



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS APLICADAS E EDUCAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA**

HELOISA CARDOSO WANICK LOUREIRO DE SOUSA

SUICÍDIO E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE:
estudo etnográfico com atores e documentos acerca da efetivação de políticas de prevenção do
suicídio

**JOÃO PESSOA - PB
2024**

HELOISA CARDOSO WANICK LOUREIRO DE SOUSA

SUICÍDIO E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE:

estudo etnográfico com atores e documentos acerca da efetivação de políticas de prevenção do suicídio

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Antropologia.

Orientadora: Prof.^a Dra. Ednalva Maciel Neves

JOÃO PESSOA - PB
2024

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S725s Sousa, Heloisa Cardoso Wanick Loureiro de.

Suicídio e políticas públicas de saúde : estudo etnográfico com atores e documentos acerca da efetivação de políticas de prevenção do suicídio / Heloisa Cardoso Wanick Loureiro de Sousa. - João Pessoa, 2024.

210 f. : il.

Orientação: Ednalva Maciel Neves.

Tese (Doutorado) - UFPB/CCHLA/CCAE.

1. Antropologia da saúde. 2. Políticas públicas. 3. Prevenção do suicídio. 4. Pessoas em situação de suicídio. I. Neves, Ednalva Maciel. II. Título.

UFPB/CCAE

CDU 39



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
Centro de Ciências Aplicadas e Educação (CCAEE)
Centro de Ciências Humanas Letras E Artes (CCHLA)
Programa de Pós-Graduação em Antropologia



Ata da Defesa da Tese de DOUTORADO da Aluna Heloisa Cardoso Wanick Loureiro De Sousa

Aos vinte e seis dias do mês de novembro do ano de dois mil e vinte e quatro, às oito horas e trinta minutos, realizou-se por meio da plataforma de videoconferência Google Meet, a sessão pública de defesa remota da Tese intitulada: "SUICÍDIO E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: ESTUDO ETNOGRÁFICO COM ATORES E DOCUMENTOS ACERCA DA EFETIVAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO ENFRENTAMENTO DO SUICÍDIO", apresentada pela aluna Heloisa Cardoso Wanick Loureiro De Sousa, Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ, que concluiu os créditos exigidos para obtenção do título de DOUTORA EM ANTROPOLOGIA, área de Concentração em Antropologia Social, segundo encaminhamento do Prof. Dr. Marco Aurélio Paz Tella, Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Antropologia da UFPB e segundo os registros constantes nos arquivos da Secretaria da Coordenação da Pós-Graduação. A Profa. Dra. Ednalva Maciel Neves (PPGA/UFPB), na qualidade de orientadora, presidiu a Banca Examinadora da qual fizeram parte os professores doutores: Pedro Francisco Guedes do Nascimento (PPGA/UFPB), examinador interno, Mônica Lourdes Franch Gutiérrez (PPGA/UFPB), examinadora interna, Rachel Aisengart Menezes (IESC/UFRJ), examinadora externa e Sônia Weidner Maluf (PPGAS/UFSC), examinadora externa. Dando início aos trabalhos, A Senhora Presidente, Profa. Dra. Ednalva Maciel Neves convidou os membros da Banca Examinadora para comporem a mesa. Em seguida foi concedida a palavra à doutoranda para apresentar uma síntese de sua Tese, após o que foi arguida pelos membros da Banca Examinadora. Encerrando os trabalhos de arguição, os examinadores deram o parecer final sobre a Tese, à qual foi atribuído o seguinte conceito: APROVADA. Proclamados os resultados pela Profa. Dra. Ednalva Maciel Neves, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos, e para constar eu, Dra. Ednalva Maciel Neves, (Secretário(a) ad hoc), lavrei a presente ata que assino juntamente com os demais membros da Banca Examinadora.

João Pessoa, 26 de novembro de 2024.

Documento assinado digitalmente
HELOISA CARDOSO WANICK LOUREIRO DE SOU
Data: 29/11/2024 08:06:38-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Heloisa Cardoso Wanick Loureiro De Sousa (Doutoranda)

Documento assinado digitalmente
PEDRO FRANCISCO GUEDES DO NASCIMENTO
Data: 02/12/2024 21:15:23-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Pedro Francisco Guedes do Nascimento (Examinador Interno - PPGA/UFPB)

Profa. Dra. Mônica Lourdes Franch Gutiérrez (Examinadora Interna - PPGA/UFPB)

Profa. Dra. Rachel Aisengart Menezes (Examinadora Externa - IESC/UFRJ)



Documento assinado digitalmente

SONIA WEIDNER MALUF
Data: 04/12/2024 12:09:34-0300
CPF: ***.180.980-**

Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Profa. Dra. Sônia Weidner Maluf (Examinadora Externa - PPGAS/UFSC)

Documento assinado digitalmente
EDNALVA MACIEL NEVES
Data: 29/11/2024 05:44:18-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Ednalva Maciel Neves (Presidente - PPGA/UFPB)



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
Centro de Ciências Aplicadas e Educação (CCAIE)
Centro de Ciências Humanas Letras E Artes (CCHLA)
Programa de Pós-Graduação em Antropologia



HELOISA CARDOSO WANICK LOUREIRO DE SOUSA


**“SUICÍDIO E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: ESTUDO ETNOGRÁFICO COM ATORES
E DOCUMENTOS ACERCA DA EFETIVAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO
ENFRENTAMENTO DO SUICÍDIO”**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Paraíba.


Resultado: _____APROVADA_____

Em: __26__ de __novembro__ de 2024.


Banca examinadora

Documento assinado digitalmente
 **EDNALVA MACIEL NEVES**
Data: 29/11/2024 05:37:06-0300
Verifique em <https://validar.itu.gov.br>

Profa. Dra. Ednalva Maciel Neves (Orientadora - PPGA/UFPB)

Documento assinado digitalmente
 **PEDRO FRANCISCO GUEDES DO NASCIMENTO**
Data: 02/12/2024 21:17:29-0300
Verifique em <https://validar.itu.gov.br>

Prof. Dr. Pedro F. Guedes do Nascimento (Examinador Interno - PPGA/UFPB)

Documento assinado digitalmente
 **MONICA LOURDES FRANCH GUTIERREZ**
Data: 29/11/2024 17:54:35-0300
Verifique em <https://validar.itu.gov.br>

Profa. Dra. Mônica Lourdes Franch Gutiérrez (Examinadora Interna - PPGA/UFPB)

Profa. Dra. Rachel Aisengart Menezes (Examinadora Externa - IESC/UFRJ)

Profa. Dra. Sônia Weidner Maluf (Examinadora Externa - PPGAS/UFSC)

DEDICATÓRIA

A Nena, minha mãe (in memoriam).

Às pessoas próximas, que partiram "antecipadamente" e, hoje, estão guardadas na memória e no afeto.

Às pessoas cujos nomes chegam a mim através das declarações de óbito e notificações de violência autoprovocada e às suas famílias e amigas/os em *situação de suicídio*.

Às cerca de 800 mil pessoas que partem a cada ano via suicídio.

Aos sobreviventes que seguem em *situações de suicídio*, sobretudo às mulheres.

AGRADECIMENTOS

À minha "menina", Luisa Wanick de Azevedo, que ao longo desse processo se tornou uma jovem mulher, manteve sua ternura e, com paciência e parceria, me incentivou durante essa caminhada.

A Ednalva Maciel Neves. Chegar até aqui com você é uma inestimável honra. Com a serenidade e a simplicidade de uma grande sábia, você faz-me acreditar nesta tese, em outros caminhos e na importância desta pesquisa. Sem palavras.

À família que formei e, de alguma forma, contribui para crescer. Obrigada, meus filhos, filhas, netas e noras, pelo amor e apoio incondicionais de vocês.

À minha filha Julia, muito obrigada por respeitar e suportar minhas ausências.

Às minhas netas Iara e Janaína, naqueles dias mais para lá do que pra cá, lá vinham elas pela telinha a alimentar o esperar da vovó.

Ao Zélio, a Christina, a Camilla, a Uliana e ao Glauco, amigas e amigos que o doutorado me trouxe.

A professora Mônica Franch e ao professor Pedro Nascimento, pelos momentos de aprendizado dentro e fora da Áltera.

A Patrícia Pinheiro, em nome do Observatório Antropológico, pelo incentivo às minhas primeiras publicações a partir de anotações antropológicas durante o período pandêmico de Covid-19.

Ao Marco Aurélio Paz Tella, pela disposição de galgar os caminhos das pedras e me proporcionar uma bolsa de estudos na trajetória final desse processo.

Ao PPPGA/UFPB e a Dayse Soares, pela acolhida e atenção.

Às amigas e aos amigos da Vigilância Epidemiológica da SMS João Pessoa, em especial a Daniel, Flávia e Niviane, por me apoiarem nesse processo.

A Martinha, a Cheila e às demais interlocutoras e aos interlocutores desta pesquisa, por dividirem partilharem o tempo e as linhas desta tese.

Meu coração bate sem saber
Que meu peito é uma porta que ninguém vai
atender
Meu coração bate sem saber
Que meu peito é uma porta que ninguém vai
atender

Quem sente agora está ausente
Quem chora agora está por fora
Quem ama agora está na cama doente
Só corre nunca chega na frente
Se chega é pra dizer vou embora
Sorriso não me deixa contente

E todas as pessoas que falam pra me consolar
Parecem um bocado de bocas se abrindo e
fechando
Sem ninguém pra dublar
Eu já disse adeus antes mesmo de alguém me
chamar
Não sirvo pra quem dá conselho
Quebrei o espelho, torci o joelho, não vou mais
jogar [...]

Arnaldo Augusto Nora Antunes Filho

RESUMO

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E SUICÍDIO:

estudo etnográfico com atores e documentos acerca da efetivação de políticas de prevenção do suicídio

Esta tese apresenta um estudo acerca do suicídio e do conjunto de políticas públicas de prevenção do suicídio, a partir do campo da vigilância epidemiológica das violências autoprovocadas, resultado de pesquisa de campo etnográfica “multissituada”. Parte de incômodos advindos do cotidiano de trabalho da autora engendrando alteridades desenvolvidas por uma sanitarista e antropóloga implicada. Tem como objetivo geral de, a partir de uma abordagem antropológica, compreender a dinâmica de construção e institucionalização de políticas de prevenção do suicídio no Brasil. Caminha entre instâncias locais e nacionais que se conectam na trama de construção e efetivação de políticas públicas. Tem como material de pesquisa em interlocução, respectivamente, por um lado, o conjunto de documentos referentes às políticas de prevenção do suicídio e outras políticas de saúde e, por outro lado, interlocutoras/es, dentre eles destacam-se *pessoas em situação de suicídio*, grupo de trabalho local sobre prevenção do suicídio e gestoras/es vinculadas/os direta ou indiretamente aos processos de idealização e construção, implantação e implementação e operacionalização das respectivas políticas, com experiência em nível local ou nacional. Diante da complexidade do tema, o suicídio deve ser compreendido como um processo que não se esgota com a tentativa e a morte, ele reverbera no entorno familiar/próximo e no contexto social amplo, para além da pessoa. Na saúde pública, o suicídio emerge como problema a partir das políticas públicas voltadas às violências (Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências; Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, para exemplificar), caracterizado como violências autoprovocadas, constituindo-se em uma arena de luta e poder por sua definição e enfrentamento. A este respeito, as políticas públicas de saúde, historicamente, não enfrentam a problemática do suicídio de forma direta, encontrando-se pulverizada entre diferentes áreas de conhecimento e falta de consenso no fluxo de atenção na saúde. Quando se dispõem de diretrizes e normas de prevenção do suicídio, elas oscilam em conformidade com as gestões e políticas públicas, não contemplam sua complexidade, reduzem-se às explicações biomédicas e individualizantes, sem priorização financeira na execução das ações de saúde nos diferentes níveis do Sistema Único de Saúde. Diante do desafio, é preciso continuar na resistência política de encontrar a arena de prevenção e não esperar de que vidas não sejam abreviadas pelo suicídio.

Palavras-chave: Antropologia da Saúde; políticas públicas; prevenção do suicídio; *pessoas em situação de suicídio*.

ABSTRACT

PUBLIC HEALTH POLICIES AND SUICIDE:

ethnographic study with actors and documents about the implementation of suicide prevention policies

This thesis presents a study on suicide and the set of public policies for suicide prevention, based on the field of epidemiological surveillance of self-inflicted violence, resulting from multi-sited ethnographic field research. It starts from discomforts arising from the author's daily work, generating alterities developed by an involved public health specialist and anthropologist. From an anthropological approach, it has the general objective of understanding the dynamics of construction and institutionalization of suicide prevention policies in Brazil. It moves between local and national instances that connect in the web of construction and implementation of public policies. Its research material is the set of documents related to suicide prevention policies and other health policies, on the one hand, and, on the other hand, the interlocutors, including people in situation of suicide, local suicide prevention working groups and managers directly or indirectly linked to the processes of idealization and construction, deployment and implementation and operationalization of the respective policies, with experience at local or national level. Given the complexity of the subject, suicide must be understood as a process that does not end with the attempt and death and reverberates in the family/close environment and in the broader social context, beyond the person. In public health, suicide emerges as a problem based on public policies aimed at violence (National Policy for Reducing Morbidity and Mortality from Accidents and Violence; National Policy for Preventing Self-Mutilation and Suicide, for example), characterized as self-inflicted violence, constituting an arena of struggle and power for its definition and confrontation. In this regard, historically, public health policies have not addressed the issue of suicide directly, as they have been scattered across different areas of knowledge and lack consensus on the flow of health care. When suicide prevention guidelines and standards are available, they fluctuate in accordance with public policies and management, do not consider its complexity, and are limited to biomedical and individualizing explanations, without prioritizing financial resources in the implementation of health actions at the different levels of the Unified Health System. Facing this challenge, it is necessary to continue the political resistance to find the arena for prevention and to hope that lives will not be shortened by suicide.

Keywords: Anthropology of Health; public policies; suicide prevention; *people in situation of suicide*.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas em Saúde
ABEPS	Associação Brasileira de Estudos e Prevenção de Suicídio
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
APP	Anos Potenciais de Vida Perdidos
BDI	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CATTS	Curso de Abordagem Técnica a Tentativas de Suicídio
CBMPB	Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGPNPAS	Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio
CGVVA/Daent	Coordenação-Geral de Vigilância de Violências e Acidentes/Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis
CID	Classificação Internacional de Doenças
CID-10	Décima versão da Classificação Internacional de Doenças
CLAVES	Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CVV	Centro de Valorização da Vida
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis

DANT/SMS-JP Seção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis/Secretaria Municipal
de Saúde-João Pessoa

DAS Departamento de Análise de Situação em Saúde

Desmad Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

DATASUS Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

ECT Eletroconvulsoterapia

ENSP Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Fiocruz Fundação Oswaldo Cruz

FMI Fundo Monetário Internacional

GRUPESSC Grupo de Pesquisa Saúde, Sociedade e Cultura

HIV/AIDS Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

IASP International Association for Suicide Prevention

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LAI Lesões Autoprovocadas Intencionalmente

LGBTQIAP+ Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Intersexo, Assexuais,
Pansexuais e Não-Binários, com a inclusão de outras identidades não especificadas

MPE Ministério Público do Estado da Paraíba

MS Ministério da Saúde

ODSs Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS Organização Mundial da Saúde

ONGs Organizações Não Governamentais

OPAS Organização Pan-Americana da Saúde

OPS Organización Panamericana de la Salud

OSS Organizações Sociais em Saúde

PAHO Pan American Health Organization

PBF Programa Bolsa Família

PeNSE Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

PNPAS	Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio
PNPPSU	Fórum Nacional sobre Prevenção e Pósvenção do Suicídio nas e das Universidades
PNRMAV	Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PPGA	Programa de Pós-Graduação em Antropologia
PSF	Programa de Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAU	Rede de Atenção às Urgências
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
Samu	Serviço de Atendimento Móvel às Urgências
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMS-JP	Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SVSA	Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHA	World Health Assembly
VIEP	Gerência de Vigilância Epidemiológica
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
VIGITEL Telefônico	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 DA EXPERIÊNCIA À POLÍTICA: UMA TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DE PESQUISA	33
2.1 O PONTO DE PARTIDA: QUANDO OS CAMINHOS DE UMA SANITARISTA E DE UMA PESQUISADORA SE CRUZAM	33
2.2 A PANDEMIA CHEGOU, FICOU, E O CAMPO SE ALTEROU: OUTROS ESPAÇOS, OUTROS ATORES, NOVAS CONEXÕES	46
3 TRAJETÓRIA DE UM CONJUNTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO DO SUICÍDIO: HISTÓRIAS DE PROTAGONISMO POLÍTICO	65
3.1 MARTA, UMA “ <i>APAIXONADA POR ESSAS COISAS TODAS</i> ”	67
3.1.1 Idealização e construção	74
3.1.2 Implantação e implementação	90
3.1.3 Operacionalização de um conjunto de políticas públicas de prevenção do suicídio	97
3.2 TRÊS INTERLOCUTORES INDIRETOS: QUANDO OS CAMINHOS DE UMA CONSTRUÇÃO POLÍTICA SE CRUZAM	102
3.2.1 Maria Cecília Minayo, “o nosso Oswaldo Cruz!”	103
3.2.2 Cheila Marina de Lima, “uma gestora que ajudou a implantar e implementar a política junto ao Ministério da Saúde”	111
3.2.3 Carlos Felipe D’Oliveira, para quem o suicídio “é do humano”	122
4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: ENTRE DOCUMENTOS E PRÁTICAS LOCAIS NA ÁREA DA SAÚDE	133
4.1 DO SUICÍDIO ENQUANTO UM TIPO DE VIOLÊNCIA À SUA EMERGÊNCIA ENQUANTO OBJETO ESPECÍFICO DE UM CONJUNTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO	134
4.1.1 De fora para dentro: a influência internacional como pontapé para a idealização e a construção de um objeto de política pública no Brasil	137
4.1.2 O suicídio alcança lugar específico nas normativas de políticas públicas de	

alcance nacional	151
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS: ESPERANÇANDO	167
REFERÊNCIAS	173
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA 1- ORIGINAL	186
APÊNDICE B – CONJUNTO DE ROTEIROS TEMÁTICOS DE ENTREVISTA	187
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ...	189
APÊNDICE D – DOCUMENTOS E MARCOS TEMPORAIS E/OU LEGAIS CONSULTADOS E/OU CONTEMPLADOS NA LINHA TEMPORAL (FIG. 2	193
ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	196
ANEXO B – CARTA DE MARTA MARIA ALVES DA SILVA	198
ANEXO C – C[ÓPIA PORTARIA Nº 3566/1998	204
ANEXO D – PORTARIA Nº 3.733/1998.....	206

1 INTRODUÇÃO

Esta tese é resultado do encontro com a Antropologia enquanto sanitarista e servidora pública do Sistema Único de Saúde (SUS) e da tomada de consciência sobre minha condição de pesquisadora implicada. Em atuação desde 2012 na Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (SMS-JP), busquei, através da Antropologia, respostas a inquietações advindas dos hiatos e vazios entre as normativas de políticas de prevenção do suicídio e sua operacionalização, emersas a partir do cotidiano de trabalho junto à temática das violências (entre as quais, as assim consideradas tentativas de suicídio e o suicídio).

Com a pesquisa antropológica, acreditei na possibilidade de me aprofundar sobre a história e a experiência brasileira de idealização, construção, implantação, implementação e operacionalização do conjunto de políticas públicas de prevenção do suicídio, sua interface (ou não) com outras políticas públicas da área da saúde, realizar uma análise antropológica sobre esse conjunto, de maneira a oferecer um contributo para sua revisão, aprimoramento, operacionalização e institucionalização.

Foi ainda com o intuito de esperar mais vida por onde me alimentei para enfrentar o desafio de, enquanto jovem antropóloga e autora na Antropologia, pensar as políticas públicas para a prevenção de mortes que se abreviam por questões externas às de sua chegada natural. Assim, realizei uma análise antropológica sobre o conjunto de políticas públicas de prevenção do suicídio e sua interface (ou não) com documentos normativos de outras políticas da área da saúde, inespecíficas à prevenção do suicídio, a saber: documentos de políticas públicas relativos à área da saúde da mulher, da criança/adolescente e da saúde mental.

Não posso deixar de relevar o fato de que a perspectiva desta tese se inicia em agosto de 2019, o primeiro semestre letivo de minha turma do curso de doutorado, um semestre complementar da primeira seleção de doutorado de Programa de Pós-Graduação em Antropologia (PPGA) e, por isso, ainda sujeito a ajustes acadêmicos. Logo após findar o primeiro período letivo, a pandemia de Covid-19 chega, é decretada como “estado de calamidade pública¹” em 20 de março de 2020, invade nossas vidas, modifica nossas rotinas,

¹ Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020 (Brasil, 2020b). Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DLG&numero=6&ano=2020&ato=b1fAzZU5EMZpWT794>.

impacta nossas emoções e nos coloca – a quem tinha essa possibilidade, em nossas casas e vivendo a vida através das telas de nossos computadores, *tablets* e celulares.

Literalmente, passei cerca de quatro meses dessa forma uma vez que, às duras penas, consegui uma permissão temporária para trabalhar remotamente. Foi justamente nesse período onde pude mergulhar no pensamento e no fazer antropológico e começar a apreender um novo exercício do olhar, no caso, sobre um evento sanitário e por outro ângulo que não o que eu acionava no cotidiano de trabalho, o olhar antropológico. Em contrapartida, com a continuidade da pandemia e a adoção de medidas de segurança para evitar a contaminação pelo vírus, como o distanciamento social, toda a expectativa inicial de doutoranda em viver plenamente uma vida acadêmica, ir aos eventos da área, estudar e burilar livros nas bibliotecas, trocar figurinhas com as colegas numa mesa de café ou de bar, conhecer as pessoas e as professores e os professores pessoalmente e, sobretudo, realizar uma etnografia com *pessoas em situação de suicídio* ao vivo e a cores, tudo isso fica suspenso.

