida. Estes processos dependem, ainda, do contexto social que define as oportunidades e barreiras ao reconhecimento do problema e ao agir de atores e instituições.

Neste sentido, a tese que se fundamenta na análise de discurso e que buscou investigar a formação discursiva a respeito da prevenção do suicídio, apresenta neste capítulo três categorias centrais para compreensão dos sentidos que o fenômeno possui no território: os contextos, os atores e as instituições. A primeira como um recorte de tempo e espaço, sustentada em elementos que auxiliem a análise de discurso, como a identificação do modelo de acumulação, a correlação de forças políticas e as determinações conjunturais do território, que envolve a classificação de períodos de maior e menor abertura política para a temática, bem como de maior ou menor expressividade do fenômeno no território. A segunda diz respeito aos sujeitos que participam da esfera pública e que possuam interlocução profissional com o tema; ou seja, atores sociais que assumem papéis de relevância no reconhecimento do fenômeno como um problema público. A terceira categoria se refere às instituições públicas e privadas que assumiram a prevenção do suicídio como objeto de intervenção, considerando a instituição como um mecanismo que favorece a cooperação dos atores, a partir de mecanismos e normas, que estruturam a comunicação e as relações sociais.

As instituições reduzem as incertezas inerentes à interação humana fornecendo, por conseguinte, os incentivos para a cooperação. Dependendo do tipo de cooperação social que é estabelecido, pode-se ter incentivos maiores ao crescimento ou à estagnação econômica no longo prazo. Os tipos de cooperação existentes podem basear-se em mecanismos impessoais ou pessoais. (Aguiar Filho; Fonseca, 2011, p. 552).

Na análise dos autores, sustentada pelo pensamento de Douglass North, defende-se a ideia de que as instituições são capazes de fomentar a cooperação, estando intrínseco que a sociedade exerce influência sobre o grau de eficiência desta cooperação (North, 1990). Em uma palavra: o território define e redefine o agir de suas instituições.

O sociólogo e economista Herbert Simon explicou este processo pelo qual as instituições se desenvolvem e se adaptam ao longo do tempo, moldadas por fatores internos, como a sua estrutura de poder, e fatores externos, como a conjuntura econômica e política. Segundo Simon (1965), entende-se que a evolução institucional acompanha uma lógica de *sobrevivência* das organizações, que agem segundo a disposição dos atores sociais que lhe representam, seja através do agir instrumental do gerenciamento, quanto no agir comunicacional das relações sociais. Para usar as palavras do autor, “o mais importante em organização é ter a pessoa certa no lugar certo” (Simon, 1965, p. 15).

No entanto, North (1990) lembra que os atores sociais são incapazes de conhecer a totalidade das informações necessárias para a tomada de decisões, sendo sua ação sempre uma fração daquilo que poderia ser considerado como uma “decisão ótima” (North, 1990, p. 19). Os sujeitos que tomam decisões carregam em si concepções de mundo que irão influenciar na tomada de decisão. A ideologia de um sujeito, por exemplo, influenciará em suas capacidades cooperativas e definirá seu envolvimento com este ou aquele tema, assim como definirá seu modo de agir. É neste sentido que o economista brasileiro Paulo Gala afirma que “a tomada de decisão dos agentes políticos está também na base da formação de nossos códigos escritos; as ideologias importam para o entendimento das regras e leis [...]” (Gala, 2003, p. 282).

[...] é somente por meio do conceito de ideologia que podemos entender a construção do arcabouço legal de uma sociedade. As ideologias estão na base da formação das regras formais e informais de uma sociedade e, portanto, têm papel fundamental no desempenho das diversas economias. [...] Uma ideologia só se sustenta se for capaz de explicar coerentemente o mundo à sua volta. **É, portanto, uma racionalização de fenômenos reais percebidos.** (North, 1981, p. 49 *apud* Gala, 2003, p. 283, grifo meu).

A partir desta compreensão, buscou-se desvendar com a pesquisa quais os discursos que evidenciam a ideologia dos sujeitos que conduzem as políticas estaduais e municipais de prevenção do suicídio no Rio Grande do Sul e qual sua relação pessoal e profissional com o tema. Isto se fez a partir de duas questões norteadoras, aplicadas às entrevistas semiestruturadas: a) *Na sua opinião, o que significa considerar o suicídio como um “problema de saúde pública”?*; e b) *Por que você decidiu se envolver com ações de prevenção do suicídio?* O resultado destas questões possibilitou perceber, mesmo que parcialmente, a ideologia dos atores sociais frente ao fenômeno do suicídio, as quais serão refletidas no *subitem 4.3* deste capítulo.

Aliado à reflexão sobre ideologia, o *subitem 4.1* discute o sentido do fenômeno social, buscando estabelecer critérios para considerar o suicídio como *problema socioterritorial* no Rio Grande do Sul. O debate iniciado no *subitem 2.5* será aprofundado, visando conceituar o termo “problema socioterritorial” e identificar a racionalidade que organiza os discursos dos entrevistados. Trata-se da aplicação da análise de discurso aos atos de fala dos atores sociais e das instituições representativas dentro da esfera pública.

Para tanto, a análise de discurso sustentou-se em uma questão norteadora específica: *Na sua opinião, qual deveria ser a prioridade de ação governamental em relação à prevenção do suicídio no Rio Grande do Sul?* Este questionamento resultou em uma variedade de reflexões, algumas similares, e outras discordantes, o que evidenciou a complexidade em estabelecer critérios específicos para a ação. Mais do que isso, as respostas demonstraram certa frustração dos atores sociais quanto à morosidade e baixa efetividade das políticas públicas ligada à problemática, considerando as críticas a falta de recursos financeiros e humanos para execução das estratégias de prevenção do suicídio. Ademais, alguns entrevistados expuseram que aquilo que consideram como prioridade nem sempre é seguido pelos agentes políticos. Apesar do desconforto que tal questionamento pudesse causar aos atores sociais (mesmo que garantido o sigilo dos entrevistados) a maioria dos participantes expuseram suas opiniões sobre a questão.

Por fim, o *subitem 4.3* e respectivos subtítulos apresentam os discursos a partir da identificação dos argumentos mais encontrados dentro dos enunciados de discursos dos atores sociais. Identificou-se, neste processo, que existem certos consensos particulares do território, que se expressão através dos atos de fala e que, conseqüentemente, organizam as ações institucionais. Argumenta-se, a partir da análise de discurso aplicada às entrevistas semiestruturadas, que existe no território um saber único em relação à prevenção do suicídio e que neste processo é estabelecido um tipo de agir comunicativo, capaz de contrapor a influência da razão instrumental e estabelecer interrelações entre atores, instituições e o território.

No entanto, reconhece-se os desafios impostos pela racionalidade neoliberal e sua hegemonia nos campos do desenvolvimento regional e da saúde mental, as quais limitam a capacidade de ação dos governos, ao tempo em que impõe uma lógica instrumental no trabalho de prevenção do suicídio.

4.1 O suicídio como problema socioterritorial no Rio Grande do Sul

Apresentou-se, até aqui, informações que evidenciam o estado do Rio Grande do Sul como um território relevante no debate nacional sobre prevenção do suicídio. Primeiro, pela alta incidência do fenômeno em perspectiva populacional e em comparação aos outros estados brasileiros, sendo que a média de óbitos por autolesão é de aproximadamente 12 suicídios a cada 100 mil habitantes no estado e de 6,5 por 100 mil habitantes no país, considerando dados da última década (SIM, 2024). Ademais, destacou-se a relevância de atores e instituições gaúchas na disseminação de informações sobre o fenômeno, com destaque para a criação do primeiro Comitê Estadual e da primeira Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, além de outras políticas públicas, serviços, projetos e programas.

Destaca-se que é compreendido como um problema de saúde pública, pois se baseia, principalmente, em dados epidemiológicos e na articulação de atores ligados ao campo da saúde mental. Esta perspectiva acompanha o fenômeno há pelo menos três décadas e se destaca na produção de conhecimento e na própria fundamentação do debate público a respeito do suicídio e sua prevenção. Contudo, reconhecer o suicídio como um problema de saúde não é o mesmo que reconhecê-lo como um problema socioterritorial. Para tanto, é necessário reconhecer os diferentes setores da vida social ao qual a morte autoprovocada possa impactar e estabelecer critérios para reconhecer suas implicações no Mundo da Vida e no Sistema. Mais do que isso, deve-se perceber a dinâmica do fenômeno no território, reconhecendo as interrelações entre o campo econômico, cultural e social na interação com o fenômeno, considerando que sua incidência implica em prejuízos que excedem o âmbito da saúde pública.

Nesse sentido, a hipótese trabalhada nesta tese é que a razão neoliberal molda a atuação de indivíduos e instituições que desenvolvem estratégias para prevenir o suicídio, fundamentadas em normas sociais que não consideram as especificidades de cada situação, a exemplo dos protocolos de atendimento e dos indicadores sociais relacionados ao suicídio. O destaque dado pelas políticas públicas às estatísticas de mortalidade, assim como a tendência de tratar a ideação suicida no âmbito clínico, reforçam essa interpretação. No entanto, a pesquisa revelou discursos que diferem desta hipótese; que expressam uma resistência à racionalidade neoliberal no trabalho com pessoas em sofrimento psíquico e que possuem a intenção da morte de si. Essa descoberta possibilitou a identificação da razão comunicativa na ação de atores que veem o suicídio como um problema do socioterritorial e não apenas de saúde.

Ressalta-se que as abordagens predominantes sobre prevenção do suicídio evidenciam uma racionalidade externa ao entendimento local do suicídio, as quais impõem uma perspectiva universal a uma questão que se manifesta no território e mantém diferenciações significativa entre os lugares, no sentido de incidência e método. Mesmo estudos que considerem indicadores sociais para análise do fenômeno, utilizam dados que pouco dialogam com a ideação suicida, a exemplo da escolaridade, profissão, raça e cor, ignorando outros indicadores capazes de expor as interrelações sociais do indivíduo com o contexto social. Abordagens mais inclusivas, por sua vez, consideram o contexto econômico, cultural e histórico do território como fatores de influência na taxa de suicídio, porém estudos com este grau de complexidade são raros e, muitas vezes, pouco referenciados no planejamento de ações de prevenção. Entende-se que para compreender as causas contemporâneas de uma morte autoprovocada, é essencial examinar suas raízes a partir das relações sociais da pessoa afetada, bem como de sua condição socioeconômica, considerando seus vínculos familiares e comunitários, bem como sua participação em atividades sociais. Eventos adversos, como a perda de emprego, separações ou falecimentos de entes queridos, podem acirrar o desejo de morte, porém este risco pode ser estabilizado com interações sociais fortalecidas, rede de apoio familiar, perspectivas positivas de futuro, acesso a equipamentos públicos etc. Entretanto, ao observar os significados dados ao fenômeno ao longo do tempo, nota-se que as explicações ligadas ao campo da saúde são a régua pela qual se compreende o suicídio na contemporaneidade (Cassorla, 2017; Minois, 2018; Fogaça, 2019).

Outro elemento que a razão neoliberal tenta sobrepor à compreensão do suicídio como problema socioterritorial é a incapacidade dos equipamentos de saúde em identificar mortes autoprovocadas através de métodos não-convencionais. Cassorla (2017) relembra que muitas mortes poderiam ser classificadas como suicídio, mas não fazem parte das estatísticas devido à correlação com outros tipos de violência, como acidentes, doenças, desnutrição, desemprego e alienação. A subnotificação de suicídios também tem a ver com aspectos culturais do território, considerando que o tema permanece como um tabu nas sociedades modernas e que, até hoje, é constrangido por familiares, profissionais e agentes públicos. Dianin (2015) destaca que a subnotificação de tentativas de suicídio é uma realidade nacional, sobretudo em municípios que não dispõem de sistemas de investigação destes casos. Há ainda, grupos populacionais específicos, como no caso dos estudantes de medicina, por exemplo, que registram uma incidência maior que a média geral, mas que não evidenciam este fato por constrangimentos da própria categoria profissional, como apontado em estudo de revisão (Santa; Cantilino, 2016).

Já com relação à ideação suicida, os dados são mais difíceis de pesquisar e registrar, já que nem sempre são expostos pelos indivíduos que pensam sobre isso e nem identificados pelas pessoas com quem convivem. [...] a imagem social de equilíbrio e de apoio dificulta a solicitação de ajuda pelos médicos, impedindo a identificação dos transtornos e o auxílio com relação às insatisfações com a própria vida e às ideias suicidas nessa população (Santa; Cantilino, 2016, pp. 775 - 777).

Esta é uma dificuldade que acompanha o sujeito que planeja sua morte e decide esconder o fato de seus familiares e amigos, apesar da sugestão de haver sinais reconhecíveis no comportamento, rotina e hábitos daqueles que idealizam a própria morte. Para além destas situações, a subnotificação decorre, em especial, da falta de formação de agentes públicos em reconhecer os sinais de sofrimento humano e agir coerentemente. Trata-se de um despreparo geral de profissionais em intervir quando percebem discursos suicidas – uma constatação registrada na Entrevista 7.

Então assim, ó, eu vejo assim que as pessoas fazem um descaso com a tentativa de suicídio. Mas, ao mesmo tempo, tem medo, né? Então, um passa pro outro, sabe? Tipo, eu não sei se porque se identificam [com o trabalho de prevenção]. [...] Então eu vejo que as pessoas não cuidam da sua saúde mental para trabalhar na saúde, né? Então, assim, muitas vezes as pessoas vão lá e vão fazer isso porque acham bonito, né? (Entrevista 7 – psicólogo/a e participante de Comitê Municipal de Prevenção do Suicídio).

O sentido do discurso da Entrevista 7 sinaliza para a falta de formação profissional para atender casos de ideação suicida e oferece uma percepção de que os agentes públicos podem não valorizar um pedido de ajuda e/ou encaminhar o pedido para outros agentes, sem critério ou sem o aceite do próprio sujeito. Trata-se de uma ação frequente neste tipo de situação, pois alguns profissionais não se sentem aptos em acolher as demandas suicidas e, em muitos casos, apenas encaminham o sujeito que pediu ajuda para outro setor, serviço ou profissional. Outro elemento destacado do discurso é a frase “vão fazer isso porque acham bonito”, no sentido de negligência às técnicas e protocolos já estabelecidos no acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico (neste caso, o discurso é direcionado aos profissionais de saúde). A crítica também traz um sentido de preocupação em relação à qualidade do acolhimento e não apenas de sua negação. Se para alguns profissionais o trabalho de prevenção do suicídio lhes parece interessante (“bonito”, nas palavras da entrevistada), a maioria assume uma postura de distanciamento.

A falta de formação específica para atender situações de ideação suicida no setor público se verifica na maioria dos 36 atores sociais entrevistados para esta pesquisa. Questionados se já participaram de cursos ou se tiveram uma formação específica para acolher/atender/intervir em casos de tentativa ou ideação suicida, mais de 65% afirmaram nunca terem realizado cursos sobre o tema, e menos de 20% (sete participantes) afirmaram ter concluído cursos específicos sobre “prevenção do suicídio”. Destes, apenas cinco (15%) declararam ter formação em nível de pós-graduação sobre a problemática do suicídio e sua prevenção. Desconsiderou-se, contudo, a participação em seminários ou espaços formativos promovidos pelas próprias instituições às quais os atores sociais estão vinculados, apesar de compreender estes espaços como promotores de conhecimento. A intenção da pesquisa foi identificar quais atores possuem alguma qualificação específica anterior à sua inserção em políticas públicas de prevenção do suicídio. Verificou-se, ainda, que os atores sociais com maior formação acadêmica sobre o tema estavam lotados em setores públicos do Estado, enquanto os atores de políticas municipais eram aqueles com menor grau de instrução técnica sobre o tema.

A formação dos atores sociais e sua referência acadêmica no campo da prevenção do suicídio demonstrou ter forte influência na construção de respostas ao fenômeno e na manifestação de propostas através dos atos de fala. A racionalização dos discursos confirma a tendência da esfera pública em legitimar suas normas sociais.

No livro “Facticidade e Validade”, de 1992 e publicado no Brasil em 2020, Jürgen Habermas explica que a esfera pública tem como característica basilar ser um espaço de comunicação que não permite limites pré-estabelecidos, tampouco os discursos podem ser antecipados, no sentido de serem ignorados ou excluídos do debate; da mesma forma que não devem ser aceitos *a priori* pelos participantes. Para Habermas (2020), cada esfera pública possui um método de justificação de sua legitimidade, dentro de um sistema de construção de normas sociais.

A expectativa normativa [...] se funda no jogo que se estabelece entre a **formação política da vontade**, constituída institucionalmente, e os **fluxos comunicativos espontâneos** de uma esfera pública não organizada e não programada para tomar decisões, os quais não são absorvidos pelo poder. **Neste contexto, a esfera pública funciona como uma categoria normativa.** (Habermas, 2020, p. 625, grifo meu)

Sobre isso, o filósofo brasileiro Jorge Adriano Lubenow, destaca que é da “inter-relação entre as esferas públicas informais e a esfera pública formal que deriva a expectativa normativa

da esfera pública” (Lubenow, 2010, p. 114). Ou seja, na comunicação entre sujeitos com maior e menor influência, os atos de fala tendem a um processo de normatização, no qual se estabelecem os discursos racionalmente aceitos; a esfera pública trata de legitimar os atos de fala de maior referência, que se estabelecem como normas sociais para os atores sociais (Habermas, 2014; 2020; Lubenow, 2010). O caráter normativo da esfera pública foi verificado em discursos de outros atores sociais, mas foi em trecho da Entrevista 33, que o processo de normatização dos atos de fala foi exemplificado:

Acho que tem um problema que a gente encontra; que é um assunto bem delicado, é sobre os termos, palavras que vão atrapalhar, e não ajudar, né? E infelizmente muitas pessoas se aventuram a falar sobre o suicídio. A trabalhar com isso como se fosse, assim, um doutor no assunto. Então é isso que é a parte difícil, né? Quando a gente fica sabendo, a gente vai, conversa. Mas muitas coisas a gente não fica sabendo. E outras a gente não tem acesso. (Entrevista 33 - representante do Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio do Rio Grande do Sul).

O sentido do discurso sugere à prudência e manifesta a responsabilidade do ator social sobre os discursos que circulam pela esfera pública, sendo na prática, um processo de legitimação de discursos socialmente aceitos.

Cabe ressaltar, que a racionalização de normas sociais é uma tendência da esfera pública, independente dos atores, instituições ou problemáticas que estejam participando. No caso das ações de prevenção do suicídio no Rio Grande do Sul, a configuração da esfera pública legitima os discursos calcados na cientificidade do fenômeno e em sua identificação como um problema de saúde pública. Considerando a totalidade dos atores sociais alcançados com a pesquisa, menos de 25% (oito participantes) se referiram ao fenômeno como um problema social, econômico ou cultural do território. Considerando que em todas as entrevistas foi questionado: o que significa considerar o suicídio como um “problema de saúde pública”?, a identificação dos sujeitos com as ciências da saúde fortaleceu o aspecto normativo da esfera pública.

Esta descoberta demonstra uma força e um fraqueza da esfera pública gaúcha. Força, porque blinda sua intervenção de propostas oportunistas ou que tratam a problemática de forma incoerente com o sentido de promoção da vida e prevenção. Fraqueza, pois inibe a formação discursiva espontânea. Por mais democrático e participativo que um espaço de comunicação possa ser, a distinção de atores sociais (seja pela formação, relações, referência ou influência) prejudica a ação comunicativa e fortalece a tendência normativa da esfera pública.

Neste contexto, a racionalização do fenômeno como problema socioterritorial exigirá a legitimação de discursos que sustentem os aspectos estruturais da sociedade gaúcha como fatores de risco para o suicídio. Mais do que isso, será necessário disputar, no campo acadêmico e também normativo, a referência na produção de respostas ao fenômeno e, a partir disso, propor estratégias alternativas, para além das propostas pelo campo da saúde mental.

Ademais, reconhece-se a complexidade que a problemática já assume ao ser considerada como um problema de saúde, sobretudo se considerar o enfrentamento que o campo da saúde pública faz à influência da razão neoliberal sobre a vida e direitos sociais no território. A prevalência da racionalidade neoliberal limita a própria capacidade de implementação de estratégias normatizadas na esfera pública; quanto mais àquelas que reivindicam uma posição crítica quanto ao fenômeno e sua manifestação na sociedade. Outrossim, reconhece-se que foram as políticas de saúde mental e seus atores que conquistaram para o fenômeno o status de problema público e, com isso, sua inclusão nas agendas de políticas públicas do estado.

Contudo, a existência de discursos de resistência à razão instrumental da saúde sugere a necessidade de uma visão ampliada, que permita um entendimento mais profundo e integrado do fenômeno. A insuficiência de informações adequadas e a carência de formação específica dos atores sociais contribuem para a perpetuação desse cenário, apesar dos reconhecidos avanços na promoção de espaços de formação e discussão do tema. Ademais, a normatização dos discursos de atores sociais com referência acadêmica sobre o tema, tende a reforçar a hegemonia de certas perspectivas, o que pode restringir o espaço para uma abordagem mais inclusiva e multidimensional.

Neste sentido, defende-se que a legitimação dos discursos provenientes do campo da saúde mental é fundamental para o aperfeiçoamento das estratégias de prevenção do suicídio, mas deve ser continuamente reavaliada e ampliada para incorporar outras dimensões do mundo da vida. Isto exige um processo efetivo de colaboração entre diferentes áreas do conhecimento, a fim de conhecer e reconhecer práticas que rompam com uma visão reducionista do problema. Considera-se que, por meio de um debate interdisciplinar colaborativo, é possível desenvolver estratégias de prevenção que contemplem as múltiplas dimensões do fenômeno.

Por fim, ressalta-se a necessidade de considerar a incidência de suicídios como um reflexo do mal-estar social, no sentido de crítica às normas sociais que permeiam os territórios. A racionalidade epidemiológica, embora eficiente em seu campo de aplicação, se torna um

recorte abstrato e destituído de reflexão, a menos que seja confrontada com o contexto social particular. A análise descontextualizada dos determinantes territoriais, juntamente com a falta de uma aplicação prática dessas informações na elaboração de respostas à ideação suicida, acaba por reforçar uma abordagem instrumentalizada do fenômeno. Apesar das estratégias de prevenção do suicídio se valerem de um discurso multifacetário, frequentemente recorrem a repertórios de ação desvinculados das particularidades regionais e territoriais. Nisto está a influência do neoliberalismo, que não apenas molda os mecanismos de coordenação do sistema de saúde, mas também busca impor sua hegemonia reduzindo o debate público e as possibilidades de ação coletiva.

4.2 Atores e Instituições presentes na Esfera Pública do Rio Grande do Sul

As instituições participantes da esfera pública riograndense e que, de algum modo, realizam ações em prol da prevenção do suicídio estão em crescente adesão. Considerando a esfera pública como o espaço de articulação dos discursos dos subsistemas econômico, político e do mundo da vida, a partir de uma problemática própria do território, identificou-se que o Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio é o espaço que melhor representa a esfera pública gaúcha para fins desta tese. Este recorte considera não apenas a institucionalidade, mas a regularidade com a qual o Comitê Estadual se reúne (bimestralmente, desde 2016) e do resultado de sua ação coletiva, como a produção de materiais de campanhas de prevenção, realização de eventos/seminários, articulação com agentes públicos, publicação de manuais, relatórios, boletins epidemiológicos e, principalmente, por agrupar os atores sociais responsáveis pela execução e monitoramento da Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio do Rio Grande do Sul.

Compreende-se que o Comitê Estadual congrega o maior número de atores sociais envolvidos com a problemática no território, sendo seus participantes representantes de instituições públicas, privadas e organizações da sociedade civil. Ademais, o grupo que constitui o Comitê é formado por sujeitos com referência no assunto, indicados por seu envolvimento com a temática, seja no campo profissional, acadêmico ou de interesse pessoal. Ademais, este espaço mantém uma referência institucional importante no campo da saúde mental, sendo o principal articulador de ações de prevenção no âmbito estadual, além de organizar os Seminários Estaduais de Promoção a Vida e Prevenção do Suicídio, que chega a sua oitava edição em 2024.

Ressalta-se, contudo, que a pesquisa evidenciou a existência de esferas públicas alternativas que exercem influência política, porém não dispõem de acesso aos circuitos de planejamento do Estado. Como exemplo, pode-se considerar a esfera pública formada pelos movimentos sociais de saúde mental, que articulam os atos de fala de vítimas, familiares, coletivos e de trabalhadores que enfrentam o problema de forma direta, mas que pouco participam das instâncias deliberativas. Outrossim, a esfera pública digital, que impulsionou o diálogo sobre o tema de forma expressiva nos últimos anos, sobretudo em redes sociais, porém não adquiriu referência institucional para pautar as políticas governamentais.

Considerando a obra da filósofa estadunidense Nancy Fraser, estes espaços podem ser classificados como “*subaltern counter-publics*” (Fraser, 1990), pois exercem força política, apesar de não serem reconhecidos pelas instâncias de poder. Para a autora, os “contrapúblicos subalternos” são formados pela rigidez da esfera pública deliberativa, e consequente exclusão de grupos sociais divergentes (Fraser, 1990; 2015). Diferentemente, a esfera pública intelectual é uma das que participam ativamente do debate público, exercendo influência na formulação de políticas públicas gaúchas. Ainda outras poderiam ser citadas, como a esfera pública religiosa, política, jurídica etc., sendo inviável a análise de todas estas esferas públicas, em uma única tese. Assim, optou-se pela esfera pública que agrupa os atores sociais de maior relevância no debate público gaúcho, a partir da representatividade institucional e inserção em circuitos de debate, bem como a participação em estratégias de prevenção do suicídio na escala estadual, considerando os limites para realização desta pesquisa.