O período foi curto e essencial para minha formação como antropóloga, pois pude mergulhar nos textos e livros compartilhados pelo universo *online*. No entanto, uma vez sanitarista e frente à pandemia que atravessávamos, fui chamada a retomar meu espaço de trabalho de maneira presencial. Entre os colegas na vigilância epidemiológica da SMS-JP, assumo os bastidores da linha de enfrentamento da Covid-19, monitorando os adoecimentos e mortes, e dou continuidade ao curso de doutorado através das telas. Na contramão do contexto pandemônico de um governo negacionista, as vacinas começam a chegar. Com elas, a esperança de sobreviver aumenta. Sob um custo emocional inestimável, sobrevivi, sobrevivemos.

No trajeto de doutoramento, para além dos encontros diretos com a literatura científica, contei com diversos outros encontros e parcerias primordiais que compõem a lista de agradecimentos registrada inicialmente. Entre esses, destaco novamente a parceria da Professora Ednalva Maciel Neves, orientadora e companheira de travessia nos últimos anos e, através desta, com o Grupo de Pesquisa Saúde, Sociedade e Cultura² (GRUPESSC) e com a Rede de pesquisas Antropo-Covid, uma rede de pesquisas formada por representantes de 6 instituições: a Universidade Federal da Paraíba (Sede); a Universidade de Brasília, a Universidade Estadual do Centro Oeste (Paraná), a Universidade Federal do Amazonas, a Universidade Federal de Santa Catarina e a Universidade Federal do Pará. Através da Rede

² Grupo vinculado ao Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes (CCHLA) da UFPB e inscrito no CNPq. Para saber mais, acessar: <http://dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/7349665315680733>.

tive a oportunidade de participar do Projeto “Estado, populações e políticas locais no enfrentamento da pandemia de Covid-19 da Rede Antropo-Covid”³, o guarda-chuva onde meu projeto de pesquisa de doutorado se assentou e onde pude seguir apreendendo a Antropologia e amadurecer o fazer pesquisa na área.

As inquietações iniciais para a pesquisa partem da percepção geral relativa à lacuna existente entre as políticas públicas regulamentadas e sua efetivação na prática, no dia-a-dia da vida aonde os serviços públicos (de saúde, sociais, etc.) são acessados pelas pessoas. No caso das demandas por serviços de saúde decorrentes das tentativas de suicídio e do suicídio, me chamam a atenção os hiatos e vazios entre o arcabouço teórico e científico de base para a construção das políticas afins, as políticas regulamentadas para a área da saúde e sua operacionalização. Com incômodos iniciais me questiono: afinal, o que é e para o que serve uma política pública e de que forma minha pesquisa poderia contribuir para o aprimoramento e efetivação do conjunto político de prevenção do suicídio.

A percepção sobre a condição de uma pesquisadora implicada se inicia com a definição do tema, ganha contornos evidentes na escolha do campo e se fixa nas reflexões decorrentes da pesquisa frente ao objeto recortado, políticas de prevenção do suicídio, conforme igualmente tratado na seção 1. Portanto, devido ao contexto e ao objeto de pesquisa desta tese, assumo minha posição de pesquisadora durante a trajetória: doutoranda em Antropologia e sanitarista em exercício, na mistura entre o espaço acadêmico-científico e o de cotidiano profissional; em outros termos, uma pesquisadora implicada profissionalmente no campo pesquisado; além de observá-lo, vivendo o dia-a-dia pesquisado; sendo implicada e convocada por ele bem como o implicando, na busca política de mobilizá-lo, tanto através de minha posição profissional como da apresentação de contribuições advindas da pesquisa uma vez em curso e realizada; nos termos de Albert (2014) e Turner (1991) e Albert (1993) *apud* Albert (2022, p.205), o exercício se deu por meio de uma “participação observante”.

Eu diria que, a princípio, me via numa saia-justa. Através do artigo em que reflete sobre sua condição dupla de militante e doutoranda, Torquinst (2007) me ajuda a compreender como enfrentar a premência de desafiar meu duplo posicionamento e atentar para um exercício constante de desnaturalização daquilo que, ao mesmo tempo, incomoda e é familiar no meu cotidiano de trabalho, inclusive sobre os incômodos advindos de autoquestionamentos quanto o fazer saúde pública de enfrentamento do suicídio. Embora,

³ Projeto de pesquisa “Estado, populações e políticas locais no enfrentamento à pandemia de Covid-19: análise social e diretrizes de ação e intervenção não farmacológica em populações em situação de vulnerabilidade e precariedade social”, aprovado no Sistema CEP/Conep com CAAE nº 44876821.7.1001.5540.

juntamente com todo um conjunto de tarefas técnicas, seja minha atribuição nesta posição, questiono-me se basta cumpri-lo e enfatizar a magnitude da situação de suicídio para o “outro”, ainda que com um olhar ampliado e, digamos, ativista da causa, como venho trabalhando nos últimos anos.

Como pesquisadora implicada⁴, rastreei aportes teóricos e reflexivos que elucidassem a questão metodológica de como acionar um campo de pesquisa no qual tenho uma dupla inscrição, além de pesquisadora, acumulo funções técnicas, próprias de uma profissional de saúde, com produção de narrativa e posicionamento político, impulsionada pelas demandas, sejam as relacionadas às disputas próprias do cotidiano na gestão pública ou as do compromisso, como sujeito social, de enfrentamento aos incômodos cotidianos intrínsecos ao espaço profissional.

Na busca, encontrei apoio na revisão de literatura primorosa realizada por Nunes (2014) e que me fez vislumbrar um horizonte ampliado; possibilidades da pesquisa de doutoramento gerar elementos e debates sobre as políticas públicas no Brasil, “para dentro e para fora”; ou seja, para a área da saúde pública e para fora dela, (Nunes, 2014, p. 417), especificamente sobre as políticas relacionadas à prevenção do suicídio.

Com Martins Filho; Narvai (2013) fui incentivada a pensar o cenário próximo; alimentar-me de reflexões sobre a produção de conhecimento na condição de sujeito implicado do primeiro autor como à época de seu doutoramento, o que guarda semelhança com a minha condição de pesquisadora implicada.

De Magnani (2002), embora no texto referenciado a discussão do autor se dê a partir dos contextos urbanos das grandes cidades, tomei emprestada (sem devolução) a ideia de “estar de perto e de dentro” (Magnani, 2002, p. 14); isto é, a de pesquisar um objeto intrínseco ao meu cotidiano laboral e, durante o percurso de elaboração desta tese, acionar a estratégia de afastamento desse mesmo objeto para que eu pudesse captar sentidos não percebidos rotineiramente e, assim, ampliar meu horizonte de análise. Voltarei a este assunto na próxima seção.

⁴ Sobre a situação de pesquisadora implicada, algumas das considerações compartilhadas aqui foram tratadas no texto de minha autoria intitulado “Prevenção do suicídio e políticas públicas entre o contexto de pandemia e pós-pandemia de Covid-19: reflexões de uma pesquisadora implicada”. Aqui, as repito, complementando-as com outros esclarecimentos e com compreensões adquiridas *a posteriori* sobre, especificamente, a condição de participação observante no lugar de observação participante, como tratado no referido texto.

Por fim, através de indicação à busca pelo pensamento de Silvana Nascimento sobre pesquisa implicada, deparei-me primeiramente com sua fala em um Seminário⁵ do Departamento de Antropologia (DAN) da Universidade de Brasília (Unb) e, através dela, foi como me encontrei com sua referência a Bruce Albert e, por conseguinte, à tradução do texto já citado ‘*Anthropologie appliquée*’ ou ‘*anthropologie impliquée*? *Ethnographie, minorités et développement*’ (Albert, 2022, p.206; Albert, 1995⁶), à antropologia implicada e a sua “óbvia relevância ética e política”.

Ao identificar e tecer ponderações sobre contextos históricos e políticos da ‘antropologia aplicada’ (*applied anthropology*) institucional inglesa e americana⁷, a dita boa intenção de integração dos povos indígenas à era do desenvolvimento e sobre seus limites e impactos sociais e culturais, Albert (2022) detém-se sobre sua abordagem francesa voltada às minorias, sobretudo a que nasce na França, após a Segunda Guerra Mundial.

A partir do olhar sobre a antropologia francesa nascente, o autor desenvolve seu raciocínio sobre a rejeição à antropologia aplicada, essencialmente aquela voltada a interesses governamentais, e sobre o surgimento de uma *anthropological advocacy*, com representantes de “associações “generalistas” (ambientalistas, humanitárias ou voltadas ao desenvolvimento), cujos temas de ação se sobrepõem à questão dos “direitos das minorias” (medicina, justiça, economia social, entre outros)”. Uma antropologia implicada socialmente que “constitui um saber-fazer derivado da pesquisa fundamental [a pesquisa de campo própria da Antropologia e sua consequente etnografia]” (Albert, 2022, p.200-201) o qual, intrinsecamente, na prática antropológica há desafios éticos e sociais, particularmente, quando os objetos de pesquisa se relacionam a questões políticas e éticas como as exemplificadas acima.

A leitura do referido texto reforça o sentido do meu papel social enquanto pesquisadora implicada, explica o dilema que me acompanhou por algum tempo na procura por uma posição de “neutralidade” diante de meu objeto de investigação, inconcebível dada

⁵ O Seminário do DAN foi transmitido ao vivo em 3 de julho de 2024. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=SCgWJvG91vI>. Acesso em 04 ago. 2024.

⁶ In: BARÉ, Jean-François, 1995 (ed.). *Les applications de l’anthropologie. Un essai de réflexion à partir de la France*. Paris: Karthala, p.87-118.

⁷ Como, respectivamente, na antropologia institucional inglesa, a redução do exercício científico do antropólogo a um exercício meramente técnico (o que encontrou, em contrapartida, o movimento de “contra-etnicidade” de povos minoritários e sua emergência política), o “desvio do conhecimento etnográfico a serviço da tutela dos Estados-nação” e, na antropologia francesa, a ocultação das “raízes históricas da situação minoritária” que desenha “um futuro social sob tutela” (Albert, 2022, p.186-187).

sua natureza contraditória aos motivos disparadores de minha pesquisa e fortalece o fazer enquanto participante observadora.

Por fim, compreendi que minha contribuição com esta tese viria com as reflexões antropológicas advindas dos resultados da pesquisa e a abertura de caminhos para socializá-los “dentro e fora” do ambiente de partida. Isso inclui, por exemplo, o entendimento sobre como as políticas fazem uso daquele que é o objeto de meu exercício profissional, os dados epidemiológicos que demonstram a magnitude do suicídio no Brasil e sua ascendência, especialmente na última década, conforme demonstrado no próximo tópico; de que forma as políticas públicas abarcam (ou não) o suicídio como um fato social e, consequentemente, como isso impacta a configuração do conjunto de políticas públicas de enfrentamento do suicídio. Assim, dei por resolvida a incompatível neutralidade inicialmente almejada.

Nesse sentido, convém deixar claro que, com esta tese, especialmente para pensar com qual identidade de antropóloga vem se dando minha formação, eu assumo a responsabilidade de um fazer antropológico engajado eticamente com a causa da situação periférica do suicídio. Esta caracterização se estabelece para mim dado como vejo “a causa” em meio à eleição de prioridades das políticas públicas na saúde pública e a situação de sujeição das *pessoas em situação de suicídio* à margem dos serviços de saúde em razão dessa condição. Com esse posicionamento procurarei levar os resultados desta tese para “dentro” e para “fora” do ambiente de trabalho de onde parto.

Aproveito o rumo da escrita para identificar *pessoas em situação de suicídio* como aquelas pessoas que sobreviveram às tentativas de suicídio, pensam em suicídio e se movimentam de alguma forma para praticá-lo, bem como os familiares e componentes da rede social próxima aos “tentantes/sobreviventes” e às pessoas que morreram por suicídio. Com a compilação compartilhada abaixo, um trecho de um texto recentemente publicado, demonstro(amos) como significamos a dita expressão.

A expressão “situação de suicídio” é um conceito construído a partir de informações de campo e de nossas vivências [minha e de minha orientadora], (...) enquanto profissionais de saúde e antropólogas, em que reconhecemos o fenômeno do suicídio como um processo, que inclui desigualdades, conflitos, amizades, família, saúde mental, políticas e serviços de saúde, instituições, espaços sociais como a escola e o trabalho, instituições não governamentais e vulnerabilidades social, pessoal e familiar. A expressão “situação de” é inspirada na ideia de transitoriedade para contextualizar as situações de vida em que o suicídio torna-se um fenômeno social.

Para nós, *pessoas em situação de suicídio* expressa tanto a ideia de um processo o que engloba para além de uma ocorrência pontual de tentativas ou ideações e desfechos de

morte, quanto sua inerência a fatos e fatores marcadores do fluxo da vida pessoal e social. Na construção da expressão, procuramos contemplar pessoas do entorno social de “tentantes de suicídio/sobreviventes” e “suicidas”, afetadas pelas ocorrências e pelas marcas deixadas em suas subjetividades, a exemplo de familiares e profissionais dos serviços de saúde, engendradas a partir das estigmatizações e do tabu que acompanha o suicídio. Segundo Nagafuchi (2019), diferentes expressões (suicida, por exemplo) podem ocasionar a sobreposição de estigmas. Por isso, ao escrever o artigo referenciado, intencionamos, como aqui, “acentuar o domínio das circunstâncias – da situação – como expressão da condição de sofrimento das pessoas que vivem ao redor desse acontecimento” (Wanick; Neves, 2024, p. 215-216).

Com o posicionamento de uma pesquisadora implicada e a clareza quanto à responsabilidade de meu fazer pesquisa a partir de um espaço governamental e de seus instrumentos de governança, a motivação disparadora de minha entrada na Antropologia torna-se mais sólida com as reflexões de Bruce Albert sobre os desdobramentos advindos da “emergência dos povos autóctones como sujeitos políticos” (Albert, 2022, p.201-206). À maneira de uma *anthropological advocacy* – embora eu tenha o duplo posicionamento, de agente de governo e pesquisadora cidadã, no lugar de essas posições se contraporem, é aí que elas se juntam e se fortalecem, mediadas pela ética que permeia minha condição de uma pesquisadora implicada e, quiçá, pelo vislumbre de, lá na frente, ver a (re)construção de políticas condizentes com a complexidade que atravessa as tentativas de suicídio e as mortes por suicídio e o cumprimento do direito ao acesso digno aos serviços públicos.

É, pois, a partir do espaço cotidiano de sanitarista por aonde chego ao suicídio, primeiro enquanto um agravo de expressiva magnitude para a saúde pública e, posteriormente, enquanto um fato que carrega importante dimensão social e cultural, corriqueiramente desconsiderada nas práticas de cuidado na área da saúde. A Saúde Pública e as Ciências Sociais, em especial, respectivamente e disciplinarmente, a Epidemiologia e a Sociologia e a Antropologia, tratam o evento suicídio de maneira diversa. Vejamos, por enquanto e grosso modo, o que as colocam em posições opostas.

A Epidemiologia capta a magnitude dos suicídios enquanto agravo sanitário através da ocorrência do evento nominalmente classificado pela décima versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) como mortes por “lesões autoprovocadas intencionalmente”. Fixa sua causalidade, sobremaneira, enquanto processo decorrente de transtornos mentais, das autointoxicações por drogas e produtos diversos e dos meios pelos quais as mortes ocorrem e, tradicionalmente, intimamente os relacionando ao sexo e faixa

etária. Daí, por exemplo, a ideia generalizada de que homens e velhos se matam mais, conclusão discutida posteriormente.

As Ciências Sociais (e a forma como vejo o suicídio e o trato nesta tese) abordam a ocorrência do suicídio como resultante de um conjunto de fatores inter-relacionados, inclusive aqueles intrínsecos ao meio, e a se expressar de maneira diversa conforme o contexto histórico, social, cultural, político e econômico.

A despeito das duas abordagens não serem excludentes, é possível perceber no discurso das políticas afins ao enfrentamento do suicídio, a constante e destacada presença de uma lógica biologizante e, quando levado para a intervenção, comumente somam-se aí concepções morais e religiosas culpabilizantes e estigmatizadoras. Além de não contribuir para o aprimoramento das políticas públicas, para a prevenção das mortes evitáveis por suicídio, impacta negativamente o cotidiano dos serviços e as *pessoas em situação de suicídio* em busca de cuidado e acolhimento, além de reforçar o estigma social presente em nosso meio.

É preciso ressaltar que isso não significa a desconsideração dada pela Saúde Pública a concepções ampliadas sobre o suicídio, para além daquela defendida pela esfera biomédica, e nem a ausência de profissionais dispostos a tratar, por exemplo, o suicídio como um fato social possível como fim da vida de quem está vivo, a exemplo das contribuições advindas da Saúde Coletiva, conforme exemplificado.

Faço a ressalva acima porque, a meu ver, na prática da gestão de saúde para operacionalização de políticas públicas (sejam elas abrangentes ou não, sejam os eventos ressaltados epidemiologicamente ou não), a priorização para intervenção se dá, sobretudo, a partir do atravessamento de um viés biomédico, influenciado pelos interesses privados da indústria farmacêutica e pouco exploram os estudos acerca do suicídio, sejam eles estritamente epidemiológicos ou outros que, a princípio, primem por incidir um olhar ampliado sobre o suicídio enquanto um fenômeno de interesse para a saúde pública. Nesse caso, a consideração do suicídio entre as prioridades de eventos é justificada através do argumento de sua relação causal com a presença de transtornos mentais, assim passíveis de contenção via intervenção química.

Por ora, a intenção é apenas compartilhar alguns dos incômodos iniciais diante do cenário cotidiano por trás do objeto de pesquisa recortado e levantar motivos para embasar os apontamentos sobre uso do risco pela saúde pública enquanto um parâmetro de priorização diante do “evento” suicídio.

Continuo essa contextualização a partir de dados epidemiológicos, uma vez que, o uso do parâmetro “risco” é uma prática da Epidemiologia que advém do estabelecimento da observação de correlações entre fatores causais e desfechos, retratados por esses dados. Como, a princípio, esta ciência objetiva “melhorar a saúde das populações”, a partir do uso de “métodos quantitativos para estudar a ocorrência de doenças nas populações humanas e para definir estratégias” (Bonita; Beaglehole; Kjellström, 2010, p. ix, 1) e, com isso, contribuir para prevenir doenças, promover saúde e dar suporte ao desenvolvimento de políticas públicas, penso que a situação epidemiológica do suicídio retratada, por exemplo pelo Ministério da Saúde, seja importante para algumas reflexões nesta tese.

Enquanto rumo à finalização desta tese, a OMS (2024) divulga a cifra de 726.000 mortes anuais por suicídio em nível global. Estima-se que, para cada morte por suicídio haja mais de 20 tentativas de suicídio (OMS, 2024; Liu *et al.*, 2022; OMS, 2024). A OMS destaca, ainda, que em 2021 embora o suicídio tenha sido tido como um “fenômeno” em todas as regiões do mundo, 3/4 deles (75%) ocorreram em países de baixa e média renda e figuraram como a terceira causa de morte mundial de pessoas entre 15 e 19 anos⁸.

Pouco depois de iniciar o doutoramento, dados divulgados pela OMS chamavam a atenção sobre a situação epidemiológica do suicídio. Por ocasião da divulgação da publicação do relatório *Suicide in worldwide in 2019*, a OPAS/OMS alertavam para o fato de morrerem mais pessoas “como resultado de suicídio do que HIV, malária ou câncer de mama - ou guerras e homicídios⁹”. Segundo o relatório, em 2019 o suicídio “esteve como a quarta principal causa de morte em jovens de 15 a 29 anos de ambos os sexos, ficando atrás das lesões por acidentes de trânsito, tuberculose e violência interpessoal. Para mulheres e homens, o suicídio foi a terceira e quarta causa de morte, respectivamente” (WHO, 2021, p.7, tradução nossa).

Em 2022, a SVS (MS) publicou o Boletim Epidemiológico nº 37, um estudo descritivo sobre suicídios em adolescentes no Brasil, ocorridos entre 2016 e 2021. Ainda que os dados para os anos pandêmicos de 2020 e 2021 fossem preliminares, a publicação destacou os “níveis cada vez mais alarmantes [de suicídio], especialmente na população jovem” (BRASIL, 2022, p. 17).

No que concerne aos dados estudados, a SVS (MS) registra aumento das taxas de suicídio para o respectivo período e para ambos os sexos nos dois grupos etários analisados,

⁸ Disponível em: https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1. Acesso em: 11 out. 2024.

⁹ Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2021-uma-em-cada-100-mortes-ocorre-por-suicidio-revelam-estatisticas-da-oms>. Acesso em: 13 out. 2024.

10 a 14 anos e 15 a 19 anos, com maiores taxas no segundo grupo e embora decréscimos tenham sido observados quando da análise das taxas de suicídio por semestre. Esses decréscimos se deram entre o 2º e o 3º trimestres de 2016, entre o 1º e o 3º semestre de 2018 e, de forma acentuada, no início da pandemia de Covid-19; ou seja, nos três primeiros trimestres de 2020. Após esse intervalo, retoma a ascendência até o terceiro trimestre de 2021. O retrato epidemiológico para todo o intervalo temporal evidenciou maior frequência de suicídio em “adolescentes entre 15 e 19 anos (84,4%), do sexo masculino (67,9%) e em pretos/pardos (56,1%)” (BRASIL, 2022, p.18).

Em relação aos dados acima apresentados é preciso ressaltar que a publicação trabalhou com dados preliminares, principalmente sobre o ano 2021. Soma-se aí o aumento da subnotificação por todos os agravos que não fossem adoecimento por covid-19. Entre as explicações para tal está, por exemplo, o fato das portas de entrada dos serviços de saúde estarem eminentemente voltadas ao atendimento das emergências e urgências resultantes da pandemia. Ressalta-se que justamente essas unidades são por aonde, em grande monta, chegam *pessoas em situação de suicídio*. Por medidas de biossegurança, a recomendação de suspensão das necropsias convencionais¹⁰, que permitem a investigação da causa de óbito, é outro fato relacionado à subnotificação à época. Por fim, a recomendação das autoridades de saúde para a população evitar a ida aos serviços de saúde por outras causas que não a de suspeita de contaminação por covid-19, e a consequente diminuição da busca das pessoas pelos serviços de saúde, explica também a baixa das notificações.

Recém-saído do forno, o Relatório Técnico *Adolescência e suicídio: um problema de saúde pública* (Costa; Moreira; Guimarães, 2024) evidencia a transição demográfica da população brasileira, resalta sobre seu impacto sobre as políticas de saúde no Brasil e elucida a situação retratada pelo Boletim da SVS (MS) de 2022. Nesta introdução me refiro a este relatório dado o importante resgate que traça sobre o suicídio entre a população jovem e porque adota um parâmetro temporal maior em relação ao Boletim Epidemiológico citado anteriormente, o que acresce informações não captadas pelo primeiro. Conforme o Resumo Executivo publicado pelos autores:

Estudos indicam que entre 2000 e 2015, houve um aumento de 47% na taxa de suicídio de adolescentes. A análise de tendências temporais revela um ponto de inflexão significativo em 2016, marcando uma transição para um aumento mais acentuado nas taxas de suicídio entre os jovens. As taxas

¹⁰ Ver: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/covid-19/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/af_manejo-corpos-covid_2ed_27nov20_isbn.pdf e <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/covid-19/publicacoes-tecnicas/recomendacoes/manejo-de-corpos-no-contexto-da-covid-19>. Acesso em: 13 out. 2024.

de suicídio entre adolescentes (10 a 19 anos) são menores que entre jovens adultos (20 a 29 anos), mas o aumento proporcional foi mais significativo entre adolescentes. Este aumento é refletido na probabilidade de suicídio, que se igualou entre adolescentes e jovens adultos em 2019, e em 2022, os adolescentes passaram a apresentar uma probabilidade 21% maior de suicídio (Costa; Moreira; Guimarães, 2024, Resumo executivo).

Ainda que o Brasil não seja líder nas taxas de suicídio¹¹, a evidência de seu aumento durante os últimos 10 anos (2010 a 2021) está constatada. Os dados registrados pelo Boletim Epidemiológico nº 55, publicado em 2024 pela Coordenação-Geral de Vigilância de Violências e Acidentes/Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis (CGVVA/Daent) apontam sua tendência de crescimento. Além de referenciar os dados da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2021) apresentados anteriormente, o Boletim destaca “o suicídio como a segunda principal causa de mortes de adolescentes de 15 a 19 anos e como a quarta principal entre jovens de 20 a 29 anos” (BRASIL, 2024, p.1), segundo informações extraídas do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM).

Pontualmente no ano de 2021, “o suicídio representou a 27ª causa de morte no país [(Brasil)], afetando principalmente a população adolescente e adulta jovem” (BRASIL, 2024, p.3). De forma progressiva marca a morte de homens no seu percurso de envelhecimento, destacadamente acima dos 70 anos. De forma oposta, entre as mulheres “o risco é mais elevado entre adolescentes de 15 a 19 anos [...] seguido de uma estabilização e declínio das taxas à medida que avançam em idade” (BRASIL, 2024, p.5).

Conforme mencionado, estima-se a ocorrência de, pelo menos, 20 tentativas prévias para cada suicídio, o que faz com que as ocorrências das tentativas devam ser objeto de acompanhamento. Dessa forma, faz-se necessário ressaltar que, no ano de 2021, de acordo com o Boletim elaborado pela CGVVA/Daent, houve “o predomínio de notificações [de tentativas de suicídio] na faixa de 20 a 49 anos de idade (60,2%) e maiores percentuais de [notificações entre] adolescentes de 5 a 14 (11,5%) e 15 a 29 (23,2%) anos no sexo feminino em comparação ao masculino (respectivamente 4,1% e 17,5%)” (BRASIL, 2024, p.9).

Finalizo o panorama sobre a situação epidemiológica do suicídio no Brasil com dados e resultados de um estudo realizado através da parceria entre pesquisadores do Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (Cidacs/Fiocruz Bahia) e do *Department of Global Health and Social Medicine* (Harvard Medical School) (Alves *et al.*, 2024); no

¹¹ Segundo o mesmo Boletim, “entre os países e as regiões com as taxas mais altas [de suicídio] estão Groelândia (América do Norte), Lesoto (África), Quiribati (Oceania) e Guiana (América do Sul)” (MS/SVSA, 2024, p.1).

momento, o estudo mais recente e abrangente sobre a temática específica. A partir de minha tradução, compartilho uma seleção dos resultados.

Com o objetivo de analisar as tendências entre 2011-2022 de mortalidade por “lesões autoprovocadas intencionalmente”, hospitalizações e notificações relacionadas à autolesões (violência autoprovocada, automutilação e tentativa de suicídio¹²), Alves *et al.* (2024) ressaltaram a importância dos “eventos” como um problema de saúde pública que abrangem uma série de comportamentos, entre estes, as tentativas de suicídio e concluem por um aumento dos registros de suicídios. Na mesma ordem em que os autores apresentaram os resultados, a seguir, destaco suas conclusões.

As taxas de notificações de tentativas de suicídio apresentaram aumento de nove vezes no período e cresceram de 7,6 para 70,1/100.000 habitantes. Elas se mostraram crescentes em todas as regiões do país e em todo o período estudado, porém com diferenças regionais quanto ao seu intervalo de pico. Assim, a Região Norte e Nordeste¹³ apresentou um aumento contínuo durante todo o intervalo e um aumento expressivo entre 2016 e 2019 na Região Centro-Oeste (Alves *et al.*, 2024).

Os autores do referido estudo chamam a atenção para as notificações de tentativas de suicídio em 2022. As notificações de ocorrências de tentativas de suicídio entre as pessoas do sexo feminino (96,8/100.000) foram duas vezes maiores, quando comparadas com as ocorrências entre as pessoas do sexo masculino (42,1/100.000)¹⁴, embora entre os homens tenham apresentado um percentual médio anual maior. No que diz respeito às análises sobre as tentativas de suicídio quanto às faixas etárias, elas foram ascendentes para todas as faixas. Porém, o aumento de 28,82% das notificações de tentativas de suicídio de pessoas entre 10 e 24 anos salta aos olhos que, de uma taxa de 10,7/100.000 em 2011, alcançou uma taxa de 158,5/100.00 habitantes em 2022. Nos demais grupos de pessoas, de 25-59 anos e acima de 60 anos ou mais, as taxas também se mostraram ascendentes, com, respectivamente, 19,76% e 16,78% de aumento, com tendência de declínio pontual das notificações entre 2019 e 2022 para as pessoas do último grupo (Alves *et al.*, 2024).

¹² Dada à experiência de trabalho na temática, ousou dizer que, nesse grupo, a maioria das notificações se refere às tentativas de suicídio, embora eu venha observando um ligeiro aumento dos registros de automutilação nos últimos dois-três anos. Por isso, em minha compilação e compartilhamento dos dados, trato as referidas autolesões como tentativas de suicídio, ainda que ciente da possibilidade de estarem incluídas aí algumas notificações referentes às automutilações (como cortes e ferimentos autolesivos), sem intenção de suicídio.

¹³ O texto original, em inglês, faz referência à região “northwest”/[noroeste]. Uma vez que a divisão regional do Brasil não se considera a região noroeste entre suas cinco Grandes Regiões, traduzi como região nordeste.

¹⁴ O texto original, em inglês, utiliza as categorias mulheres e homens. Optei por traduzir mantendo nomenclatura das referidas categorias segundo a fonte de dados acionada pelos autores; ou seja, as fichas de notificação de violência interpessoal e autoprovocada inseridas no SINAN.

Outro dado expressivo é observado quando os autores descrevem as notificações conforme raça/cor. A maior taxa de notificações de tentativas de suicídio se refere à população indígena, 103,72/100.000 habitantes, com uma diferença de 31,91% percentual para o período estudado. As demais categorias de raça/etnia, parda; amarela; amarela (asiáticos e seus descendentes); preta e branca apresentaram, respectivamente, 27,46%; 24,77%; 22,36% e 19,36% de aumento.

Em relação às hospitalizações por tentativas de suicídio, Alves *et al.* (2024) verificaram particularidades regionais e temporais, a exemplo da taxa decrescente na Região Norte durante o período de 2011-2022; a variação na Região Nordeste, como taxas crescentes entre 2011 a 2014 (variação de 28,78%), seguido de significativa diminuição entre 2014 e 2022 (-10,90%). Os autores observaram, ainda, um aumento das hospitalizações de pessoas do sexo masculino e de jovens, entre 10 a 24 anos durante todo o período. Chamam a atenção para o fato de, pontualmente em 2022, as taxas de hospitalizações por tentativas de suicídio terem sido maiores entre pessoas do sexo feminino e entre pessoas autodeclaradas como de descendência asiática. No entanto, quando da análise de todo o período, foram justamente o grupo de pessoas de descendência asiática que apresentou um pontual e significativo decréscimo (-32,17%) em sua taxa de hospitalização. Por fim, segundo o estudo, a maioria das hospitalizações (66%) por tentativas de suicídio, registradas entre 2022 e 2022, foi devido a “envenenamento”, sobretudo por medicamentos (39%) e “envenenamento por álcool” (11%).

Ainda sobre hospitalizações devido às autolesões, a constatação de que as menores taxas de hospitalização terem sido evidenciadas entre a população indígena é merecedora de atenção. Em fala sobre o estudo para divulgação no *Portal Fiocruz*, Flávia Jôse Alves, líder e uma das pesquisadoras do estudo ecológico sobre as tendências de “autolesões” no Brasil entre 2011 e 2022, destaca que

“Mesmo com maior número de notificações, a população indígena apresentou as menores taxas de hospitalização. Esse é um indício forte de que existem barreiras no acesso que essa população tem aos serviços de urgência e emergência. Existem diferenças entre a demanda de leitos nos hospitais e quem realmente consegue acessá-los, e isso pode resultar em atrasos nas intervenções” (Alves, 2024¹⁵).

¹⁵ Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/2024/02/estudo-aponta-que-taxas-de-suicidio-e-autolesoes-aumentam-no-brasil#:~:text=Estudo%20aponta%20que%20taxas%20de%20suic%C3%ADdio%20e%20autoles%C3%B5es%20aumentam%20no%20Brasil,-186158&text=Compartilhar%3A,cada%20ano%20nesse%20mesmo%20per%C3%ADodo>. Acesso em: 19 set. 2024.

Por último, exponho mais alguns dados sobre suicídio ainda a partir do estudo de Alves *et al.* (2024). Segundo os autores, entre 2011 e 2022 as taxas de suicídio foram crescentes durante todo o período, em todas as regiões do país e com uma média anual de 3.70% de aumento, ainda que com diferenças. Assim, quando considerado o intervalo temporal total, a maior e menor diferença percentual foi observada na Região Nordeste (2,62%) e na Região Centro-Oeste (5,76%), respectivamente. No entanto, ressalta-se a mudança significativa desse retrato para a Região Sul, quando da taxa de mortalidade por suicídio especificamente no ano de 2022 alcançando 11,53 mortes por cada 100.000 habitantes, notadamente superior à taxa média para todas as regiões no período (3,11 vezes maior). Em relação às mortes, no ano de 2022, segundo o sexo das pessoas, a taxa de mortes das pessoas do sexo masculino (11,68/100.000) foi [quase] quatro vezes maior quando comparada à taxa de mortes entre as pessoas do sexo feminino (3,06/100.000).

No que diz respeito à faixa etária, em 2022, os destaques ficaram por conta das maiores ocorrências entre a população adulta jovem, de 25-59 anos e de 60 anos ou mais. Para todo o intervalo estudado (2011 a 2022), houve aumento das taxas de morte por suicídio em todos os grupos etários estudados sendo que o destaque aqui se deu em relação à taxa de suicídio entre jovens de 10 a 24 anos de idade, que alcançou a ordem de 6,14% de aumento. Especificamente no ano de 2022 e em relação à raça/etnia, a maior taxa de suicídio foi observada entre a população indígena com o registro de 16,58/100.000; em contrapartida, no que diz respeito a todo o intervalo a maior diferença percentual da mortalidade por suicídio (78,20%) e maior média anual de crescimento foi observada entre pessoas pardas (5,35%). Por fim, conforme o estudo em relevo, em 88,5% dos suicídios o meio mais frequentemente acionado foi o enforcamento (69,1%), seguido das armas de fogo (8%); entre os suicídios por envenenamento, um misto de medicamentos e os pesticidas foram os meios mais utilizados.

Os resultados apresentados por Alves *et al.* (2024) em relação à população indígena, de certa forma é complementar à análise do estudo descritivo com recorte temporal de duas décadas (2000 a 2020) realizado por Araujo *et al.* (2023), cujo objetivo foi retratar as tendências das taxas de suicídio entre indígenas no Brasil e compará-las com as taxas de suicídio entre a população não indígena. Os pesquisadores concluíram que, embora o aumento das taxas de suicídio tenha ocorrido para todos os brasileiros durante o intervalo recortado, elas foram “alarmantemente altas entre os povos indígenas” (Araujo *et al.*, 2023, p.1), particularmente entre pessoas jovens de 10 a 24 anos.

Ative-me por um tempo razoável sobre os dados epidemiológicos (e os mais recentes publicizados neste ano - 2024) por sua importância enquanto um retrato amplo sobre a evolução da situação de ocorrências de tentativas de suicídio e mortes por suicídio.

Conforme seus objetivos de investigação, os estudos epidemiológicos referenciados analisam as tentativas de suicídio e/ou as mortes por suicídio segundo as categorias sexo, raça ou etnia/cor, faixa etária, local de ocorrência e meio de “agressão”.

Diferentemente desse rol de estudos, Alves; Machado e Barreto (2017) voltaram-se à relação específica entre o efeito do programa brasileiro de transferência de renda, o Programa Bolsa Família (PBF), e as taxas de suicídio em municípios brasileiros. Para a análise pretendida, os pesquisadores lançaram mão de categorias específicas e de natureza distinta às dos demais trabalhos apresentados. Eles trabalharam com variáveis socioeconômicas e demográficas, como percentual de população de 16 anos ou mais empregada, taxa de urbanização, percentual de pessoas com baixa escolaridade (pessoas com ensino fundamental incompleto) percentual de pessoas com baixa renda (renda domiciliar per capita mensal de até R\$ 140,00), percentual de pessoas divorciada, percentual de domicílios ocupados por apenas um morador e percentual de pessoas que se declararam pentecostais e, ainda, uma variável de assistência à saúde, a cobertura do Programa de Saúde da Família. A inclusão dessas variáveis foi justificada pelos autores com base em estudos que afirmam sua associação com o suicídio¹⁶.

As anotações sobre a pesquisa de Alves; Machado e Barreto (2017) ressaltam a amplitude da epidemiologia a partir de sua investigação sobre as relações “causa-feito” para além das variáveis comumente utilizadas nos estudos clássicos da epidemiologia envolvendo pessoas, tais como sexo e faixa etária em um recorte temporal e espacial determinado. Trazer essa referência é também um modo de reverenciar a potência que estudos desse tipo disparam para discussões interdisciplinares. No caso desta tese, é alimentar o espaço de construção de conhecimentos sobre o suicídio com a parceria entre Saúde Pública/Coletiva e Antropologia/Antropologia da Saúde e das Políticas Públicas, inerente ao desenho do seu percurso.

Antes mesmo de começar a escrever esta tese e no movimento de me aproximar à trajetória de pesquisa de Ednalva Maciel Neves, orientadora da pesquisa que a antecede,

¹⁶ Ainda que eu não tenha tido acesso a tais estudos, as respectivas referências são: Stack, Steven. Suicide: a 15-year review of the sociological literature. Part I: cultural and economic factors. **Suicide Life Threat Behav.** 2000 Summer; 30(2):145-62. PMID: 10888055; Bertolote; Fleischmann; De Leo; Wasserman, 2004. Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. **Crisis** 25(4):147–155; Lund *et al.*, 2011. Poverty and mental disorders: break-ing the cycle in low-income and middle-income countries. **Lancet** 378:1502–1514.

busquei sua tese de doutorado e, pouco depois, de suas próprias mãos, recebi um exemplar de seu livro *Antropologia e ciência: uma etnografia do fazer científico na era do risco* (Neves, 2008), daqueles livros que ultrapassam o tempo em que foram escritos. Conhecer sua escrita e a forma como pensava o risco foi instigante para eu me debruçar sobre alguns dos incômodos que antecederam à entrada no doutorado e à feitura desta tese, presentes no cotidiano de meu trabalho na Seção de DANT da VIEP/SMS. Esse encontro – digamos intelectual, de forma imprescindível, rendeu a mim a oportunidade de horas de troca de ideias e aprendizado que se desdobrou em um artigo e no impulso para pensar como o risco de suicídio é tratado pela epidemiologia.

Todas as pesquisas citadas reconhecem o suicídio como um problema de saúde pública a prescindir de prioridade em intervenções. Entre suas causas, apontam fatores de “risco” e “razões multifacetadas” para as ocorrências do suicídio. Dentre esses: depressão, transtornos mentais, estigma associada aos transtornos mentais, uso abusivo e álcool e outras drogas, exclusão social, desemprego, violência/abuso sexual na infância, influência social, cultural, psicológica e fatores ambientais, etc. Teoricamente, os estudos epidemiológicos, os retratos epidemiológicos e os fatores de risco apontados por esses estudos devem direcionar a construção de políticas públicas e de intervenções em saúde; em síntese, as prepositivas de prevenção e guiar a construção/atualização de políticas públicas. Uma vez que o assunto “risco”, fatores de risco para o suicídio, sua consideração nos documentos das políticas públicas e na intervenção/operacionalização das políticas públicas é objeto de discussão desta tese me ateno por hora somente por lista-los de forma a exemplificar como o suicídio é visto por alguns de tantos estudos realizados com o objetivo de retratar a “realidade” do morrer.

Dia desses, escutando Bertolote (2024¹⁷), enquanto procurava avançar na escrita desta tese, suas palavras me levaram ao encontro de alguns de meus próprios questionamentos. Com uma pergunta muito pontual, “o que faço com a informação de que mulheres tentam mais suicídio do que homens?”, ele nos impele à abertura da caixa onde se guarda tantos segredos e tabus sobre o suicídio na espera dos documentos das políticas públicas que contenham apontamentos sobre a prevenção do suicídio.

Nos artigos, documentos das políticas públicas, etc. as relações causais para o desfecho tentativas de suicídio e suicídio são relacionadas à esfera psicológica da pessoa e, pouco, muito pouco, ao fato de que muito dos fatores supostamente determinantes

¹⁷ Live de 9 de setembro de 2024, transmitida pelo “Programa CVV Como vai você?”. Intitulada “Como ajudar na prevenção do suicídio?”, contou com a participação de José Manoel Bertolote. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=7WU2rMVUCZ0>. Acesso em: 08 out. 2024.

(denominados como “de risco”) têm sua origem na esfera social e cultural. A pergunta de Bertolote (2024¹⁸), a qual me posiciono como consignatária é “*o que faço com a informação de que mulheres tentam mais suicídio do que homens?*”. À pergunta de Bertolote acrescento outra: de que homens têm mais acesso a meios letais como arma de fogo (inclusive se tivemos recentemente um governo federal passado (2019-2022) estimulador e permissivo do porte de armas), como é a realidade (legal) dos policiais que vêm sendo expressão crescente de mortes por suicídio?

Por isso, inspirada na ideia de risco, de um risco difícil de ser emoldurado, e na leitura de Faria; Santos (2020), se a face mais evidente da violência se manifesta nos homicídios, o que poderíamos dizer sobre as violências autoprovocadas? Para responder a esta questão é preciso evidenciar a complexidade das mortes autoprovocadas, complexas sim por terem em sua origem não o outro, sujeito individual ou coletivo, mas a si próprio e por poderem ser decorrência de fatores diversos, isolados ou de múltiplos, em impacto conjunto.

É comum a atribuição dos suicídios aos transtornos mentais – reconhecido como fatores que levam ao suicídio. No entanto, atribuir aos transtornos mentais os episódios de tentativas de suicídio e mortes por suicídio é, como vimos, simplificar ou reduzir ou mesmo excluir do “fenômeno” sua natureza complexa e depositá-lo numa caixa de fechadura única, seja para deixa-lo ali ou para permitir que saiam carimbados; ou seja, para isolar esses corpos e mentes tentantes (e sobreviventes) de suicídio ou para permitir-lhes saírem controlados e vigiados através do instrumento medicalização. Esse corpo “doente” por transtorno mental está condenando a não ter o direito de abrir ou de fechar a porta.

Conforme a literatura e os dados epidemiológicos apontam, o suicídio é tido como um problema de saúde pública e ocupa lugar de foco para especialistas da área. Como ressaltado, isso não significa que as práticas de prevenção e cuidado às *pessoas em situação de suicídio*, em ideação suicida, sobreviventes ou familiares, recebam atenção proporcional à gravidade enquanto problema de saúde e tampouco que sejam orientadas pelas normativas políticas vigentes. Se a vida dificilmente cabe na norma, a morte autoinfligida menos ainda. Não há regulamentação que dê conta da complexidade do fenômeno. Com esse entendimento vislumbro a contribuição da Antropologia da Saúde e a Antropologia das Políticas Públicas para compreender as lacunas entre o suicídio, tido pela saúde como um problema de saúde, e as normativas e práticas de saúde frente ao problema.