Neste processo, observou-se que apesar das esferas públicas alternativas não exercerem a mesma capacidade de articulação política do Comitê Estadual, elas manifestam sua influência através dos atos de fala dos atores sociais. Verificou-se que os discursos mobilizados pelos *subaltern counter-publics* são, por vezes, incorporados à esfera pública deliberativa através do confronto político e da crítica às normas sociais, resultando em atos de fala que articulam novos consensos. Apesar das críticas de Fraser (2015) à teoria habermasiana, no sentido de não incluir determinados grupos sociais ao debate público, o próprio Habermas (2012) destaca que o agir voltado ao entendimento e a construção de uma racionalidade comunicativa “depende de um processo de interpretação cooperativo em que os participantes se referem *simultaneamente* a algo no mundo subjetivo, no mundo social e no mundo objetivo” (Habermas, 2012, p. 221, grifo meu). Isto significa dizer que os discursos alternativos participam do debate público, porém sua racionalização depende de um processo cooperativo para construção de consensos.

A esfera pública, estruturada pela “racionalidade comunicativa”, se configura como uma arena discursiva do agir orientado para o entendimento, na qual os valores democráticos se formam e se reproduzem a partir de redes de comunicação de conteúdos e tomadas de posições. As estruturas de comunicação da esfera pública no mundo da vida **seriam sustentadas pelas associações e organizações livres, não estatais e não econômicas**, que configurariam a sociedade civil (Perlatto, 2012, p. 81, grifo meu).

A reflexão do historiador brasileiro Fernando Perlatto (2012) enfatiza a função comunicativa da sociedade civil, que age na interrelação da esfera pública deliberativa e o mundo da vida. Entretanto, a esfera pública ligada à problemática do suicídio é menos pautada pela sociedade civil, e mais pelas instituições governamentais, o que cria barreiras ao agir comunicativo, reduzindo a interlocução com o mundo da vida. Ademais verificou-se certo receio dos sujeitos à participação da sociedade civil no trabalho de prevenção, conforme destacado em trecho da Entrevista 16.

Eu acho que tem que ter um mínimo de conhecimento, um mínimo de leitura, sabe? Porque como o suicídio é um fenômeno multifacetado, né? [...] Ele tá marcado por muitas representações da nossa sociedade. E me preocupa se a gente não ler sobre isso, não ampliar nosso olhar, porque a gente vai reproduzindo esse senso comum que, muitas vezes, pode ser nocivo. Isso é muito típico do conhecimento leigo, do senso comum, daquele que a gente vai reproduzindo, né? Então eu acho que a sociedade civil precisaria (pausa). Seria necessário um trabalho que pudesse, assim, rachar ele e abrir, sabe? Tanto é que a gente lê algumas coisas, tipo os "fatos e mitos", né? [risada], que já vão trabalhando dentro dessa ideia do senso comum. [...] Acho que tem que ter um certo cuidado de como a sociedade civil vai se envolver com esse tema. (Entrevista 16 – servidor/a público/a em Coordenadoria Regional de Saúde do RS).

Nota-se que as críticas ao agir de atores ligados às instituições da sociedade civil baseiam-se em uma “preocupação” com a qualidade das estratégias de prevenção, mas também carrega um sentido de depreciação de ações não-institucionais. Este tipo de discurso se utiliza da razão instrumental para limitar a ação de atores e instituições aos protocolos e normas do campo da saúde pública, sem que haja uma reflexão a respeito do impacto das estratégias de prevenção praticadas no mundo da vida. Ademais, a força dos discursos ligados à institucionalidade se sobrepõe àqueles que não alcançarão o grau de relevância que os órgãos públicos gozam no processo de construção de políticas públicas. Consequentemente, o desenvolvimento de um agir orientado para o entendimento é prejudicado, pois os discursos participantes do debate possuem níveis distintos de aceitabilidade e racionalização. Apesar disso, para a maioria dos atores sociais entrevistados a participação da sociedade civil cumpre

um papel relevante na execução de estratégias de prevenção do suicídio, sendo vistos como agentes cruciais para a desmistificação da temática no território e suas regiões.

Eu acho que eles [sociedade civil] tem muito potencial pra fazer isso [prevenção do suicídio]. [...] Eu tenho certeza que muitas pessoas buscam as Igrejas, buscam os Pastores, buscam o Padre pra falar, daqui a pouco, de uma ideiação ou um pensamento mais mórbido, mais sombrio [...] E acho que eles podem nos ajudar muito. Potencial pra nos ajudar têm, agora se eles estão dispostos eu já não sei. (Entrevista 18 - Representante de Comitê Municipal de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio).

A consideração ao trabalho das organizações da sociedade civil destacada na Entrevista 18 é compartilhada pela maior parte dos atores sociais, porém com algumas ressalvas, representadas pelo seguinte discurso:

Acho que é uma questão de somar forças, até porque os profissionais de saúde mental estão aprendendo... Fiquei pensando nas ações sobre drogadição ou alcoolismo, assim né? Os maiores índices de não-reincidência são nos grupos de A.A., né? Então a gente têm na sociedade civil não técnica, né? Não de especialistas, mas que tem um efeito na questão da drogadição, assim. Então grupos que trabalham a dimensão do suicídio, assim, são bem-vindos. Eu acho que a gente tem que somar esforços, porque a gente está aprendendo. [...] E se a gente tiver desvios nesse caminho, os grupos devem poder se comunicar e aprender continuamente, né? (Entrevista 23 - Professor e Coordenador de serviço de saúde mental na Região do Vale do Rio Pardo).

O sentido deste discurso é que a participação da sociedade civil na prevenção do suicídio não se limita às campanhas, mas tem a capacidade de oferecer atendimento particularizado às vítimas e familiares, nos moldes das experiências dos grupos de atenção aos usuários de narcóticos e abuso de álcool, como os Alcoólatras Anônimos (A.A.). Ao longo da entrevista é destacado a necessidade de se preservar o rigor ético destes atendimentos e de seguir princípios e protocolos pré-estabelecidos. Isto implica não apenas a influência da esfera pública no agir da sociedade civil, mas na limitação dos repertórios de ação. Se por um lado as normas sociais garantem parâmetros de qualidade ao trabalho, por outro exclui práticas que não se fundamentam no campo da saúde, resultando em prejuízo ao agir comunicativo.

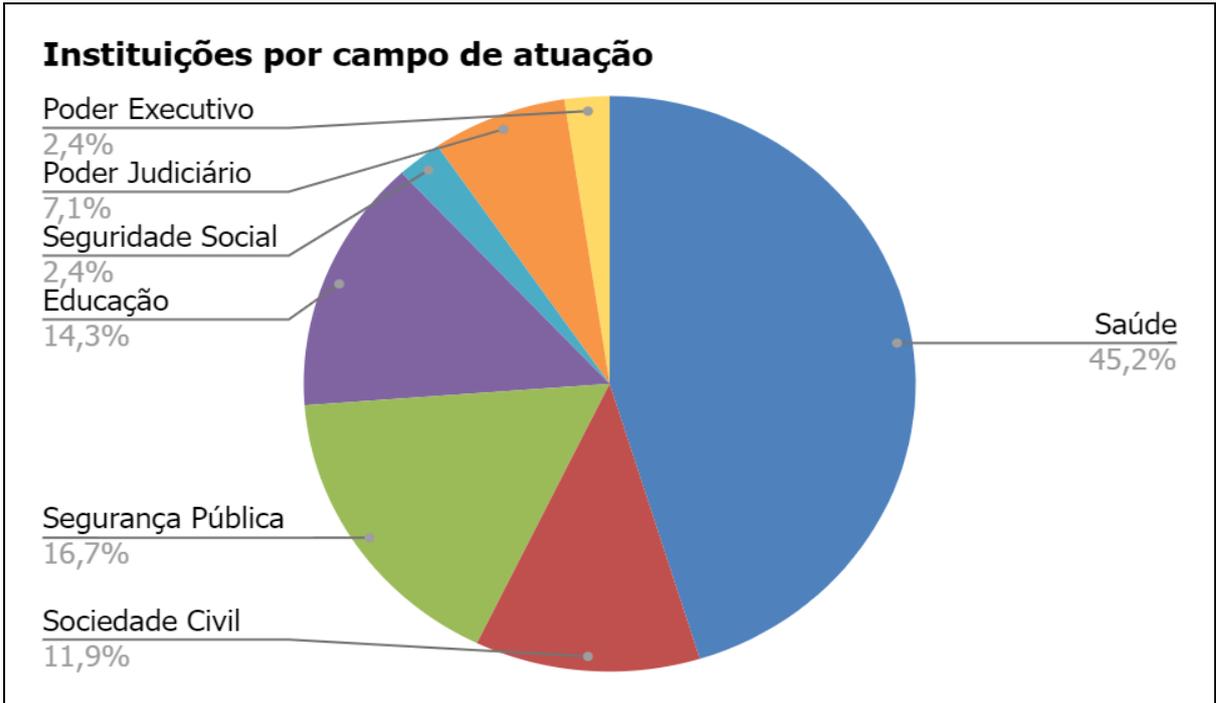
Quanto mais se prejudica a força socializadora do agir comunicativo, sufocando a fagulha da liberdade comunicativa nos domínios da vida privada, tanto mais fácil se torna formar uma massa de atores isolados e alienados entre si, fiscalizáveis e mobilizáveis plebiscitariamente." (Habermas, 2020, p.102).

Apesar de concordar com o filósofo alemão, compreende-se que a esfera pública ligada à problemática do suicídio se mantém como uma estrutura em construção, aberta ao diálogo e a participação de atores sociais diversos, no sentido de aceitar novas proposições e considerar os discursos divergentes, apesar do notório processo de homogenização dos sentidos dos atos de fala. Não se trata de uma “esfera pública em repouso”, mas de um espaço voltado para o entendimento, porém com forte influência da racionalidade instrumental.

Quando tomamos consciência da imagem difusa da esfera pública veiculada pela sociologia da comunicação de massa, que aparece submetida ao poder e à dominação dos meios de comunicação de massa, cresce nosso ceticismo com relação às chances de a sociedade civil vir a exercer influência sobre o sistema político. Todavia, tal avaliação vale somente para uma esfera pública em repouso. Pois, a partir do momento em que acontece uma mobilização, as estruturas sobre as quais se apoia a autoridade de um público que toma posição começam a vibrar. E as relações de forças entre a sociedade civil e o sistema político podem sofrer modificações. (Habermas, 2020, p. 113).

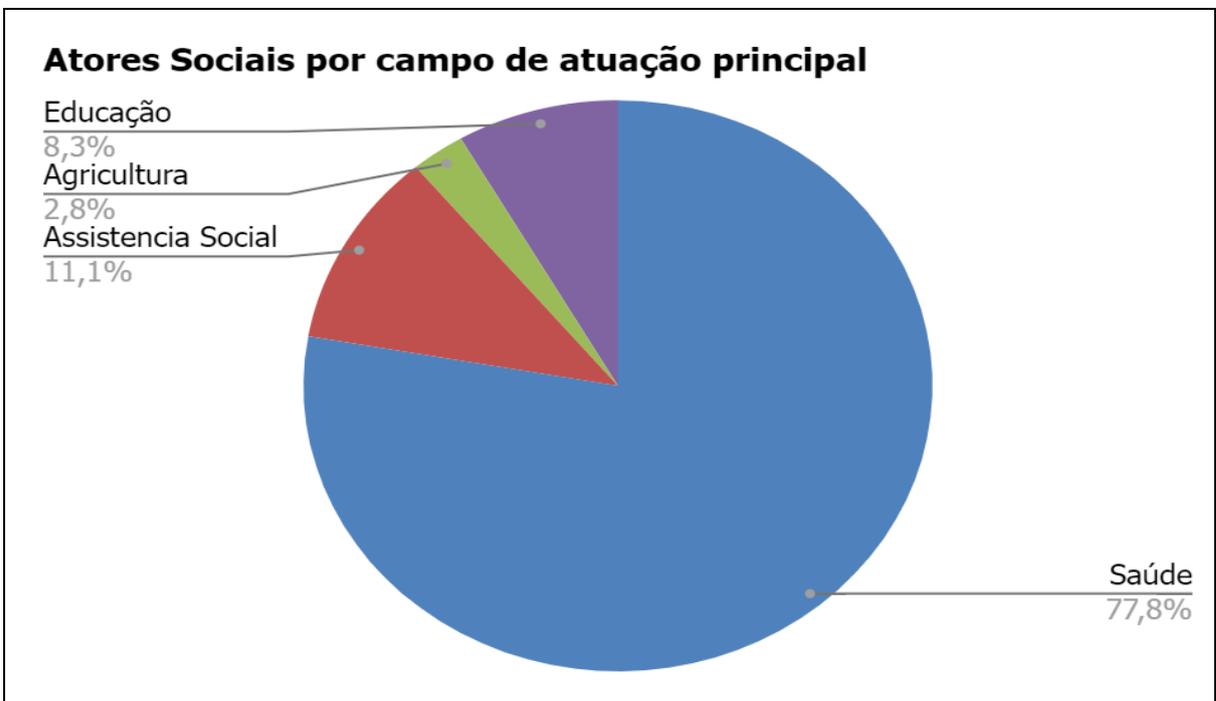
A relação de forças estabelecida no contexto do Rio Grande do Sul se evidencia pelo grau de institucionalidade do debate público a partir do Comitê Estadual e Comitês Municipais, que organizam o debate no território e criam protocolos de atendimento para todo o conjunto da sociedade, sobretudo pelas instituições gerencialistas, como as Secretarias de Estado (Saúde, Educação, Segurança Pública), instituições garantidoras de direitos civis (Poder Judiciário, Ministério Público Estadual), instituições ligadas às forças policiais (Bombeiros, Brigada Militar, SUSEPE) e àquelas ligadas ao campo acadêmico e científico (PUC-RS, UERGS, UFRGS, UFCSPA, ESP). Fora estas, existe a massiva participação das instituições do campo da saúde pública e saúde mental, as quais representam mais de 45% das instituições presentes no Comitê Estadual, o qual é replicado pelos Comitês Municipais. Os gráficos 5 e 6 apresentam a proporção de instituições participantes da esfera pública e os atores sociais, a partir de sua área de atuação e/ou política pública de referência. Trata-se de uma amostra, sustentada pelo trabalho de campo, em especial as entrevistas semiestruturadas, aplicadas a 36 sujeitos que participam ativamente do debate público. Apesar de não ser uma amostra probabilística, considera-se que seus resultados são representativos, pois evidenciam uma realidade percebida empiricamente e que encontra respaldo na literatura específica sobre o tema.

Gráfico 5. Principais Instituições presentes na esfera pública gaúcha sobre prevenção do suicídio em 2024, categorizadas por campo de atuação.



Fonte: Elaboração própria, a partir da listagem de instituições cadastradas no Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio do Rio Grande do Sul, até setembro de 2024.

Gráfico 6. Atores sociais participantes da esfera pública gaúcha sobre prevenção do suicídio e entrevistados pela pesquisa, categorizadas por campo de atuação principal.



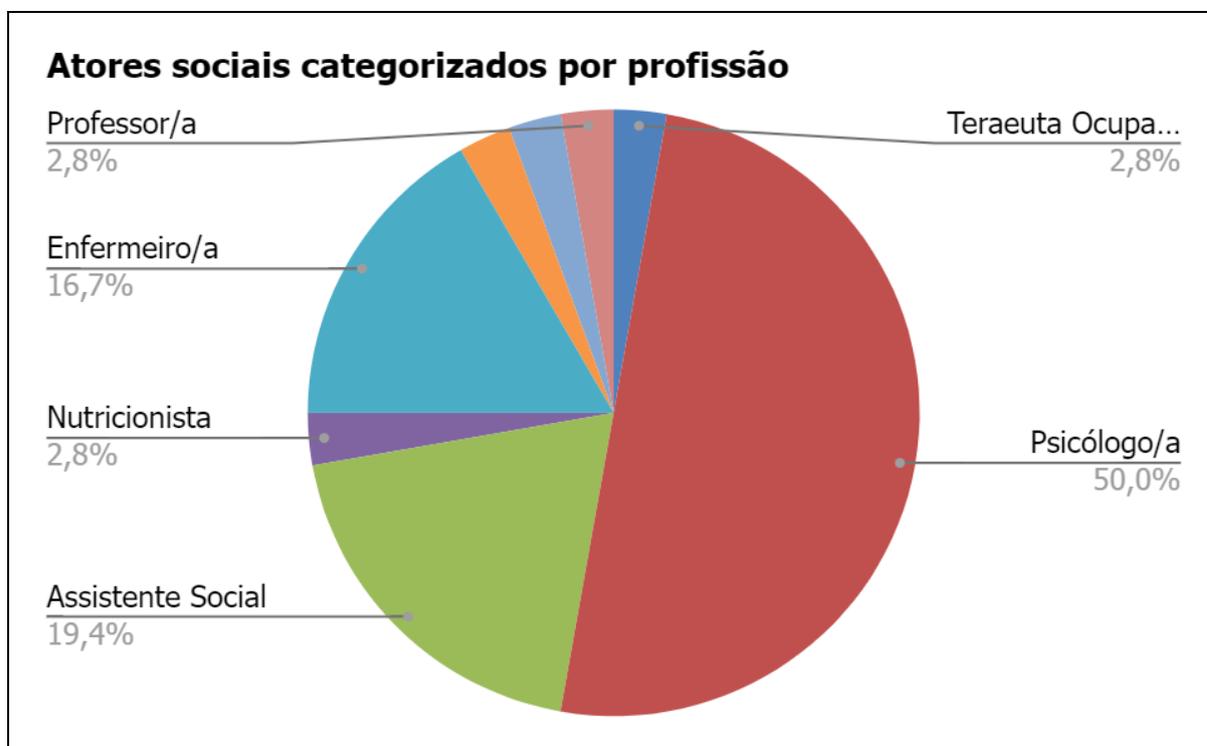
Fonte: Elaboração própria, a partir do Diário de Campo e entrevistas semiestruturadas, 2024.

A presença expressiva de instituições ligadas ao campo da saúde na esfera pública era esperada, dado a referência que o tema mantém com as ciências da saúde e saúde mental. Entretanto, surpreende a desproporcionalidade de áreas do saber que participam deste debate

de forma deliberativa. Este fato reforça o que vem sendo argumentado sobre a centralidade do debate público no campo da saúde, o que tende a constringer a participação de atores sociais sem esta vinculação. Apesar da participação de instituições contemplar outros campos do saber, os representantes destas instituições são, com maior frequência, profissionais ligados aos cursos da saúde.

O Gráfico 7 demonstra que entre os atores sociais entrevistados pela pesquisa, 50% (18 pessoas) são profissionais de psicologia, enquanto os profissionais de enfermagem e serviço social representam 16,7% e 19,4%, respectivamente, sendo 6 enfermeiros e 7 assistentes sociais ao todo. Outras profissões como terapeutas ocupacionais, psiquiatras e nutricionistas tiveram um representante cada e apenas dois profissionais não possuem graduação no campo da saúde, sendo um professor e um técnico agrícola. Ressalta-se que a amostra se constituiu pelo aceite dos entrevistados, não sendo uma representação absoluta dos atores sociais presentes na esfera pública.

Gráfico 7. Atores sociais entrevistados, categorizados por profissão.



Fonte: Elaboração própria, a partir do Diário de Campo e entrevistas semiestruturadas, 2024.

Entende-se que a expressiva participação de graduados em psicologia na esfera pública se explica pela histórica vinculação da temática ao campo da saúde mental e por ser, até hoje, uma problemática de maior interesse àqueles que trabalham com o sofrimento psíquico.

Também se entende que a referência destes profissionais ao tema é racionalizada pela sociedade, de modo que os próprios psicólogos/as se identificam com o tema e são chamados, com frequência, a compor grupos de trabalho e pesquisa sobre prevenção do suicídio no setor público, privado e organizações da sociedade civil (Dutra, 2010; Rigo, 2013; Feijoo, 2019).

Contudo, a referência ao campo da psicologia não é acompanhada de uma formação acadêmica sobre o tema, tampouco uma preparação específica destes profissionais para atender situações de ideação suicida ou casos de luto por suicídio. Este fato foi confirmado pela maioria dos entrevistados, os quais afirmaram não possuírem instruções diferenciadas para intervir na prevenção do suicídio, queixando-se, inclusive, de não haverem tido contato com a problemática durante sua qualificação profissional. O relato da Entrevista 35 exemplifica a questão.

A gente tem, por parte do Estado, os Seminários Macrorregionais, e eu acho que foram três, em um período de não sei quantos anos, assim, e que teve convidados muito bons. Especialmente o último, que eu me lembro, que teve uma psiquiatra e uma psicóloga falando sobre automutilação e esses comportamentos autodestrutivos. E assim, de um ponto de vista, foi uma época que deu instrumentos, caminhos pra quem tinha que conduzir esses casos, né? [...] E foram momentos que tinha recurso para trazer essas pessoas, né? Mas de lá pra cá, o que tem é material gráfico, o que o audiovisual tem e a grande maioria não é nem mais impresso. É tudo on-line, que bom, mas é ruim, eu acho [risadas]. Mas eu não lembro de ter participado de um curso específico. [...] Eu aprendi muito no cotidiano, com pacientes que tiveram tentativa [de suicídio] ou que tinham um familiar que tinha se matado. [...] Ai busquei estudar e conversar, porque é um paciente que nos deixa muito preocupados. (Entrevista 35 - Psicólogo/a e servidor/a público/a em Coordenadoria Regional de Saúde).

Observa-se, com isso, que apesar dos profissionais de psicologia serem referenciados pelas instituições que participam/representam nos espaços de debate sobre prevenção do suicídio, não existe, segundo os próprios profissionais, uma qualificação específica que lhe preparem para este tipo de trabalho. O trecho da Entrevista 35 destaca o quanto os próprios psicólogos podem se sentir inseguros ao atender este tipo de demanda e quanto carecem de espaços de formação e discussão desta problemática.

No mesmo sentido, não há (considerando a amostra da pesquisa) qualquer exigência de formação específica para que os atores sociais sejam responsáveis pelo manejo destes casos, tampouco para que participem da construção de políticas públicas de promoção da vida e prevenção do suicídio. Percebeu-se que a identificação está no sujeito e em sua trajetória de

vida; mais do que em sua trajetória profissional que, muitas vezes, é conduzida por fatores externos e sem controle do sujeito. Com efeito, a identificação dos atores sociais com a temática corresponde a um contexto complexo, não limitado às qualificações profissionais do ator, mas principalmente a sua disponibilidade, dentro da estrutura institucional, em assumir as tarefas que a prevenção do suicídio exige. Em suma, os atores sociais são conduzidos à esfera pública por suas instituições, e neste processo, os psicólogos/as acabam por assumir a maioria dos espaços representativos, devido a referência que a profissão goza sobre o assunto, dentro do debate público.

No mesmo sentido, as instituições de saúde são aquelas que congregam o maior número de atores sociais presentes na esfera pública gaúcha sobre o tema. A referência do campo da saúde é notória e se justifica pela histórica relação da problemática com as ciências da saúde. Apesar disso, verificou-se que a esfera pública representada pelo Comitê Estadual incentiva e apoia a participação de outros campos do saber, com destaque para as instituições de Segurança Pública (16,7% das Instituições representadas na esfera pública), Educação (14,3%) e Poder Judiciário (7,1%). Com relação à sociedade civil, 11,9% das Instituições que compõem o Comitê Estadual são organizações ou associações sem fins lucrativos e sem vinculação governamental.

Por fim, ressalta-se que estes dados se referem a uma das esferas públicas que discutem a problemática do suicídio no território gaúcho, podendo haver configuração distintas se observado a partir das esferas públicas alternativas. Apesar disso, considera-se que o Comitê Estadual é o espaço que agrupa o maior número de atores sociais para refletir sobre o tema e que sua estruturação possibilita a participação de atores sociais com níveis distintos de formação/qualificação. Deve-se, contudo, evitar que as normas sociais da esfera pública impeçam a participação de novos atores e instituições, possibilitando, assim, um debate aberto e ampliado sobre a problemática.

4.3 Discursos e consensos sobre a prevenção do suicídio na esfera pública gaúcha

O discurso é “palavra em movimento” (Orlandi, 2007, p.15), porém nenhuma palavra produz sentido em si mesma. É na formação discursiva do sujeito que se constitui o sentido de seus atos de fala, seja consciente ou inconscientemente, e este sentido responderá à intencionalidade do próprio discurso, projetado para um público-alvo capaz de compreender os enunciados do locutor. Em outras palavras, quem participa do discurso deve se identificar com os processos discursivos, de modo a compreender o sentido daquilo que está sendo dito.

O propósito da análise crítica do discurso, de tradição francesa, é compreender como se constitui a formação discursiva sobre uma temática ou conceito, desvendando sua origem ideológica e aspectos subjetivos do sujeito que mobiliza o discurso e o transforma em acontecimento. Se todo discurso é um acontecimento (Orlandi, 2007), com sentidos compartilhados entre sujeitos em comunicação (Pêcheux, 2016), o sentido deste discurso será sempre instável e mutável. Ou seja, o sentido de um discurso não é evidente àquele que o recebe, tampouco a ideologia que organiza a formação discursiva de seu locutor.

O discurso se constitui em seus sentidos, porque aquilo que o sujeito diz se inscreve em uma formação discursiva e não outra para um sentido e não outro. Por aí podemos perceber que as palavras não têm um sentido nelas mesmas, elas derivam seus sentidos das formações discursivas em que se inscrevem. [...] Não há sentido que não o seja. **Tudo que dizemos tem, pois, um traço ideológico em relação a outros traços ideológicos.** E isto não está na essência das palavras, mas na discursividade, isto é, na maneira como, **no discurso, a ideologia produz seus efeitos, materializando-se nele.** (Orlandi, 2007, p. 43, grifo meu).

Para analisar os discursos que dão sentido às estratégias de prevenção do suicídio no Rio Grande do Sul, foi necessário abstrair a formação discursiva dos atores sociais, seguindo os traços ideológicos coletados com as entrevistas semiestruturadas. Considerando que “*não há sentido que não o seja*”, o trabalho consistiu em identificar quais os enunciados marcadamente repetidos entre os participantes e, com isso, sintetizar em palavras-chave relacionadas a cada questão norteadora da pesquisa. A partir disso, foi possível correlacionar os discursos com as normas sociais e com a literatura de referência, visando encontrar a origem dos enunciados. Concluído estas etapas, foi aplicado a Análise Automática de Discurso, do filósofo Michel Pêcheux.

Os resultados desta análise permitem afirmar que existem consensos locais em relação à prevenção do suicídio e que alguns diferem da formação discursiva dominante. Outros que

carregam em si um sentido distinto da defendida pela racionalidade hegemônica, apesar de sofrerem com a influência do neoliberalismo na produção de respostas aos sofrimentos sociais. Os atores sociais gaúchos demonstraram ter um senso crítico em relação às estratégias de prevenção exógenas ao território e promover novos sentidos ao agir das instituições presentes na esfera pública, a partir de seus atos de fala. Em destaque, está a crítica uníssona dos entrevistados sobre a campanha “Setembro Amarelo”, no sentido de promover um diálogo contínuo e ações estratégicas ao longo de todo o ano, sem concentrá-las em um único mês.

No campo da prevenção do suicídio, os discursos desempenham um papel decisivo, seja na elaboração de sentidos à ideação suicida, na significação do sofrimento psíquico, na argumentação sobre as causas e consequências do fenômeno ou na defesa de estratégias preventivas. Trata-se de um problema público que se manifesta e se reconhece a partir do diálogo e que, somente através da comunicação pode ser ressignificado como um fenômeno social.

Neste sentido, optou-se pela análise de discurso de Pêcheux por não limitar o olhar aos enunciados e palavras, mas ao conjunto do discurso e seu sentido, considerando para a análise o contexto social e ideológico ao qual os participantes do discurso estão inseridos (Pêcheux, 2016). No contexto das campanhas de prevenção do suicídio no Rio Grande do Sul, enunciados como “Procure um médico psiquiatra”, entram em desacordo com a ideologia de instituições que defendam a multidisciplinaridade na atenção em saúde mental. Outro exemplo, está no enunciado “precisamos falar sobre suicídio”, que se evidenciou como um consenso entre os atores sociais entrevistados. Ambos os discursos são mobilizados estrategicamente em campanhas de prevenção, porém não compartilham do mesmo tipo de agir.

Ressalta-se que o conceito de "consenso" se refere a um acordo social ou um entendimento compartilhado sobre determinadas questões, que emergem através de práticas discursivas e normativas (Pêcheux, 2002). Em outras palavras, consenso é o resultado de uma negociação contínua entre diferentes atores sociais que buscam estabelecer um entendimento comum sobre a importância e as formas de agir para a prevenção do suicídio no território.

Neste subtítulo, serão apresentados quatro enunciados que ilustram como os discursos e consensos se manifestam na esfera pública gaúcha a respeito da temática, sendo: 1) O uso da frase “Se precisar, peça ajuda”, como forma de incentivar pessoas em sofrimento psíquico e social a procurarem serviços especializados de saúde mental e/ou a rede de apoio familiar e

comunitário; 2) A compreensão sobre os chamados “Fatores de Risco” e a necessidade de intervenção em casos com risco de suicídio; 3) A utilização da frase “precisamos falar sobre suicídio” em campanhas de prevenção, como forma de enfrentamento ao *tabu* atrelado à problemática; e 4) As críticas ao caráter sazonal da campanha “Setembro Amarelo”. Cada um desses elementos representa uma singularidade da discussão sobre prevenção do suicídio, refletindo diferentes dimensões da formação discursiva dos atores sociais, no processo de construção de consensos e normas sociais. A análise será enriquecida com trechos das entrevistas semiestruturadas, visando destacar como as práticas discursivas são influenciadas pela razão instrumental, mas também resistem à hegemonia da racionalidade neoliberal.

4.3.1 A frase “Peça ajuda!” como consenso em estratégias de prevenção do suicídio

O slogan “Peça ajuda!” foi utilizado, primeiramente, na campanha “Setembro Amarelo” de 2017, do CVV, com o propósito de incentivar pessoas com ideação suicida a buscar apoio emocional, seja de um profissional, familiar ou amigo. A campanha também se utilizou da frase “você não está sozinho” para complementar o sentido do enunciado, referindo-se ao apoio oferecido via contato telefônico (CVV, 2022). Desde então, o slogan vem sendo replicado por diversas instituições, com variações pontuais, mas que mantêm o sentido do enunciado.

O sentido do discurso “se precisar, peça ajuda” – título da campanha Setembro Amarelo® 2024 – é encorajar indivíduos em sofrimento a procurar apoio emocional, sem qualificar “quem” ou “como”, apenas sugerindo que o sujeito não deve temer buscar ajuda ou conversar sobre sua ideação suicida com outras pessoas. No entanto, essa abordagem também transmite um sentido negativo ao sujeito em sofrimento, pois insinua que o principal obstáculo para a obtenção de suporte é a falta de iniciativa pessoal, condicionando àqueles que sofrem a responsabilidade de “pedir” algo a alguém.

Se informar para aprender e ajudar o próximo é a melhor saída para lutar contra esse problema tão grave. É muito importante que as pessoas próximas saibam identificar que alguém está pensando em se matar e a ajude, tendo uma escuta ativa e sem julgamentos, mostrar que está disponível para ajudar e demonstrar empatia, **mas principalmente levando-a ao médico psiquiatra**, que vai saber como manejar a situação e salvar esse paciente. (Disponível em: www.setembroamarelo.com; acesso em: 03 set. 2024).

Nota-se que o enunciado central da principal campanha de prevenção do suicídio no Brasil em 2024 propõe uma abordagem inovadora e consoante com o agir comunicativo, quando sugere que “pessoas próximas”, leia-se: familiares, amigos, vizinhos, colegas de trabalho etc., ofereçam acolhimento de forma ativa e empática. Contudo, o sentido do discurso está no enunciado após a frase “mas principalmente”, que nega a ação comunicativa e destaca o encaminhamento do sujeito que sofre ao médico psiquiatra. Um exemplo límpido da influência da razão instrumental através dos atos de fala, bem como da importância da análise crítica de discurso crítica para identificar o sentido dos atos de fala.

Cabe destacar, que a campanha desconsidera que o ato de *buscar ajuda* está menos associado à iniciativa do sujeito que sofre, e mais à presença ou disponibilidade de uma rede de apoio forte, além das condições de acesso aos serviços de saúde mental, e ao próprio estigma associado à ideação suicida, que pode inibir o sujeito na procura por ajuda. Além disso, o sentido de “Peça ajuda!” pode reforçar a responsabilidade individual sobre a prevenção do suicídio, desviando a atenção das necessidades de melhorias no sistema de saúde mental e na criação de redes de apoio comunitário. Essa abordagem pode perpetuar uma visão que coloca a carga da solução nas mãos do indivíduo, em vez de promover melhorias nas políticas públicas e no acesso aos serviços especializados. Neste sentido, considera-se que o discurso "peça ajuda" pode desconsiderar as barreiras sociais que prejudicam a efetiva procura por apoio.

Por outro lado, reconhece-se que o discurso possui um sentido positivo ao incentivar pessoas em sofrimento a se colocarem em movimento, além de estimular o diálogo e os vínculos familiares e comunitários neste processo. Para que isto se efetive, é necessário que a rede de serviços que atendam demandas de sofrimento psíquico e social esteja estruturada e preparada para atender estas demandas. Caso contrário, o ato de “pedir ajuda” pode se converter em frustração e agravamento do sofrimento.

Figura 13. Mosaico com imagens de campanhas de prevenção do suicídio com a frase “Se precisar, peça ajuda”, disponíveis virtualmente, em 2024.



Fonte: Elaboração própria, a partir de mecanismo de busca on-line (Google.com), 2024.

Nota-se que as peças visuais das campanhas Setembro Amarelo® 2024 transmitem um sentido de solidariedade, companheirismo, com imagens que indicam o afeto (o abraço, a mão estendida) como formas de prevenção. Trata-se de um discurso inédito e inovador, pois desvincula o trabalho preventivo da saúde pública. Por mais que setores conservadores da saúde mental insistam em vincular a fase “peça ajuda” a uma única categoria profissional, o sentido da campanha enfatiza uma abordagem ampliada, sem restrições e que incentiva a participação de todos na prevenção do suicídio.

Por fim, ressalta-se que a eficácia do termo “Busque ajuda!” também depende do contexto cultural do território, que se manifesta no comportamento social. De acordo com Dantas *et al.* (2023), em regiões onde há um estigma associado à saúde mental, as barreiras culturais, como o preconceito ao adoecimento psíquico, tendem a impedir que indivíduos em risco procurem o suporte necessário. Este efeito tem sido amplamente discutido em estudos que analisam as diferenças da incidência de suicídios entre homens e mulheres ou entre jovens e idosos (Dantas *et al.*, 2022; Baére; Zanello, 2018; Fonseca *et al.*, 2018).

4.3.2 A identificação dos “Fatores de Risco” para prevenção do suicídio

A categoria “fatores de risco”, no contexto da prevenção do suicídio, conecta-se às primeiras pesquisas científicas sobre o tema, ainda no final do século XIX, a exemplo dos estudos de Émile Durkheim (1897), que considerou elementos sociais, culturais e até geográficos como indicadores relacionados às taxas de suicídio. A discussão sobre elementos de maior risco permeou diferentes vertentes acadêmicas ao longo do tempo, mas foi com a anuência da Psiquiatria, no final do século XX, que a categoria assumiu o protagonismo do debate público sobre prevenção do suicídio. A maior parte dos estudos sobre “fatores de risco para o suicídio” datam da década de 2000 e 2010, sustentados por dados clínicos de milhares de pacientes e em diferentes países.

Um dos trabalhos mais relevantes produzidos neste período é assinado pela psiquiatra brasileira Andrea Fleischmann, em parceria com o psiquiatra português José Manuel Bertolote, os quais realizaram uma análise de fôlego sobre sintomas psiquiátricos em mais de 15 mil casos de suicídio, observando a correlação entre suicídio e transtornos mentais. Segundo os autores, 98% das mortes autoprovocadas se explicam por algum quadro de transtorno mental, sendo que 47,5% das vítimas haviam sido internadas por quadros psiquiátricos, em algum momento de sua vida (Bertolote; Fleischmann, 2002, p. 183). A Tabela 2 ilustra a relação entre os diagnósticos psiquiátricos e o risco de suicídio, em comparação com a população geral.

Tabela 2. Diagnóstico de transtornos mentais em casos de suicídio em pacientes psiquiátricos e população em geral, segundo Bertolote e Fleischmann (2002).

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

Fonte: Bertolote e Fleischmann, 2002, p. 183 (tradução livre).

Os resultados deste estudo influenciaram políticas de saúde mental em todo o mundo, apesar das amostras serem predominantemente de países do norte global, sobretudo Dinamarca, Reino Unido e Estados Unidos, tendo uma ressalva dos autores pela não inclusão de países da América Latina, África e Ásia (Bertolote; Fleischmann, 2002, p. 184). Apesar disso, os dados argumentam que o suicídio pode ser prevenido com tratamento especializado para indivíduos com transtornos mentais, e esta abordagem foi seguida por diversos pesquisadores, que desde então replicam os mesmos métodos de análise. No Brasil, Werlang e Botega (2004) replicaram o estudo e concluíram que estratégias de monitoramento periódico de pacientes com fatores de risco auxiliam na prevenção do suicídio (Werlang; Botega, 2004). Nas últimas duas décadas, estudos similares foram realizados em todas as macrorregiões brasileiras, fortalecendo o argumento de que a prevenção do suicídio perpassa pelo monitoramento de indivíduos com fatores de risco (Vasconcelos *et al.*, 2015; Almeida; Flores; Scheffer, 2013; Braga; Dell'aglio, 2013).

Seja no campo das ciências da saúde ou das ciências sociais, o fato é que a identificação de fatores de risco para o suicídio se tornou o carro-chefe das ações de prevenção de atores e instituições. O sentido contemporâneo do conceito tende à priorização da atenção em certos públicos-alvo, justificado por dois aspectos principais: a) A insuficiência de recursos públicos e humanos para o trabalho de prevenção do suicídio, sobretudo em países com menor capacidade de investimento em políticas de saúde mental; e b) A hierarquização dos públicos-alvo para o planejamento das ações de prevenção, visando uma abordagem assertiva e efetiva, considerando os recursos limitados. Estes dois elementos foram destacados na maioria dos discursos de atores sociais gaúchos.

Assim, entende-se que a categorização de fatores de risco, com base exclusiva no histórico de transtornos mentais ou eventos estressantes, produz uma visão reducionista do fenômeno. Essa perspectiva pode, ainda, não captar a complexidade das experiências individuais e dos fatores contextuais que influenciam no comportamento suicida. Entende-se que qualquer abordagem investigativa sobre o suicídio deve reconhecer a interação entre fatores individuais e sociais, e a necessidade de estratégias de suporte que abordem as causas subjacentes do sofrimento. A intervenção deve ser mais do que uma resposta técnica aos fatores de risco; deve envolver a compreensão das condições que afetam o bem-estar e a qualidade de vida.

Reconhece-se, contudo, que cada vez mais, os aspectos sociais ligados ao suicídio são reconhecidos pelas instituições de saúde mental e por atores sociais inseridos em políticas de prevenção. Um exemplo disso está no sentido dado às campanhas de prevenção que enfatizam o acolhimento espontâneo e o afeto como estratégias de proteção, conforme destacado na Figura 13 e referenciado nos discursos dos atores sociais entrevistados. A referência ao amparo do sofrimento emocional no mundo da vida, a partir de uma escuta acolhedora e orientações assertivas, tem assumido destaque nas campanhas de prevenção, sobretudo nos últimos quatro anos – mais precisamente, desde a pandemia de Covid-19, a qual afetou fortemente as instituições de saúde mental e conferiu à sociedade uma participação mais ativa no acolhimento do sofrimento psíquico e social (Nardi *et al.*, 2020).

Neste sentido, o debate sobre “fatores de risco” encontra-se com os “fatores de proteção”, o qual conquistou aderência no meio científico, especialmente na última década, e vem produzindo estudos que valorizam a participação da sociedade na prevenção do suicídio. Ressalta-se que os “fatores de proteção” são aspectos da vida e do ambiente que ajudam a reduzir o risco de comportamento suicida e engloba uma série de ações, estratégias e transformações do meio social, visando o bem-estar do sujeito em sofrimento. Entre esses fatores, destaca-se a presença de redes sociais de apoio, familiar ou comunitária, vínculos fortalecidos (amizades, grupos sociais, vizinhança etc.) e sentido de pertencimento. Além destes, considera-se a estabilidade financeira e a segurança no emprego como elementos de proteção, pois reduzem a ansiedade social (Pereira *et al.*, 2018). Outros fatores estão ligados ao histórico de vida dos sujeitos e seu desenvolvimento pessoal, considerando suas habilidades para lidar com adversidades do mundo da vida de maneira sustentável.

Fatores protetivos como autoestima, autoeficácia, habilidades sociais, relacionamento familiar e de amizade são importantes e fazem diferença para a resolução de problemas na adultez emergente. Esses fatores se mostraram essenciais para os indivíduos não apresentarem ideação suicida como uma opção para lidar com as situações de desafio da vida. Além disso, são fatores importantes para que, após uma tentativa frustrada, os jovens possam repensar sua vida e buscar a superação de seus problemas de forma a não cometer novas tentativas. (Pereira *et al.*, 2018, p. 3774).

Diante disso, e tendo que o debate a respeito dos “fatores de risco” e “fatores de proteção” para o suicídio está em construção, apresenta-se no Quadro XX uma síntese dos sentidos atribuídos a estas categorias, com base na literatura de referência sobre o tema, alcançada pela pesquisa bibliográfica e que acompanhou a elaboração desta tese. Trata-se de

um exercício de elaboração de enunciados, a partir de conclusões teóricas, alinhadas aos discursos coletados com as entrevistas semiestruturadas com atores sociais estratégicos.

Quadro 5. Principais fatores de risco e de proteção para o suicídio, segundo bibliografia de referência sobre a temática.

Categoria	Fator	Descrição	Referência
Fatores de Risco	Histórico de Tentativas de Suicídio	Indivíduos que já tentaram suicídio têm um risco significativamente maior de tentar novamente.	Botega <i>et al.</i> , 2006.
	Transtornos Mentais	Transtornos como depressão, bipolaridade e esquizofrenia estão associados ao risco de suicídio.	Bertolote; Fleischmann, 2002.
	Uso de Substâncias	O abuso de álcool e outras drogas aumenta o risco de suicídio devido à diminuição da inibição e agravamento de sintomas depressivos.	Moreira <i>et al.</i> , 2020.
	História Familiar de Suicídio	Ter familiares que cometeram suicídio pode aumentar o risco, considerando fatores genéticos e ambientais compartilhados.	Botega, 2014.
	Estressores Psicológicos e Sociais	Eventos estressantes de vida cotidiana, como perda de emprego, divórcio ou luto, podem aumentar o risco de suicídio.	Bertolote, 2012.
Fatores de Proteção	Apoio Familiar e Comunitário	Ter uma rede de apoio social sólida pode reduzir o risco de suicídio, oferecendo suporte emocional em momentos de risco.	Vasconcelos <i>et al.</i> , 2015.
	Tratamento Adequado em Saúde Mental	O tratamento efetivo de transtornos mentais com terapia e medicação pode reduzir significativamente o risco de suicídio.	Werlang; Botega, 2004.
	Sentido de Pertencimento	Sentir-se conectado e valorizado dentro de uma comunidade ou grupo pode servir como um forte fator de proteção contra o suicídio.	Pereira <i>et al.</i> , 2018.
	Resiliência Individual	A capacidade de se recuperar de situações adversas e de manter uma visão positiva pode ajudar a proteger contra o suicídio.	Nunes, 2007.

Fonte: Elaborado pelo autor, segundo levantamento bibliográfico, 2024.

Compreende-se que cada categoria apresentada no Quadro 5 permite uma análise particularizada, contudo o objetivo deste capítulo não é oferecer uma revisão sistemática sobre os termos e suas referências, tampouco estabelecer conceituações sobre os fatores de risco ou proteção. O propósito está em organizar os discursos e elucidar seus sentidos, sendo que a totalidade deles foram expressos por mais de um ator social entrevistado. Ademais, buscou-se relacionar os discursos com literaturas de referência no Brasil e no Estado do Rio Grande do Sul, dando destaque aos pesquisadores gaúchos. Reconhece-se que este é um debate em aberto e que carece de uma sistematização que interrelacione as descobertas científicas com os atos de fala de atores e instituições envolvidos com ações de prevenção do suicídio.

Por fim, destaca-se o trecho da Entrevista 11, que sintetiza as preocupações da esfera pública sobre a identificação dos “fatores de risco”, sendo que esta identificação perpassa um processo de formação ainda incipiente; uma etapa a ser superada dentro do trabalho de prevenção, assim como na identificação dos “fatores de proteção”. O não reconhecimento destes fatores fazem com que profissionais de saúde não se sintam prontos a agir e transfiram a ação para categorias cada vez mais especializadas no campo da saúde mental, causando prejuízos aos fluxos de encaminhamento e, conseqüentemente, na atenção necessária em casos de risco de suicídio.

Eu acho que tem uma dificuldade muito grande dos profissionais [de saúde] na estratificação deste risco; na identificação destas etapas. Eles não conseguem saber, então muitas vezes a resposta é: interna. [...] Quando alguém fala que vai se matar, eles não querem essa responsabilidade. Então falta formação e isso me preocupa. Isso me mobiliza. Porque nós não temos leitos para tudo e temos uma dificuldade no entendimento do grau de risco, né? Plano, plano concreto, método estabelecido, enfim. Isso é algo que me toca muito: a necessidade de falarmos sobre isso. (Entrevista 11 - Assistente Social e servidor/a público/a em Coordenadoria Regional de Saúde do RS).

A preocupação da entrevistada está diretamente relacionada a outro discurso tido como um consenso para os atores e instituições: a de que “precisamos falar sobre o suicídio”. Este discurso permeia as estratégias de prevenção desde sua origem no território, primeiramente no sentido de desmistificar o tema e enfrentar seus *tabus*; assumindo, atualmente, o sentido de ampliação do debate sobre as formas de prevenção.

4.3.3 “Precisamos falar sobre Suicídio”: uma estratégia para desmistificar o tema

O enunciado "precisamos falar sobre suicídio" é uma variação de um tipo de comunicação comum a outras problemáticas e que frequentemente é utilizada para chamar a atenção para uma pauta específica. O discurso carrega um significado de desmistificação, visando introduzir um tema no debate público, sugerindo uma ação impositiva, mas que transmite um sentido de coletividade e urgência (“precisamos”). O uso desta frase em campanhas de prevenção do suicídio é estratégico, pois reflete uma compreensão crítica da necessidade de transformar um tema *tabu*, em um debate aberto e público, e que envolva o conjunto da sociedade.

Relembra-se que o suicídio permaneceu distante da esfera pública até a segunda metade do século XX e que, até hoje, enfrenta um estigma que exclui o debate do espaço público; pelo menos em seus termos mais complexos (Minois, 2018). Ao mobilizar o discurso de que "precisamos falar sobre...", o ato de fala espera encorajar um diálogo público amplo, sem limitações sobre “quem” ou “como”, de forma a permitir a projeção de soluções para o problema. Esse sentido é verificado em diferentes tipos de comunicação e está fortemente presente nos discursos dos atores sociais entrevistados – inclusive sendo utilizado como *slogan* de campanhas de prevenção, como no caso da campanha do Comitê Municipal de Prevenção do Suicídio de Santa Cruz do Sul, em 2016.

Imagem 1. Registro de ação de divulgação da campanha “Setembro Amarelo” realizada no centro de Santa Cruz do Sul, no dia 10 de setembro de 2016.



Fonte: CEREST/Vales, 2016.

A ação demonstrada na Figura 14 explicita o sentido da frase, ao completar o enunciado com “precisamos falar para prevenir”, além do tipo de abordagem realizada, a qual consistia em expor a faixa com o slogan da campanha em via pública, em horário e local de grande circulação de veículos. A intenção da campanha, registrada em estudo de caso sobre a experiência do Comitê de Prevenção do Suicídio de Santa Cruz do Sul - RS (Stavizki Junior, 2021), priorizava a abertura do diálogo com a comunidade local, em um período em que a campanha “Setembro Amarelo” não possuía a abrangência que goza na atualidade. Entende-se, com isso, que o sentido do discurso condiz com seu enunciado, que por sua vez refletia a intencionalidade das instituições e atores sociais envolvidos com campanha de prevenção. Além disso, as formas de comunicação utilizadas pelos atores sociais corroboraram para a compreensão do discurso, desde os recursos visuais (banner, folders e faixa) quando comunicacionais (membros do comitê municipal dialogando diretamente com a comunidade). Cabe ressaltar que as ações deste Comitê Municipal iniciaram no ano anterior (2015), antecedendo a criação do Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio do Rio Grande do Sul.

Para além do sentido de promover um diálogo com a sociedade, o enunciado “precisamos falar sobre suicídio” também serve como um convite àqueles que tentam ou pensam sobre a morte de si, no sentido de prevenção ativa. Pois, entende-se que pessoas com pensamentos suicidas frequentemente vivenciam contextos de isolamento social, sobretudo entre idosos (Figueiredo *et al.*, 2015; Minayo; Cavalcante, 2015). Neste sentido, o discurso cumpre duas tarefas basilares no processo de prevenção do suicídio: 1) Instigar o debate público, impondo a pauta como uma necessidade; e 2) Incentivando pessoas com ideação suicida a falarem sobre seus sofrimentos.