¹⁸ Idem nota de rodapé anterior.

Dessa maneira, me refiro a políticas de prevenção do suicídio como um conjunto composto por normas e práticas diante de suicídios evitáveis o qual inclui (ou deveria incluir) a posvenção (Gonçalves, 2017). Já a posvenção, ainda inexistente no Brasil enquanto política, diz respeito às recomendações presentes nos documentos afins à política, como nas diretrizes de prevenção do suicídio para orientar práticas de cuidado e acolhimento a pessoas e familiares que vivenciam(ram) morte por suicídio (abarcadas pelo conceito de *pessoas em situação de suicídio*), práticas estas presentes (ou não) nos setores da área da saúde ou em outros espaços (religiosos; organizações não-governamentais, associações, etc.). Portanto, a temática sobre práticas de posvenção é inerente ao objeto desta tese e a trato como um elemento afim às políticas de prevenção do suicídio, especialmente quando me ateno sobre as políticas públicas no Brasil.

Para acompanhar-me nessa empreitada antropológica e abastecer-me teoricamente, me aproximei de autores que deram suporte para a compreensão do suicídio e das políticas públicas. Remeto-me ao encontro com Émile Durkheim (2000 [1987] e seu clássico *O suicídio*; com ele a Marcel Mauss (2003) e, em paralelo à leitura da produção de George Minois sobre suicídio, *História do Suicídio* e, ainda para saber se e como o autor pensava a interpelação entre solidão e suicídio, busco seu livro *História da solidão e dos solitários* (Minois, 2018). Pela via mais contemporânea e acadêmica, obtive apoio no pensamento de Nagafuchi (2017; 2019), Orellana (2022), assim como Maluf (2021), Maluf; Silva (2021), Maluf; Silva; Silva (2020), Silva; Rocha; Oliveira (2022), entre outros. Esses autoras/autores são emblemáticas/emblemáticos e representam uma linha de pensamento apropriada para refletir sobre a problemática do suicídio, desde sua complexidade às designações: violência autoinfligida/autoprovocada, comportamento suicida fatal ou não fatal, suicídio consumado, entre outros termos que aparecem na escrita desta tese.

Nesse sentido, esta tese carrega a transversalidade de uma pesquisadora implicada e toma corpo de uma pesquisa mesclada entre os campos da Antropologia da Saúde e da Antropologia das Políticas Públicas, orientada por uma etnografia de saúde, de políticas públicas e documental, que reconheço como uma etnografia “multissituada” (Marcus, 1999; 2015).

O objetivo geral deste estudo foi compreender o suicídio enquanto um fenômeno político, social e quanto problema de saúde pública, abordando os significados, os processos de construção e operacionalização de políticas de prevenção do suicídio e como ele emerge nas demais políticas voltadas a crianças/adolescente, mulheres e na política de saúde mental. Configurou-se como uma abordagem etnográfica voltada a documentos de políticas públicas e

com atores atuantes no processo de construção e operacionalização de políticas públicas da área da saúde.

Especificamente, busquei:

1. Identificar significados de suicídio e políticas de enfrentamento do suicídio presentes nos documentos de políticas públicas de prevenção do suicídio;
2. Identificar os significados sobre morte, suicídio e políticas de enfrentamento do suicídio, atribuídos por agentes envolvidos na construção, implantação, implementação e operacionalização de políticas públicas de prevenção do suicídio;
3. Identificar e analisar os significados de idealização, construção, implantação, implementação e operacionalização das políticas de prevenção do suicídio presentes nos documentos de políticas públicas de prevenção do suicídio;
4. Identificar e analisar os significados de idealização, construção, implantação, implementação e operacionalização das políticas de prevenção do suicídio segundo atores envolvidos de forma direta ou indireta, parcial ou total na elaboração do conjunto de políticas públicas de prevenção do suicídio;
5. Identificar e analisar correlações entre documentos de políticas públicas de prevenção do suicídio, documentos de políticas públicas de saúde mental e documentos de políticas públicas específicos à saúde dos seguintes grupos populacionais: crianças e adolescentes e mulheres;
6. Reconhecer mecanismos envolvidos na articulação entre o processo de idealização, construção, implantação, (não) implementação, operacionalização e (não) operacionalização das políticas de prevenção do suicídio.

Para alcançar esses objetivos, tomo as narrativas de protagonistas na história de idealização e construção, implantação e implementação e operacionalização do conjunto político de prevenção do suicídio e de gestores que lidam com a implementação desse conjunto e as coloco em diálogo com documentos das políticas públicas pertinentes à temática.

Na intenção de oferecer uma leitura que permita evidenciar a linha condutora entre a aproximação ao objeto de estudo, o planejamento, a investigação, a travessia em campo e a chegada às reflexões e considerações à minha pergunta inicial, e outras emergidas pelo caminho, esta tese está estruturada em cinco seções, sendo duas delas esta Introdução e as

Considerações Finais, sem necessariamente, seguir uma linearidade de produção discursiva de acordo com o alcance dos objetivos específicos listados.

Na seção 2, para além de compartilhar a trajetória de pesquisa, de sanitarista à antropóloga, à pesquisa e ao campo de pesquisa para a tese, trago reflexões sobre o porquê da escolha da Antropologia da Saúde e da Antropologia da Política Pública como linhas condutoras de investigação e incluo uma discussão sobre as fronteiras disciplinares entre epidemiologia e antropologia as quais, inexoravelmente, também me impulsionaram à pesquisa. Considero entendimentos sobre alguns termos, tais como suicídio, violência autoprovocada e situação de suicídio. Teço considerações sobre o entrar em campo e fazer pesquisa no contexto da pandemia. Em sequência, sobre como se abriu a porta para um segundo espaço de campo, então, mediado pelas ‘novas’ biossociabilidades, acionadas devido ao distanciamento social exigido pela pandemia de Covid-19. Assim, conto sobre as fontes de informação e formas de interação não pensadas no projeto original, como os *webinários* e *lives*, por exemplo. Pontualmente, destaco como a pandemia, somada ao exame de qualificação desta tese, se constituiu como um divisor de águas entre o desenho inicial e final de pesquisa. Enfim, além de contextualizar a trajetória de pesquisa desde a escolha do tema à chegada do desenho final de investigação, apresento a maneira como se deu a chegada aos interlocutores e quem são eles, quais materiais documentais advieram do percurso de construção e execução da investigação e a forma como foram tratados e analisados. Finalizo a seção com a apresentação esquemática do desenho etnográfico e com considerações éticas sobre a pesquisa.

Na seção 3, apresento a trajetória de construção de um conjunto de políticas públicas de prevenção do suicídio, a partir das narrativas sobre o protagonismo político de três interlocutoras e um interlocutor. O texto está organizado conforme suas inserções em três eixos, a saber: idealização e construção, implantação e implementação e operacionalização do conjunto político. Como a leitora/or poderá compreender, o processo de construção de uma política pública específica de prevenção do suicídio é atrelado à construção de uma política de redução de morbimortalidade por acidentes e violências e, por tal motivo, ela prevalece no desenvolvimento textual. Para finalizar, teço reflexões, sobretudo, a partir dos eixos de idealização e construção, implantação e implementação do conjunto político, eixos característicos do protagonismo das interlocutoras e do interlocutor desta tese.

A seção 4 é dedicada a reflexões acerca de documentos de políticas públicas em sua consideração direta e/ou indireta com a prevenção do suicídio e sua convergência com a operacionalização local (João Pessoa/PB) e a política pública especificamente voltada à

prevenção do suicídio (e às automutilações). Como já explicitado na seção metodológica, a seleção de documentos analisados incluiu (incluiria) outros documentos de políticas públicas conforme áreas técnicas do MS. Dado o investimento e o percurso metodológico da investigação realizada sobre uma série de documentos, das políticas nacionais, pincei para considerações apenas a *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*, que institui a *Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)* (Brasil, 2011c), referente ao Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (Desmad).

Em Considerações Finais, como o título sugere, a partir do cenário total da tese e de minha posição de pesquisadora implicada, retomo o cenário local de partida para tecer as considerações desta seção. Para além das principais conclusões frente aos objetivos traçados ao início da pesquisa, compartilho as surpresas que o campo e a investigação trouxeram, como pontuo aquilo que restou para, quiçá, uma próxima pesquisa. Numa perspectiva ampla, as políticas públicas de saúde, historicamente, não enfrentam a problemática do suicídio de forma direta, encontrando-se pulverizada entre diferentes áreas de conhecimento e falta de consenso no fluxo de atenção na saúde. Quando se dispõem de diretrizes e normas de prevenção do suicídio, elas oscilam em conformidade com as gestões e políticas públicas, não contemplam sua complexidade, reduzem-se às explicações biomédicas e individualizantes, sem priorização financeira na execução das ações de saúde nos diferentes níveis do Sistema Único de Saúde e evidenciam os hiatos e vazios entre a normativa e sua operacionalização.

2. DA EXPERIÊNCIA À POLÍTICA: UMA TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DE PESQUISA

“Você está em campo há muito tempo”¹⁹”

Nesta seção compartilho anotações sobre os lugares e situações por onde transitei até o encontro com o objeto de pesquisa e o conjunto de políticas de prevenção do suicídio; sobre os desvios e alterações de percurso para perseguir com a investigação sobre o objeto recortado e, por fim, sobre como se deu a coleta, seleção e tratamento do material etnográfico a partir do qual pude tecer reflexões e apresentar os resultados desta tese. Respectivamente, na mesma ordem dos assuntos descritos, o texto está estruturado em três subseções.

2.1 O PONTO DE PARTIDA: QUANDO OS CAMINHOS DE UMA SANITARISTA E DE UMA PESQUISADORA SE CRUZAM

Lembro-me de distintos períodos da década de 1990, ainda enquanto recém-formada no curso de graduação em Nutrição e com passagens pelo curso de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Minas Gerais e pelo Grupo de Nutrologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e das discussões fervorosas entre os colegas sobre os limites da Epidemiologia para discutir determinados agravos, tais como saúde mental, AIDS, hanseníase, leishmaniose, tuberculose, desnutrição, fome e subsistência alimentar, interesses de estudo e pesquisa naquela época e de relativo foco de debates nas esferas políticas; dos movimentos sociais e dos centros acadêmicos e de pesquisa.

Na estrada até aqui, a Epidemiologia sempre foi um de meus meios de trabalho e é, como passageira desse bonde, onde desperto para o interesse em compreender o inexplicável por esta ciência. Digo a respeito de temas que ora e hoje me chamaram e chamam a atenção e que requerem um olhar ampliado para sua compreensão; como no caso e no momento, o universo do suicídio na área de cuidado em saúde.

Reconheço a grandeza da Epidemiologia enquanto campo científico para captar, expor e prever cenários de nascimento; saúde; adoecimento e morte de populações humanas; apontar explicações causais; identificar mudanças no comportamento de doenças e oferecer subsídios para planejamento; tomada de decisão e evidências para formulação de

¹⁹ Fala de Ednalva Maciel Neves diante daquilo que eu pensava ser meu primeiro passo em direção ao campo.

políticas públicas, mas também suas limitações frente à complexidade embutida nesses “eventos”, conforme denominação utilizada por essa ciência. Em decorrência, suas limitações para o planejamento e formulação de políticas eficazes.

Ao ingressar como servidora na SMS-JP fui lotada na Coordenação de Desenvolvimento Institucional (CDI), composta por um grupo de profissionais vinculados a UFPB e técnicos em informação com *expertise* em Sistemas de Informação e planejamento. Um dos objetivos da Coordenação era apoiar técnica e intelectualmente os diversos setores da Secretaria, com um foco especial em planejamento. Por essa via, fui apresentada a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) (Brasil, 2001b), quando da solicitação de meu apoio técnico como colaboradora na elaboração e redação do Plano local de implementação da respectiva Política. Nessa altura (e até hoje), a responsabilidade pela gestão da Política estava sob a responsabilidade da Seção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), na Gerência de Vigilância Epidemiológica (VIEP), para onde migrei após a dissolução da CDI e onde trabalho até hoje. Tratado como uma violência pelas vias desta Política, uma violência autoprovocada, o suicídio chega a meu universo profissional como uma temática de saúde pública e como um tipo de violência.

Também nesse período, transitando entre um e outro setor, tive a oportunidade de participar do Curso de Aperfeiçoamento em Violências, oferecido pelo Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES), e me aproximar de uma temática que há tempos me despertava curiosidade e interesse. A paixão já estava ali, latente. Despertaria de qualquer forma, mas foi exatamente nesse lugar onde a transversalidade da vida profissional se cruzou com a pessoal. Ainda sem imaginar, se iniciava o desenho de ingresso no Curso de Doutorado em Antropologia, o encontro com as inquietudes diante de como via (e vejo) o cuidado ao suicídio na Saúde e, finalmente, esta tese, na busca por pensar caminhos promissores de atenção à saúde a partir de um olhar antropológico.

O baú do tempo pode ser maior do que minha memória permite recordar e rememorar, mas o fato é que o tema do suicídio me remete a uma trajetória de vida, marcada pela presença de uma convergência entre o suicídio, a violência contra mulheres e crianças e adolescentes e sofrimentos, entre outras. Dessa forma, a partir do trabalho de campo e, em parte, das reflexões advindas da disciplina Antropologia do Corpo e Saúde, conduzida pelas professoras Dras. Ednalva Maciel Neves; Mônica Franch e Rosamaria Carneiro e cursada no 1º semestre de 2001, essa percepção entre trajetória profissional e inquietações acadêmicas torna-se, aos poucos, mais evidente.

Próxima ao tema como estudiosa, tanto enxergo a constância da presença do medo e da insegurança nas *pessoas em situação de suicídio* (aqui, especificamente familiares e amigos) frente à incerteza do fantasma do suicídio rondando pessoas próximas com história de tentativa de suicídio, como trago a certeza da existência de uma relação entre gênero e suicídio. De qualquer forma, ressalto que discordo da imagem geral e corriqueira das ocorrências de tentativas e de suicídio através da qual se reduz a situação a um cenário geral em que “as mulheres tentam mais e os homens se matam mais”. Por hora, tenho apenas a intenção de compartilhar um pouco sobre as subjetividades e inquietudes que me acompanharam no percurso e me levaram às reflexões de partida sobre o tema e à entrada no campo.

No cotidiano de trabalho da Vigilância Epidemiológica das Violências, entre as quais das tentativas de suicídio e dos suicídios dois instrumentos de trabalho são 1) a “ficha de notificação individual²⁰” do “agravo” “violência interpessoal e autoprovocada” (de ocorrências de tentativas de suicídio e automutilação) (Anexo A); e 2) a “Declaração de Óbito” devido a “óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente” (os óbitos por suicídio) como documento de atestado de morte. Embora seja rotina acessar as informações sobre as ocorrências através desses instrumentos (as ocorrências de vida e morte), o impacto emocional sempre ocorre quando nos deparamos com a ciência desses desfechos. Nessas horas, é comum os profissionais saírem de cena e ficarmos nós, enquanto pessoas comuns, a trocar impressões imaginadas a partir dos registros sobre as circunstâncias e motivações que levaram as pessoas às tentativas de suicídio ou ao suicídio, comumente registros que contam histórias reduzidas, descontextualizadas, de pessoas desconhecidas.

No caso das mortes por suicídio, registradas nas Declarações de Óbito (DOs) segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), não há, no respectivo documento, quase ou nenhum espaço para inserção de registros sobre as circunstâncias das ocorrências e os contextos sociais e culturais que possam ter motivado o desfecho, embora a cena do acontecimento seja caracterizada através do registro do meio utilizado para o desfecho fatal e ponto, como se o motivo da morte se reduzisse ao meio acessado para tal.

²⁰ São objetos de notificação na respectiva ficha: “Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT” (BRASIL, 2016b). Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada>.

No caso das tentativas de suicídio, embora a ficha de notificação tenha lugar próprio para o acréscimo de “observações adicionais”, raras vezes há uma descrição esclarecedora sobre o acontecimento. Quando o campo é preenchido o que se encontra são registros de subjetividades pouco ou nada reveladores, vindos através de pessoas próximas que tentaram suicídio, quando as acompanharam aos serviços de saúde; através de declarações dos próprios “pacientes” sobre o meio em que se deu a tentativa, transcritas pelos profissionais e dos profissionais de saúde ou, de forma mais precisa, quando de dois casos – diga-se, bastante comuns: os casos em que se procedeu com a conduta de “estabilização”, seguida de “alta” ou quando “o paciente se esvaiu do serviço”.

Volta e meia, as elucubrações sobre as ocorrências que nos impactam e nos colocam como sujeitos comuns, me levam a relembrar amigos, familiares e conhecidos que, a depender, tiveram seus registros de vida, prontuários de saúde ou atestados de morte marcados, respectivamente, por adoecimento mental ou pelo suicídio.

Embora pudesse contar mais de uma história de tentativa de suicídio ou morte por suicídio de pessoas próximas que me surpreenderam e marcam minha subjetividade, destaco apenas uma. Trata-se da morte por suicídio de uma colega de faculdade e parceira de atividades desenvolvidas através da Empresa Júnior local, de onde ganhávamos algum dinheiro com a participação em projetos. Éramos mães e bem ativas. Ela se formaria a alguns dias e eu já sentia a falta que faria, quando, com grande impacto, recebo a notícia de seu suicídio. Sem resposta para os motivos que a levaram ao ato, pois sequer tínhamos ciência de seu sofrimento, ficamos, eu, professores e colegas, sem a resposta à pergunta que não queria calar: o que poderia ter sido feito para evitar aquele fim? Algo semelhante à culpa, tão externado por alguns de meus interlocutores durante as entrevistas, nos acompanhou durante algum tempo: como não enxergamos sua suposta condição de sofrimento; de um sofrimento de tal monta que a levasse a findar sua vida?

Não me recordo de elencarmos um rol de possíveis causas para aquele ato, exceto, pontualmente, o fato da ocorrência de uma briga entre minha amiga e seu companheiro/noivo, pai de seu filho, por uma possível traição do rapaz; talvez, e somente enquanto suposição, tenha sido um dos casos de suicídio motivados por amor; um suicídio romântico à semelhança dos ocorridos na história da humanidade, por exemplo, nos anos 1770, na Europa. Nas tais “observações” nos registros de notificações de tentativas, encontro explicações semelhantes. Hoje, incomodada, enxergo-as como reduzidas e simplistas, “pontuais”, como fizemos, eu e meus colegas e professores em relação ao caso brevemente relatado.

Antes mesmo da elaboração do projeto que antecede esta tese, recorri ao livro *História do Suicídio: a sociedade ocidental diante da morte voluntária* (Minois, 2018). Meus objetivos eram tanto o de me aproximar do tema de forma outra que não a biomédica, como o de buscar significado(s) para a aplicabilidade do termo suicídio e, então, pensar naquilo o que eu chamaria de prevenção e posvenção, objetos a serem perseguidos e a serem tratados com a devida atenção adiante.

No decorrer da leitura, fui contemplada como uma diversidade de tipos de suicídio, antes inimagináveis, a não ser pela leitura de Durkheim (2000 [1897]). Embora eu já trouxesse a ideia de que há motivações pessoais e sociais para sua ocorrência e, de forma intuitiva e a partir de observações, de que a forma como os suicídios acontecem trazem alguma relação com temporalidade; contextos sociais, culturais e até mesmo com a moda, a leitura me surpreendeu com seu efeito sobre a maneira como meu olhar se comportava diante do suicídio.

Minois (2018), para além de ressaltar e justificar que “não podemos estudar os suicídios como podemos fazê-lo em relação à destruição provocada pela peste ou tuberculose” (Minois, 2018, p. 2), ao apresentar os tipos de suicídio caracterizados na história ocidental através do resgate dos motivos que os provocam (suicídio político; romântico; religioso; filosófico; revolucionário; comum e outros), me traz a provocação de problematizar o espaço da prevenção a partir da ideia de que nem todo suicídio é evitável ou que nem todo tipo de suicídio deveria ser objeto de medidas preventivas coletivas universais, a exemplo evidente da política de prevenção do suicídio (e sua não adequação) aos suicídios de ocorrência entre povos indígenas, entre outros, dada sua diversidade étnica e cultural e concepções particulares de ver e viver a vida e a morte²¹.

Particularmente, longe de conceber o suicídio como um caminho natural para se pôr fim à vida, a provocação indireta trazida pela leitura me fez olhar para a conformidade do(s) campo(s) de intervenção e destinação de medidas de prevenção do suicídio a partir de sua

²¹ Não abordarei sobre a temática do suicídio entre indígenas, pois ultrapassa o objetivo desta tese. Para saber mais, recomendo as seguintes leituras: LEAL, Ondina Fachel. Os Gaúchos: cultura e identidade masculina no Pampa. **TESSITURAS**, Pelotas, vol. 7, nº 1, jan-fev, 2019. (artigo decorrente de sua tese de doutorado, defendida em 1989); BUCHILLET, Dominique. Cultura e saúde pública: reflexões sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro. In: LANGDON, Esther Jean & GARNELO, Luiza (org.). **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contracapa/ABA, 2004; Souza, Ronaldo Santhiago Bonfim de *et al.* Suicídio e povos indígenas brasileiros: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública** [online], v. 44, e58. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.58>. ISSN 1680-5348. Acesso em: 18 out 2024 e Baniwa, Geana; Calegare, Marcelo. (2024). Fatores explicativos do suicídio pela visão indígena: uma revisão de literatura. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 41, p. e230084, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202441e230084pt>.

origem, suas políticas públicas e seu contexto histórico e sociocultural. Nesse sentido, parto de um olhar incomodado, focado na área da Saúde para, através da Antropologia da Saúde e a Antropologia de Política Pública, acessar explicações e respostas aos incômodos e questionamentos iniciais.