Compreende-se que o discurso envolve, ainda, a identificação e o enfrentamento das causas subjacentes da ideação suicida, promovendo um ambiente social que valorize a saúde mental e o bem-estar da população. Ao destacar a importância do diálogo aberto, o enunciado convoca a uma reflexão de cunho social, de forma a envolver o território no reconhecimento do fenômeno e em sua necessária prevenção. Em síntese, a frase “precisamos falar sobre” é um tipo de agir comunicativo, cujo uso em campanhas de prevenção é utilizado para desmistificar o tema, promover a educação e construir uma racionalidade mais aberta ao acolhimento de pessoas em sofrimento. Contudo, a eficácia desse discurso depende de ações concretas e contínuas, que promovam mudanças na forma como o território compreende a problemática.

Uma crítica registrada por atores sociais entrevistados a essa abordagem é que, sem um suporte adequado, o *slogan* pode se tornar um gesto simbólico que não resulta em ações efetivas, causando frustração àqueles que, de fato, necessitam falar sobre o assunto. Para que o discurso tenha um impacto no mundo da vida, deve estar atrelado a outras estratégias de prevenção, que incluem: formação contínua de profissionais dedicados ao acolhimento de pessoas com ideação suicida; oferta de espaços de acolhimento acessíveis, que respeitem as particularidades de cada indivíduo; e políticas públicas que considerem os fatores de risco e fatores de proteção conjuntamente. Em uma palavra, a promoção de um diálogo aberto sobre o suicídio deve ser acompanhada por medidas que reduzem as barreiras sociais para o acolhimento e atenção adequadas.

Essa visibilidade acaba contribuindo pra gente pensar em estratégias de enfrentamento mesmo dessa problemática, né? Então, a partir do momento em que esse tema [o suicídio] saiu de dentro das casas e se ampliou pras mídias - e aí a gente fala de não ter um tabu; de não ter medo de falar de forma responsável, claro. Porque a ideia é justamente a de dar visibilidade, pra gente pensar estratégias de enfrentamento. Eu acredito que isso que foi positivo, embora em torno de uma questão negativa, a gente poder pensar em estratégias. (Entrevista 30 - Psicólogo/a e servidor/a público/a em Coordenadoria Regional de Saúde do RS).

Este trecho da Entrevista 30 exhibe o sentido que o enunciado “precisamos falar sobre suicídio” tem para os atores sociais e qual o seu lugar dentro das estratégias de prevenção. O propósito do discurso não é apenas falar sobre o assunto, mas abrir o diálogo para a ação, buscando refletir sobre estratégias, resultados e alternativas, a partir da problematização do tema – um exercício valioso para compreender o fenômeno como um problema socioterritorial.

Por fim, ressalta-se que a eficácia das campanhas que utilizam formas semelhantes de comunicação depende de como elas são implementadas e integradas em um esforço mais amplo de conscientização e intervenção. O diálogo com a sociedade é crucial, mas deve ser sustentado por um sistema que permita e apoie a busca de ajuda por aqueles que mais precisam, como as pessoas com ideação suicida e seus familiares. A ação deve ir além do discurso; deve-se criar um ambiente onde a discussão sobre o suicídio e sua prevenção resulte em ações contínuas e efetivas.

4.3.4 Críticas ao caráter sazonal da campanha “Setembro Amarelo”

Aí tem o “Setembro Amarelo”, e eu não concordo com isso, porque fica muito focalizado em um mês só. (Psicólogo/a e Professor/a da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA).

Entre os discursos coletados com a pesquisa, o mais marcante e que se estabeleceu como um consenso entre os atores sociais, é a crítica à concentração de ações de prevenção do suicídio no mês de setembro. O caráter sazonal da campanha “Setembro Amarelo” tem sido criticado, principalmente, por dar a impressão de que a prevenção do suicídio é uma preocupação que pode ser abordada de forma episódica, concentrada apenas durante um mês específico do ano. Essa abordagem pode resultar em um aumento temporário da conscientização e até mesmo expandir o diálogo para setores da sociedade que normalmente não discutem o tema. Contudo, a natureza sazonal da campanha tende a desviar a atenção da necessidade de um esforço contínuo e sistemático para abordar a incidência do fenômeno no território.

A crítica ao caráter sazonal também levanta questões sobre o comprometimento das instituições com a prevenção do suicídio. Mesmo que nos últimos cinco anos, diversas instituições públicas, organizações da sociedade civil e até mesmo empresas tenham se engajado em campanhas de prevenção no mês de setembro, não é possível afirmar que estas instituições executem políticas efetivas de prevenção ao longo do ano. Pois, entende-se que para a prevenção ser efetiva, é necessário que ela esteja vinculada à prática diária da instituição e, mais do que isso, esteja constantemente em pauta dentro do debate público. Seja a campanha “Setembro Amarelo” ou similares, a crítica dos atores sociais mantém dois sentidos principais: 1) A necessidade de pautar a temática de forma contínua nos territórios gaúchos, com ações de prevenção ao longo de todos os meses do ano; e 2) O risco de superdimensionar o fenômeno em um único mês, prejudicando a qualidade do debate público através de abordagens inadequadas.

Em relação ao primeiro sentido das críticas ao “Setembro Amarelo”, identificou-se um consenso entre os atores sociais, sendo que em 32 das 36 entrevistas realizadas, foram identificados discursos críticos à sazonalidade das campanhas de prevenção do suicídio no Rio Grande do Sul. Os argumentos variaram entre si, porém mantendo o sentido do discurso. Alguns entrevistados se referiram à sobrecarga de trabalho durante o mês de setembro, quando profissionais de saúde mental são convidados a realizarem palestras/falas sobre o assunto em

diferentes espaços públicos. Outros atores sociais argumentaram sobre a negligência do tema ao longo do ano – “*como se só em setembro as pessoas pensassem em se matar*” (trecho da Entrevista 30). Em outras entrevistas, os argumentos percorreram diferentes prismas, como a falta de planejamento de ações continuadas, uso acrítico da expressão “Setembro Amarelo”, polarização da campanha, falta de recursos para ações ao longo do ano, rebaixamento do debate público, simplificação das estratégias preventivas, exploração da temática em redes sociais virtuais, compartilhamento de informações falsas ou incompletas, entre outros argumentos. Apesar da variedade de discursos analisados, o sentido se manteve o mesmo: incentivar a prevenção do suicídio em todos os meses do ano.

Talvez os municípios não tenham tomado para si essa problemática e de ir lá fazer. Fazem muitas ações pontuais, né? A gente observa que realizam bastante coisa em setembro, embora a gente deva trabalhar o tema o ano todo [...] A gente vê que concentra muito no “Setembro Amarelo” e sempre tem campanhas nos municípios; isso é geral nos nossos municípios. Porém, essa proposta de um planejamento, pensando na realidade de cada município, isso ficou um pouco perdido. (Entrevista 30 - Psicólogo/a e servidor/a público/a em Coordenadoria Regional de Saúde do RS).

Neste trecho, a/o entrevistado/a destaca a crítica à sazonalidade da prevenção do suicídio, enfatizando que os municípios centralizam suas ações no mês de setembro. A ênfase em campanhas temporárias não apenas subestima a complexidade do problema, mas limita a eficácia das intervenções, sendo que a falta de articulações continuadas prejudica a criação de redes de suporte adequadas. Além disso, sem planejamento as ações preventivas perdem sua eficácia, por não atingirem os determinantes do sofrimento social. Para tanto, deve-se trabalhar a prevenção estrategicamente.

O segundo aspecto da crítica à sazonalidade da prevenção do suicídio no território se refere à *qualidade* das campanhas realizadas no mês de setembro. Apesar da boa intenção e do propósito preventivo que possam ter, parte significativa dos entrevistados (39% dos participantes) referiram preocupação em relação aos métodos, abordagens e discursos propagados em ações do “Setembro Amarelo”. Sobre isso, apresenta-se um trecho da Carta Aberta da Associação Brasileira dos Sobreviventes Enlutados por Suicídio do Brasil (ABRASES), publicada em 2023, onde apresentam uma crítica sobre as formas de abordar a temática na Esfera Pública:

Nossa carta aberta destaca preocupações fundamentais sobre a comunicação e abordagem da prevenção do suicídio nos dias de hoje. Observamos que, embora haja um esforço notável em torno do Setembro Amarelo, nem sempre a abordagem

é adequada para um tema tão sensível. Alguns estão divulgando informações incorretas, simplificando a complexidade do suicídio ou patologizando-o de maneira inapropriada. Além disso, o discurso moral, religioso e o excesso de positividade podem ser contraproducentes e insensíveis às pessoas em sofrimento. (Carta Aberta da Associação Brasileira dos Sobreviventes Enlutados por Suicídio - ABRASES, 2023).

O trecho da carta aberta da ABRASES assinala para a urgência de uma comunicação sensível e precisa na prevenção do suicídio. A crítica da Associação recai, principalmente, sobre a disseminação de informações incorretas e a simplificação do fenômeno – crítica compartilhada pelos participantes da pesquisa. O sentido está em evitar narrativas que desconsideram a realidade multifacetada do sofrimento humano, permitindo, assim, um debate qualificado e que considere os determinantes territoriais.

Ademais, compreende-se que a utilização de discursos morais e a ênfase em uma positividade excessiva (tal como destacado pela ABRASES) podem ser problemáticas, sobretudo àqueles que vivenciam um contexto de extremo sofrimento ou que convivem com pessoas com ideação suicida. Esses discursos tendem a marginalizar as causas do sofrimento, promovendo um abatimento do problema ao invés de promover o diálogo. Para que as iniciativas de conscientização sejam eficazes, é necessário que adotem uma linguagem empática, que reconheça e valide a dor do outro, sem oferecer soluções simplistas e imediatistas. A comunicação inadequada não apenas compromete o trabalho de prevenção, mas também pode levar à retração de indivíduos vulneráveis, elevando o risco de crises suicidas. O debate público sobre o suicídio deve ser abordado com responsabilidade, visando primeiramente o acolhimento da situação de sofrimento (particularizada e individual), antes da oferta de soluções mais abrangentes.

Em síntese a este tópico, compreende-se que a ênfase em campanhas pontuais de prevenção do suicídio tende a subestimar a complexidade do problema e limitar a eficácia das intervenções. Entende-se que as ações ligadas ao tema devam ser planejadas de forma multiescalar (estadual, regional e local), utilizando-se de uma comunicação empática, responsável e sustentada por ações efetivas dos territórios, no sentido de qualificar o debate público continuamente.

5. PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO MUNDO DA VIDA

A ideação suicida é uma das manifestações mais intensas do sofrimento humano, o que exige respostas que vão além de políticas públicas sazonais e ações pragmáticas e pontuais. Embora a intervenção em saúde mental seja vital para o acolhimento e até para redução de mortes, entende-se que balizar a prevenção em repertórios de ação de um único campo do saber reduz as possibilidades de compreensão do fenômeno. Fatores históricos, sociais, culturais, econômicos e territoriais moldam tanto a percepção sobre o sofrimento psíquico, quanto as perspectivas de sua superação. Neste capítulo, serão apresentadas reflexões a respeito das formas alternativas de prevenção do suicídio, explorando intervenções realizadas no mundo da vida, onde as interações humanas e a comunicação se entrelaçam e permitem o enfrentamento do fenômeno de forma interdisciplinar e comunitária.

O mundo da vida não é apenas o espaço da vida prática, mas o terreno no qual os sujeitos constroem sentido e negociam identidades e valores entre si. A vida cotidiana, nesse sentido, é o campo no qual os sofrimentos e angústias dos sujeitos se desenrolam, sendo impactados por questões estruturais da sociedade, assim como por particularidades dos contextos locais e regionais, e ainda por características individuais dos sujeitos (história de vida, crenças, vínculos etc.). Quando abordamos a prevenção do suicídio a partir dessa perspectiva, deslocamos o olhar de soluções pragmáticas, centradas em intervenções externas, para um processo de compreensão sobre como este fato social impacta na vida das pessoas.

Assim, o conceito de agir comunicativo elaborado por Jürgen Habermas (2012) é resgatado como uma ferramenta teórica e prática para propor uma mudança no paradigma que organiza as ações de prevenção do suicídio no Rio Grande do Sul. Em contraste com a razão estratégica, que busca resultados individuais e está focada nos resultados quantitativos de sua ação, o agir comunicativo é movido pela busca de entendimento entre sujeitos, na tentativa de estabelecer consensos em torno de normas e valores compartilhados no território. Nas ações de prevenção do suicídio, essa perspectiva assume uma relevância particular, pois sugere que a resposta ao sofrimento não deve se limitar a procedimentos diagnósticos ou intervenções padronizadas, mas deve envolver a escuta ativa, o diálogo aberto e a construção de redes de apoio que deem voz ao sujeito em sofrimento.

Contudo, essa abordagem dialógica enfrenta desafios, sobretudo na contemporaneidade, marcada pela hegemonia da racionalidade neoliberal. Essa racionalidade redefine as esferas de

ação de atores e instituições, submetendo-as à lógica do mercado, da competitividade e da eficiência. Neste processo, as relações humanas passam a ser instrumentalizadas, e o valor da vida passa a ser subordinado aos princípios da gestão e da eficácia. No campo da prevenção do suicídio, essa racionalidade se expressa em políticas que priorizam intervenções baseadas em dados quantitativos, protocolos rigidamente definidos e pela medicalização excessiva dos sujeitos, sem que haja espaço para uma análise do sofrimento social que se manifesta através da ideação suicida.

Destaca-se que a racionalidade neoliberal também impõe uma visão individualizante dos problemas sociais, em um sentido de responsabilização do sujeito por seu próprio sofrimento. Com isso, a prevenção do suicídio assume um sentido de "cura" do indivíduo, desconsiderando os fatores estruturais que contribuíram para o adoecimento psíquico ou para o aumento do "risco de suicídio". O contexto neoliberal reforça a razão instrumental, priorizando soluções técnicas e utilitárias, e constringendo abordagens que promovam uma crítica social sobre a hegemonia do neoliberalismo. Assim, ao tratar o suicídio como um problema de saúde, a partir da racionalização epidemiológica do fenômeno – apenas, corre-se o risco de invisibilizar a intersubjetividade e o contexto social do sujeito com ideação suicida.

Neste sentido, defende-se que as ações de prevenção do suicídio devem ir além do tratamento clínico ou intervenções que tratem o sofrimento sob a lógica de gestão. Ao promover o agir comunicativo como estratégia de ação prática, criam-se condições para que a problemática seja, de fato, discutida na esfera pública gaúcha e não apenas de forma instrumentalizada, protocolizada e, por vezes, disciplinada pela racionalidade hegemônica. Espera-se, com isso, introduzir a temática no campo do planejamento urbano e regional, compreendendo a potencialidade das ciências sociais aplicadas na produção de respostas aos problemas sociais de nosso tempo. A hipótese que se defende é de que as estratégias de prevenção devem pautar-se por processos de reconhecimento do suicídio como um problema socioterritorial, a partir de uma esfera pública conduzida pelo agir comunicativo, ou seja, como um esforço coletivo de construção de sentido e racionalização dos melhores argumentos.

É neste sentido que se utilizou a Teoria do Agir Comunicativa (TAC) como método de análise da realidade socioterritorial, considerando a comunicação como ativos para construção de entendimento sobre o fenômeno, mobilizando os melhores argumentos, a partir de discursos conectados com o território e sua formação sócio-histórica.

Entende-se que o agir comunicativo desafia a hegemonia neoliberal, por questionar a lógica individualista e a valorização excessiva da eficiência. Um agir focado no entendimento possibilita elaborar práticas mais humanizadas e justas na atenção em saúde mental, tendo em consideração as necessidades e as particularidades de cada indivíduo e do contexto social. Em contrapartida, a razão instrumental, ao reduzir os problemas sociais a questões técnicas, desconsidera a dimensão subjetiva da experiência humana e suas contradições.

Ademais, considera-se que o agir comunicativo oferece uma alternativa à *clínica do suicídio*, propondo estratégias que extrapolam os limites dos consultórios e centros especializados em saúde mental. Ao tratar o fenômeno a partir do mundo da vida, valoriza-se os efeitos que o diálogo, a escuta ativa e empática e a construção de significados compartilhados têm para amenizar o sofrimento psíquico e evitar suicídios. A pesquisa que sustenta esta tese demonstrou que o território gaúcho possui as ferramentas para promover o agir comunicativo na prevenção do suicídio, e que este sentido é manifestado nos discursos de atores e instituições ligadas à problemática.

Para mais, justifica-se que o papel dos territórios na prevenção do suicídio é basilar. O território, aqui compreendido não apenas como uma delimitação geográfica, mas como um espaço social, cultural e simbólico, é crucial para entender as dinâmicas do sofrimento psíquico e as estratégias de promoção do bem-estar social. Cada território possui suas próprias particularidades, e a eficácia das ações de prevenção depende da sensibilidade da esfera pública em reconhecer essas especificidades. Conhecer o território, seus recursos e seus desafios permitem planejar ações integradas que respondam de forma mais coesa às necessidades locais. O bem-estar social emerge como uma estratégia central de prevenção, na medida em que busca condições de vida dignas e favorece o desenvolvimento humano em suas múltiplas dimensões. Mais do que isso, a busca por bem-estar social fortalece o sentido de solidariedade.

Este capítulo, portanto, organiza os argumentos defendidos ao longo da tese e propõe uma abordagem integrada entre a prevenção do suicídio e o mundo da vida, no sentido de promover ações que fortaleçam o agir comunicativo. A crítica à razão instrumental e à racionalidade neoliberal é acompanhada de uma defesa da construção de políticas públicas que reconheçam a subjetividade do sofrimento humano, considerando as particularidades dos territórios e a centralidade do bem-estar social como pilares na promoção da vida e na prevenção do suicídio.

5.1 O agir comunicativo nas ações de prevenção do suicídio

[...] a prevenção do suicídio não é responsabilidade apenas dos governos. Cada um de nós tem um papel a cumprir, cuidando dos nossos amigos, familiares e colegas e oferecendo nosso apoio quando achamos que podem precisar. Isso pode fazer toda a diferença.

(Tedros Adhanom Ghebreyesus, Diretor Geral da OMS, 2024).

Na mais recente iniciativa para prevenção do suicídio no continente Sul-Americano, promovida pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e publicada no Brasil em setembro de 2024, nota-se uma tendência de promover ações mais comunitárias para enfrentamento das altas taxas de suicídio em países da região. No documento "Viver a Vida: guia de implementação para a prevenção do suicídio nos países" (OPAS, 2024) são apresentados exemplos de estratégias exitosas de prevenção, ligadas à promoção do bem-estar social e com potencial para serem replicadas em diferentes locais e contextos sociais. Trata-se de propostas com foco no mundo da vida, com a defesa de abordagens particularizadas e que dialoguem com as características e os recursos dos países, estados e suas regiões.

Entre as experiências apresentadas pela OPAS, destaca-se a *Política Nacional de Prevenção do Suicídio da República Tcheca*, que estabelece elementos para uma análise situacional do suicídio no país, antes da promoção de estratégias de prevenção. O objetivo da Política é compreender o fenômeno no território (métodos mais utilizados, públicos mais vulneráveis e os recursos disponíveis para intervenção). Como estratégia principal está a busca por entendimento sobre o fenômeno, no sentido de "facilitar a cooperação entre as partes interessadas, reunir todos os comentários relevantes e chegar a um consenso sobre as intervenções [...]". (OPAS, 2024, p. 24).

A construção de consensos é primordial para um agir focado no entendimento, pois permite unir diferentes setores da sociedade em torno do tema e adaptar as estratégias existentes às realidades locais e regionais. O diálogo colaborativo permite que os discursos de diferentes atores sociais sejam considerados, incluindo profissionais de saúde, educadores, familiares, gestores públicos e membros da comunidade, garantindo que as intervenções reflitam as necessidades específicas de cada grupo. Além disso, o consenso promove um senso de responsabilidade compartilhada, essencial para o sucesso das iniciativas. Ao cultivar um ambiente de apoio e solidariedade, essas colaborações não apenas ampliam a eficácia das ações

preventivas, mas também fortalecem os laços sociais, criando comunidades mais resilientes e atentas ao bem-estar de seus membros.

O envolvimento da comunidade [...] ajuda a construir pontes entre as necessidades locais e as políticas nacionais e a garantir que as iniciativas sejam adaptadas ao contexto local. O envolvimento da comunidade também é capaz de promover um sentimento de **participação** e **coletividade** na prevenção do suicídio. (OPAS, 2024, p. 28, grifo meu).

Como destacado pelo Diretor Geral da Organização Mundial da Saúde, Tedros Ghebreyesus (2024), a responsabilidade pela prevenção não é exclusiva das instituições governamentais ou dos profissionais de saúde, mas um compromisso comum entre todos que compartilham o território. Essa visão é especialmente relevante na América do Sul, onde as taxas de mortalidade por suicídio seguem em uma tendência de crescimento, diferentemente de países centrais do capitalismo mundial, onde verifica-se uma tendência de redução dos óbitos deste tipo. Ressalta-se, ainda, que a maioria dos países do Sul Global não possuem sistemas nacionais para registro de óbitos por suicídio, o que resulta na subnotificação dos casos e consequente negligência em relação aos dados necessários para o planejamento de políticas públicas (Botega, 2014).

A recente iniciativa da OPAS, por meio do guia "Viver a Vida" (2024), sinaliza para um avanço no reconhecimento do fenômeno como um problema público da região, destacando a necessidade de qualificar dados para monitoramento das taxas sociais de suicídio e, sobretudo, para o planejamento de estratégias de prevenção. Ao enfatizar as ações comunitárias, o documento visa promover o bem-estar social como estratégia de prevenção, destacando a relevância de um envolvimento ativo da comunidade na construção de soluções adaptadas às particularidades culturais e sociais de cada região.

Além disso, considera-se que a colaboração entre setores da sociedade é crucial para o sucesso das iniciativas de prevenção. Essas iniciativas ressaltam a importância de uma colaboração multissetorial, onde a prevenção do suicídio seja vista como uma questão que ultrapassa o âmbito da saúde, integrando esforços de diversos setores para criar um ambiente mais acolhedor e seguro para todos.

Historicamente, a participação dos altos escalões do governo tem tido impactos significativos na dinâmica de colaboração multissetorial para a prevenção do suicídio e, portanto, na implementação de medidas para salvar vidas. Uma abordagem liderada pelo governo sinaliza que a prevenção do suicídio exige que diferentes órgãos do governo trabalhem em conjunto e que a prevenção do suicídio

não deve ser realizada apenas pelo setor da saúde. Tal influência foi observada pelo Grupo de Trabalho Presidencial para a prevenção do suicídio no Sri Lanka, pelo Governo do Japão e pela (primeira) nomeação de um ministro para a prevenção do suicídio no Reino Unido, que hoje coordena uma pasta que abrange prevenção do suicídio, saúde mental e segurança do paciente. (OPAS, 2024, p. 33).

Outro aspecto central para promover o agir comunicativo na prevenção do suicídio é a oferta de capacitações para a população em geral sobre a problemática. Compreende-se que a formação em práticas preventivas para familiares, vizinhos, amigos e pessoas interessadas no tema, tende a ampliar os recursos humanos disponíveis no território para acolher demandas de saúde mental e ideação suicida. Capacitar indivíduos para identificar sinais de ideação suicida e oferecer apoio pode aumentar significativamente as chances de intervenção precoce, além de estimular o debate público a respeito do suicídio, sua prevenção e as causas do sofrimento psíquico. Ressalta-se, ainda, que a promoção de espaços de formação para o público geral tende a qualificar a compreensão do fenômeno como um problema socioterritorial, permitindo que a comunidade atue de maneira proativa em situações de crise. Assim como argumentado pelo Diretor Geral da OMS, entende-se que a capacitação não deve ser restrita aos profissionais de saúde, mas ser um compromisso de todos, criando uma rede de apoio local, capaz de acolher e auxiliar sujeitos em sofrimento psíquico.

No entanto, é imperativo que as políticas públicas sejam estruturadas de forma a criar condições favoráveis para que a comunidade possa se engajar efetivamente na resolução de problemas públicos. Isso implica no investimento em programas de conscientização, capacitação e apoio psicológico, além da promoção de uma cultura de diálogo e acolhimento que, em primeira instância, devem ser ofertadas pelo Estado.

A criação de espaços seguros, onde os sujeitos possam compartilhar suas experiências e dificuldades, é um instrumento para o fortalecimento da rede de apoio social, porém para ser efetivo, necessita de recursos públicos e do monitoramento de órgãos públicos de referência. Sobre isso, entende-se que o envolvimento ativo da comunidade, de seus atores e instituições, só será possível se houver condições para um agir comunicativo, ou seja, um ambiente no qual os indivíduos sintam-se aptos a agir, sem constrangimentos ou riscos à sua integridade, segurança e convívio social.

Neste sentido, compreende-se que a prevenção do suicídio, entendida como uma responsabilidade coletiva, permite que a sociedade se una em torno de um objetivo comum: a promoção do bem-estar social. O fortalecimento de laços sociais e a criação de espaços de

diálogo são fundamentais para que cada indivíduo se sinta valorizado e reconhecido, diminuindo assim o estigma que muitas vezes envolve o tema do suicídio. Em suma, entende-se que as iniciativas comunitárias, quando bem implementadas e apoiadas por políticas públicas efetivas, têm o potencial de salvar vidas e proporcionar um ambiente mais seguro e acolhedor àqueles que vivenciam contextos de sofrimento. Portanto, é imperativo que todos reconheçam a importância de seu papel nessa luta e busquem formas de se engajar na promoção da saúde mental e do bem-estar social.

Ações simples e já realizadas no cotidiano do mundo da vida, como oferecer apoio emocional, expressar empatia e incentivar a busca por ajuda profissional, podem ter um impacto positivo na vida de sujeito em sofrimento e, em certas situações, evitar o comportamento suicida. A criação de Comitês Municipais de Prevenção do Suicídio e as iniciativas de formação de multiplicadores em saúde mental no território são exemplos de como o agir comunicativo pode ser utilizado para promover o bem-estar e prevenir o suicídio.

Por fim, é importante lembrar que o agir comunicativo enfrenta desafios no contexto neoliberal, como a restrição de recursos públicos, o foco em abordagens individualizantes e o apagamento das determinações sociais do sofrimento. Para reduzir essas barreiras, sugere-se que as campanhas de conscientização utilizem uma linguagem comum ao território, com argumentos que façam sentido para atores e instituições. Uma comunicação adequada, associada ao diálogo aberto e sem barreiras, permite a criação de novas alternativas de ação social.

5.1.1 Desafios impostos pela hegemonia da racionalidade neoliberal

O sofrimento humano, muitas vezes, confere sentido às nossas vidas; organiza os significados das experiências que os sujeitos vivenciam e constitui a base sobre a qual nos constituímos como sujeitos sociais. Nos momentos de angústia e sofrimento criam-se oportunidades para lidar com contradições internas e externas ao sujeito, as quais tendem a se tornar elementos da formação de sua identidade e, também, de sua interrelação comunitária. Isso significa dizer que o sofrimento social expressa uma contradição entre o mundo da vida e o sistema, que age tanto como um limitador da ação humana, como um promotor de transformações (Habermas, 2012, v.1).

No contexto neoliberal, entretanto, o sofrimento psíquico passa a ser objeto de exploração de mais valia, no sentido de extrair maior lucratividade com sujeitos em sofrimento, seja pela via da autogestão, comércio de medicamentos ou superexploração do trabalho. Nessa lógica, o sofrimento social se torna combustível para um ciclo de consumo que transforma a busca por alívio e felicidade em mercadorias, ao tempo em que encoberta as contradições causadoras de sofrimento (Safatle, 2021).

Além disso, a hegemonia da racionalidade neoliberal impõe desafios particulares à ideia de prevenção do suicídio, pois, reduz os repertórios de ação a protocolos clínicos, com tendência para a responsabilização dos sujeitos e familiares, além da marginalização de ações comunitárias e interdisciplinares. Como obstáculo essencial, está o sentido da “gestão do sofrimento psíquico” (Safatle; Silva Junior; Dunker, 2021), que retira da sociedade e transfere [exclusivamente] para o indivíduo a responsabilidade pela recuperação de seu bem-estar.

O campo psicológico organizado pelo neoliberalismo envolve discursos que veiculam valores, técnicas e procedimentos para o enfrentamento do sofrimento psíquico, como as narrativas morais (como testemunhos, relatos e declarações autobiográficas), experiências fílmicas, teatrais e musicais (que funcionam como paradigmas estéticos), discursos de ordem pública (políticos, disciplinares, sanitários) e de ordem privada (conversas de intimidade, diários, meditações), bem como práticas de ajuda (grupos de encontro, apoio, comunidades digitais). (Dunker *et al.*, 2021, p. 225).

De acordo com Dunker *et al.* (2021), o campo psicológico sob o neoliberalismo é permeado por discursos e práticas que buscam lidar com o sofrimento psíquico, transformando-o em uma questão a ser gerenciada individualmente. Na busca por hegemonia, a racionalidade neoliberal transmite narrativas morais e produz experiências estéticas que moldam a compreensão sobre *o que é* sofrimento e *o que é* felicidade, através de discursos públicos e privados, ou seja, através de recursos do sistema e do mundo da vida. Com isso, até mesmo as ações ligadas ao agir comunicativo sofrem com a influência da racionalidade hegemônica, contribuindo para o sentido de que: a solução para o sofrimento psíquico deve ser buscada pelo próprio sujeito – como, por exemplo, no enunciado “Busque ajuda!” em campanhas de prevenção do suicídio.

Outro desafio está na ênfase dada pelas ciências da saúde à quantificação e medição de resultados para tratamentos clínicos, o que condiciona a ação coletiva à capacidade de análise de dados que, embora relevantes, não são capazes de perceber as contradições do território e do contexto social. Como observado pelo filósofo sul coreano, “a técnica de poder do regime

neoliberal não é proibitiva, protetora ou repressiva, mas prospectiva, permissiva e projetiva” (Han, 2018, p.56-57). Em outras palavras, não é necessário que haja uma coerção violenta dos indivíduos para adequação à razão neoliberal; basta a mobilização de discursos que organizem seus anseios em narrativas socialmente aceitas, ao ponto de se tornarem parte da consciência coletiva.

Outro aspecto crítico é a excessiva medicalização do sofrimento psíquico sob o neoliberalismo, considerando os enumeráveis produtos farmacêuticos e terapias comercializadas para atender sintomas de sofrimento social. Na lógica de gestão do neoliberalismo, o sofrimento psíquico é tratado como uma patologia, algo a ser tratado e remediado, ignorando a complexidade de fatores causadores de sofrimento, sobretudo aqueles ligados aos contextos sociais. Como destacado pela psicanalista Maria Rita Kehl (2003), ao refletir sobre a dor de viver, “difícilmente conseguimos classificá-la entre os quadros clínicos da psicopatologia.” (Kehl, 2003, n.p.).

Além disso, o estigma associado à busca de ajuda é exacerbado pela racionalidade neoliberal, considerando a pressão social imposta aos sujeitos para serem autossuficientes e bem-sucedidos em todas as áreas da vida – como se fosse possível viver em uma contínua competição entre lugares, pessoas e grupos sociais.

Quando o sucesso se mede com a medida do montante dos ganhos, como esperar que indivíduos continuem a valorizar a integridade, a honestidade, a satisfação com um belo trabalho ou a preocupação com o bem comum? (Gaulejac, 2007, 167).

O questionamento do sociólogo francês sintetiza a insustentabilidade do neoliberalismo como arranjo social contemporâneo, sendo que, ao impor o sucesso individual como sinônimo de bem-estar, acaba por excluir aspectos essenciais da vida em sociedade, como o sentido de integridade, honestidade, comunidade, pertencimento e tantos outros que servem ao bem-estar individual e ao bem comum. No contexto neoliberal, a marginalização dos discursos de populações vulneráveis se torna ainda mais evidente. Grupos sociais como minorias étnicas, comunidades LGBTQI+, povos originários e pessoas em situação de pobreza enfrentam barreiras sociais profundamente enraizadas, e que se agravam à medida em que a racionalidade neoliberal aprofunda sua influência na sociedade. Os desafios, neste sentido, não são apenas econômicos, mas também culturais e políticos. A lógica capitalista, centrada no mercado e na propriedade privada, excluiu, por séculos, os grupos sociais vulneráveis. A mudança é que o

neoliberalismo não só perpetua as desigualdades sociais, mas justifica a exclusão daqueles que não se adequam às métricas de sucesso baseadas no lucro, tornando cada vez mais difícil a construção de uma sociedade que valorize a solidariedade, o bem comum e a justiça social. Assim, compreende-se que os valores que deveriam sustentar uma convivência ética e justa são sacrificados em nome da eficiência e da produtividade.

Na falta de acesso às políticas públicas de prevenção do suicídio, por exemplo, passa-se a classificar os fatores de exclusão social como “fatores de risco” do indivíduo. Por este motivo, entende-se que a educação em saúde mental deve ser uma prioridade, não apenas para profissionais, mas para toda a sociedade. Promover a conscientização sobre sinais de ideação suicida e formas de intervenção tende a capacitar sujeitos para intervir em situações de crise suicida de forma mais rápida e efetiva. Mais do que isso, a educação tende a opor-se ao estigma imposto pela racionalidade neoliberal ao sofrimento psíquico, promovendo a saúde mental como uma responsabilidade coletiva.

Por fim, enfrentar o neoliberalismo no campo da prevenção do suicídio exige uma crítica que vá além do campo da saúde mental. É necessário resgatar o valor do mundo da vida e promover o bem-estar social, promovendo o sentido de solidariedade. Neste caminho, torna-se central o reconhecimento de discursos e alternativas propostas por grupos sociais vulneráveis, visando a construção de um modelo de prevenção do suicídio que atenda efetivamente às necessidades do território, promovendo uma sociedade mais solidária, justa e resiliente.

5.1.2 Crítica à razão instrumental nas ações de prevenção do suicídio

Como sobreviventes enlutados por suicídio, que carregamos o peso da perda de um ente querido para esse ato extremo, que tivemos nossas vidas devastadas por ele, sabemos do valioso papel da campanha e dos esforços de todos que se dedicam a ela, que são primordiais, pois uma das nossas inquietações é justamente sobre as informações que não tínhamos e de como poderíamos ter ajudado se as tivéssemos na época...

(Carta da Associação Brasileira dos Sobreviventes Enlutados por Suicídio, 2023).

A prevenção do suicídio defendida nesta tese está intrinsecamente ligada a uma crítica à racionalidade neoliberal e à razão instrumental, que permeiam e organizam as políticas públicas de saúde mental no Brasil e no Rio Grande do Sul. Ao longo do trabalho, destacou-se

como a análise de dados epidemiológicos é insuficiente para compreender a complexidade do sofrimento psíquico e, conseqüentemente, ineficaz na proposição de estratégias de prevenção adequadas ao território. No mesmo sentido, critica-se o processo de instrumentalização da ação coletiva, a partir de protocolos clínicos e abordagens especializadas do campo da saúde, que tendem a desconsiderar os condicionantes territoriais e o contexto histórico e social daqueles que sofrem.

A razão instrumental, compreendida como a racionalização dos “meios e fins”, é o *modus operandi* das sociedades capitalistas modernas e encontrou no neoliberalismo a chave para sua incursão no mundo da vida, de forma intensa e acelerada. O avanço do conhecimento técnico e o aprofundamento das injustiças sociais se retroalimentam e criam um contexto de intensificação do sofrimento social (Dardot; Laval, 2016). Nesse contexto, os indivíduos são vistos como meios para alcançar fins, e as relações sociais são instrumentalizadas em função de objetivos específicos. Na saúde mental, essa lógica se manifesta na valorização de indicadores quantitativos, na padronização de protocolos e na busca por soluções rápidas, em detrimento de um cuidado integral e contínuo.

A crítica habermasiana à razão instrumental pressupõe que os sujeitos são capazes de agir e interagir visando o entendimento mútuo e não apenas a obtenção de resultados práticos. Como base, Habermas postula uma condição ideal de comunicação, na qual os atos de fala preservam seu valor entre os falantes e os discursos são avaliados segundo os argumentos e aceitabilidade racional (Habermas, 2012, v.2). Contudo, a racionalidade neoliberal amplifica os aspectos instrumentais da razão, enfatizando a competição, a individualização e a lógica de mercado em todos os aspectos do mundo da vida. Na saúde mental, por exemplo, essa perspectiva se traduz na mercantilização da atenção e na promoção demasiada de soluções farmacológicas. Assim como explicado pelos sociólogos franceses, o neoliberalismo “é um sistema normativo que estendeu sua influência ao mundo inteiro, estendendo a lógica do capital a todas as relações sociais e a todas as esferas da vida” (Dardot; Laval, 2016, p. 7).

Neste sentido, a crítica à razão instrumental que se propõe nesta tese evidencia a desconexão entre as necessidades de cuidado em saúde mental e as estratégias protocolares de prevenção do suicídio. A padronização desumanizada dos indivíduos em indicadores de mortalidade e a promulgação de protocolos de atenção exógenos ao território são o objeto principal desta crítica. Entende-se que a prevenção em saúde mental deve superar a lógica neoliberal e adotar uma abordagem que considere as particularidades de cada sujeito para o

planejamento do cuidado, além da identificação dos fatores sociais que levam o sujeito à ideação suicida. Isso implica resgatar a comunicação aberta sobre o tema e promover a construção coletiva de saberes, buscando formas de agir que considerem os recursos territoriais e priorizem formas comunitárias de intervenção.

[...] se o suicídio é um ato de comunicação, a prevenção também passa pela comunicação, [...] algumas pessoas estão utilizando uma comunicação que não está sendo adequada para um assunto tão sensível, não está conforme as orientações da OMS e de diversas entidades que pesquisam e estudam o fenômeno Suicídio. (ABRASES, 2023, p.1, grifo meu).

O trecho da Carta Aberta da ABRASES destaca a responsabilidade coletiva ao discutir um tema tão complexo quanto o suicídio, enfatizando a importância de uma comunicação informada e empática. Isso é fundamental para criar um ambiente seguro, onde os indivíduos se sintam encorajados a compartilhar suas angústias e sofrimentos. A Associação também ressalta a necessidade de educação e formação sobre o tema, uma vez que certas formas de comunicação preventiva são inadequadas, e não refletem o conhecimento acumulado sobre a problemática, conforme evidenciado por instituições de referência. Ademais, defendem em sua Carta Aberta (2023) que as campanhas “Setembro Amarelo” devem considerar o impacto que determinados discursos têm sobre indivíduos com ideação suicida e/ou pessoas enlutadas.

O agir comunicativo na saúde mental, especialmente nas estratégias de prevenção do suicídio, deve valorizar o diálogo, a escuta ativa e a construção compartilhada de significados. Ao reconhecer a importância do contexto social na saúde mental, essa abordagem permite uma imersão nas narrativas e experiências de vida dos indivíduos, facilitando a identificação de recursos e práticas culturais que promovem o bem-estar. As entrevistas com atores sociais do Rio Grande do Sul revelaram a precarização deste trabalho, especialmente durante o mês de setembro, quando muitos profissionais são convidados a abordar o tema, muitas vezes sem a formação adequada. Além disso, a influência da racionalidade neoliberal nos discursos sobre o suicídio enfatiza a individualização e a busca por soluções padronizadas. Nesse contexto, as narrativas sobre a medicalização excessiva do sofrimento psíquico se tornam evidentes, refletindo a racionalidade neoliberal e naturalizando a patologização de experiências subjetivas, como tristeza, ansiedade, desesperança e raiva. Assim, a razão instrumental – que é útil em muitos processos sociais – acaba colonizando a ação coletiva (Habermas, 2012). Isso dificulta a compreensão das causas dos problemas sociais no território e, no caso da prevenção do suicídio, limita as alternativas de intervenção.

Ademais, as políticas neoliberais, ao priorizar a eficiência e a gestão de custos, fragilizam os serviços públicos e restringem as possibilidades de construção do bem-estar social. Políticas como a terceirização de serviços públicos, a redução dos orçamentos governamentais e a precarização das condições de trabalho são algumas das consequências da hegemonia da racionalidade neoliberal (Grohmann, 2020).

É necessário, neste contexto, desenvolver um novo paradigma para a saúde mental, fortalecendo os princípios da reforma psiquiátrica, no sentido de desinstitucionalizar o cuidado, superando a abordagem clínica como única alternativa à crise suicida. Uma abordagem comunicativa, calcada no entendimento, oferece uma alternativa para a prevenção do suicídio ao valorizar o contexto social e as narrativas individuais, criando, assim, um sentido próprio para o fenômeno no território. A crítica à razão instrumental baseia-se, sobretudo, no agir de instituições que legitimam a racionalidade neoliberal ao priorizar a “gestão” dos sofrimentos sociais e não sua superação. Conclui-se, assim, que a prevenção do suicídio como política pública requer uma transformação do modelo de cuidado em saúde mental, superando a lógica imediatista de intervenção em favor de um paradigma que valorize a vida e a dignidade humana, contribuindo para o reconhecimento das causas do sofrimento social.

5.1.3 O agir comunicativo como alternativa à clínica do suicídio

A palavra "clínica" tem origem no grego “klinikós”, traduzido como “leito” e carrega o significado de inclinar ou, inclinar-se sobre o leito (Rikow; Campos, 2011), sendo comumente utilizada como sinônimo de atendimento em saúde. Já o termo "clínica do suicídio" refere-se ao conjunto de abordagens e intervenções terapêuticas voltadas para a prevenção do suicídio, enfatizando a avaliação dos fatores de risco e a implementação de estratégias de intervenção (Prieto, 2007). Contudo, o senso comum tende a relacionar o termo com a intervenção médica, em especial à psiquiatria, que é o campo mais especializado da medicina em relação aos sofrimentos psíquicos.

Apesar da clínica do suicídio envolver uma abordagem integrativa, considerando aspectos biológicos e psicológicos dos sujeitos, sua integração aos fatores sociais e culturais são reduzidos, a medida em que o atendimento “clínico” assume a centralidade da ação (Bertolote; Fleischmann, 2002). Nesse modelo, a ênfase recai sobre a identificação de fatores de risco individuais (transtornos mentais, uso de substâncias psicoativas, histórico de internações etc.) e sua intervenção é direcionada ao uso de medicamentos e a limitação do

acesso aos meios, vinculando o trabalho à interdição do pensamento suicida. Essa desconexão entre o sentido da “clínica do suicídio” e sua prática cotidiana evidencia a necessidade de problematização deste modelo, visando uma abordagem que integre sujeito, comunidade e território no processo de prevenção.

Com este propósito, resgata-se o conceito de “agir comunicativo” como uma estratégia teórica-metodológica para o desenvolvimento de novas estratégias para a prevenção do suicídio – “Se o suicídio é um ato de comunicação”, seu enfrentamento como problema público deve considerar as teorias da comunicação e da linguagem como pressupostos de análise e intervenção. Assim, a proposição de um agir comunicativo na esfera pública gaúcha ligada à temática é, ao mesmo tempo, um instrumento de análise e uma proposta de intervenção. Assim, a ação comunicativa incita um paradigma epistemológico que vai além das intervenções clínicas, tratando o suicídio como um fato social. Ele reconhece o Local como um espaço ambivalente, onde se dá a complexa interrelação entre o indivíduo e o meio social. Neste sentido, a incidência de suicídios serve como indicador do sofrimento social, sendo sua representação sempre singular na relação com o território e seus ativos de prevenção.

Neste sentido, considera-se a participação de grupos sociais e comunitários em ações de prevenção como um ativo territorial para o fortalecimento do sujeito em momentos de intenso sofrimento. Igrejas, grupos de apoio, centros esportivos e associações de bairro, por exemplo, podem servir como espaços de acolhimento em situações de crise suicida, desde que mantenham uma comunicação ágil com serviços de saúde e que possuam, entre seus membros, pessoas capacitadas a acolher e encaminhar situações de risco. Além disso, familiares, amigos, colegas de trabalho e vizinhos servem como rede de vigilância afetiva, onde cada pessoa possui responsabilidade sobre o bem-estar do outro, e sua intervenção em momentos de maior risco pode ser decisiva para identificar sinais de alerta e oferecer suporte adequado.

Portanto, entende-se que a formação de círculos de apoio, facilitados por pessoas da comunidade treinadas em habilidades de escuta e apoio emocional, promove uma nova racionalidade para as ações de prevenção do suicídio – uma racionalidade comunicativa e voltada para o território e seus atores sociais. Além da atenção aos sujeitos em sofrimento intenso, estes espaços podem servir de suporte aos familiares que vivenciam o contexto de risco de suicídio ou pessoas enlutadas, além de estimular o debate público ao tempo em que capacita membros da comunidade a agir em emergências de saúde mental.

A sociedade que nega [e] que não dá espaço para o sofrimento, é a mesma que tem eu, tem você e mais um monte de gente, que está no processo de mostrar que sofrer faz parte. Tá tudo certo, tá tudo bem não estar bem o tempo todo! [...] Então, uma das coisas que a gente tem que fazer é capacitar a sociedade para enxergar e saber as formas de prevenção, né? (Entrevista 15 – membro do Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio).

O relato da Entrevista 15 fortalece os argumentos trazidos anteriormente, ressaltando as potencialidades do território, tendo os sujeitos como agentes de resistência à racionalidade neoliberal. A entrevistada sublinha a importância de capacitar a sociedade para reconhecer e acolher o sofrimento, normalizando-o como parte da vida. Isso reforça que a prevenção do suicídio deve ir além das respostas emergenciais, integrando ações comunitárias e o fortalecimento de redes locais de apoio, que dialoguem com a comunidade e valorizem os ativos territoriais, dentro de um processo de contínua formação de atores sociais para acolher pessoas em sofrimento psíquico e em situações de crise.

Entretanto, é fundamental que essas iniciativas tenham uma base epistemológica sólida, capaz de enfrentar discursos com sentido de constrangimento de ações comunicativas, ou pior, de restrição da ação coletiva de prevenção do suicídio. A crítica ao neoliberalismo é particularmente pertinente neste sentido, pois segue na contramão da razão instrumental, ao passo que acusa a relação entre a clínica do suicídio e estratégias de gestão do sofrimento social. Destaca-se, contudo, que a prevenção do suicídio não deve seguir a lógica de "tentativa e erro", mas fundamentar sua ação em evidências e identificar as abordagens mais adequadas a cada contexto, em um exercício contínuo de análise e aperfeiçoamento das estratégias e políticas públicas.

Ao justificar o agir comunicativo como episteme da saúde mental, enfatiza-se a necessidade de um esforço coletivo para primeiro, reconhecer o fenômeno como um problema social complexo e multifacetado, e segundo, promover um diálogo ampliado com a sociedade sobre as causas e formas de prevenção. Afinal, o sentido da ação comunicativa não é apenas reduzir a proporção de óbitos por 100 mil habitantes, mas identificar as contradições de nosso tempo que fazem da morte autoprovocada uma das principais causas de óbito no planeta, no Brasil e no Rio Grande do Sul.

Portanto, é decisiva a construção de uma cultura de prevenção do suicídio em todos os setores da sociedade. Essa transformação demanda a mobilização de saberes, experiências e recursos locais e regionais, promovendo a solidariedade e a empatia como valores

indispensáveis à clínica do suicídio. A implementação de iniciativas que priorizem a escuta ativa e o acolhimento nas comunidades são exemplos de estratégias de intervenção sobre o fenômeno, objetivando não apenas a redução das taxas de mortalidade, mas assumindo um compromisso coletivo pela vida.

Em síntese, o agir comunicativo se apresenta como uma alternativa eficaz à clínica do suicídio convencional, priorizando a escuta e a valorização das redes sociais comunitárias. Compreende-se que esta abordagem desafia a racionalidade neoliberal, que marginaliza o sofrimento psíquico, e promove uma cultura de prevenção que reconhece o indivíduo como parte ativa do meio social. Ao reordenar a relação entre o sujeito e o território, o agir comunicativo transmite um sentido mais empático para as estratégias de prevenção do suicídio, ao tempo em que reduz barreiras no debate público, fortalecendo o sentido de saúde mental como um direito social.

5.2 O lugar dos territórios na prevenção do suicídio: conhecer, planejar e agir

A contribuição do campo do desenvolvimento regional para a prevenção do suicídio é substancial. O planejamento territorial não é apenas uma ferramenta técnica; é um processo que deve incorporar a escuta ativa das comunidades, a análise crítica dos dados disponíveis e a adaptação das intervenções às especificidades locais. Cada território possui características particularidades que influenciam na saúde mental de seus habitantes, e é no campo das ciências sociais aplicadas que estas características são observadas.

A primeira etapa na formulação de uma política de prevenção do suicídio deve ser um diagnóstico abrangente que considere as particularidades do território. Esse diagnóstico não se limita a dados estatísticos; envolve também a compreensão das dinâmicas sociais e das narrativas culturais que permeiam a vida da população. Fatores como a qualidade dos serviços de saúde mental, a presença de redes de apoio social, as condições de trabalho e a infraestrutura local são determinantes. Para isso, a utilização de metodologias participativas, como oficinas e grupos focais, pode ser um caminho para engajar a comunidade e garantir que suas vozes sejam ouvidas.

Considera-se que a experiência de construção da Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio é um exemplo bem-sucedido de uma construção colaborativa de uma

polícia pública. Esta iniciativa começou com um levantamento de dados e seminários realizados em regiões de saúde, através do Observatório do Suicídio e do Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Em encontros regionais, o grupo de trabalho responsável pela divulgação de dados de mortalidade do Estado, promoveram espaços de diálogo e reuniram, em diferentes ocasiões, trabalhadores da saúde mental, gestores públicos e pesquisadores sobre suicídio, para elaborar propostas de intervenção no âmbito de sua região e do estado. Foi esse processo, que culminou na criação de um plano de ação, a partir da integração da análise de dados epidemiológicos e da participação comunitária em encontros estratégicos. Ademais, este trabalho teve a revisão contínua do Comitê Estadual, que se manteve sensível às mudanças nas necessidades da população em relação ao fenômeno. A realização destas etapas, que iniciaram em 2017 com os primeiros Seminários Regionais de Prevenção do Suicídio, e permanecem como proposta de construção de agendas sobre o tema até hoje, estão materializadas no Plano Estadual em vigência no Rio Grande do Sul.

Entretanto, a implementação de políticas públicas não deve ser vista como um mero cumprimento de um cronograma, mas sim como um processo dinâmico que requer o envolvimento de diversos setores — saúde, educação, assistência social e segurança pública, meio ambiente, habitação, cultura, entre outros. Essa intersectorialidade deve promover uma rede de proteção social que responda de maneira integrada às complexidades que envolvem o suicídio. Nisto, a formação de profissionais de saúde e educação pode ser um componente central desse processo, preparando-os para abordar questões de saúde mental de maneira adequada com públicos jovens.