Retorno à ficha de notificação de tentativas de suicídio enquanto sanitarista e, por isso, leitora de um sem-número dessas fichas, para compartilhar um segundo incômodo advindo dos registros sobre os atendimentos à pessoa quem tentou suicídio. Trata-se do campo para indicação sobre o “encaminhamento”. Frequentemente, o preenchimento deste campo é ignorado ou, simplesmente, não traz qualquer informação. Por outro lado, ao tentar visualizar o percurso da pessoa cujo fato foi notificado, busco por mais informações no campo “Observações Adicionais”, Neste espaço, é extremamente corriqueiro o registro de alta após o “paciente” (olhado e tratado dessa forma) ter sido “estabilizado”. Afinal, o que é estabilizar uma *pessoa em situação de suicídio*? Como se oferece ou se alcança estabilidade para alguém quem há pouco tentara suicídio? A vida profissional havia começado a me cutucar.

Hoje, assim como vejo a prática do “estabilizar” como a medida mais adotada nos atendimentos a pessoas que tentam suicídio, principalmente, nos serviços de atendimento a urgências e emergências, ainda que paire a dúvida sobre seu significado quando registrado nas respectivas fichas de notificação a que me refiro, enxergo a fragilidade, o despreparo e a insuficiência de acolhimento e resolutividade²² desses serviços às pessoas e às histórias de tentativas de suicídio pelas quais chegam aos mesmos. No caso de atenção de urgência às pessoas em situação de suicídio há um enorme leque de possibilidades de assistência, desde a farmacológica (acredito, a mais praticada); a de recuperação de sinais vitais, quando de procedimento de uma “*estabilização clínica, [para] saída do risco*”, como dirá adiante Martinha, interlocutora desta tese, a de escuta e acolhimento qualificado a práticas holísticas²³.

Por insuficiência de dados de campo que me permitam afirmar o significado do “estabilizar/estabilizado” (se com escuta, medicalização ou, por exemplo, lavagem gástrica, por exemplo) e não ter encontrado na literatura um significado que me convencesse se tratar de um sinônimo comum para o termo presente nas fichas de notificação referentes aos

²² Segundo as diretrizes do SUS, “resolutividade” diz respeito ao atendimento com resposta satisfatória à demanda da pessoa quem buscou o serviço de saúde.

²³ A respeito de práticas holísticas em saúde mental, ver: Ribeiro; Pimentel; Fernandes; Deslandes; Amarante, 2024.

atendimentos de *peessoas em situação de suicídio*, ressalto que este é um termo utilizado tanto na prática, nos registros e na literatura da psiquiatria ou da psicanálise²⁴, como na prática das urgências e emergências e atendo-me ao ambiente das urgências e emergências.

Para significar o termo “estabilização” no atendimento a *peessoas em situação de suicídio* por ocasião de tentativas de suicídio, tomo como referência a concepção do Ministério da Saúde quando trata sobre a Rede de Atenção às Urgências (RAU), o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (Samu), Salas de Estabilização (SE), Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e Portas Hospitalares de Urgência e Emergência, componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no SUS²⁵, implantada por meio da Portaria nº 1.600, de 7 de junho de 2011 (Brasil, 2011b).

Em consonância com a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) e a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), a RUE prevê ações de vigilância, promoção e prevenção às violências onde, segundo a primeira política, estão contempladas as tentativas de suicídio e as mortes por suicídio.

No bojo da RUE, a “estabilização” às pessoas em situação de suicídio, especificamente as pessoas atendidas devido a tentativas de suicídio (por exemplo, através de intoxicação, ferimento perfuro-cortante, enforcamento, entre outros meios), está prevista tanto no primeiro atendimento para retirada do risco, por exemplo, pelo Samu, na reabilitação dessas pessoas quanto aos danos imediatos decorrentes das tentativas de suicídio, bem como nas ações de prevenção de segundas tentativas. Assim, a estabilização tanto pode se dar no atendimento às urgências colocadas pela situação, retirando-as do risco de morte, como no cotidiano de vida das pessoas, no território onde vivem, afastando-as de novas tentativas. É interessante notar que, por isso, a RUE prevê o encaminhamento para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) em seus diversos níveis de complexidade, visando a dar continuidade ao cuidado em saúde.

Embora não seja componente da RUE, destaco a importante atuação do Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba (CBMPB) tanto nas ações de retirada de pessoas do “risco” de morrerem por suicídio nas chamadas de “emergência”, associadas a ações de cuidado e

²⁴ Na dificuldade de encontrar literatura que satisfizesse minha necessidade de definição, foi me recomendado um livro da área de Psicanálise que chamou a atenção pelo título e, embora trate especificamente da psicose na saúde mental, sinalizou a amplitude do significado de “estabilização” (MARON; VIEIRA; NUÑOZ; BORSOI, 2011). Ter percebido isso definiu a escolha por me ater ao termo nos moldes técnicos do Ministério da Saúde.

²⁵ Cf. Brasil, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-de-urgencia>.

prevenção do suicídio quanto na formação de profissionais para tal atuação²⁶. Parceiro profissional ao início deste trabalho, eles foram imbatíveis durante a pandemia por Covid-19²⁷ nas operações de resgate e prevenção do suicídio e, como visto na matéria compartilhada em nota de rodapé, seguem com o aprimoramento e qualificação, formando, a cada edição, mais profissionais através do “Curso de abordagem Técnica a Tentativas de Suicídio (CATTS)”²⁸.

Não necessariamente nessa ordem, ainda recém ingressa na SMS-JP, como já comentado, fui apresentada ao universo do suicídio através da *Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências* (PNRMAV), Portaria nº 737 MS/GM, de 16 de maio de 2001 (Brasil, 2001b). Segundo a Política, a tentativa de suicídio e o suicídio estão contemplados sob a tipologia de violência autoprovocada e classificação de lesão autoprovocada intencionalmente, respectivamente. Da apresentação rumo à apreensão da temática, então novidade diante de tudo o que eu trabalhava anteriormente; ingresso no curso ofertado pelo CLAVES; apoio a construção do Plano local voltado à respectiva política, as campanhas afins e, aos poucos, sigo apreendendo tanto o funcionamento da Vigilância como a dinâmica da Rede de atenção à saúde. Nessa altura, já estava de cabeça e alma na Vigilância Epidemiológica, especificamente na Seção de DANT.

Enquanto sanitarista atuante nesse espaço, aproximadamente há 10 anos, lido com o desafio de trabalhar a vigilância epidemiológica do complexo agravo “Violências”, onde estão contemplados, no mesmo bojo e, ainda, sem espaço exclusivo, os suicídios e as violências autoprovocadas, eventos comumente antecedentes ao suicídio e, a meu ver, ao menos localmente, desconsiderados como eventos de grande relevância no dia-a-dia da gestão, merecedores de atenção prioritária, como questão de saúde pública que o é.

²⁶ Cf. matéria a este respeito em: <https://paraiba.pb.gov.br/noticias/corpo-de-bombeiros-ministra-palestra-sobre-atendimento-a-tentativa-de-suicidio#:~:text=O%20Corpo%20de%20Bombeiros%20Militar%20da%20Para%C3%ADba,para%20a%20vida%20e%20preven%C3%A7%C3%A3o%20ao%20suic%C3%ADdio%E2%80%9D>. Na atuação de sanitarista estive presente neste evento, realizado em 20 de agosto de 2019, para a abordagem sobre as notificações de tentativas de suicídio.

²⁷ Recomendo a tese de doutorado de Rafaela Porcari, orientada pela prof^a Dra. Marcia Reis Longhi (PPGA/UFPB), intitulada ““O que o bombeiro faz? O que ninguém mais faz”: uma etnografia sobre o atendimento de emergência à saúde mental realizado pelo Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba.”

²⁸ Cf. [https://paraiba.pb.gov.br/noticias/bombeiros-forma-turma-para-ocorrencias-de-suicidio#:~:text=O%20Corpo%20de%20Bombeiros%20Militar%20da%20Para%C3%ADba,que%20o%20m%C3%A9todo%20envolvido%20apresente%20riscos%20extremos.&text=Atrav%C3%A9s%20dos%20conhecimentos%20adquiridos%2C%20eu%20tere%20capacidade,a%20vida%20do%20tentante.%E2%80%9D%2C%20relatou%20a%20tenente](https://paraiba.pb.gov.br/noticias/bombeiros-forma-turma-para-ocorrencias-de-tentativas-de-suicidio#:~:text=O%20Corpo%20de%20Bombeiros%20Militar%20da%20Para%C3%ADba,que%20o%20m%C3%A9todo%20envolvido%20apresente%20riscos%20extremos.&text=Atrav%C3%A9s%20dos%20conhecimentos%20adquiridos%2C%20eu%20tere%20capacidade,a%20vida%20do%20tentante.%E2%80%9D%2C%20relatou%20a%20tenente) bem como: <https://bombeiros.pb.gov.br/tag/novembro-2023/#:~:text=O%20CATTS%20tem%20por%20objetivo,receberem%20a%20capacita%C3%A7%C3%A3o%20a%20Para%C3%ADba>.

Da mesma perspectiva, na medida em que me apropriei da demanda de trabalho, o incômodo em relação às fragilidades e dificuldades nos serviços que compõem, aqui e acolá, a rede de atenção e cuidado às vítimas de tais agravos se ampliou e me acompanharam num crescente. Ao longo desse tempo, o incômodo se transforma em motivação para ir além do cotidiano de trabalho na busca de respostas para as perguntas que me perseguiram, desde a mais geral, “o que os serviços podem e devem fazer para acolher *pessoas em situação de suicídio*?” a outras mais específicas, “se o tentante de suicídio passou pelo serviço de saúde, como sai de lá “estabilizado” e sem encaminhamento a Rede de Atenção à Saúde, especialmente, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)?”.

É quando, no ano de 2018 para 2019, (re)encontro a academia, inicio o curso de doutorado junto ao PPGA/UFPB e percebo a ampliação de meu estranhamento diante do dia-a-dia de atenção ao suicídio. É o começo da formulação de mais perguntas e a busca por reflexões e, quem sabe, a partir daí, chegar a respostas, agora, com a contribuição metodológica e teórica da Antropologia, especificamente a partir dos campos da Antropologia da Saúde e da Antropologia de Políticas Públicas. Desse lugar, onde os espaços pessoal e profissional se cruzam com a Antropologia, enxergo a premência quanto à necessidade de aprofundamento sobre a temática, especificamente, sobre a construção das políticas relativas ao suicídio, sua implantação, implementação e operacionalização. Recorto, assim meu objeto de estudo, políticas de prevenção (e posvenção) ao suicídio.

Retratar a situação das doenças e agravos à saúde é um dos objetivos dos serviços de VE. Grosso modo, com o uso da tríade da variável tempo, lugar e pessoa descrevem-se as circunstâncias em que as pessoas nascem, vivem e morrem, particularmente, quando esse percurso é acometido por doenças e agravos. Em última instância, o produto da análise deve subsidiar a construção de políticas e intervenções direcionadas ao processo de saúde-doença.

De modo geral, embora as análises e os retratos produzidos pela VE mostrem dimensões causais importantes relativas às particularidades sociais, econômicas e, às vezes, culturais; nas negociações técnica, de gestão e política sobressai o antigo pensamento e a prática higienista da Saúde Pública, baseado no modelo biomédico, onde um objeto específico deve ser “combatido” para se eliminar ou controlar as doenças e agravos que interferem na vida das pessoas ou nos territórios. Corriqueiramente, esse “combate” tem os transtornos mentais como alvo a ser eliminado e a medicalização como instrumento.

É inegável a contribuição do modelo biomédico na cura, controle, e recuperação de certas doenças, principalmente aquelas onde há um objeto para alvo, como no caso de algumas doenças infecciosas e transmissíveis. O controle da poliomielite e o bloqueio da

transmissão de sarampo são exemplos de excelência, embora, ainda assim, quando contextualizados demandem, muitas vezes, (re)arranjos nas formas de intervenção, a exemplo, no caso específico, da “moda” pela não vacinação das crianças aqui e em países estrangeiros.

Dessa forma, o modelo biomédico, de forma isolada, não responde efetivamente a agravos complexos como o suicídio, o que pode ser observado a partir do próprio retrato produzido pelos boletins epidemiológicos oficiais, através dos quais há indicação de aumento do número das ocorrências de tentativas de suicídio e da sua consequência fatal, as mortes por suicídio nos últimos 10 anos. No mesmo período a oferta e o consumo de medicamentos psicotrópicos foram ampliados de maneira expressiva²⁹.

O suicídio tem sido tratado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e os serviços, como um agravo relacionado, sobretudo, aos transtornos mentais e ao consumo de álcool e outras drogas. Consequentemente, no dia-a-dia dos serviços, é comum a prática de “acolhida” permeada por valores e representações que levam à culpabilização do indivíduo e de sua família pelo ato, tanto devido à concepção moral relativa ao mau uso da suposta arbitrariedade de uma pessoa quanto ao seu comportamento de vida, quanto pela atribuição descontextualizada de negligência familiar com um membro que tentou suicídio.

No ano de 2019, em um contexto de desmonte da, então, Coordenação Geral de Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CDGANT), área técnica que sediava o trabalho de vigilância epidemiológica e prevenção das violências autoprovocadas, o governo brasileiro sancionou a Lei nº 13.819, que institui a *Política Nacional de Prevenção do Suicídio e da Automutilação* (Brasil, 2019a). Assina a respectiva Lei o, à época, presidente da república, Jair Messias Bolsonaro, Sérgio Moro, Abraham Bragança de Vasconcellos Weintraub, Luiz Henrique Mandetta; Damares Regina Alves e André Luiz de Almeida Mendonça, com representação, respectivamente, da presidência da república; do Ministério da Justiça e Segurança Pública; do Ministério da Educação; Ministério da Saúde; Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos e do Superior Tribunal Federal. Caracterizada como a “Lei que Salva Vidas³⁰”, o fato foi amplamente comemorado por entidades como o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).

A lei destaca a notificação como a primeira etapa para a prevenção do suicídio. Ora, a notificação já era parte da política do Ministério da Saúde desde 2012, inclusive, recebendo

²⁹ Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2021-uma-em-cada-100-mortes-ocorre-por-suicidio-revelam-estatisticas-da-oms>. Acesso em: 08 abr. 2022.

³⁰ Disponível em: <https://www.abp.org.br/post/lei-que-salva-vidas>. Acesso em: 20 jun. 2019.

o *status* de imediata, além de compulsória, através da Portaria MS nº 1.271, de 06 de junho de 2014 (Brasil, 2014), com pactuação interministerial e desencadeamentos dos procedimentos burocráticos em 2015 e 2016 para que sua obrigatoriedade fosse ampliada para estabelecimentos de educação, assistência social e conselhos tutelares.

Dado o contexto pandêmico ao início desta tese, também chamava a atenção, os alertas a respeito das expectativas de especialistas quanto aos reflexos da pandemia de Covid-19 na saúde mental, com possibilidades de aumento do número de pessoas com adoecimento mental, depressão e suicídio. Por enquanto, fixo a contextualização na temática do suicídio, objeto primeiro deste trabalho.

Aqui, de forma oposta, era esperado o aumento do número de tentativas de suicídio e de mortes por suicídio, não demonstrado através dos dados epidemiológicos, nem aqui, nem aqui³¹, nem acolá³².

No que diz respeito à construção das políticas de enfrentamento do suicídio, quando o suicídio se torna problema social e de saúde pública no Brasil? E em João Pessoa? Quando o Brasil torna o enfrentamento do suicídio um objeto de políticas específicas? Qual base teórica e científica sobressai na atual política pública nacional de prevenção do suicídio? Quais os agentes sociais envolvidos no processo de construção a política pública de enfrentamento e como se posicionam em relação ao suicídio, às políticas e ações de enfrentamento do suicídio?

Em relação ao cotidiano do cuidado de pessoas e famílias em situação de suicídio, particularmente em João Pessoa, há seguimento das normativas legais nos serviços da rede de cuidado? Como os agentes envolvidos na construção de intervenções locais se apropriam da do conjunto político de prevenção do suicídio e das análises epidemiológicas sobre as tentativas de suicídios? Como os profissionais e agentes planejadores e executores de intervenções de cuidado a *pessoas em situação de suicídio* enxergam o suicídio? Como a pandemia impactou a visão dos profissionais e dos agentes planejadores e executores de ações interventivas sobre o suicídio?

³¹ Boletim Epidemiológico Vol. 52 - Nº 33 (Brasil, 2021). Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf/view. Acesso em: 06 abr. 2022.

³² Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2021-uma-em-cada-100-mortes-ocorre-por-suicidio-revelam-estatisticas-da-oms>. Acesso em: 08 abr. 2022.

Conforme registrado na Introdução, na busca de resposta a algumas das perguntas disparadoras, inicio com o pressuposto de que existem hiatos e vazios entre as normas e práticas nas redes de serviços de cuidado (formais e não formais; públicas ou de iniciativa social) e as políticas públicas elaboradas pelos governos brasileiros para o enfrentamento do fenômeno do suicídio, que estão vinculados aos diferentes atravessamentos que envolvem a morte e o morrer (a representação coletiva de morte, o tabu ao suicídio, religiosa e operacional dos serviços, etc.).

Reforço ainda que, por acreditar que tais atravessamentos estão, sobremaneira, relacionados às concepções dos agentes envolvidos nos diversos níveis de processos políticos e de cuidado/atenção ofertados às *pessoas em situação de suicídio*, suas famílias e sobre as políticas afins, recorro como objeto de estudo a construção e operacionalização das políticas públicas e intervenções afins à prevenção e posvenção do suicídio, voltadas às *pessoas em situação de suicídio*. Na medida do possível, busquei responder as perguntas anteriores.

Em tempos de planejamento para concorrer ao ingresso no curso de Doutorado, tomei minha condição de membro no Grupo de Trabalho (GT) de Prevenção do Suicídio como uma das possibilidades de ponto de partida para entrada em campo. Este GT foi constituído em abril de 2018³³ e se configura(va) como um grupo de trabalho, multidisciplinar, composto por representantes de instituições públicas e privadas diversas e presidido pela Promotora da Dra. Jovana Maria Silva Tabosa, da Promotoria de Justiça dos Direitos da Saúde, Ministério Público do Estado da Paraíba (MPE)³⁴. Criado com o objetivo de discutir ações e políticas públicas para prevenção, assistência e posvenção ao suicídio, com foco inicial no contexto acerca da ocorrência de suicídios em João Pessoa, o enxergava como um locus privilegiado para o encontro com alguns agentes locais envolvidos nos processos políticos de interesse para esta pesquisa e, assim, quiçá, se tornarem informantes de pesquisa.

Embora, desde julho de 2018, eu já participasse do referido GT como sanitarista atuante na vigilância epidemiológica das violências autoprovocadas, representante técnica da área de Violências da Seção de DANT/VIEP/SMS-JP e de ter convicção sobre o potencial desse espaço enquanto campo de pesquisa, o receio de constranger os participantes do grupo e reprimi-los em suas colocações, dado minha nova condição de, também, pesquisadora,

³³ Em junho deste mesmo ano fui convidada a compor o referido grupo como profissional à frente da Vigilância Epidemiológica de Agravos e Doenças Não Transmissíveis, representante da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa.

³⁴ Procuradoria-Geral de Justiça / Núcleo de Políticas Públicas / Promotoria de Justiça de defesa dos direitos da saúde.

intensificava aqueles primeiros frios na barriga que, quase sempre, dá, quando da entrada em campo.

O GT se reunia periodicamente na sede do MPE em João Pessoa em reuniões de, aproximadamente, 3 horas de duração. As respectivas atas eram redigidas por um assessor da Promotora e compartilhadas para possíveis correções e assinaturas nas reuniões subsequentes. A última reunião presencial ocorreu no mês de novembro de 2019. Após esta data ocorreram mais quatro reuniões no formato remoto de videoconferência, duas no mês de julho e duas no mês de agosto de 2020. Enxergava nesses documentos a possibilidade de registro do aceite do que, imaginava, inauguraria minha entrada oficial em campo como pesquisadora. O “oficial” se justifica, pois, na realidade, há cerca de oito anos na ocasião como trabalhadora do SUS junto à temática, eu já estava em campo antes mesmo de ingressar no doutorado e propor a pesquisa que antecede esta tese, ainda que com um estar e olhar técnico próprio de uma sanitarista, sem apropriação da Antropologia.

Com as palavras de orientação e encorajamento de minha orientadora, superei o receio e antes do início da reunião do dia 08 de julho de 2020, compartilhei a intenção de apresentar minha nova dupla condição de membro do GT, servidora da SMS-JP e pesquisadora do PPGA/UFPB, o que foi aceito com respeito e, parece, alegria por Dra. Jovana Maria Silva Tabosa, presidente do GT. Com sua autorização, pedi a palavra ao início da referida reunião e apresentei meu novo *status* ao grupo. De forma unânime, o aceite veio com o silêncio e a não oposição dos presentes, com consequente publicação na ata de referência. Desta reunião em diante, solicitei tanto a entrega imediata das atas a mim, bem como as gravações das reuniões que apoiavam o assessor da Dra. Promotora no preparo das mesmas, as quais foram concedidas sem ressalvas.

Compartilhei a alegria de ter assumido a condição de pesquisadora com minha orientadora. Agora, de fato, sentia ter entrado em campo, para o qual ela observa: “Você está em campo há muito tempo, Heloisa!³⁵”. Achei interessante seu alerta e segui com um sentimento de ‘empoderamento’, ainda não experimentado até ali; era a força do incentivo me levando em frente. Um novo protagonismo começava a aparecer naquela reunião de apresentação e nas seguintes.

Ao estilo de um primeiro caderno de campo, recuperei minhas anotações, quando da ocasião de minha participação no lançamento público da Nota Técnica Conjunta nº 01 de

³⁵ Fala de Ednalva Maciel Neves direcionada a mim, em 2020.

2019, em 13 de junho de 2019³⁶, onde estiveram presentes, além, dos membros do GT, representantes de Estado, da política local e de Instituições diversas, públicas e privadas. O documento foi resultado do trabalho desenvolvido pelo GT entre os anos de 2018 e 2019, com o objetivo de sistematizar orientações para a prevenção e posvenção nos casos de tentativas de suicídio e dos suicídios, respectivamente a serem adotadas pelos órgãos de saúde, públicos e privados. Para mim, era a evidência do campo presente antes mesmo de iniciar a pesquisa.

Além das referidas anotações, reuni todas as atas de reuniões pregressas a que tive acesso, inclusive às anteriores ao meu ingresso no Grupo. A partir da oficialização de minha condição de doutoranda, assumo, sem constrangimentos, uma postura de pesquisadora que se soma a da servidora pública com interesses técnicos específicos relativos à vigilância epidemiológica das violências autoprovocadas e, assim, passo a fazer colocações disparadoras para discussão; anotações pertinentes ao foco vislumbrado para a pesquisa que se desenhava; mais anotações e transcrições a partir das gravações cedidas pela Procuradoria.

Nesse interim começo a ter ciência de que minha posição de servidora da SMS-JP se mescla com a de pesquisadora e, ainda sem conhecimento que me permitisse vislumbrar esta tese atravessada por uma pesquisadora situada, questões de ordem ética passam a ocupar parte de meu pensamento; talvez, um mal-estar de principiante: como, ao mesmo tempo, eu poderia ser servidora componente do campo a ser observado e a pesquisadora que observa? O que parecia ser uma saia justa se torna devidamente ajustada com o passar do tempo e o aprendizado. Se, no início, temia ser interlocutora de mim mesma, quando da condição de pesquisadora, passo a apreender com a Antropologia que a pesquisa se desenhava com a perspectiva de uma pesquisadora implicada.

2.2 A PANDEMIA CHEGOU, FICOU, E O CAMPO SE ALTEROU: OUTROS ESPAÇOS, OUTROS ATORES, NOVAS CONEXÕES

Era 11 de março de 2020 quando a Organização Mundial da Saúde caracterizou o surto notificado pela China em dezembro de 2019 como uma pandemia de Covid-19. No Brasil, o reconhecimento da chegada da pandemia e da ocorrência de estado de calamidade pública chegou através do Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020 (Brasil, 2020b).

³⁶ Sobre a publicação, conferir: <https://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/2019/06/14/orgaos-na-pb-assinam-nota-tecnica-com-orientacoes-sobre-casos-de-suicidio.ghtml>. Acesso em: 13 nov. 2022.

Na Universidade, ainda sob um horizonte incerto, como medidas de prevenção à contaminação, nossas aulas passaram a ocorrer de forma remota. Na SMS, como próprio de um setor de epidemiologia, o trabalho se multiplicava na velocidade em que a pandemia chegava e matava pessoas.

Esse período de distanciamento social permitiu a participação em diversas *lives* e a dedicação à publicação de Boletins Epidemiológicos sobre a pandemia de Covid-19 e suicídio através do Observatório Antropológico o qual eu compunha como membro. Paradoxalmente, também foi a oportunidade de estar mais próxima das discussões e fazeres de meus pares e professores de doutorado, quando começava a perceber a necessidade de reformular a metodologia de meu trabalho de tese; o campo, tal como havia pensado inicialmente, dificilmente seria possível no novo contexto pandêmico e, de fato, sofreu alterações. De qualquer forma, ainda me agarrava à possibilidade do campo ser desenvolvido no GT de Prevenção do suicídio.

De meu ingresso no GT de Prevenção do suicídio, em fins de junho de 2018, a agosto de 2020, data do último encontro, ocorreram quatro reuniões presenciais e quatro remotas. A publicação da Nota Técnica e a posterior chegada da pandemia de Covid-19 alteraram a dinâmica das reuniões: primeiro, se tornam mais espaçadas; depois, espaçadas e remotas, via *Skype* com um número reduzido de participantes, até silenciarem. Embora a Promotora e coordenadora do GT afirmasse que o Grupo se manteria, quando por diversas vezes a questioneei sobre sua continuidade, as reuniões não mais ocorreram. Enquanto aconteceram, as reuniões eram gravadas e, da mesma forma como quando das reuniões presenciais, as respectivas atas eram redigidas por um assessor da Promotora e, em seguida, compartilhadas para apreciação e sugestão de alteração, caso necessário.

Desse espaço onde vislumbrava o ponto de partida da pesquisa e o qual passei a chamar primeiro campo, reservei como dados de campo: uma Nota Técnica; duas reuniões gravadas e transcritas na íntegra; oito atas (três dessas anteriores à minha oficialização de condição de pesquisadora) e algumas páginas de caderno de campo. Todos esses documentos, com um total de 68 páginas, exceto minhas anotações pessoais com mais algum número de páginas, foram organizados e tratados pela técnica de análise de discurso, tal como explicitado na descrição sobre o passo-a-passo realizado, contida no subitem seguinte.

Do primeiro espaço de campo quando da chegada da pandemia de Covid-19, ainda em meio à nebulosidade e incertezas que tomaram conta do universo acadêmico e da vida cotidiana, aos poucos, vislumbro novos espaços de campo. Em *home office* durante cerca de quatro meses, a contar de fevereiro de 2020, o uso intensivo de dispositivos remotos de

comunicação desde então, embora provocassem algum cansaço, ia sendo naturalizado. Se, por um lado, os encontros remotos pareciam distantes e acerbavam saudades e desejos de proximidade junto às pessoas queridas, por outro lado permitiam encurtar distâncias e costurar novos laços e relações interpessoais, impensadas antes da pandemia.

Ao desenhar o projeto de pesquisa, considerei a possibilidade técnica de transitar por duas vias em campo: da elaboração das políticas e sua implantação à sua implementação e operacionalização, para a qual o GT de Prevenção do suicídio parecia um locus privilegiado como primeiro campo aos desdobramentos das políticas na atenção às pessoas e familiares envolvidos com o suicídio e vice-versa, para a qual minha relação na rede de atenção à saúde na SMS-JP poderia ser um atalho.

Como segundo campo, havia planejado estar com *pessoas em situação de suicídio* a partir da indicação de executores de políticas públicas atuantes nos serviços de saúde da Rede local. Dada à chegada da pandemia de Covid-19 e, com ela, a necessidade de medidas sanitárias de distanciamento social e, ainda, a redução e, ou alteração logística da oferta dos serviços, este caminho se mostrava impossível. Tecnicamente, o primeiro, o de ir das políticas à sua implementação e operacionalização nos serviços, ainda parecia viável, uma vez que eu e muitos dos fazedores e executores de políticas estávamos (e estamos) num universo profissional comum. Esse percurso foi tomado. O segundo caminho, o de transitar pelos espaços dos serviços de saúde foi deixado de lado, embora ainda tenha havido uma tentativa de percorrê-lo por via alternativa, remota.

Com o passar dos dias de isolamento social, a insuficiência de ver a vida e seu novo movimento através da janela de casa, somada à saudade dos familiares e amigos, dos que estavam longe e daqueles que partiram por conta da Covid-19 e à angústia perante a nebulosidade daquele tempo, insistia em lembrar sobre a presença constante da incerteza em nossas vidas e, de forma bem marcante, do sentimento dúbio, quase ininterrupto, de tristeza em acompanhar o aumento do número de tantas mortes evitáveis, por um lado e de alegria de estar viva e observando tudo aquilo, por outro.

A angústia advinda do conjunto situacional e emocional, mesmo após o fim dos dias de *home office*, impôs a busca por novos caminhos e meios de socialização; da janela de casa, acionada vez em quando para ver a nova vida pandêmica, passo (passamos alguns de nós) à janela do mundo através das telas dos computadores, *tablets* e *smartphones*.

Hoje, lembro-me de ocasiões onde estive com os três dispositivos abertos ao mesmo tempo; em cada um deles, ia e vinha pela ponte que me ligava a um determinado espaço, pessoa ou grupo de pessoas. Em um, o *webinário* ou a *live* de interesse; noutro, a fofoca com

a amiga sobre aquilo que observávamos e não devíamos ou não queríamos compartilhar publicamente e, em outro, o grupo de colegas cutucando para mais um evento “começando agora”. Ao mesmo tempo em que, no meu universo particular, o isolamento social diminuiu e aumentava o uso físico de caminhos pela cidade, o transitar remoto por outros espaços permanecia e desconsiderava, inclusive, o relógio, adentrando altas horas da noite.

O fato era: com as medidas de isolamento social, o espaço e o tempo de ir e vir; ver e ouvir; de observar e perceber, trabalhar e de sentir emoções foram alterados e sinalizavam a necessidade de modificar o estar e transitar em campo. Crescia a demanda e a possibilidade de um segundo espaço de campo e já não poderia ser o inicialmente planejado.

Num dos momentos entre o chegar da rua e o entrar no universo virtual, o acaso faz uma chamada; é o acaso a mostrar a tal da “senhora” sanitaria e “jovem” antropóloga que o campo na Antropologia se faz, sobretudo, no campo e que os desafios éticos fazem parte do processo. Nessa altura, já com essa certeza construída, recebo o acaso como o “empurrãozinho” que faltava para adentrar em um segundo espaço de campo. Por isso, a inserção destes parênteses para pensar que a ética está além da burocracia; ela é dada pelas relações construídas durante a pesquisa. Estava frente a mais uma saia justa (Palermo; Tozzini; Bonetti; Fleischer, 2007) e, tenho impressão, com algum jogo de cintura, consegui ajustá-la.

Era noite do dia 24 de maio de 2021 quando resolvi visualizar as conversas de um grupo de *Whatsapp* de uma Associação de pessoas, entre outros, enlutadas pelo suicídio, no qual estava inclusa desde 30 de julho de 2020. Minha inclusão no grupo se deu através de indicação e convite por um membro do GT de prevenção do suicídio, tanto por conta de minha posição de pesquisadora como, inicialmente, pela necessidade de partilhar questões particulares relativas ao universo do suicídio. Já eram os laços sociais se emaranhando. Nesse mesmo dia à noite, chegaram diversas mensagens, uma seguida à outra, diversas. O que estava ocorrendo? Os participantes da conversa ofereciam apoio, especificamente, a duas pessoas que, por eventos diversos, sofriam com a perda de pessoas próximas. Não sabia como lidar com o que ocorria; eu era apenas uma observadora. Ao mesmo tempo, a preocupação de submeter ao grupo à aceitação de Heloisa enquanto pesquisadora apontava que chegara o momento oportuno de me manifestar.

Continuei como leitora até as trocas de mensagens cessarem. Sentia-me mal de estar, assim, como observadora, sem me posicionar e assumir a identidade de pesquisadora, de estar ali, apenas como leitora/observadora, já que sentia não ter a oferecer o apoio que, parece,

estavam solicitando, embora nenhum acordo tenha sido firmado até aqui. De qualquer forma, ofereci ouvidos sem julgamentos; afinal, o pedido de escuta era visível.

Dali a dois dias haveria um encontro de orientação com Ednalva, a quem agradeço pelo empurrão certo para superação do medo de adentrar, literalmente, o campo. Sem perceber até então, ele estava ali, de portas escancaradas, clamando pela minha entrada e estada. Ao dividir com ela a história ocorrida no grupo de *Whatsapp* e algumas outras inquietações advindas da situação, escutei exatamente o que eu havia percebido: “o campo se abriu pra você, Heloisa”.

Alguns dias depois, bati na tal porta para o campo. Apresentei parte de minha experiência pessoal e me identifiquei profissional e situacionalmente: sanitarista, doutoranda em Antropologia, com vivência próxima de situações de tentativas e de suicídio e com interesse em pesquisa sobre políticas de prevenção do suicídio. Sem dúvida, espreitei com rabo de olho atento, os primeiros retornos. O rabo de olho só durou questões de minutos. As respostas foram praticamente imediatas.

Chegada à primeira surpresa, longe do temor de não ser aceita, após algumas respostas e boas-vindas (afinal, era o primeiro texto postado), recebi uma mensagem da administradora do grupo: “Não é aqui que você tem de estar. Há outro grupo mais apropriado. Se aceitar, lhe excluo deste e lhe adiciono lá”. Bem ao acaso e, talvez já com algum aprendizado nesse processo de doutoramento, aceitei quase sem titubear a sugestão. Depois, ainda num misto de alegria e sobressalto, fiquei a refletir se teria tomado a posição correta. Vejo que sim. Inicialmente, eu havia entrado no grupo de pessoas que viviam luto por suicídio e o grupo para o qual fui remanejada (mais apropriado para minha situação, segundo minha anfitriã) era um grupo de pessoas que já haviam tentado suicídio ou de familiares de pessoas que tentavam e tentam suicídio.

No dia seguinte à apresentação oficial de minha dupla identidade, a felicidade com a segunda surpresa. Era dia de aula da disciplina *Seminários de doutoramento*³⁷ e de recebermos uma convidada mexicana, Dra. Mariana Mora, para refletirmos sobre sua tese. Sem saber sobre como havíamos compreendido a leitura prévia de algumas das seções de sua tese, ela iniciou a fala sobre sua pesquisa e concentrou-se na importância da metodologia. Descreveu-a nos fazendo pensar sobre a relação colonial que estabelecemos com os interlocutores de pesquisa. Uma rica e singular experiência. Tenho impressão que nos

³⁷ Disciplina ministrada pelas professoras Dras. María Elena Martínez Torres e Maristela Oliveira de Andrade durante o 1º semestre de 2021 junto ao PPGA/UFPB.

impactou a todos. Puxa, estava ali, de forma mais complexa, o que acabava de experimentar em minha primeira ida rumo ao campo: “ao mesmo tempo em que o contexto se transforma com o tempo, nós nos transformamos junto³⁸”.

A Dra. Mariana dividia conosco sua vivência e conclusões sobre a importância da autorreflexão e sobre o perigo de perpetuarmos o risco “colonizador” no desenvolvimento de uma investigação. Tomava como cenário a necessidade de alteração da metodologia planejada para o desenvolvimento da pesquisa que nos apresentava, visto que assim seus interlocutores sugeriram após ela ter socializado seu planejamento de pesquisa com os mesmos.

Percebi que experimentava os aprendizados pregressos, tomava uma lição e evidenciava que não estava tão despreparada para enfrentar os possíveis desafios metodológicos e éticos de entrar e estar em campo. Por mais que meu planejamento, dada minha formação anterior, ainda trouxesse qualquer coisa bem cartesiana, o campo é que me diria de fato como continuar e o que seria adequado para pesquisar o objeto e escolhido.

Embora, há alguns dias, eu tivesse experimentado um *insight* durante o curso da disciplina *Antropologia do Corpo e da Saúde*³⁹ a partir da leitura e discussão do texto *Social Suffering*, de Kleinman, Das, Lock (1997) não imaginava a proximidade do momento de encarar os desafios metodológicos e éticos, as motivações e subjetividades que me levaram ao estudo do suicídio.

Chamarei isso de ética comigo mesma. Por hora, tomo o tempo registrado na memória e o que ela permite recordar; pego empréstimo a Mora (2018, p. 173) e os considero como “momentos de identificação e desidentificação”.

Em contrapartida, com a investida para entrada em campo e o encontro com a pesquisadora mexicana, percebi que algo demandava cuidado; algo que nem de longe fora capturado pela herança de meu olhar cartesiano de organizar e planejar a caminhada, colocando em caixinhas tudo o que supostamente diria respeito a cada passo. Com isso, não quero dizer que o planejamento, a escolha prévia dos instrumentos de pesquisa e a organização metodológica não têm sua importância, mas sim que é preciso atentar para algo que escapa ao planejamento e pode significar muita potência para a pesquisa; coisas que só o campo mostra.

³⁸ Fala e reflexão de Mariana Mora durante a aula referida acima.

³⁹ Disciplina ministrada pelas professoras Dras. Ednalva Maciel Neves, Mónica Franch e Rosamaria Carneiro durante o 1º semestre de 2021 junto ao PPGA/UFPB.

Dessa forma, com o acaso, chegam os desafios metodológicos e éticos, tais como apresentado por ocasião do II Seminário Interno do Projeto Antropo-Covid-19 (SOUSA, 2021). Os descrevo de forma encadeada, tal como enxergo.

Após migração para outro grupo de *Whatsapp* da mencionada Associação, vi-me diante de mais uma saia justa e a demanda por outro jogo de cintura (Palermo; Tozzini; Bonetti; Fleischer, 2007); uma questão ética e um autoquestionamento. Ao mesmo tempo em que estava motivada por estar no grupo enquanto *pessoa em situação de suicídio* havia, ainda que subjetivamente, um agradecimento ao extraordinário de pesquisa que se colocava com o acaso: quem sabe eu conseguiria chegar às *pessoas em situação de suicídio* para entrevistá-las individualmente? Embora tenha me apresentado, tal como fiz por ocasião de minha primeira interação no grupo no qual fui acomodada primeiramente, me deparo com a participação em um novo grupo de *Whatsapp* e em uma reunião mensal de apoio mútuo a familiares e amigos de *pessoas em situação de suicídio*, com suas regras próprias de privacidade, onde tudo o que ali é compartilhado deve “morrer” ali. Participei de reuniões mensais desde então, até que, com a qualificação de meu trabalho de doutorado e alteração de rumos da pesquisa, passei a participar esporadicamente e, quando da virada do ano 2021 para 2022, aproveitei a interrupção temporária das reuniões para me manter apenas como observadora a partir dali. Advém, daí, mais uma questão metodológica.

Compartilho todo esse percurso tanto pela sua importância enquanto informação sobre vivências e saias justas de campo, como para pontuar a escolha metodológica diante dos dados gerados nesse segundo campo. O material acumulado até o momento em que passo a apenas observadora, minhas anotações no caderno de campo e uma entrevista exclusiva com minha anfitriã, uma das coordenadoras da Associação e facilitadora do grupo, foi tratado e arquivado; ou seja, a entrevista foi transcrita e minhas observações foram organizadas de forma cronológica e guardadas. Posteriormente, durante a escolha final do desenho de campo, separei como dado apenas a entrevista. O restante do material permaneceu arquivado para ser utilizado, quem sabe, em futuros trabalhos.

A fim de não gerar dúvidas, no que concerne à questão metodológica, esta triplicidade de trânsito e ocupação do espaço virtual, no grupo de *Whatsapp*; nas reuniões e entrevistas remotas e nos *webinários*, está longe de caracterizar uma netnografia, método acionado durante a pandemia por muitos pesquisadores praticantes do face-a-face, tradicional do campo antropológico. Tratou-se, apenas, do acesso a um caminho alternativo para fazer campo nos tempos extraordinários.

Sinto-me à vontade para registrar que, justamente devido à pandemia, esta tese lançou mão instrumental do uso de tecnologias digitais. Portanto, inclui a característica de uma etnografia com o uso de tecnologias digitais de comunicação, como denomino. Uma vez que esse uso tecnológico não foi uma escolha primeira e, sim, uma saída para ir ao campo devido à emergência sanitária de isolamento social, para além do impacto quanto às impossibilidades de não apreender ou de fazer um campo Antropológico tradicional, registro que, embora a ciência na pandemia tenha mostrado que há outros tantos caminhos metodológicos possíveis, mantive a caracterização inicial de uma etnografia atravessada por uma pesquisadora situada, mais tarde, imbricada com uma etnografia de documentos, conforme explicitado à frente.

Diante do breve contexto compartilhado, tomo as reflexões de Gama (2020) emprestadas. Posso afirmar que o fato desta tese ter exigido passar por “múltiplas caminhadas de reflexividade”, a partir de minhas vivências e experiências com o objetivo de alcançar o espaço social pertinente ao que vivo e analisá-lo, por si só, já possibilita assumir o lugar de uma pesquisadora situada e justificar o cunho de uma antropologia implicada que, a partir dos dados etnográficos e as reflexões teóricas imputadas a eles, caracteriza esta tese como uma formulação teórico-etnográfica (Peirano, 2018).

Tomo a etnografia a partir do clássico Malinovsky (1978), quando me vejo em campo e rumo à etnografia tal como atualizada por Peirano (2018). Com este suporte teórico, sigo na construção desta tese. Acredito que se a etnografia permite comprovar, descobrir práticas e construir reflexões teóricas, no caso o de fazer, operacionalizar e implementar políticas de prevenção do suicídio e pensar teoricamente sobre elas; ela oferece o suporte para a construção de novos aportes teóricos; no caso deste trabalho, construir proposituras para fazeres mais eficazes na Saúde Pública para a prevenção dos suicídios evitáveis.

O que era incerteza se torna convicção ao me deparar com novos acasos e a chamada para tomar caminhos não planejados. Durante o intervalo de uma tarde de trabalho, recebo um telefonema de um amigo a me perguntar sobre minha vontade e possibilidade de entrevistar uma pessoa amiga sua. Descreve rapidamente a pessoa e a situação pela qual ele me consultava.

Tratava-se de uma *pessoa em situação de suicídio* que, ao mesmo tempo, precisava compartilhar sua vivência e considerava importante minha intenção de pesquisa, previamente indicada a ela por meu amigo. No entanto, a referência de sua história dizia respeito ao interior da Paraíba e, meu projeto original tinha como foco João Pessoa. Foi quando pensei, a oportunidade estava ali; estávamos numa pandemia e, por isso mesmo, meu planejamento

inicial já dava sinais de alterações; acionar essas pessoas na Rede local estava uma tarefa complicada; o que fazer, então? Topei na hora. Estava empolgada com a possibilidade de realizar minha primeira entrevista com uma pessoa do respectivo perfil. Afinal, eu não precisava manter aquele rigor amostral de uma pesquisa quantitativa, própria das ciências duras. O campo me cutucava e a situação era pertinente ao meu estudo. Era a rede social próxima me oferecendo um presente.