Além disso, a promoção de campanhas de conscientização sobre saúde mental deve ser planejada para destigmatizar o suicídio e incentivar a busca por ajuda, não em um sentido impositivo, mas comunitário e solidário. O impacto dessas campanhas depende de sua capacidade de se conectar com a comunidade, utilizando linguagem e símbolos que ressoem com a cultura local. Exemplos de campanhas bem-sucedidas podem servir de modelos para outros territórios, contudo sua efetividade dependerá do sentido dado pela comunidade local, tanto ao fenômeno como problema, quanto às estratégias de prevenção.

Ainda mais relevante, e indispensável à realização de qualquer política pública, é sua justificação na esfera pública como um problema social. Neste ponto, a comunicação é o instrumento mais adequado para alcançar atores e instituições capazes de amplificar o debate público. Apesar das campanhas de prevenção cumprirem esse papel, seu caráter sazonal

dificulta um debate de profundidade sobre o tema. Para que a compreensão do suicídio e sua prevenção entre, de fato, nas agendas de governos gaúchos, é necessário que este debate transcenda as estruturas de gestão do Estado e passe a ser desenvolvido nos diferentes espaços de diálogo da sociedade. Escolas, Igrejas, associações, instituições desportivas e culturais etc., tornam-se espaços fundamentais para ampliação do debate sobre prevenção do suicídio.

No que diz respeito ao monitoramento e avaliação das políticas públicas, entende-se como fundamental aderir à abordagem colaborativa, envolvendo diferentes atores sociais do território no processo de planejamento. No mesmo sentido, o monitoramento não deve ser mera formalidade, mas uma oportunidade de aprendizado e adaptação. A coleta de dados deve incluir indicadores de participação da população na construção das estratégias de promoção de saúde mental e bem-estar social.

Ainda, deve-se considerar e qualificar continuamente a análise de dados estatísticos, já utilizados como indicadores de avaliação de políticas de saúde mental. Dados sobre mortalidade por suicídio e tentativas de suicídio no Brasil e no Rio Grande do Sul são elementos que auxiliam na compreensão do fenômeno e orienta a alocação de recursos públicos, mediante a identificação de regiões com maior ou menor incidência do problema. Além disso, é importante que esses dados sejam apresentados de forma acessível à comunidade, com uma comunicação adequada e informativa.

Embora existam poucas experiências de políticas de prevenção do suicídio com dados qualitativos, algumas iniciativas destacadas ao longo da tese evidenciam as capacidades do território gaúcho em fornecer respostas participativas ao problema. O projeto "Vida Sim", no município de Candelária, exemplifica uma abordagem comunitária eficaz, adaptando a comunicação ao público do campo e incluindo em suas estratégias ações voltadas aos fumicultores e aos jovens do meio rural. Outro exemplo é analisado por Botega (2004), quando demonstra que o contato telefônico para pessoas com ideação suicida tende a gerar um impacto significativo na redução das mortes autoprovocadas. Com novas pesquisas, também surgiram novos repertórios de ação coletiva, em uma contínua revisão dos modelos de intervenção para redução do suicídio.

Em um nível mais amplo, é necessário produzir estudos que reflitam sobre as estruturas sociais e econômicas que influenciam a saúde mental das populações. A intersecção entre a desigualdade social, a pobreza e as taxas de suicídio é um tema que merece uma análise

aprofundada e que carece de estudos com grande abrangência, sobretudo estudos com recortes regionais. Políticas de prevenção que não consideram esses fatores mais amplos correm o risco de falhar em suas abordagens e tornarem-se meras replicadoras de discursos e ações. Assim, desenvolver os territórios, no sentido de mitigar as desigualdades sociais e garantir acesso aos direitos sociais pode, indiretamente, contribuir para a redução das taxas de suicídio.

Por fim, a prevenção do suicídio deve ser encarada como um compromisso coletivo que requer conhecimento profundo dos territórios, um planejamento cuidadoso e uma ação integrada entre governos e sociedade. O campo do planejamento urbano e regional oferece ferramentas para qualificar as ações já desenvolvidas e promover uma reflexão crítica sobre o lugar dos territórios na prevenção do suicídio e, principalmente, na promoção de saúde mental para todos.

5.2.1 Bem-estar social como estratégia de promoção da vida e prevenção do suicídio

O último argumento defendido nesta tese é que a promoção do bem-estar social é o caminho mais efetivo para a prevenção do suicídio. Em um cenário de contínuo aumento das taxas de suicídio no estado gaúcho e da tendência nacional de crescimento de doenças ligadas ao sofrimento psíquico, torna-se imprescindível que as abordagens de intervenção se afastem de soluções meramente reativas e abracem uma perspectiva proativa, centrada na construção de um ambiente social que promova o bem-estar integral dos sujeitos e a sustentabilidade dos territórios.

O suicídio é um fenômeno que se entrelaça com diversos fatores sociais, econômicos e culturais, servindo como indicador do sofrimento social. A prevenção, portanto, deve ultrapassar intervenções pontuais, enfrentando as contradições que intensificam o sofrimento e conduzem à ideação suicida. Políticas públicas focadas no bem-estar social garantem dignidade e ampliam as oportunidades de desenvolvimento, promovendo equidade e solidariedade. Investir em saúde, educação, emprego e habitação digna são exemplos de ações capazes de transformar realidades, fortalecendo o vínculo social que previne e protege o indivíduo em situações de crise.

Ademais, a saúde mental é um pilar central do bem-estar social. O acesso a serviços de saúde mental, aliado à criação de espaços comunitários de acolhimento, incentiva indivíduos a buscarem apoio antes de alcançarem estágios críticos de sofrimento. A racionalidade neoliberal,

no entanto, representa o principal desafio à construção do bem-estar através da saúde mental, pois organiza discursos que inibem a expressão de angústias e exacerba a competitividade entre indivíduos e territórios. Neste sentido, considera-se que a inclusão do debate sobre saúde mental na educação básica é uma estratégia essencial para enfrentar essa nova racionalidade. Um ambiente escolar acolhedor e livre de barreiras comunicacionais prepara as novas gerações para lidarem com suas emoções e buscarem ajuda quando necessário.

A construção de redes de apoio social também é fundamental para a efetividade da prevenção do suicídio. O isolamento e a solidão são fatores de risco amplamente reconhecidos e devem ser enfrentados de forma qualificada, impulsionando a participação comunitária, ao invés de impor a “busca por ajuda”. Programas que incentivam a interação comunitária, como grupos de apoio e eventos culturais, fortalecem os laços sociais e promovem o pertencimento dos indivíduos ao meio. Espaços de convivência que valorizam a empatia e a solidariedade tendem a oferecer suporte emocional, ao permitir aos sujeitos compartilharem suas angústias e criar significados comuns para o seu sofrimento.

Por esta razão, a intersetorialidade nas políticas públicas é indispensável. O bem-estar social não deve ser visto como responsabilidade de um único setor, tampouco uma estratégia subordinada às lógicas de políticas econômicas. A integração de políticas de saúde, educação, assistência social, meio ambiente e cultura potencializa as soluções e promove avanços concretos no desenvolvimento dos territórios. Por exemplo, a articulação entre escolas e serviços de saúde facilita o acesso a intervenções precoces e ao suporte emocional de jovens. Assim como a cooperação entre saúde mental e assistência social permite abordar questões estruturais, como desemprego e moradia, fatores que afetam fortemente a vida dos indivíduos. Um modelo de intervenção intersetorial, que integre todas as dimensões da vida em sociedade, oferece o caminho mais eficaz para prevenir o suicídio e mitigar os danos às famílias e amigos das vítimas.

A educação em saúde mental é outro eixo central das políticas de bem-estar social e devem estar articuladas com uma análise conjuntural dos territórios. Programas que tratam a saúde mental em escolas e comunidades desestigmatiza a busca por apoio, não apenas em situações de crise, mas de forma preventiva e contínua. Capacitar indivíduos a reconhecerem sinais de sofrimento em si e nos outros é uma etapa necessária na construção de uma cultura do cuidado. Isso inclui a formação de educadores capacitados para lidar com o sofrimento, com sensibilidade e eficácia, integrando esse conhecimento no cotidiano comunitário.

Sobre isso, reconhece-se que as tecnologias digitais, muitas vezes associadas a impactos negativos na saúde mental, podem ser aliadas poderosas na prevenção do suicídio. Plataformas digitais ampliam o acesso a informações e serviços de apoio, permitindo a criação de redes virtuais que superam barreiras geográficas. Comunidades virtuais oferecem espaços de acolhimento e apoio mútuo; enquanto campanhas de conscientização podem ser segmentadas e direcionadas, com o potencial de alcançar grupos específicos de maneira mais eficaz. Além disso, o uso de algoritmos para detectar sinais de sofrimento psíquico em interações online possibilita intervenções precoces, embora seja necessário garantir que esses processos respeitem princípios éticos e sejam acompanhados por profissionais qualificados.

Outro elemento que merece destaque é a mobilização contínua da esfera pública em torno de problemas locais. O diálogo aberto e a colaboração entre governo, organizações e grupos sociais tende a gerar soluções mais duradouras e efetivas para os problemas comuns do território. A participação comunitária na formulação e implementação de políticas de saúde mental também qualifica as intervenções e distribui a responsabilidade pelos resultados esperados. Essa participação ativa assegura que as ações atendam às necessidades locais, enquanto incentiva os cidadãos a se tornarem protagonistas na produção de bem-estar social.

Por fim, ressalta-se que a promoção do bem-estar social deve ser encarada como um investimento de longo prazo e um compromisso ético da sociedade. Cada vida perdida para o suicídio é uma tragédia evitável, e a prevenção é uma responsabilidade coletiva. Implementar políticas que priorizem o bem-estar social é, portanto, mais do que evitar mortes: é promover uma sociedade mais justa, humana e solidária.

Em síntese, a promoção do bem-estar social configura-se como uma estratégia central na prevenção do suicídio, pois, cria condições que garantem a dignidade e a qualidade de vida dos indivíduos, permitindo um desenvolvimento mais justo ou, pelo menos, com barreiras sociais menores. A construção de um ambiente que valorize a experiência humana e promova o desenvolvimento coletivo oferece a base para uma prevenção eficaz, efetiva e com impactos duradouros. O suicídio, nesse contexto, é um desafio que deve ser enfrentado coletivamente, com base na solidariedade e no compromisso com a promoção de uma vida digna a todos os povos, superando as desigualdades que causam tanto sofrimento social.

6. CONCLUSÕES

Chegar ao capítulo final desta tese manifestou sentimentos ambíguos de satisfação e melancolia no autor – afinal, foram oito anos de trabalho e pesquisa na pós-graduação a partir de uma mesma problemática. Neste processo de formação, buscou-se reflexões que, de fato, contribuíssem com o debate público acerca da ideação suicida, identificando causas e consequências e, em especial, as diferentes formas de prevenção praticadas atualmente. Ao longo de quase uma década, este autor evidenciou o tema em trabalhos de conclusão de curso e residência em saúde, mestrado e [agora] doutorado. Além disso, abordou o tema em dezenas de aulas, palestras, entrevistas, eventos e publicações acadêmicas, em uma constante busca por novas reflexões a respeito do sentido que o suicídio tem em nossa sociedade.

Neste processo, percebeu-se que a prevenção do suicídio não é apenas uma responsabilidade institucional ou uma questão que pode ser abordada unicamente por meio de políticas públicas. Tampouco pode ser categorizada pelas ciências de forma privada, pois suas razões transcendem a racionalidade e, sequer como assunto privado do ambiente familiar ou, ainda, como mística religiosa ou tabu. Trata-se de um fenômeno universal, manifesto em todos os povos e períodos da história humana, sendo sua incidência uma expressão das contradições entre o sujeito, o território e o modelo de acumulação. O suicídio existiu em diferentes culturas, contextos e arranjos sociais, porém sua ascensão como “problema público” teve início no final do século XX, e atualmente figura entre as principais causas de morte no mundo.

O que a pesquisa revelou, de forma ainda inicial, é que a prevenção deve se estruturar especialmente nos ativos territoriais presentes no cotidiano das pessoas. Foi possível notar, através da análise dos discursos presentes na esfera pública gaúcha, que o sentido dado à vida humana se interrelaciona com o território, e que é nas relações comunitárias que repousa o maior potencial para redução do sofrimento psíquico e social.

No entanto, a ideia de que “pessoas comuns” podem e devem ser atores na prevenção do suicídio desafia a referência constituída ao campo da saúde e, sobretudo, a identificação do problema aos setores específicos da saúde mental, como a psiquiatria e a psicologia. A crítica recai à fragmentação do problema em nichos “especializados”, o que frequentemente coloca sobre os profissionais de saúde uma responsabilidade que não lhes cabe: evitar que uma pessoa tente contra sua própria existência.

No ensejo desta ideia, destacou-se repertórios de ação que valorizam o lugar dos territórios na construção de redes de apoio para a prevenção. Fortalecer as relações interpessoais e promover ambientes solidários são instrumentos ainda pouco utilizados em ações de prevenção em saúde mental, apesar de seu potencial inovador para acolher pessoas em situações de intenso sofrimento. Ações simples, como uma conversa despretensiosa, podem ser transformadoras para sujeitos com ideação suicida, atuando como um primeiro passo na identificação de sinais de alerta e na oferta de suporte profissional. Além disso, iniciativas comunitárias que incentivam o diálogo aberto sobre problemas locais têm forte potencial para construir respostas aos problemas comuns de uma população. Neste sentido, defende-se que delinear o suicídio como um problema de saúde pública prejudica, inclusive, seu potencial de crítica social. Pois, entende-se que são as contradições manifestas pelo sofrimento que mobilizam cidadãos a se tornarem agentes de transformação, e que é neste processo que se desenvolve uma *cultura do cuidado*.

Ademais, o envolvimento das comunidades em ações de prevenção torna-se ainda mais relevante em contextos de crise, como desastres ambientais ou pandemias, quando a demanda por acolhimento do sofrimento supera dramaticamente a disponibilidade de profissionais em saúde mental. Nesses momentos de intenso sofrimento social, redes de apoio formadas por amigos, familiares, vizinhos e colegas de trabalho podem fazer uma diferença significativa na taxa de adoecimento psíquico de uma população, reafirmando a ideia de que a prevenção é uma responsabilidade coletiva. O fortalecimento dessas redes de forma antecipada, ou seja, antes que haja um evento de crise, pode servir como um antídoto à solidão e ao desespero que acompanham a incerteza de viver em um território tão afetado pelas mudanças climáticas e sociais, como no caso do Rio Grande do Sul.

Ao longo da construção desta tese, vivenciou-se dois eventos extremamente dramáticos para o povo riograndense: I) A pandemia de Covid-19, que matou mais de 40.000 gaúchos, tendo forte impacto na economia e na gestão pública do Estado; e II) As enchentes de 2023 e 2024, que afetaram mais de 2.000.000 de habitantes, destruindo casas, plantações, empresas e causando prejuízos ainda não contabilizados na infraestrutura do Estado e, especialmente, no Meio Ambiente. Estes dois eventos, nos quais o autor desta tese atuou diretamente na função de assistente social, marcaram fortemente a percepção sobre quanto sofrimento o ser humano é capaz de gerar e, também, a capacidade humana de transformar momentos de crise em oportunidades para fortalecer a solidariedade.

Por estes e outros motivos, a pesquisa limitou-se a um recorte daquilo que se esperava discutir no início do trabalho, afinal, tanto a pandemia de 2020 e 2021, quanto as enchentes de 2023 e 2024, afetaram o cronograma da tese. Apesar de terem sido realizadas 36 entrevistas semiestruturadas, muitos outros atores sociais poderiam ter sido incluídos na pesquisa, não fosse os limites de tempo e as particularidades do período. Mesmo utilizando-se de ferramentas virtuais para realização de parte das entrevistas, a maioria dos participantes são servidores públicos que estiveram à frente do trabalho de atendimento às vítimas, em ambos os eventos. Apesar disso, a decisão metodológica pela análise de discurso permitiu responder aos questionamentos iniciais da tese e forneceu a base para execução de novas investigações sobre o sentido da prevenção do suicídio e suas formas de prevenção.

Neste sentido, a tese inicia apresentando a abordagem metodológica e os instrumentos de pesquisa, dando destaque para a Teoria do Agir Comunicativo e para a Análise Crítica do Discurso. A união da teoria habermasiana com o método de Michel Pêcheux permitiu construir uma reflexão crítica sobre os discursos que organizam as estratégias de prevenção do suicídio no Rio Grande do Sul, apesar das dificuldades de trabalhar com dois referenciais tão distintos e qualificados. O capítulo primeiro (Introdução) também introduz o leitor à abordagem crítica ao neoliberalismo que o autor assumiu ao longo do texto, enfatizando que a racionalidade neoliberal produz sofrimento social e que sua hegemonia se estabelece como uma patologia causadora de adoecimento psíquico, a partir de um diálogo com pensadores clássicos e contemporâneos de diferentes áreas (psicanálise, psicologia social, sociologia, antropologia, história etc.), a fim de evidenciar o sentido do discurso do próprio autor.

No segundo capítulo, buscou-se produzir uma revisão bibliográfica das categorias centrais da tese, com ênfase em trabalhos que analisaram as normas sociais ligadas ao suicídio e à complexidade dos discursos que envolvem essa problemática. As disputas pelo que é aceito e reconhecido no campo da saúde mental evidenciaram que o tema é objeto de tensões entre os diferentes tipos de prática social e que, até hoje, enfrenta barreiras para inclusão nas agendas de políticas públicas. A falta de reconhecimento do sofrimento social e psíquico no contexto neoliberal é uma das barreiras que precisam ser superadas. Ademais, entende-se que o neoliberalismo estabelece condições que retiram do Estado a responsabilidade pela oferta de políticas de bem-estar social, delegando ao mercado e, principalmente aos indivíduos, a tarefa de responder ao crescimento do mal-estar social.

Entretanto, a literatura de referência do campo do desenvolvimento regional trouxe à luz a influência que o território possui na relação do indivíduo com a sociedade e como é capaz de resistir à racionalidade hegemônica. Afinal, como bem-dito pelo saudoso professor Milton Santos, “o território mostra que há coisas que não se podem desmanchar” (Santos, 1999, p. 7). Isso significa que a racionalização não se difunde de maneira uniforme pelo território, variando conforme as escalas global, nacional, regional e local, o que influencia tanto a assimilação da racionalidade hegemônica quanto na organização de resistências. Isto ficou evidente na variedade de repertórios de ação que os atores sociais e instituições gaúchas desenvolveram no enfrentamento das altas taxas de mortalidade, ao longo de quase duas décadas de atenção a este fenômeno.

Destacou-se, ainda, como a racionalidade epidemiológica é pautada pela razão instrumental, sendo a forma de comunicação hegemônica entre o mundo da vida e o Estado, no que diz respeito às políticas públicas de prevenção do suicídio. Embora esses dados sejam fundamentais para revelar incidência e causas dos óbitos no Rio Grande do Sul, a análise socioterritorial proposta na tese considerou fatores pouco trabalhados pela bibliografia de referência. Fatores como desigualdade, precariedade dos serviços públicos, educação e trabalho, meio ambiente e outras, são elementos tão ou mais relevantes do que as taxas de mortalidade, na compreensão de um fenômeno como um problema público. Assim, argumenta-se que a utilização exclusiva de indicadores quantitativos desconsidera as subjetividades e as particularidades regionais, reforçando o apagamento das causas sociais e territoriais implícitos ao sofrimento psíquico.

Ainda no capítulo dois, buscou-se evidenciar a relevância do tema na contemporaneidade, sendo uma das principais causas de mortalidade entre os jovens gaúchos e representar mais de 25% do total de notificações de violência do Estado – até setembro de 2024, registrava-se 28,7% das notificações de violência da região metropolitana como tentativas de suicídio; 29,10 % na região Centro-Oeste e mais de 35% na região dos Vales (BI Saúde/SES, 2024). Os dados apresentados em tabelas, gráficos e mapas buscaram evidenciar o suicídio não apenas como problema de saúde, mas como temática de extrema relevância para as ciências sociais, sobretudo no contexto brasileiro. O recorte territorial considerou a relevância do Estado na construção de políticas de prevenção do suicídio no Brasil, tendo sido palco dos principais eventos sobre o assunto. De fato, o Rio Grande do Sul acumula experiências na criação de estratégias de prevenção do suicídio e isto deve-se, em parte, ao fato de ser o território com maior incidência deste tipo de óbito.

O terceiro capítulo, por sua vez, mergulha na contextualização sócio-histórica da prevenção do suicídio no Estado, ilustrando como o avanço da problemática na esfera pública acompanha um movimento nacional e internacional de debates sobre o tema. A linha do tempo destacada na tese exemplifica a relação entre propostas da OMS e a atenção dos governos nacionais ao tema no início dos anos 2000. Contudo, é apenas na última que o tema assume protagonismo nas agendas de políticas públicas dos estados e municípios. A linha do tempo das políticas de prevenção também destacou as conquistas do território gaúcho, enfatizando e refletindo sobre cinco estratégias principais desenvolvidas no Estado: I) A campanha “Setembro Amarelo”, que envolve uma parcela significativa das instituições gaúchas, apesar que de forma temporária e pontual; II) Os Comitês Intersetoriais de Prevenção do Suicídio, que se mostraram como instrumentos relevantes na promoção do debate público e qualificação das ações preventivas, tanto na escala estadual quanto municipal; III) A criação do Observatório de Análise da Situação do Suicídio no Rio Grande do Sul e sua importância para verificar o impacto de políticas de prevenção, além de ser um mecanismo de informação para a população e gestores públicos; IV) A publicação da primeira Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, em 2019, assumindo um compromisso de Estado com a problemática e trazendo repertórios inovadores de intervenção; e V) O processo de execução, monitoramento e avaliação da Política Estadual, através do Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (2022 – 2025), que segue em vigência.

Percebeu-se, ao relacionar os resultados da pesquisa exploratória, bibliográfica e a análise de dados socioterritoriais, com a análise de discurso dos atores sociais entrevistados, que o território possui um conhecimento próprio a respeito das melhores estratégias para atender demandas de ideação suicida. Este conhecimento baseia-se, primariamente, na referência à produção científica local, mantendo em constante evidência na esfera pública, autores gaúchos dedicados à pesquisa sobre a problemática. Isto se evidenciou pela repetição de argumentos utilizados pelos atores sociais e sua intrínseca ligação com publicações de referência no tema, a maioria com a participação de pesquisadores gaúchos ou a pesquisas desenvolvidas no território. É fato que, por ser o estado com maior incidência de suicídios, grande parte da produção de referência sobre o tema considerou o Rio Grande do Sul como recorte territorial. Além disso, a consolidação dos Comitês abriu espaço para a produção de conhecimento, o que permitiu a publicação periódica de dados e boletins epidemiológicos sobre o suicídio.

Todavia, é no quarto capítulo da tese que o debate sobre a interrelação entre o território e as estratégias de prevenção se estabelece, tendo como base o resultado da análise de discurso com atores sociais relevantes na esfera pública gaúcha. Destaca-se que esta foi a etapa mais desafiadora da pesquisa, pois trouxe à tona reflexões ainda inéditas no campo e evidenciou um envolvimento que ultrapassa a simples execução de uma tarefa. Entre as 36 entrevistas realizadas, identificou-se aqueles sujeitos que atribuem à prevenção do suicídio seu principal objeto de trabalho, dedicando-se ao desenvolvimento das estratégias e instrumentos disponíveis à sua prevenção. Essas conversas ampliaram a percepção do autor sobre as práticas de intervenção em situações de crise, e demonstraram a pluralidade de repertórios que estes atores sociais mobilizam.

A crítica à racionalidade instrumental presente no campo da saúde mental foi confrontada com os discursos de trabalhadores do campo que, em seu cotidiano de trabalho, incorporam um agir comunicativo, buscando a construção de entendimentos sobre o tema. À medida que a análise das entrevistas foi concluída, revelou-se uma racionalidade contra-hegemônica, que priorizava a construção de entendimentos e era capaz de articular consensos sobre as estratégias de prevenção do suicídio.

Neste sentido, foi aplicado a análise de discurso aos quatro enunciados de maior relevância e com maior referência dos atores e instituições do Estado. A primeira delas, a frase “peça ajuda”, se mostrou como um consenso por não haver oposição a ela nos discursos ou práticas profissionais. Apesar de haver críticas quanto ao sentido impositivo da frase e da possível transferência da responsabilidade pelo cuidado para o indivíduo em crise, seu uso no contexto gaúcho indica um sentido de solidariedade, visando estimular aqueles que sofrem a compartilhar sua vivência com pessoas próximas. No mesmo sentido, a identificação dos “fatores de risco” é uma proposta comum aos atores sociais, mesmo que sua referência limite os repertórios de ação aos protocolos clínicos. Contudo, o território demonstrou exercer influência na identificação dos fatores de risco e de proteção, adaptando o discurso hegemônico ao contexto local e regional. Exemplo disso está na orientação institucional de classificar os fumicultores como público de risco em regiões de predominância agrícola do Estado, entre outras características locais que se desdobram em estratégias singulares de prevenção. Outrossim, o enunciado “precisamos falar sobre suicídio”, apesar de comum a outras temáticas, tornou-se um forte argumento na esfera pública riograndense. Os sentidos atribuídos a estes discursos demonstram a capacidade do território em criar sentidos alternativos à racionalidade neoliberal.

O capítulo também traz uma crítica ao caráter sazonal da campanha “Setembro Amarelo”, descoberta através da análise das entrevistas semiestruturadas e que se mostrou como um consenso entre os atores sociais. Supreendentemente, o território assume uma postura crítica ao desvincular as ações do Estado da campanha da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), no sentido de que a prevenção do suicídio deve ser uma ação contínua ao longo do ano e incorporada ao cotidiano das pessoas. Esta foi, talvez, a descoberta mais inovadora da pesquisa, pois além de demonstrar a construção de um consenso anti-hegemônico, a crítica ao caráter sazonal da campanha fomentou formas de agir alternativas. Neste ponto, evidenciou-se o uso do agir comunicativo na construção de propostas de ação – uma surpresa que qualificou o debate proposto no capítulo seguinte. O capítulo quatro conclui com a firme convicção de que a ação social é imprescindível na luta contra o suicídio, desafiando as normatizações das práticas de prevenção e defendendo uma abordagem que envolva as complexidades da experiência humana no mundo da vida. Ao articular a diversidade de sentidos e a crítica à colonização das ações de prevenção pela razão instrumental, propõe-se uma mudança de paradigma para as estratégias de prevenção do suicídio.

No quinto e último capítulo da tese, destaca-se a relevância do território na promoção de bem-estar social e na referência dada às relações sociais em ações de prevenção do suicídio. Defende-se que a prevenção precisa estar enraizada no "mundo da vida", promovendo o diálogo e a empatia como suporte social fundamental no acolhimento de pessoas com ideação suicida. As comunidades locais e regionais devem ser protagonistas nesse trabalho, pois é na convivência comunitária que a ação coletiva tem sentido para o sujeito, e é onde são construídos laços de solidariedade duradouros. Mais do que campanhas formais e mobilizações sazonais, o ato de prevenir suicídios deve ser parte da vida cotidiana, permitindo que o compartilhamento de significados para o sofrimento social crie as condições para uma mudança real na sociedade.

A pesquisa com atores sociais ligados à problemática revelou que parte importante da prevenção acontece nas interações cotidianas e na construção de laços sociais e que são estas articulações que garantem a identificação de casos mais graves, bem como os ativos necessários para evitar mortes. A prevenção do suicídio, portanto, vai além de uma abordagem técnica ou do atendimento de profissionais especializados. Antes, estabelece-se como um imperativo ético, exigindo que as comunidades estejam mais atentas às necessidades de bem-estar e às relações sociais.

Sobre isso, foi crucial relacionar o debate sobre saúde mental, bem-estar social e desenvolvimento regional, considerando o campo do planejamento urbano e regional como um forte aliado no trabalho de conhecer e propor respostas aos problemas socioterritoriais. Para tanto, o planejamento dos territórios deve exercer suas funções com sensibilidade aos fenômenos causadores de mal-estar e sofrimento, priorizando a qualidade de vida em todos os projetos de desenvolvimento territorial. O fato de realizar esta pesquisa em um dos mais prestigiados programas de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional do país, possibilitou interrelacionar a temática do suicídio com os saberes próprios do campo, dentro de um contexto que possibilita o diálogo franco sobre a temática.

Ressalta-se que a participação do autor como representante institucional em comitês de prevenção do suicídio nos municípios de Santa Cruz do Sul, entre 2017 e 2022, e Venâncio Aires, desde 2024, além de participar como observador no Comitê Estadual, entre 2023 e 2024, permitiu refletir com diversos atores sobre as afirmações desta tese. Ademais, ao atuar diretamente com comunidades afetadas pelas enchentes de 2023 e 2024, na condição de assistente social, e vivenciar o sofrimento social causado pelas crises socioambientais, pôde-se ter uma dimensão do problema que o território gaúcho enfrentará com as mudanças climáticas, sendo cada vez mais necessário o resgate do sentido de solidariedade e a mobilização coletiva para a promoção do bem-estar social do povo riograndense.

Em conclusão, reconhece-se os limites da tese frente a um assunto tão complexo e polêmico quanto o suicídio e sua prevenção. Buscou-se contribuir com o debate público sobre o tema, sem constranger argumentos contrários e sem estabelecer certezas ou desqualificar outras descobertas. Pelo contrário, esta tese nasce como uma proposta inicial de discussão sobre novas abordagens para a prevenção do suicídio, visando qualificar o trabalho e, sobretudo, prevenir a morte prematura de pessoas devido à falta de capacidade de cuidado de nossa sociedade.

Nas últimas linhas deste texto, destaca-se que a dor de uma perda por suicídio deixa marcas profundas aos que ficam e devemos perseverar na compreensão do sentido que este tipo de morte carrega como crítica social. Transformar a dor de alguém em consciência [de classe] é uma tarefa perene àqueles que compreendem o sofrimento como produto das desigualdades e injustiças do capitalismo, e é sobre esta consciência que germina as bases para uma nova ordem societária, livre da exploração e da dominação de classes sociais.

7. REFERÊNCIAS

- AGGARWAL, S.; PATTON, G.; BERK, M.; PATEL, V. Psychosocial interventions for self-harm in low-income and middle-income countries: systematic review and theory of change. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, v. 56, n. 10, p. 1729-1750, 2021.
- AGUIAR, Laurem Janine Pereira de. *O nó da nossa solidão: uma análise sobre suicídio no Brasil*. 2023. 215 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2023.
- AGUILAR FILHO, Hélio Afonso de; FONSECA, Pedro Cezar Dutra. Instituições e cooperação social em Douglass North e nos intérpretes weberianos do atraso brasileiro. *Estudos Econômicos*, v. 41, n. 3, p. 551-571, jul./set. 2011.
- ALMEIDA, Letícia Núñez; SILVA, Jennifer; FÉLIX, Agnes; ROCHA, Rafael Augusto Masson. O suicídio no Brasil: um desafio às ciências sociais. *Rebela*, v. 5, ed. 3, p. 510-531, 2015.
- ALMEIDA, Rosa Maria Martins de; FLORES, Antoníele Carla Stephanus; SCHEFFER, Morgana. Ideação suicida, resolução de problemas, expressão de raiva e impulsividade em dependentes de substâncias psicoativas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 26, p. 1-9, 2013.
- AMARAL, Stefany Silva. Suicídio no RN e sua relação com determinantes espaciais, urbanização, desenvolvimento e outros fatores socioeconômicos. *Revista Brasileira de Estudos Regionais e Urbanos*, v. 13, ed. 2, p. 288-308, 2019.
- ANDERSON, Perry. Balanço do Neoliberalismo. In: EMIR, Sader; GENTILI, Pablo Gentil (Org.). *Pós-neoliberalismo: As políticas Sociais e o Estado Democrático*. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- ANDREWS, Christina. Jürgen Habermas sobre revolução e fim da história. *Margem*: São Paulo, n. 17, p. 129-146, 2003.
- ANTONI, Patricia. *Como estruturar um comitê intersetorial de prevenção do suicídio: Guia orientador*. 2023. 22 f. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, 2023.
- ARAFAT, SM Yasir. *Mental health and suicide in Bangladesh*. In: *Suicide in Bangladesh: Epidemiology, Risk Factors, and Prevention*. Singapore: Springer Nature Singapore, 2023. p. 31-42.
- 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.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). Campanha Setembro Amarelo®. 2024. Disponível em: <https://www.abp.org.br/>. Acesso em: 15 set. 2024.
- AZEVEDO, Sérgio de. Modelos e Políticas Públicas. *FASE: Observatório IPPUR/UFRJ*, Rio de Janeiro, v. 6, ed. 1, p. 38-44, 2003.
- BAERE, Felipe de; ZANELLO, Valeska. O gênero no comportamento suicida: Uma leitura epidemiológica dos dados do Distrito Federal. *Estud. psicol. (Natal)*; v.23, n.2, p.168-178, 2018.
- BAGGIO, Lissandra; PALAZZO, Lílian S.; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 142-150, 2009.

- 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.
- BARBAGLI, Marzio. *O suicídio no Ocidente e no Oriente*. Tradução de Federico Carotti. Petrópolis-RJ: Vozes, 2019.
- BARBOSA, Fabiana de Oliveira; MACEDO, Paula Costa Mosca; SILVEIRA, Rosa Maria Carvalho da. Depressão e o suicídio. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 233-243, jun. 2011.
- 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.
- BERTOLETE, José Manoel et al. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychological Medicine*, Cambridge, v. 35, n. 10, p. 1457–1465, 2005.
- 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, 144p.
- BERTOLETE, José Manoel; FLEISCHMANN, Alexandra. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World psychiatry*, v. 1, ed. 3, p. 181-185, 2002.
- BETTINE, Marco. *A teoria do agir comunicativo de Jürgen Habermas: bases conceituais*. São Paulo: Edições EACH, 2021.
- BOITO JR, Armando. A crise política do neodesenvolvimentismo e a instabilidade da democracia. *Crítica Marxista*, n. 42, p. 155-163, 2016.
- BOMBARDI, Larissa Mies. Intoxicação e morte por agrotóxicos no Brasil: a nova versão do capitalismo oligopolizado. *Boletim Dataluta*, v. 45, p. 1-21, 2011.
- BORGES, Vivian Roxo; WERLANG, Blanca Susana Guevara. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 11, p. 345-351, 2006.
- BOTEGA, Neury José et al. Comportamento suicida na comunidade: prevalência e fatores associados à ideação suicida. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 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.
- BRAGA, Luiza de Lima; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínicos*, v. 6, n. 1, p. 2-14, 2013.
- BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Pesquisa de informações educacionais: 2021. Brasília, 2021.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, 9 abr. 2001.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, 9 abr. 2001.

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 14.531, de 10 de janeiro de 2023. Altera a Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, para incluir novas diretrizes na política nacional de prevenção ao suicídio e automutilação. Diário Oficial da União, Brasília, 11 jan. 2023.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 185, de 14 de março de 2012. Define as diretrizes para a organização dos serviços de saúde mental no Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, 14 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.542, de 22 de dezembro de 2005. Institui Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio. Diário Oficial da União, Brasília, 22 dez. 2005.

BRASIL. 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. Diário Oficial da União, Brasília, 18 dez. 2017.

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. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). 2023. Disponível em: <http://www.portalsinan.saude.gov.br/>. Acessado em: 18 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Brasília – DF; 2023. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/>. Acesso em: 20 out. 2024.

BRASIL. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Estabelece a lista de doenças e agravos de notificação compulsória. Diário Oficial da União, Brasília, 6 jun. 2014. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 16 nov. 2024.

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.

- CASARA, Rubens. *Contra a miséria neoliberal: racionalidade, normatividade e imaginário*. São Paulo, SP: Autonomia Literária, 2021.
- CASSORLA, Roosevelt M. S. *O que é suicídio*. (Coleção Primeiros passos, 56). São Paulo: Brasiliense, 1985. 101 p.
- CASSORLA, Roosevelt M. S. *Suicídio: fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução*. Editora Blucher, 2017.
- CASSORLA, Roosevelt M. S.; SMEKE, Elizabeth L. M. Human Self-Destruction. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, suplemento 1, p. 61-73, 1994.
- 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.
- CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA. Campanha Setembro Amarelo: prevenção do suicídio. 2022. Disponível em: <https://www.cvv.org.br>. Acesso em: 16 nov. 2024.
- CHEN, Joe; CHOI, Yun Jeong; SAWADA, Yasuyuki. How is suicide different in Japan? *Japan and the World Economy*, v. 21, n. 2, p. 140-150, 2009.
- CONSELHO REGIONAL DE DESENVOLVIMENTO DO VALE DO RIO PARDO (COREDE/VRP). Institucional. In: O que é o COREDE Vale do Rio Pardo. [on-line]. Disponível em: <http://www.coredevrp.org.br/o-corede/>. Acesso em: 5 set. 2024.
- 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 do 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.
- CORNEJO, Elis. Setembro Amarelo: O luto por um suicídio impacta quantas pessoas? Impacto de cada morte pode ser muito maior do que o estimado pela OMS. *Agência Brasil*, 2022.
- CRUZ, Claudia Weyne; FERNANDES, Nathalia Fattah; VOLKMER, Andréia Novo. Observatório de análise de situação do suicídio no RS: um breve histórico. In: *Anais do III Seminário Internacional de Políticas Públicas*, 2017.
- 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, p. 219 – 270, jan. 2001.

- DA SILVA, Marco Antonio; BUENO, Helen Paola Vieira. O suicídio entre policiais militares na Polícia Militar do Paraná: esforços para prevenção. *Revista de Ciências Policiais da APMG*, p. 5, 2017.
- DANTAS, Eder Samuel Oliveira; BREDMEEIER, Juliana; AMORIM, Karla Patricia Cardoso. Sobreviventes enlutados por suicídio e as possibilidades para posvenção no contexto da saúde pública brasileira. *Saúde e Sociedade [online]*, v. 31, n. 3, e210496pt, 2022.
- DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. *A Nova Razão do Mundo: Ensaio sobre a sociedade neoliberal*. São Paulo: Editora Boitempo, 2016.
- DE LEO, David; BERTOLOTE, José Manoel; LESTER, David. Self-directed violence. In: Etienne G. Krug et al. (org.) *World Reporto on Health and Violence*. Genebra: World Health Organization, 2002.
- DE LEO, Diego et al. The WHO START study: suicidal behaviors across different areas of the world. *Crisis*, v. 34, n. 3, p. 156–163, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000193>. Acesso em: 16 abr. 2024.
- 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). Universidade de Santa Cruz do Sul; Santa Cruz do Sul, 2015.
- DUNKER, Christian. A hipótese depressiva. In: Vladmir Safatle, Nelson da Silva Junior, Christian Dunker (Orgs.). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.
- DUNKER, Christian. Crítica da razão diagnóstica: por uma psicopatologia não-toda. In: Vladmir Safatle, Nelson da Silva Junior, Christian Dunker (Orgs.). *Patologias do social: arqueologias do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.
- DUNKER, Christian. *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. São Paulo: Boitempo, 2015.
- DUNKER, Christian; PAULON, Clarice; SANCHES, Daniele; LANA, Hugo; LIMA, Rafael Alves; BAZZO, Renata. Para uma arqueologia da psicologia neoliberal brasileira. In: *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica, 2021. pp. 215-254.
- DURKHEIM, Émile. *As Regras do Método Sociológico*. 3d. Lisboa: Editorial, 2007.
- DURKHEIM, Émile. *O suicídio: estudo de sociologia*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- DUTRA, Edson. Suicídio no Brasil: estratégias de prevenção e intervenções. In: HUTZ, Claudia S. (Org.). *Avanços em Psicologia Comunitária e intervenções psicossociais*. São Paulo: *Casa do Psicólogo*, p. 223-264, 2010.
- 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.
- FAO. Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura. *Uma década até “fome zero”: ligando a saúde aos sistemas alimentares sustentáveis*. Trad. de José Dias Ferreira. Dublin: Concern Worldwide. 2020.
- 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.
- FEIJOO, Ana M. L. C. Suicídio: uma compreensão sob a ótica da psicologia existencial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 71, n. 1, p. 158–173, 2019.
- FERNANDES, Fernanda Yohana et al. Tendência de suicídio em adolescentes brasileiros entre 1997 e 2016. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 29, n. 4, p. e2020117, 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.
- 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, Paulo Henrique Nogueira da; SILVA, Aline Conceição; ARAÚJO, Leandro Martins Costa de; BOTTI, Nadja Cristiane Lappann. Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 70, n. 3, p. 246-258, 2018.
- FRAGA, Wagner Santana de; MASSUQUETTI, Angélica; GODOY, Marcia Regiona. 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.
- FRANCK, Maria Cristina; MONTEIRO, Maristela Goldnadel; LIMBERGER, Renata Pereira. Mortalidade por suicídio no Rio Grande do Sul: uma análise transversal dos casos de 2017 e 2018. *Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]*. v. 29, n. 2, 2021.
- FRASER, Nancy. Crise de legitimação? Sobre as contradições políticas do capitalismo financeirizado. *Cadernos de Filosofia alemã*, v. 23, n. 2, p. 153-188, jul - dez, 2018.
- FRASER, Nancy. Rethinking the public sphere: A contribution to the critique of actually existing democracy. *Social Text*, n. 25/26, p. 56-80, 1990.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- FREUD, Sigmund. *O mal-estar na civilização [1930]*. Trad. de Paulo César de Souza. São Paulo: Penguin Classics Companhia das Letras; 1 ed., 2011.
- GALA, Paulo. A teoria institucional de Douglass North. *Brazilian Journal of Political Economy [online]*, v. 23, n. 2, p. 276-292, 2003.
- GAULEJAC, Vincent de. *Gestão como doença social*. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989

- 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. 1. 2004.
- GREFF, Aramita Prates et al. *Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: suicídio na pandemia COVID-19*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. 24 p.
- GROHMANN, Rafael. Plataformização do trabalho: entre dataficação, financeirização e racionalidade neoliberal. *Revista Eletrônica Internacional de Economia Política da Informação da Comunicação e da Cultura*, v. 22, n. 1, p. 106-122, 2020.
- GRUPO VIDA SIM. 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*. Candelária/RS. Disponível em: <https://prevsuicidiors.wordpress.com/>. Acesso em: 23 jul. 2024.
- GUEDES, Lenilson. Se precisar de ajuda, peça: TJPB promove webinar sobre saúde mental. 2023. Disponível em: <https://www.tjpb.jus.br/noticia/se-precisar-de-ajuda-peca-tjpb-promove-webinario-sobre-saude-mental>. Acesso em: 12 set. 2024.
- GUNNELL, David; FRANKEL, Simon. Prevention of suicide: aspirations and evidence. *BMJ Clinical research ed.*, v. 308, n. 6938, p. 1227-1233, 1994.
- HABERMAS, Jürgen. *A crise de legitimação no capitalismo tardio*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1980.
- HABERMAS, Jürgen. Conhecimento e Interesse. In: *Textos escolhidos. Walter Benjamin, Max Horkheimer, Theodor W. Adorno, Jürgen Habermas*. São Paulo: Abril Cultural, 1973.
- HABERMAS, Jürgen. *Consciência moral e agir comunicativo*. Tradução de Guido de Almeida. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 1989.
- HABERMAS, Jürgen. *Diagnóstico do tempo: seis ensaios*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2005.
- HABERMAS, Jürgen. *Factualidade e validade: contribuições à teoria discursiva do direito e do estado democrático de direito*. Tradução de José Arthur Giannotti. São Paulo: Editora Unesp, 2020.
- HABERMAS, Jürgen. *Pensamento pós-metafísico: estudos filosóficos*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1990.
- HABERMAS, Jürgen. *Técnica e ciência como “ideologia”*. Trad. Felipe Gonçalves da Silva. São Paulo: Editora Unesp, 2014.
- HABERMAS, Jürgen. *Teoria do Agir Comunicativo, v. 1: racionalidade da ação e racionalização social*; Trad. Paulo Astor Soethe; Revisão Flávio Beno Siebeneichler. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2012.
- HABERMAS, Jürgen. *Teoria do Agir Comunicativo, v. 2: sobre a crítica da razão funcionalista*; Trad. Flávio Beno Siebeneichler. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2012.
- HAN, Byung-Chul. *Psicopolítica: o neoliberalismo e as novas técnicas de poder*. Tradução de Maurício Liesen. Belo Horizonte: Editora Ayiné, 2018.
- HAN, Byung-Chul. *Sociedade do cansaço*. Editora Vozes Limitada, 2015.
- HARVEY, David. A brief history of neoliberalismo. Inglaterra: *Oxford University Press*, 2005.

- HARVEY, David. *A condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. São Paulo: Loyola, 1993.
- HARVEY, David. A transformação político-econômica do capitalismo do final do século XX. In: HARVEY, David. *A Condição Pós-Moderna*. São Paulo: Edições Loyola, 1992.
- HAYEK, Friedrich August von. *O caminho da servidão*; Trad. e revisão de Anna Maria Capovilla, José Ítalo Stelle e Liane de Moraes Ribeiro. 5. ed. Rio de Janeiro: Instituto Liberal, 1990. 221 p.
- HUSTAIN, Arif; SANDSTROM, Susanna; GRODER, Joachim et al. *COVID-19: Potential impact on the world's poorest people*. World Food Programme, 2020.
- IBGE. Censo Demográfico 2022. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em: 15 set. 2024.
- JERÓNIMO, M. A. et al. Intentos e ideas de suicidio durante la pandemia por COVID-19 en comparación con los años previos. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2021, [online] 19 nov. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.11.004>. Acesso em: 15 nov. 2024
- KEHL, Maria Rita. *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo, 2009.
- KEHL, Maria Rita. *Uma Existência sem Sujeito*. Caderno Mais!, Folha de São Paulo, São Paulo, 26 jan. 2003.
- KNETTEL, Brandon A. et al. A scoping review of counseling interventions for suicide prevention in Africa: Few studies address this life-saving aspect of mental health treatment. *Journal of Affective Disorders*, v. 328, p. 183-190, 2023.
- KOCH, Daniel Buhatem; OLIVEIRA, Paulo Rogério Melo de. As políticas públicas para prevenção de suicídios. *Revista Brasileira de Tecnologias Sociais*, v. 2, n. 2, p. 161-172, 2015.
- LEVI, Primo. *É isto um homem?* Trad. de Luigi Del Re. Rio de Janeiro: Rocco; 1988.
- 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.
- LUBENOW, Jorge Adriano. Esfera pública e democracia deliberativa em Habermas: modelo teórico e discursos críticos. *Kriterion: Revista de Filosofia*; v. 51, n. 121, p. 227-258, 2010.
- 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.
- MALAKOUTI, Seyed Kazem et al. Aftercare and suicide reattempt prevention in Tehran, Iran. *Crisis*, v. 43, n. 1, p. 18-27, 2022.
- MARINI, Ruy Mauro. *Dialéctica de la dependencia*. 5. ed. México: Era, 1981 [1972]
- MARX, Karl. *Sobre o Suicídio [1846]*. São Paulo: Boitempo. 2006.
- 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.
- MILLER, David N.; GOULD, Kaitlin. Forgotten founder: Harry Marsh Warren and the history and legacy of the Save-A-Life League. *Suicidology online*, v. 4, p. 12-15, 2013.
- MILNER, A.; McCLURE, R.; DE LEO, D. Socio-economic determinants of suicide: An ecological analysis of 35 countries. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, v. 47, p. 19-27, 2012.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. Possibilidades e dificuldades nas relações entre ciências sociais e epidemiologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 97-107, 2003.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Maria Cecília de Souza Minayo (org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994.
- 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*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 311-331, 2007.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; AVANCI, Joviana Quintes; FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos. Violência Autoinfligida: ideações, tentativas e suicídio consumado. In: *Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde*. pp. 141-157; 2017.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura (2002/2013). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, p. 1751-1762, 2015.
- MINOIS, Georges. *História do Suicídio: a sociedade ocidental diante da morte voluntária*. Tradução de Fernando Santos. São Paulo: Unesp, 2018.
- MIRANDA, Dayse; GUIMARÃES, Tatiana. O suicídio policial: o que sabemos?. *Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social*, v. 9, n. 1, p. 1-18, 2016.
- MORAES JUNIOR, Manoel Ribeiro de. Linguagem e Ação Comunicativa Um Introdução Fundamental à Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas. *Aufklärung: Revista de filosofia*, v. 5, n. 3, p. 155-166, 2018.
- MOURA, Rosylaine. *Narrativas sobre suicídio, cultura e trabalho em um município colonizado por alemães*. 2016. 205 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) —Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.
- NARDI, Antonio Egidio et al. O impacto da pandemia na saúde mental. In: ROHDE, Luis Augusto (coord.). *Guia de saúde mental pós-pandemia no Brasil*. Porto Alegre: Instituto de Ciências Integradas, 2020. p. 14-21.
- NASCIMENTO, Frantielen Castor dos Santos et al. Suicídio por autointoxicação entre adolescentes e adultos jovens brasileiros: estudo de séries temporais. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 20, e57899, 2021.

- 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.
- NEVES, Cristina C. S.; PEREIRA, Ana Paula C.; PEREIRA, Carlos A. S. Strategies of suicide prevention within the school for teenagers: a literature review on the base medline. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 7, p. e300973945, 2020.
- NORTH, Douglass C. *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. New York: *Cambridge University Press*, 1990.
- OLIVEIRA, Francisco de. Neoliberalismo à brasileira. In: EMIR, Sader; GENTILI, Pablo Gentil (Org.). *Pós-neoliberalismo: As políticas Sociais e o Estado Democrático*. 6.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. 205p.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: 17 objetivos para transformar o mundo*. 2015. Disponível em: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/>. Acesso em: 5 nov. 2024.
- 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/. Acesso em: 10 jan. 2024.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Suicídio: dados e números*. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Acesso em: 22 jan. 2024.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Viver a vida. Guia de implementação para a prevenção do suicídio nos países*. Brasília, D.F., 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275724248>. Acesso em: 19 set. 2024.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Folha Informativa - Suicídio* [internet]. 2022. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839. Acesso em: 29 jan. 2024.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Pandemia de COVID-19 aumenta fatores de risco para suicídio*. [internet]. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/10-9-2020-pandemia-covid-19-aumenta-fatores-risco-para-suicidio>. Acesso em: 19 jan. 2024.
- ORLANDI, Edí. *Análise de Discurso: princípios e procedimentos*. Campinas: Pontes, 2007.
- PALACIO, Andrés Felipe. *La comprensión clásica del suicidio. De Émile Durkheim a nuestros días*. Antioquia: *Affectio Societatis*, n. 12, jun. 2010.
- PÊCHEUX, Michel. Apresentação da AAD. In: GADET, F., HAK, H. *Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pécheux*. Campinas: Pontes, 1997.
- PÊCHEUX, Michel. *Les Vérités de la Palice*. Maspero: Paris. Trad. brasileira, Semântica e Discurso; Edí Orlandi et al.; Editora UNICAMP, 1975.