Em posse do roteiro de entrevistas para *pessoas em situação de suicídio* (APÊNDICE A – roteiro de entrevista 1 - ORIGINAL), lá fui eu. Recebi uma rica entrevista a que eu denominei de entrevista picada; a saber, dividida em dois turnos em diferentes datas, com um total de 2 horas e 55 minutos, totalizando 15 páginas de entrevista transcrita de forma literal. Uma vez que a entrevista envolvia lembranças disparadoras de muitas emoções, principalmente quando chegávamos ao baú da memória relativo à situação de suicídio, acordamos que somente mexeríamos nele com calma e no dia que fosse mais apropriado para a pessoa entrevistada, motivo principal de eu ter proposto picar a entrevista.

Houve muitos agendamentos e reagendamentos para o segundo dia da entrevista picada. E, finalmente, ela ocorreu pouco mais de um mês após o primeiro dia. O resultado: além de vencer o desafio de realizar tarefa tão delicada, restou um novo laço de, digamos, o início de uma amizade e a promessa de um futuro encontro presencial, lá de onde sua história de suicídio se deu. Até quando escrevo essas linhas, isso não ocorreu.

Ao estruturar a tese, optei por somente cotejar alguns pontos desta minha, então primeira entrevista, naquilo que, especificamente, dialoga(va) com as políticas públicas de prevenção do suicídio e sua implantação e implementação e reservar o restante de seu conteúdo, a vivência em si, para trabalhos futuros.

Com essa primeira entrevista, senti que o campo havia se aberto, tal qual minha orientadora insistia em predizer. Não tenho suas exatas palavras, mas algo no sentido de que uma vez campo aberto, as conexões e interconexões vão surgindo. Não exatamente ao estilo da técnica “*snowball*” (Víctora; Kanuth; Hassen, 2000, p 38), para a qual uma indicação leva a outra, o fato é que eu mesma me prontifiquei ao movimento de campo, impulsionada por o ter adentrado a partir da entrevista com a pessoa indicada por meu amigo.

Com esse sentimento de campo aberto e a experiência da primeira entrevista, convidei outros potenciais interlocutores. Na sua maioria, obtive aceites, a exceção de duas pessoas do espaço afim à política: uma pesquisadora e protagonista na construção da política de prevenção das violências suicídio e outra do âmbito da gestão indireta da política em nível

local. De qualquer forma, por meio das tais tecnologias digitais, essas pessoas fizeram parte de meu campo etnográfico.

Da primeira entrevista, senti necessidade de rever seu roteiro original. Fiz isso e, a partir dele, organizei e preparei quatro roteiros (APÊNDICE B – conjunto de roteiros de entrevista), com acréscimo e atualização, roteiro 1, original, e roteiros, 2 e 3 e 4), de forma a ter 4 blocos de perguntas correspondentes, segundo características dos entrevistados e do espaço representado. Conforme os blocos, os convites aceitos renderam:

- A entrevista brevemente descrita acima, referente ao bloco *pessoas em situação de suicídio*, com duração de 2h55min e 15 páginas de transcrição literal realizada por mim;
- Mais uma entrevista referente ao bloco *pessoas em situação de suicídio* com pessoa em dupla situação de suicídio (tentante e familiar), duração de 00:50 min e 6 páginas de transcrição literal realizada por mim;
- Duas entrevistas referentes ao bloco *agentes elaboradores e operacionalizadores da política no nível municipal*, respectivamente, com duração, de 00:50min e 1h:05min e 10 e 12 páginas de transcrição literal realizada por mim, cujos entrevistados identifiquei com os nomes fictícios Lara e Roberto;
- Uma entrevista referente ao bloco *agentes elaboradores e implementadores da política no nível nacional* com representante do nível federal, duração de 2h49min e 30 páginas de transcrição literal realizada por mim e
- Duas entrevistas referente ao bloco *representantes de instituições diversas de apoio a pessoas em situação de suicídio* com, respectivamente, duração de 00:30 min e 00:59min e 5 e 6 páginas de transcrição literal realizada por mim referente ao bloco.

No total, foram pouco mais de 10 horas de entrevistas gravadas e respectivas 84 páginas de transcrição literal. Dez das onze entrevistas ocorreram via *Google Meet* para *Workspace*. O acesso foi possível dado o convênio firmado entre a UFPB e o *Google* no decorrer da pandemia de Covid-19 e a condição de aluna devidamente matriculada na Instituição. As gravações incluem vídeo e áudio e foram realizadas através da permissão do uso de ferramenta de gravação própria do *Google Meet*, disponível naquela altura. Automaticamente, as gravações eram salvas, arquivadas, transcritas e analisadas posteriormente.

A entrevista presencial ocorreu no ambiente de trabalho da respectiva pessoa entrevistada. No intuito de minimizar riscos de contágio por covid-19, embora tanto eu quanto a pessoa entrevistada estivéssemos imunizadas com três doses de vacina, mantivemos o distanciamento, o uso de máscaras e álcool gel como medidas de proteção. A entrevista durou pouco mais de 1 hora e rendeu 12 páginas de transcrição literal, realizada por mim. Para minha surpresa, nessa altura, o convênio entre a UFPB e o *Google* havia sido alterado e o recurso de gravação estava indisponível. Lancei mão da gravação através do aplicativo gratuito *Super Record*⁴⁰, versão 1.3.2. Ao final da entrevista, ao interromper a gravação, o aplicativo salvou automaticamente a gravação em pasta própria e ficou, assim, disponível para escuta e transcrição.

Como previsto no projeto de pesquisa, todos os interlocutores/entrevistados eram maiores de 18 anos e aceitaram participar da pesquisa. Na finalidade de proporcionar leitura prévia, tão logo concordaram em ceder suas entrevistas, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), constando minha assinatura digital, foi entregue aos, então, futuros interlocutores. A cada início de entrevista, os pontos do Termo eram retomados, assim como os objetivos da pesquisa, e eu me colocava à disposição para responder a eventuais dúvidas. Em seguida, solicitava que, ao início da gravação, os entrevistados verbalizassem oralmente seu consentimento de participação; gravação da entrevista e concordância sobre os termos do documento, com solicitação para entrega do documento, assinado e rubricado.

Ainda que todos os entrevistados tenham afirmado o aceite das condições registradas no TCLE e o uso de seus depoimentos durante a gravação de suas entrevistas, somente três das sete pessoas entrevistadas devolveram o termo assinado.

Como o tema pesquisado envolve adoecimento, isolamento social, risco de morte e mobiliza emoções como medo, angústia, solidão, luto, entre outras, estive atenta ao risco de gerar mal-estar junto aos entrevistados ao abordar determinados temas. No decorrer de uma das entrevistas, pude identificar a presença de algum mal-estar e cansaço com a rememoração e socialização dos fatos que caracterizavam a entrevistada como *pessoa em situação de suicídio*. Sugeri a interrupção da entrevista e sua continuidade em outro momento, ao que a interlocutora desta tese, a quem chamo de Vitória a partir daqui, recebeu a sugestão afirmativamente e concluiu: “*Foi bom, foi meio terapêutico, assim*”.

⁴⁰ Disponível em: <https://super-recorder-happybees.br.aptoide.com/app>. Acesso em 06 de abr. 2022.

Com Vitória, embora não tenha havido intenção de desistência de concessão de depoimento, houve dificuldade de agendarmos o segundo momento, assim como descrito anteriormente. Com receio de que minha entrevistada tivesse mexido no baú para mais do que sua emoção aguentaria, além do suporte de conversa que eu, volta e meia, oferecia através de conversas pelo *Whatsapp*, me atinha à verbalização de sua impressão ao final do primeiro dia. Após algumas tentativas frustradas de agendamento, um mês após a primeira parte, realizamos o segundo momento da entrevista; uma rica e impactante entrevista. No final, gostamos e até rimos dos desdobramentos de cunho pessoal advindos da entrevista picada.

Esse episódio, somado a uma experiência anterior enquanto entrevistada, permitiu-me perceber a importância do respeito ao tempo próprio do entrevistado quando o assunto envolve o cutucar emoções guardadas. Esse aprendizado levou-me a caracterizar a entrevista dividida em duas ou mais partes como uma “entrevista picada”. Ainda que haja o receio do segundo momento não ocorrer, percebo que dispositivo da “entrevista picada” também seja particularmente interessante para entrevistas através de meios digitais, onde, a posição em frente à tela e a relativa frieza de comunicação podem impactar negativamente tanto na percepção da experiência de entrevista, quanto na qualidade do depoimento compartilhado.

Em função de situações emocionais que as entrevistas pudessem desencadear, este trabalho contou com oferta de apoio psicossocial através da parceria do Projeto AIMÉE, sob a gerência da Pró-Reitoria de Extensão (PROEX/UFPB), sob a responsabilidade da Professora Cleide Pereira Monteiro. Embora não tenha sido necessário qualquer encaminhamento formal, sugeri a um dos interlocutores que o buscasse, dada a dificuldade relatada de encontrar apoio psicossocial na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sobretudo para acompanhamento psicológico.

A alteração da forma de estar e fazer o campo em decorrência da pandemia disparou a possibilidade ímpar de ter como interlocutores sujeitos públicos, protagonistas na construção da política de prevenção do suicídio e afins. Isso ocorreu de maneira indireta e impessoal através das *lives* e *webinários* públicos.

Tomo como esses interlocutores a professora Dra. Maria Cecília de Souza Minayo, Cheila Marina de Lima e o psiquiatra Dr. Carlos Felipe Almeida D'Oliveira. As duas primeiras, a partir de suas participações no Ciclo de Debates Virtuais “Aspectos históricos da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências”, promovido pelo CLAVES em 16 de julho de 2021, através de link compartilhado comigo por convite e

disponibilizado para revisitação através do *Youtube*⁴¹. O segundo, a partir de sua entrevista ao Centro de Valorização da Vida (CVV) em 01 de setembro de 2021, ao vivo e de maneira virtual, no Programa “Como Vai Você?”, disponibilizada através do canal do CVV no *Youtube*⁴² e de sua participação no “I Simpósio de Prevenção do Suicídio ABEPS: perspectivas contemporâneas na prevenção do suicídio”, promovido pela Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio (ABEPS), em 28 de agosto de 2021, de maneira virtual, mediante convite e inscrição prévia.

As palestras dos três protagonistas, a quem caracterizei como interlocutores indiretos foram transcritas, tendo sido a última gravada e arquivada com o recurso do aplicativo *Super Record*. Conto com anotações pessoais, em caderno de campo, referentes a considerações pontuais e colocações dos demais palestrantes nos respectivos eventos. As participações de Dra. Maria Cecília de Souza Minayo e Cheila Marina de Lima, com cerca de 90 minutos de duração e de Dr. Carlos Felipe, com cerca de 30 minutos de duração renderam, respectivamente, 14 páginas e seis páginas de transcrição literal. Todas foram lidas repetidas vezes. Após cerca de duas leituras, busquei identificar categorias nativas relacionados aos eixos idealização e construção, implantação e implementação e operacionalização de políticas pública e significados (morte; suicídio e prevenção do suicídio). Tanto para os eixos, quanto para os significados, foi realizado um trabalho artesanal com a utilização de marcadores coloridos para organizar os resultados alcançados. Posteriormente, trabalhei com as categorias e os significados reunindo todas as análises conforme se apresentavam. Da mesma forma, o fiz para as entrevistas e as narrativas das interlocutoras diretas e dos interlocutores desta tese.

Para além do conteúdo advindo das reuniões do GT de prevenção do suicídio; das entrevistas e *lives* apontadas, documentos de âmbito internacional e nacional que marcam a história de construção do conjunto político de prevenção do suicídio foram reunidos como material de campo, etnografados e analisados. A sua maioria encontra-se na Figura 2 e o seu conjunto, listado no Apêndice D. Em um primeiro momento, eles foram analisados após leitura repetida e na procura de identificar as seguintes categorias de entendimento (Durkheim; Neves, 1989): “suicídio”/“situação de suicídio”; “risco”/“condicionantes de suicídio”; “prevenção do suicídio”; “atenção em saúde/intervenção às *pessoas em situação de suicídio*”; “problema de saúde pública”; “política pública de enfrentamento do suicídio”. Em seguida, na busca de compreender o “esqueleto” do documento no que tange às políticas de

⁴¹ Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=r9Kt_7qG4Sc. Acesso em: 22 de maio 2024.

⁴² Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=EBx4zGkgw7Q>. Acesso em: 22 de maio 2024.

prevenção do suicídio e, se e como seu conteúdo explicava as diretrizes e estratégias para operacionalização das políticas públicas, os lia a partir, principalmente de três perguntas, a saber.

1. Especificamente, como se caracteriza o documento em análise (normativo, político/recomendatório ou operacional)?
2. Qual é o arcabouço (esqueleto) das políticas de prevenção do suicídio?
3. Como se caracterizam as diretrizes e estratégias para operacionalização do conjunto político de prevenção do suicídio?

Por fim, para compreender sobre o conjunto dos documentos analisados, seu contexto histórico e político, procurei pensar no todo, tarefa complexa diante de tantos documentos e de uma linha temporal relativamente extensa. Com *Como se dá o contexto histórico e político de construção do conjunto de políticas públicas de enfrentamento do suicídio?* olhei para a história de construção do conjunto político de enfrentamento do suicídio.

No processo antropológico, com um exercício hermenêutico-dialético (Minayo, 2002) de compreensão e interpretação, busquei (re)encontrar o conjunto de políticas de prevenção do suicídio colocando-o frente às análises das narrativas de meus interlocutores sobre suas vivências nesse mesmo percurso.

No seu conjunto e conteúdo, os documentos, além de permitirem situar e referenciar a história das políticas afins à prevenção e cuidado das *pessoas em situação de suicídio*, subsidiaram compreender os depoimentos dos interlocutores construtores e implementadores e suas posições políticas.

Em relação aos documentos não específicos de prevenção do suicídio, eles foram selecionados na perspectiva de contracenar com os documentos específicos de políticas públicas de prevenção do suicídio e, assim, captar diálogos e silêncios entre eles. A seleção foi feita com base na relevância da correlação das temáticas frente ao suicídio como problema de saúde pública. Esse conjunto de documentos é, portanto, o eixo central desta pesquisa. Foi a partir da análise da relação entre eles e desta com as análises das narrativas de meus interlocutores onde se deu a construção da base etnográfica desta tese e procurei refletir sobre as perguntas de partida e outras que emergiram no caminho. Assim como consta na Figura 2 (apresentada na 4ª seção), os documentos selecionados e etnografados foram:

1. Resolução III/CE (OPS; OMS, 1993).
2. Resolução nº XIX/CD37.19 - Violência y Salud (OPS; OMS, 1993).
3. Resolução WHA49.25 - Prevention of violence: public health priority (WHA, 1996).

4. Declaración de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud (OPS, 1995).
5. World Health Assembly 49/WHO: Prevention of violence: public health priority (WHA, 1996).
6. Portaria nº 3566/GM - Maria Cecília de Souza Minayo é nomeada presidente do Comitê Técnico Científico (CTC) de Assessoramento ao Grupo Técnico para Acidentes e Violências, que institui o Comitê Técnico Científico (CTC) de Assessoramento ao Grupo Técnico para Acidentes e Violências (Brasil, 1998a).
7. Portaria nº 3.733/GM - Maria Cecília de Souza Minayo é nomeada presidente do Comitê de Prevenção de Acidentes e Violências na Infância e Adolescência (Brasil, 1998b).
8. Portaria nº 737/MS/GM – aprova a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV) (Brasil, 2001b).
9. Portaria MS nº 1.968 - notificação de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do SUS (Brasil, 2001c).
10. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde/OMS (Krug *et al.*, 2002).
11. Lei nº 10.778 - notificação compulsória de violência contra a mulher (Brasil, 2003a).
12. Lei nº 10.826 - Estatuto do Desarmamento - ver nota de rodapé 107 (Brasil, 2003b).
13. Lei nº 936 - Rede Nacional de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde e implantação e implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios (Brasil, 2004a).
14. Agenda de Prioridades da Vigilância e Prevenção de Acidentes e Violências aprovada no I Seminário Nacional de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde (Alves da Silva *et al.*, 2007).
15. Portaria nº 2.452 - Grupo de Trabalho para elaboração e implantação Estratégia de Prevenção ao Suicídio (Brasil, 2005b).
16. Portaria nº 687– Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2006b).
17. Portaria nº 1.356, de 23 de junho de 2006. Institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela (Brasil, 2006c).
18. Portaria nº 1.876 - Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio (Brasil, 2006d).
19. Portaria nº 2.472 - Inclui as violências autoprovocadas como agravo de notificação compulsória (Brasil, 2010).

20. Portaria nº 104 - além de para outros tipos de violência, torna universal a notificação compulsória da violência autoprovocada, atualizada e reforçada pela Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016 – 2011; 2016 (Brasil, 2011a; Brasil, 2016a).
21. Portaria nº 1.600 - Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2011b).
22. Portaria nº 3.088 - institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS (Brasil, 2011c).
23. Agenda Estratégica pra Vigilância e Prevenção do Suicídio para o período de 2017 a 2020/MS (Cartilha) (Brasil, 2017a).
24. Portaria de Consolidação nº 2 - consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2017b).
25. Portaria nº 3.992 - altera a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2017c).
26. Portaria de Consolidação nº 6 – consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2017d).
27. Portaria de Consolidação MS/GM nº 4 - consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2017e).
28. Lei nº 13.819 - institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (Brasil, 2019a).
29. Lei nº 13.931 - altera o artigo 1º da Lei nº 10.778, de 24/12/2003 e que passa a obrigar a comunicação da ocorrência de violência contra a mulher a autoridades policiais (Brasil, 2019b).
30. Decreto nº 10.225 - Institui o Comitê Gestor da PNPAS, regulamenta a PNPAS e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada (Brasil, 2020a).

Esses documentos permitiram perceber a ausência da prevenção do suicídio enquanto objeto específico até meados de 2006, quando são instituídas as *Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio* (Brasil, 2006d), um dos objetos de discussão da 4ª seção.

É preciso ressaltar que o sumário original desta tese incluía uma seção específica para colocar em diálogo, de um lado, o conjunto de políticas públicas de prevenção do suicídio e, de outro, outras políticas públicas da área da saúde no que tange à prevenção do

suicídio. Para tal, recorri ao *site* do Ministério da Saúde para cada uma das “áreas técnicas” componentes da estrutura organizacional da instituição. Cada um deles traz uma apresentação/identificação da área e disponibiliza acesso a material (documentos, boletins epidemiológicos, cartilhas, entre outros) afim a seu objeto de trabalho. Além de ler cada uma das apresentações, busquei os documentos normativos que as instituíram. Neles pesquisei sobre a presença de menção ao suicídio e tentativas de suicídio, um percurso que me pareceu promissor para compreender o tratamento dado ao suicídio e sua prevenção no conjunto das áreas técnicas da saúde, mas que se mostrou insuficiente para meu objetivo.

Alterei o percurso de busca e me ative aos documentos referentes às áreas de saúde da mulher e da criança e de saúde mental; os primeiros dado sua magnitude epidemiológica, principalmente em relação ao aumento das tentativas de suicídio ao longo dos últimos anos e os segundos devido à sua vinculação à saúde mental, tal como amplamente considerado pelos organismos internacionais e pelas políticas públicas nacionais. Excluí do escopo desta tese, portanto, a análise dos documentos do GT de Prevenção do Suicídio do Ministério Público da Paraíba, as reuniões e respectivas ATAS etnografadas por mim, deixando-os para discuti-los em outros trabalhos.

A busca pelos documentos e sua leitura, mostraram a impertinência da empreitada, dado que, a maioria do material disponibilizado não aborda o suicídio e nem as tentativas de suicídio enquanto tal ou enquanto um tipo de violência, mesmo atentando para as diferentes categorizações do “fenômeno”. Destaco como exemplo a pesquisa em relação à área técnica de saúde da mulher. Muito pelas beiradas havia (há) algo relativo ao suicídio, mas tão somente como um dos sintomas de depressão pós parto, sem maiores considerações.

Com o caminho percorrido, embora não tenha encontrado o que buscava, a convergência do suicídio com as respectivas políticas, a investigação reforçou a ideia inicial sobre os vazios não só entre as normativas e a prática, mas também nas e entre as normativas. Desse conjunto de documentos selecionados, utilizei para esta tese somente os documentos etnografados afins a Rede de Atenção Psicossocial pertinente à área técnica de saúde mental, as Portarias nº 1600 e 3.088 (Brasil, 2011b; Brasil, 2011c).

Com isso, ressalto que nem todo o material investigado e nem todo o campo etnográfico percorrido fora contemplado para esta tese.

Na intenção de sistematizar o campo etnográfico descrito ao longo deste capítulo, arrisco um retrato esquemático a seguir (Figura 1).



Figura 1. Desenho “artesanal” sobre o campo etnográfico multissituado

Fonte: Elaborado pela autora (2024)

A rede de cuidado/atenção é formada, no caso, por *pessoas em situação de suicídio*; agentes e profissionais de origem e formação diversa e, frequentemente, ultrapassa o âmbito das instituições formais que a compõe. Por assim dizer, os sujeitos que chegam de caminhos diversos, mesmo que fisicamente distantes, se conectam de forma a configurarem uma rede de interconhecimento, em relação uns com os outros e, penso, ou uma rede que compartilha do mesmo pano de fundo; no caso situações e questões afins ao suicídio, o que faz com que o campo possibilite a investigação pretendida, conforme recomendado por Beaud; Weber (2007, p.7 e 32).

Foi assim que o campo inicial desta tese e a pesquisa etnográfica contemplaram *pessoas em situação de suicídio*, com suas experiências de vida cotidiana seja por lidarem com a morte de pessoas próxima, seja por sua própria condição de viverem tentativa(s) de suicídio(s) ou, também, seja pela experiência profissional no lidar com essas pessoas.