- PÊCHEUX, Michel. *O discurso: estrutura ou acontecimento*. Trad. Eni. Puccinelli Orlandi. 5 ed. Campinas: Pontes Editores, 2008.
- PÊCHEUX, Michel. *Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio*. Campinas: Ed. da UNICAMP, 2016.
- PÊCHEUX, Michel. *O Discurso: Estrutura ou Acontecimento*. Tradução: Eni Puccinelli Orlandi. 7 ed. Campinas: Pontes Editores, 2002
- PENSO, Maria Aparecida; SENA, Denise Pereira Alves de. A desesperança do jovem e o suicídio como solução. *Sociedade e Estado [online]*; v. 35, n. 1, pp. 61-81, 2020.
- PEREIRA, Anderson Siqueira et al. Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 11, p. 3767-3777, 2018.
- PEREIRA, Gustavo Klauberg; MADRUGA, Amanda Batista; KAWAHALA, Edelu. Suicídios em uma organização policial-militar do sul do Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 28, p. 500-509, 2020.
- PERLATTO, Fernando. Habermas, a esfera pública e o Brasil. *Revista Estudos Políticos*, v. 3, n. 5, 2012.
- PETRY, Heitor Álvaro; SILVEIRA, Rogério Leandro Lima da. *Plano estratégico de Desenvolvimento Regional do Vale do Rio Pardo (2015-2030)*. 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.
- PRIETO, Daniela Yglesias de Castro. *Indicadores de proteção e de risco para suicídio por meio de escalas de auto-relato*. 2007. 155 f., il. Tese (Doutorado em Psicologia)—Universidade de Brasília, Brasília, 2007.
- REIS, José. *Uma Epistemologia do território*. Instituto Superior de Economia e Gestão: Lisboa, 2006.
- RIGO, C. S. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Suicídio e os desafios para a psicologia*. Brasília: CFP, 2013.
- RIKOW, R. B.; CAMPOS, G. W. R. Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 57, n. 6, p. 610-613, 2011.
- RIO GRANDE DO SUL. Assembleia Legislativa. Decreto nº 53.361, de 22 de dezembro de 2016. Institui Comitê de Promoção da Vida e de Prevenção do Suicídio. Diário Oficial do Estado, Porto Alegre, n. 244, 23 dez. 2016.
- 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 jul. 2024.

RIO GRANDE DO SUL. Portaria SES nº 678, de 9 de julho de 2018. Institui o Observatório de Análise de Situação do Suicídio no Estado do Rio Grande do Sul e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 9 jul. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Manual de processo administrativo sanitário. 3.ed. rev. e amp. Porto Alegre: CEVS, 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. 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. 2024.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Guia intersectorial de prevenção do comportamento suicida em crianças e adolescentes. 2019. Disponível em: <https://cevs.rs.gov.br>. Acesso em: 15 ago. 2024.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Prevenção do suicídio e promoção da vida: orientações para profissionais da rede local. Manual de bolso [Internet]. 2020. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/>. Acesso em: 26 mai. 2024.

RIO GRANDE DO SUL. 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, [s.d], 87p.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde (SES). Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio 2022-2025. Publicado em setembro de 2022. Porto Alegre, 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde (SES). Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio. 2019. Porto Alegre, 2019.

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

SADER, Emir. A hegemonia neoliberal na América Latina. In: EMIR, Sader; GENTILI, Pablo Gentil (Org.). *Pós-neoliberalismo: As políticas Sociais e o Estado Democrático*. 6.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. 205p.

SAFATLE, Vladimir. A economia é a continuação da psicologia por outros meios: sofrimento psíquico e neoliberalismo como economia moral. In: Vladimir Safatle, Nelson da Silva Junior, Christian Dunker (Orgs.). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

SAFATLE, Vladimir. Em direção a um novo modelo de crítica: as possibilidades de recuperação contemporânea do conceito de patologia social. In: Vladimir Safatle, Nelson da Silva Junior, Christian Dunker (Orgs.). *Patologias do social: arqueologias do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

SAFATLE, Vladimir; SILVA JUNIOR, Nelson; DUNKER, Christian. *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

SAFATLE, Vladimir; SILVA JUNIOR, Nelson; DUNKER, Christian. *Patologias do Social: arqueologias do sofrimento psíquico*. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

SANTA, N. D.; CANTILINO, A. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 40, n. 4, p. 772–780, out. 2016.

- SANTOS, Milton. *A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção [1996]*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 4 ed., 2006.
- SANTOS, Milton. O dinheiro e o território. Rio de Janeiro: *GEOgraphia*, v. 1, n.1, 1999.
- SANTOS, Milton. *Por uma outra Globalização - do pensamento único à consciência universal*. Rio de Janeiro: Record, 2003.
- SCAVACINI, K. *Suicide survivors support services and postvention activities: the availability of services and an intervention plan in Brazil*. 2011. 50 f. Dissertação (Programa em Saúde Pública, Departamento de Promoção de Saúde Mental e Prevenção do Suicídio) – Karolinska Institutet, Estocolmo, Suécia, 2011.
- 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.
- SCOTT, James C. Engenharia Social Hipermodernista: o caso da Tennessee Valley Authority. In: BROSE, Markus E. (Org.). *TVA e instituições de desenvolvimento regional: contribuições para a história das ideias*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2015
- SETTI, Victor Mauro Gonçalves. Políticas públicas e prevenção do suicídio no Brasil. *ÍANDÉ Ciências e Humanidades*, v. 1, n. 1, p. 104-113, dez. 2017.
- SILVA JUNIOR, Nelson. O Brasil da barbárie à desumanização neoliberal: do “Pacto edípico e pacto social”, de Hélio Pellegrino, ao “E daí?”, de Jair Bolsonaro. In: Vladmir Safatle, Nelson da Silva Junior, Christian Dunker (Orgs.). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.
- 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, Ilse Gomes. A agenda conservadora assume o centro da cena política no Brasil. São Paulo: *Lutas Sociais*, v. 20 n. 36, p. 140-150, jan./jun. 2016.
- SIMON, Herbert Alexander. *Comportamento administrativo: estudo dos processos decisórios nas organizações administrativas*. Rio de Janeiro: FGV, 1965.
- SOARES, Fernanda Cunha; STAHNKE, Douglas Nunes; LEVANDOWSKI, Mateus Luz. Tendência de suicídio no Brasil de 2011 a 2020: foco especial na pandemia de covid-19. *Revista Panamericana de Salud Pública [online]*, v. 46, e212, 2022.
- SOUZA, Túlio Augustus Silva e. *O comunicado da razão: crítica da razão funcionalista na teoria do agir comunicativo*. 2013. 205 f. Tese (Doutorado em Sociologia). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 2013.
- STAVIZKI JUNIOR, Carlos. Os riscos sobre o aumento dos casos de suicídio no contexto de Pandemia: perspectivas para a prevenção no Estado do Rio Grande do Sul - Brasil. Santa Cruz do Sul: *Ágora*; v. 22, n. 2, p. 4-21, set. 2020.
- STAVIZKI JUNIOR, Carlos. *Repertórios de ação coletiva e políticas públicas: uma análise a partir da construção da política de prevenção do suicídio no município de Santa Cruz do Sul (RS)*. 2021. 249 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional). UNISC. Santa Cruz do Sul. 2021.
- STAVIZKI JUNIOR, Carlos; VICCARI, Eunice Maria. O Serviço Social no atendimento de emergências psiquiátricas: processos de trabalho de assistentes sociais e residentes no

atendimento de pacientes adolescentes com ideação e tentativa de suicídio. Santa Cruz do Sul: *Barbarói*; v.51, n.2, p. 113-132; jan./jun., 2018.

TENÓRIO, Fernando. A unidade dos contrários: fordismo e pós-fordismo. *Revista de Administração Pública*, v. 45, n. 4; pp. 1141-1172, 2011.

TRAPE, Angelo Zanaga; BOTEGA, Neury José. Inquérito de morbidade autorreferida 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, p. 116-141, 2006.

VARES, Sidnei Ferreira de. The problem of suicide in Émile Durkheim. *Revista do Instituto de Ciências Humanas*, v. 13, n. 18, 2017.

VASCONCELOS, Tatheane Couto de et al. Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão em Estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica [online]*, v. 39, n. 1, p. 135-142, 2015.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; GONTIJO, Eliane Costa Dias Macedo; LIMA, Lúcia Abelha. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, p. 175-187, 2013.

WERLANG, Blanca Guevara; BOTEGA, Neury José. *Comportamento suicida*. Porto Alegre, Artmed; 2004, 204 p.

WERLANG, Rosangela; MENDES, Jussara Maria Rosa. Sofrimento social. *Serviço Social & Sociedade*, n. 116, p. 743-768, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Endereço eletrônico oficial da WHO. 2024. Disponível em: <http://www.who.int/en/>. Acesso em: 25 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Guidelines for the primary prevention for mental, neurological and psychological disorders: suicide*. Geneve: World Health Organization, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mental Health Atlas 2017*. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/en/. Acesso em 30 jul. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours SUPRE-MISS: protocol of SUPRE-MISS*. Geneva: World Health Organization, 2002.

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. Acesso em: 17 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Preventing. Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates*. Geneve: World Health Organization, 2021.

8. ANEXOS

Anexo I - Roteiro de Entrevista Semiestruturada

Identificação:

- Nome:
- Faixa. Etária:
- Formação acadêmica:
- Vinculação profissional:
- Local de Trabalho:
- Principais atividades profissionais:
- Identificação política:
- Exerce cargo político? Qual?
- Qual seu papel institucional em relação à prevenção do suicídio?
- Quais ações/atividades/políticas você desenvolve na prevenção do suicídio?

Questões aplicáveis a todos/as participantes da pesquisa:

- Na sua opinião, o que significa considerar o suicídio como um problema de saúde pública no Rio Grande do Sul?
- Qual o lugar que a Sociedade Civil na prevenção do suicídio?
- Quais são as ações mobilizadas para a construção do Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio e quem são seus principais articuladores no território?
- Na sua opinião, o que deveria ser feito em relação à prevenção do suicídio no RS e qual deveria ser a prioridade de ação governamental?
- Você teve alguma formação particularizada sobre esta temática? Quais os elementos principais desta formação?
- Por que você decidiu se envolver com ações de prevenção do suicídio?

Anexo II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado/a a participar como voluntário/a da pesquisa “Sofrimento social e racionalidade neoliberal: contextos, instituições e atores das políticas de prevenção do suicídio no Estado do Rio Grande do Sul – Brasil”, cujo objetivo (geral) é analisar como a racionalidade neoliberal condiciona os discursos e ações de atores e instituições participantes na formulação de políticas de prevenção do suicídio dentro da esfera pública do Estado do Rio Grande do Sul, no período de 1990 a 2020, a ser realizada no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional (Mestrado e Doutorado) da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é Carlos Stavizki Junior, que poderá ser contatado a qualquer tempo através do telefone (51) 99710-1315 e/ou e-mail carlos_stavizki@hotmail.com. Destaca-se que este projeto é acompanhado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UNISC) e Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde, vinculado à Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (CEPS/SES-RS)¹⁷.

Sua participação é possível pois você atende aos critérios de inclusão previstos na pesquisa, os quais são: a) Ser participante de espaços de construção de políticas de prevenção do suicídio em escala estadual no Rio Grande do Sul (Comitês, Fóruns, Grupos de Trabalho etc.); b) Estar envolvido com atividades de prevenção do suicídio, seja na condição de gestor/planejador ou executor de ações; c) Ser maior de 18 anos e aceitar participar da pesquisa de forma voluntária e gratuita. Sua participação consiste na realização de uma entrevista semiestruturada, com questões abertas e fechadas, aplicadas pelo pesquisador responsável da pesquisa, com duração média de 30 minutos. As entrevistas semiestruturadas ocorrerão em local seguro, sigiloso e que garantam a privacidade do/a participante, podendo ser realizados de forma virtual através do software Google Meet, com dia e horário agendado previamente entre pesquisador e entrevistado/a. As entrevistas poderão ser gravadas, para posterior transcrição, ou seja, transformação da fala em texto. O material ficará sob a responsabilidade do pesquisador principal por um período de 5 anos e após serão destruídos.

Nessa condição, é possível que alguns riscos aconteçam, como: a) Desconforto emocional ao refletir e dialogar sobre a temática da morte autoprovocada; b) Inibição em relação às questões ligadas às decisões governamentais; c) Intimidação em relação às críticas direcionadas às ações de prevenção do suicídio executadas por suas equipes e/ou governo; d) Constrangimento diante das perguntas do entrevistador ou causadas por restrições institucionais impostas ao entrevistado; e e) Risco a quebra de confidencialidade e/ou anonimato dos participantes, tendo em vista a pequena amostra e o papel ocupado pelos atores em seus territórios.

Para minimizar estes riscos, serão adotadas as seguintes estratégias: a) Não identificação do/a entrevistado/a em produtos da pesquisa, utilizando-se de pseudônimos para se referir aos participante e evitando informações sobre os locais de trabalho e/ou profissão dos/as envolvidos/as; b) O/a entrevistado/a poderá, a qualquer momento, optar por não responder os questionamentos ou encerrar a entrevista, sem qualquer prejuízo; c) O pesquisador estará à disposição para sanar as dúvidas do/a entrevistado/a em relação à pesquisa, quantas vezes forem

¹⁷ “O Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde (CEPS) da Escola de Saúde Pública (ESP) é um órgão vinculado à Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, criado em 15/02/2001 pela Portaria 183/2001 atendendo às normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), atualizado segundo a Resolução CNS nº 466/12 e registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, do Ministério da Saúde”. Para mais informações, acesse: <https://www.escoladesaudepublica.rs.gov.br/conteudo/1110/>

solicitadas, tendo à disposição o suporte técnico da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional (PPGDR); e d) O pesquisador responsável se compromete à prestar o encaminhamento profissional necessário em matéria de saúde mental, a qualquer dos/as participantes que sentirem mal-estar e/ou sofrimento psíquico em decorrência da realização da entrevista, tendo como apoio institucional o Serviço Integrado em Saúde da UNISC e serviços da Rede de Atenção Psicossocial em cada região, devidamente acionados pelo pesquisador, na condição de Assistente Social (CRESS-RS 12.340).

Ressalta-se que você não receberá nenhuma remuneração pelo ingresso na pesquisa e poderá retirar o seu consentimento em qualquer momento do estudo, cessando, assim, a sua participação. Neste caso, as suas informações não serão utilizadas, sem prejuízo para você. Se houver algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais, segundo Resolução n°. 510/16, Artigo 19, parágrafo 2º, do Conselho Nacional de Saúde.

A sua participação poderá trazer benefícios, tais como: a) Possibilidade de gerar um conhecimento que amplie a compreensão sobre as práticas de prevenção do suicídio no Estado do Rio Grande do Sul; b) Contribuir para elaboração de um método analítico das políticas de promoção da vida e prevenção do suicídio no território; c) Fornecer informações que resgatem a historicidade das políticas públicas ligadas à prevenção do suicídio; d) Possibilidade de dialogar sobre formas alternativas de prevenção do suicídio, a partir da experiência de atores e instituições ligadas à temática no Rio Grande do Sul e suas regiões de saúde; e e) Contribuir para elaboração de um instrumental que auxilie na criação de políticas públicas voltadas à promoção da vida e saúde mental.

Para sua participação nessa pesquisa você não terá nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer natureza, sendo a pesquisa integralmente financiada pelo pesquisador principal, com auxílio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Ao final da pesquisa você terá acesso aos resultados através da divulgação da tese de doutorado, que estará disponível de forma gratuita no repositório UNISC (<https://repositorio.unisc.br/jspui/>).

Caso você tenha dúvidas ou necessite de algum esclarecimento, entrar em contato com o pesquisador responsável **Carlos Stavizki Junior** pelo telefone (51) 99710-1315, como também com o Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública, pelo telefone (51) 3901-1532 e Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, pelo telefone (51) 3717-7680. O Comitê de Ética e Pesquisa é um colegiado, formado por um grupo de especialistas, cuja função é defender os interesses, a integridade e a dignidade dos participantes, contribuindo para que sejam seguidos os padrões éticos nas pesquisas com seres humanos.

Você receberá uma via desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente assinada e rubricada pelo pesquisador.

Local: _____ Data: ____ de _____ de 20__.

Nome e assinatura do
voluntário

Carlos Stavizki Junior
(Pesquisador responsável)

Anexo III - Carta para apresentação do projeto (CEP – UNISC)

Caro Sr. Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP
Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC
Prof. Renato Nunes

Encaminho para avaliação deste Comitê de Ética em Pesquisa, o projeto “Sofrimento social e racionalidade neoliberal: contextos, instituições e atores das políticas de prevenção do suicídio no Estado do Rio Grande do Sul – Brasil” tendo como pesquisador principal o Sr. Carlos Stavizki Junior, a ser realizado junto ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional (PPGDR) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Trata-se de um Projeto de Tese em Desenvolvimento Regional que envolve seres humanos e possui como temática principal as políticas de prevenção do suicídio.

O resultado desta pesquisa retornará aos pesquisados na forma de reunião com os participantes para divulgação dos resultados, além de apresentações dos resultados em eventos científicos, publicações em periódicos ligados ao campo do Desenvolvimento Regional e/ou campo das ciências da saúde, além de outros espaços de divulgação científica. Após a conclusão da pesquisa, seus resultados e produto final (tese de doutorado) serão divulgados aos participantes através de e-mail institucional.

Atenciosamente,

Carlos Stavizki Junior

Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional - PPGDR
Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul – CEP/UNISC, CAAE: 65574722.1.0000.5343 e Parecer N° 5.881.658, tendo anuência da Instituição de Ensino Superior para realização das etapas da pesquisa. Destaca-se que as informações coletadas serão de uso exclusivo do pesquisador, que se compromete a manter o sigilo sobre as mesmas. As informações coletadas, bem como as entrevistas gravadas, serão armazenadas por no máximo de cinco anos, sendo destruídas após esse período.

Anexo IV – Termo de Anuência Institucional para Pesquisa (TAI) emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO III - PORTARIA SES/RS Nº 1.134/2022

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL PARA PESQUISA - TAI

Nome: TAI MAZA-S. PALMEIRA MURATORE

Local da SES: CEVS

Ciente do protocolo de pesquisa intitulada: SOFRIMENTO SOCIAL E RACIONALIDADE NEOLIBERAL: CONTEXTOS, INSTITUIÇÕES E ATORES DAS POLÍTICAS DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL - BRASIL

Pesquisador responsável/Orientador: CARLOS STAVIZKI JUNIOR

Objetivo da pesquisa: ANALISAR COMO A RACIONALIDADE NEOLIBERAL CONDICIONA OS DISCURSOS E AÇÕES DE ATORES E INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES NA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO DENTRO DA ESFERA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, NO PERÍODO DE 1990 A 2020.

Procedimentos da pesquisa: Entrevista - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM MEMBROS E/OU EX-MEMBROS DO COMITÊ ESTADUAL DE PROMOÇÃO DA VIDA E PREVENÇÃO AO SUICÍDIO DO RIO GRANDE DO SUL

Acesso à informação/estrutura da SES para pesquisa: SERVIDORES DA SES-RS

Autorizo sua execução, assim como o acesso às informações/estruturas solicitadas para fins exclusivos da referida pesquisa, com confidencialidade e privacidade quanto à identificação dos participantes e seus dados. A autorização do estudo não interferirá no fluxo normal de trabalho e de atendimento do(a) departamento/serviço, nem trará constrangimento aos usuários, residentes e/ou servidores que não quiserem ingressar no estudo como participantes. Estou ciente também da minha responsabilidade em relação à confidencialidade dos dados ao autorizar o acesso às informações, conforme as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 e a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018). A execução da pesquisa (coleta dos dados/informações) deverá ter início somente após o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme diretrizes e normas das Resoluções CNS 466/2012, 510/2016 e 580/2018.

Local: CEVS

Data: 19/6/2023

Assinatura
Carimbo

Link para verificar a autenticidade do documento: https://il.saude.rs.gov.br/papers/upload/Anexo_30746mV017a0EWP

Tani M. S. R. Muratore
Diretora CEVS
ID 1343971

Anexo V – Perfil dos Atores Sociais Entrevistados para a Tese (2023-2024)

Quadro 6. Relação de informantes-chave participantes da pesquisa, categorizados por área de atuação, município, formação e função pública

Entrevista	Área de atuação	Município	Formação	Cargo/Função
Entrevista 1	Saúde Pública	Santa Cruz do Sul	Terapia Ocupacional	Comitê Mun. de Prevenção do Suicídio
Entrevista 2	Vigilância em Saúde	Venâncio Aires	Psicologia	Comitê Mun. de Prevenção do Suicídio
Entrevista 3	Gestão em Saúde	Santa Cruz do Sul	Serviço Social	Referência Regional em Saúde Mental
Entrevista 4	Saúde Pública	Santa Cruz do Sul	Nutrição	Coordenação Mun. de Saúde Mental
Entrevista 5	Gestão em Saúde	Fred. Westphalen	Enfermagem	Referência Regional em Saúde Mental
Entrevista 6	Saúde Pública	Vera Cruz	Psicologia	Comitê Mun. de Prevenção do Suicídio
Entrevista 7	Controle Social	Santa Cruz do Sul	Psicologia	Comissão Municipal de Saúde Mental
Entrevista 8	Saúde Pública	Candelária	Psicologia	Membro fundador do Grupo Vida Sim
Entrevista 9	Saúde Pública	Candelária	Psicologia	Coordenação em serviço de saúde mental
Entrevista 10	Saúde Pública	Lajeado	Enfermagem	Coordenação em serviço de saúde mental
Entrevista 11	Gestão em Saúde	Lajeado	Serviço Social	Referência Regional em Saúde Mental
Entrevista 12	Controle Social	Lajeado	Serviço Social	Conselho Municipal de Saúde
Entrevista 13	Educação/Pesquisa	Porto Alegre	Psicologia	Docente da UFCSPA
Entrevista 14	Vigilância em Saúde	Candelária	Enfermagem	Coordenação da Vigilância em Saúde
Entrevista 15	Sociedade Civil	Bom Princípio	Psicologia	ONG para prevenção do suicídio
Entrevista 16	Gestão em Saúde	Santa Maria	Psicologia	Referência Regional em Saúde Mental
Entrevista 17	Controle Social	Santa Cruz do Sul	Serviço Social	Conselho Municipal de Saúde
Entrevista 18	Saúde Pública	Venâncio Aires	Enfermagem	Coordenação em serviço de saúde mental
Entrevista 19	Agricultura	Candelária	Agronomia	GT de Prevenção do Suicídio
Entrevista 20	Gestão em Saúde	Santo Ângelo	Psicologia	Referência Regional em Saúde Mental
Entrevista 21	Saúde Pública	Sapucaia do Sul	Medicina	Coordenação em serviço de saúde mental
Entrevista 22	Sociedade Civil	Pelotas	Enfermagem	ONG para prevenção do suicídio
Entrevista 23	Educação/Pesquisa	Santa Cruz do Sul	Psicologia	Docente da UNISC
Entrevista 24	Educação/Pesquisa	Pelotas	Psicologia	Docente da UFPEL
Entrevista 25	Gestão em Saúde	Cruz Alta	Enfermagem	Referência Regional em Saúde Mental
Entrevista 26	Saúde Pública	Santa Cruz do Sul	Psicologia	Psicóloga/o CAPS II
Entrevista 27	Gestão em Saúde	Erechim	Psicologia	Referência Regional em Saúde Mental
Entrevista 28	Gestão em Saúde	Caxias do Sul	Psicologia	Referência Regional em Saúde Mental
Entrevista 29	Gestão em Saúde	Pelotas	Serviço Social	Coordenação de Saúde Mental
Entrevista 30	Gestão em Saúde	Cachoeira do Sul	Psicologia	Referência Regional em Saúde Mental
Entrevista 31	Gestão em Saúde	Osório	Psicologia	Referência Regional em Saúde Mental
Entrevista 32	Gestão em Saúde	Alegrete	Serviço Social	Referência Regional em Saúde Mental
Entrevista 33	Vigilância em Saúde	Porto Alegre	Serviço Social	Colegiado Gestor do CEPVPS-RS
Entrevista 34	Saúde Pública	Teutônia	Psicologia	Profissional da “Casa de Saúde Mental”
Entrevista 35	Gestão em Saúde	Passo Fundo	Psicologia	Referência Regional em Saúde Mental
Entrevista 36	Gestão em Saúde	Porto Alegre	Psicologia	Colegiado Gestor do CEPVPS-RS