Novamente, muito embora não tenha trazido para esta tese todo o material advindo do campo, o conjunto da pesquisa colaborou para a organização e condução textual

apresentada. Deixo para futuras publicações o resultado de um campo que extrapola o conjunto documental e político de prevenção do suicídio e carrega retratos de experiências vividas frente a tal conjunto.

Feito a escolha de recorte do campo pesquisado, organizei o material selecionado (os documentos) e o etnografei segundo três eixos: 1) idealização e construção; 2) implantação e implementação e 3) operacionalização. Esses eixos emergiram com a análise das narrativas de protagonistas de uma das políticas públicas destacadas nesta pesquisa, a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Brasil, 2001b), buscando dar conta do seu ciclo entre gestação, nascimento e vida.

Nesse sentido, ressalto que estou atenta ao campo na perspectiva dos efeitos que dele advém, assim como Bourdieu (1996) nos ensina. A fim de evitar o “erro do curto circuito”, e relacionar obras científicas apenas com as manifestações políticas no período estudado, tomo as considerações do autor quando afirma que “o que define a estrutura de um campo num determinado momento é, portanto, a estrutura da distribuição do capital científico entre os diferentes agentes engajados nesse campo” (Bourdieu, 1996, p. 10). O autor defende a ideia de que o campo filtra as leis que regem a sociedade e formula suas próprias condutas, onde a posição dos agentes (individuais ou institucionais) determina o que se pode ou não fazer.

3 TRAJETÓRIA DE UM CONJUNTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO DO SUICÍDIO: HISTÓRIAS DE PROTAGONISMO POLÍTICO

Com esta seção inauguro o encontro com as interlocutoras e o interlocutor desta pesquisa, a partir de diálogos diretos e indiretos; ou seja, diretamente com Marta Maria Alves da Silva, quem tive a oportunidade de entrevistar e, indiretamente com Maria Cecília Minayo, Cheila Marina de Lima e Carlos Felipe Almeida D'Oliveira D'Oliveira, através de suas participações, respectivamente, as duas primeiras, na *live Aspectos históricos da política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências* e o terceiro na *live Setembro Amarelo com o psiquiatra Carlos Felipe Almeida D'Oliveira*.

A organização textual obedece, em sequência, ao eixo de idealização e construção; implantação e implementação e, por fim, de operacionalização das políticas públicas, à semelhança das etapas na trajetória de construção de políticas públicas em governos democráticos. Elaborada com base nas análises das narrativas das interlocutoras/or sobre suas vivências na construção política em questão, (re)encontro o conjunto de políticas públicas de prevenção do suicídio e a revisão bibliográfica sobre o tema.

Como registrado na Introdução, na finalidade de proporcionar uma melhor digestão da leitura, optei por apresentar meus interlocutores à medida que chegassem ao cenário de escrita desta tese e assim, uma vez apresentados, pudessem ser mais facilmente reconhecidos no decorrer do texto. Com isso, também intencionei tanto tornar o texto vivo por quem, de fato, enquanto protagonista(s) narra(m) parte do conteúdo compartilhado aqui, quanto contextualizar a política de prevenção do suicídio a partir de quem e do conjunto de documentos que a fez nascer, crescer e ganhar vida⁴³.

Conforme a leitora/or perceberá, na sequência à apresentação de meus interlocutores, trazidos em subseções na primeira desta seção, busco organizar as análises de seus discursos conforme três eixos: o primeiro, ideológico e de construção; (teoricamente, pode-se dizer, grosso modo, que corresponde ao momento da “agenda” de construção de uma política pública); o segundo, de implantação e implementação das políticas construídas e o terceiro, de operacionalização do conjunto político. Porém, embora eu tenha procurado seguir uma ordem sequencial, os eixos são contemplados à medida que as narrativas de meus interlocutores

⁴³ É preciso dizer que há, no mínimo, uma centena de atores importantes entre a construção e a vida do conjunto de políticas afins à prevenção do suicídio. Como se trata de uma tese, com seus recortes necessários, sem qualquer juízo de valor, tomei os interlocutores presentes nesta seção (e alguns autores que aparecem ao longo do texto) como representantes dessas tantas outras pessoas.

permitam assim os trazerem e expressem suas considerações a respeito de cada um dos eixos, o que depende da participação de cada um deles no processo de construção do conjunto de políticas.

Antes de registrar a narrativa de Marta e dos demais interlocutores, convém deixar claro qual significado atribuo a cada um dos três eixos utilizados, bem como quais são seus contextos no processo da legitimação do conjunto político abordado nesta tese. Ressalto que, com esse mesmo entendimento, sigo durante todo o restante do texto desta subseção. Assinalo, ainda, o uso dos termos aos quais convencionei chamar “eixos” foi um recurso didático para remeter a leitora/or ao(s) tempo(s) onde o conjunto do arcabouço político tratado aqui é vislumbrado, formulado, se materializa legalmente, começa se concretizar, se concretiza (ou não) nos territórios, à semelhança de como se expressam os formuladores de políticas, interlocutores nesta tese.

Embora haja referencial teórico e estudos sobre implementação de políticas públicas, seu conteúdo é, sobretudo, voltado à avaliação de políticas. Uma vez que, aqui, não tenho o objetivo de analisar a implementação de uma política pública do ponto de vista, digamos, administrativo ou de sua eficácia, eficiência ou efetividade, não me atenho a qualquer referencial teórico nesse sentido. Por isso, a seguir, trago apenas os significados dos eixos utilizados conforme os compreendo e objetivei adotá-los para esta escrita e não necessariamente conforme literatura afim à formulação e avaliação de políticas públicas.

Então, quando me refiro ao primeiro eixo, de idealização e construção, busco trazer para o texto aquilo que foi extraído das narrativas de meus interlocutores quanto a quando se começa a despertar para o suicídio como um problema de saúde pública e para a necessidade de se pensar intervenções de prevenção do suicídio e, efetivamente, quando se constrói subsídios e documentos políticos que permitem avançar com a proposição de instrumentos normativos legais e medidas interventivas (trata-se do momento da “agenda”).

Na sequência, por implantação, entendo o processo de legitimação do arcabouço político do ponto de vista legal e do fazê-lo vigente e conhecido nas instâncias onde devem ser implementados e operacionalizados. Dos três níveis governamentais, federal, estadual e municipal, o arcabouço político legalizado e a ser cumprido, na maioria das vezes, segue o caminho do nível federal para o estado e do estado para o município, embora outros caminhos sejam possíveis, inclusive do nível internacional, através de órgãos internacionais colaboradores dos países (OPAS/OMS), a depender de demandas específicas globais, como foi o caso da demanda externa para se “olhar” o suicídio e disparo de políticas locais, a partir da especificidade de cada município.

Já por implementação, entendo-o como a efetivação do “cumpra-se”, do “entra em vigor”, não somente como, se for o caso aquele arcabouço político com caráter obrigatório, mas também daquele conjunto político, sejam leis, decretos, programas, projetos e outros que contribuam para o alcance dos objetivos inerentes a determinado arcabouço político, o que pode se dar através da compulsoriedade, de recomendações, pactuações envolvendo ou não repasse de recursos financeiros do governo federal para os governos estadual, municipal e para parceiros institucionais de outras instâncias da sociedade, etc., bem como repasses de órgãos internacionais a países em vistas ou em enfrentamento a problemas globais.

3.1 MARTA, UMA “*APAIXONADA POR ESSAS COISAS TODAS*”

Começo por contar sobre meu encontro com Marta Maria Alves da Silva, daqui para frente chamada apenas por Marta ou Martinha, como é comumente reconhecida entre seus pares da saúde pública. O uso de seu nome real na tese foi opção dela, quando a consultei sobre a possibilidade de adotarmos um codinome. Nesse sentido, antes mesmo de trazê-la, ressalto a importância de sua alteridade, particularmente nesta subseção, o que, a meu ver, justifica tanto sua escolha pela aparição com sua identidade real, quanto minha aceitação por mantê-la.

Ainda que, na maior parte do tempo, nossas ideias convirjam e eu compartilhe reflexões com ela durante a entrevista, é Marta quem carrega a experiência plena de construção do conjunto de políticas objeto desta seção, uma das protagonistas dessa história. Para muito além de trazer as palavras e posicionamentos de Marta trago ela, digamos, de corpo e alma e “*apaixonada por essas coisas todas*”, tal qual expressou seu sentimento diante da temática desta tese. Por isso, e dado o fato de ser a única interlocutora direta deste tópico, ela ganha linhas extras nesta seção.

No horário combinado, em um final da tarde do dia 20 de janeiro de 2022, com roteiro de entrevistas acessível e ambiente e computador preparado para a entrevista, com um misto de ansiedade e alegria, parti para o encontro *online* com Marta. Embora Martinha já fosse conhecida com algum grau de intimidade e com nossos baús repletos de encontros profissionais, eu estaria diante de quem, para mim, é uma musa da militância pela saúde pública, especialmente, junto à temática da violência e, mais, eu estaria entrevistando-a enquanto antropóloga – destaque: uma antropóloga em formação em suas primeiras incursões de campo. Confesso que a situação me deixava apreensiva. Fui em frente.

Eu e Martinha, enquanto nos acomodamos ao ambiente virtual, conversamos informalmente sobre a vida, projetos pessoais, a pandemia em curso e nós nela e, no rumo de encaminhamento mais formal, sobre a autorização para a gravação e a concordância e assinatura do TCLE, enviado por ocasião do aceite ao convite para a entrevista. Aproveitei para pontuar que, embora acreditasse (e acredite) na casadinha epidemiologia e antropologia, o foco da pesquisa seria(era) antropológico e não epidemiológico, justamente por minha convicção sobre a contribuição da Antropologia para a Saúde Pública e, nesse sentido, para a Epidemiologia⁴⁴. Em outra medida, com a sinalização, tive a intenção de fazer com que Martinha iniciasse a entrevista em um movimento de descolar a imagem da Heloisa sanitarista - comum a ela, de nosso ambiente de entrevista, tanto quanto fosse possível, para que eu tivesse a oportunidade de captar mais sobre sentidos antropológicos da violência (e do suicídio) no lugar dos sentidos desses temas na saúde pública. A conversa ajudou-me a descontraír e ter quase a certeza de estar preparada. Adiante na entrevista, fiquei com a impressão de que meu lugar de pesquisadora da antropologia estava claro e reconhecido como de importância.

Eu estava em João Pessoa/Paraíba, em minha residência, no meu quarto-escritório, de portas fechadas, e com o ar condicionado ligado (era verão). Bem acomodada, em frente a uma escrivaninha, com o computador no uso do recurso de fundo desfocado de onde era possível me ver, com meus cabelos grisalhos começando a aparecer. Martinha estava em Pirenópolis/Goiás, em casa e de férias, numa sala, acomodada frente a uma mesa, por onde eu podia ver a parede branca de fundo e ela, da cintura para cima, com seus cabelos encaracolados, vermelhos e presos, e com um semblante de quem parecia à vontade. Nesse cenário se deu a gravação da entrevista em vídeo e áudio através do recurso *Google Meet*.

Apresentar Marta não é tarefa das mais fáceis. Dona de um currículo profissional extenso e diverso, ela carrega uma história de vida dedicada à saúde pública e “*centrada na militância e no cuidar das pessoas, na questão do ativismo militante feminista, militante da área dos direitos humanos, direito das mulheres, crianças, adolescentes, idoso, LGBTQIA+, indígenas*”; enfim, “*um pouco de cada coisa*”. Como ela diz “*são 30 e poucos anos de caminhada*” pelos quais construiu a potência e a pessoa política que é. Por isso, ninguém melhor do que ela para falar sobre ela e sobre como enxerga as “*coisas*” aqui tratadas.

Na responsabilidade de trazer Marta de forma ética para esta tese, sua fala e seu lugar de fala, seu pensamento, seu posicionamento político e de militância e, ao mesmo tempo, dar

⁴⁴ A respeito do assunto, ver: Neves; Wanick, 2021.

conta da expectativa de trabalhar a temática sob o olhar da Antropologia, me inspirei no livro *A queda do céu*⁴⁵, de Bruce Albert (antropólogo) e Davi Kopenawa Yanomami (xamã yanomami), onde o testemunho de Kopenawa é escrito a duas vozes, no caso, a partir de um sem-número de entrevistas gravadas e das diversas horas de partilha de vida entre ele e Bruce.

Durante a entrevista com Marta, ela discorreu livremente sobre sua trajetória profissional, o que rendeu alguns longos minutos de gravação ao início da entrevista e 5 páginas de transcrição, todas estas somente afim ao seu *curriculum*, com absolutamente tudo relevante. Embora considere que uma vida profissional é construída por mais do que uma somatória de pontos no tempo por pontos encadeados no tempo e no espaço, compartilho apenas uma seleção do conteúdo de sua narrativa autobiográfica. Privilegiei aquilo que se refere aos seus primeiros passos a caminho da Saúde Pública e outros específicos à evolução das políticas tratadas aqui e, por fim, o estado da arte de sua vida nos tempos da entrevista.

Ainda que a apreensão de entrevistar uma musa profissional estando eu na condição de jovem antropóloga tenha sido vencida, tampouco foi possível entrevistar Martinha de forma linear, com obediência ao roteiro de entrevistas semiestruturado preparado. A partir de algumas orientações prévias a que lhe dirigi, ela me perguntou se deveria discorrer livremente e, diante de meu aceno afirmativo com a cabeça, ela seguiu percorrendo todo o seu trajeto profissional e de militância política. Parecia não se esquecer de nenhum ponto, fiel à sua autoimagem de quem “*gosta de falar*”. Do que seria apenas um jeito de iniciar a entrevista, virou o formato principal, salvo algumas tentativas de quebrar aquele *continuum* e conduzir a conversa da forma como eu havia planejado e, a princípio, o rumo da prosa exigia. Marta é muito segura de si e carrega a certeza da importância de sua história frente à temática de minha pesquisa. Trouxe muitas – senão todas, as memórias na ponta da língua.

Esse conjunto, misturado com minha falta de experiência com a pesquisa antropológica e a apreensão com a qual comecei a entrevista, colaborou para que a mesma tenha transcorrido de forma solta e, ao mesmo tempo em que oportunizou fluir um bate-papo sobre posicionamentos aos quais convergimos, fez com que eu tenha deixado escapar momentos merecedores de interrupção e mais investigação, a exemplo de questionamento direto sobre como conceituaria morte, suicídio e prevenção do suicídio. Ao término da entrevista e ao transcrevê-la percebi o ocorrido. Busquei captar tais sentidos nas entrelinhas, acomodei a situação no baú da experiência e segui. Apresento os respectivos significados na

⁴⁵ Ver: Kopenawa, Davi e Albert, Bruce, 2015.

última subseção desta seção, juntamente com os sentidos atribuídos pelos demais interlocutores às respectivas categorias.

Marta é médica com formação há cerca de 30 anos. Logo recém-formada, deu seus primeiros passos pela via da residência em Medicina Preventiva e Social, no antigo Hospital Geral – Inamps (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social⁴⁶) em Goiânia e junto ao Instituto de Patologia Tropical de Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás. Era época do nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS⁴⁷). Entre a vida acadêmica e profissional, Marta viveu a transição entre as Ações Integradas de saúde (AIS), a criação do SUS e o processo de municipalização dos serviços de saúde, marca do movimento de descentralização dos serviços de saúde.

Após a residência, Marta conta que fez medicina de família com agentes de saúde no interior de Goiás, antes mesmo do Programa Saúde da Família (PSF) existir nacionalmente – tratava-se do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) . Nessa trajetória, ela teve muitas passagens pelas emergências clínicas, onde, paralelamente, contabilizou 10 anos de atuação em pediatria nos Centros de Atenção Integral de Goiânia (serviço com alguma equivalência às Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) atuais, mas que, diferente das UPAs, essencialmente emergenciais, acumulava a oferta de serviço ambulatorial e de emergência).

Cerca de três anos depois de formada, Marta prestou concurso para prefeitura de Goiânia e, aprovada, passou a ser servidora da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Hoje, na mesma Secretaria, trabalha na Vigilância Epidemiológica com violências e acidentes e promoção da saúde. Também foi servidora da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, onde implantou e coordenou vários programas de saúde; entre eles, de particular interesse para esta tese, os programas de saúde da mulher e da criança. Além de continuar em atuação na SMS de Goiânia, Marta é servidora concursada do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás como médica técnico administrativa.

Enfim, sua experiência enquanto servidora pública vai desde a epidemiologia e uma atuação direta nos serviços até a gestão, passando pela idealização, construção, planejamento,

⁴⁶ “O [atual] Hospital Estadual Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi iniciou suas atividades em 29 de dezembro de 1959 com o nome de Hospital Geral – Inamps e funcionou por vinte anos como um hospital federal para tratamento eletivo, de urgência e emergência”. Para saber mais, ver: <https://www.hospitalalbertorassi.org.br/principal.asp?edoc=conteudo&secao=Institucional&secaoId=311&lstrod=0>.

⁴⁷ Instituído em 1988, com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil (Brasil, 1988) e regulamentado através da conhecida Lei Orgânica de Saúde, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990a) e da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (Brasil, 1990b).

implantação e implementação, operacionalização de programas, controle social, regulação médica⁴⁸ e 11 anos (de 2005 a 2016) de marcada dedicação ao Ministério da Saúde à frente da Coordenação Geral de Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (CGDANT), por onde a conheci. Entre as pessoas que trabalham com as temáticas, é raro quem não tenha, pelo menos, ouvido falar de Martinha, a Martinha do Ministério.

No rumo para fecharmos o momento autobiográfico e darmos continuidade à entrevista, retomamos a prosa inicial e o olhar sobre o atravessamento da pandemia de Covid-19. Martinha finaliza a primeira parte da entrevista lembrando: 1) seu processo de “luto” ao sair do Ministério em 20 de junho de 2016, o que ocorreu um pouco antes do golpe contra a presidenta Dilma Rousseff, em agosto de 2016, 2) a forma como enxerga o desmonte das “coisas” que ajudou a construir nos governos Lula e Dilma e 3) como abraça um processo de “recriar e reinventar [diante de] todos os desafios” para seguir em sua militância pela vida, pelo SUS e pela Terra:

“Estou agora nesse processo de recriar, reinventar com todos os desafios que nós estamos tendo, nessa situação muito crítica que o país está vivendo, de grande retrocesso, de muita retirada de direitos e com muita tristeza vendo a destruição de várias políticas públicas que eu, inclusive, ajudei a construir, tanto nos governos Lula, como no governo Dilma. Então, várias políticas que a gente trabalhou, estruturou e hoje é com tristeza que eu vejo sendo escanteada. É corte de recursos e muitas até retrocedendo e até não sendo mais priorizada, mas sendo substituídas. Eu te falo que é um desprezo tão grande, né, e pela vida, um desprezo pela vida, né, pelo bem comum, pelo público, né, pra mim, isso é um bem comum. Pra mim, isso são coisas que são patrimônio. [...] não consigo conceber e eu sou militante ferrenha do SUS, vou mesmo pra rua. Sou contra OSS [(Organizações Sociais em Saúde)]. Me posiciono quanto à isso, quanto à precarização do trabalho e é com muita tristeza que a gente vê toda essa gente – a gente tá sendo engolido, congelaram recursos 20 anos e eles estão minando o SUS exatamente pra acabar com o SUS e partindo exatamente pra pra acabar com o SUS e partir pra outra questão que é mais na área das OSSs, né. E aí, aliás, nessa parte toda aí também profissional e de formação, é, quando eu voltei de Brasília, depois do golpe, que eu voltei para o Hospital das Clínicas e, inclusive, eu voltei assim muito sofrida, muito sofrida – não sei se você chegou a ler a carta [Anexo B] que eu escrevi, chorava muito, [Li] fiquei de luto, assim, foi muito difícil porque é você se sentir assim completamente, um chute na bunda, descartada. Então, você imagina como a presidenta não sentiu. E essa coisa que eu sempre - 30 anos de formada. Então, pra mim, o SUS é suprapartidário; independente do partido, é nosso patrimônio, a gente tem que defender. Então é triste ver tudo isso. E, aí, no tempo que começou a pandemia pela Covid, o Hospital das Clínicas me pediu pra estruturar na faculdade de medicina o telemonitoramento covid, [...]. Então, é uma das coisas que eu tenho me dedicado, 2020-2021, além

⁴⁸ Ver seu currículo Lattes no endereço eletrônico: <http://lattes.cnpq.br/8198182215864162>.

da temática da violência, que é minha paixão, junto com promoção da saúde [...]. Então, eu sou responsável técnica por ele [...]. No meio desse contexto todo, pra não enlouquecer nessa parte pessoal, afetiva, válvulas de escape, mas não só válvulas de escape, e também de saúde mental, mas de saúde mental, minha luta, agora, é somada à questão ambiental, né, porque se a gente não tem água, não tem água, não tem planta, também não vai ter SUS. Então, eu não vou brigar só pelo SUS. Tô brigando pelo planeta Terra, tô brigando pela preservação das águas” (Marta Silva, 2022).

É desse período, dada sua inerência com a história de construção do conjunto de políticas públicas de prevenção do suicídio, sobre o qual me atenho para finalizar a apresentação de Marta, pegar o caminho de volta e trazer seu testemunho sobre o processo entre a idealização e a operacionalização. A empreitada exige percorrer sua narrativa de forma a organizar todo o conteúdo compartilhado acomodando-o nos três eixos registrados na introdução a esta seção. Mesmo que o percurso de idealização e construção da política ultrapasse o momento de Martinha no MS e que sua contribuição operacional também ultrapasse aquele período de sua coordenação de área técnica, dou sequência ao texto a partir dali.

Em 2005, Marta chega ao Ministério da Saúde (junto a alguns colegas de Goiânia) com, pelo menos, três desafios postos: colaborar na construção da Política Nacional de Promoção da Saúde; estruturar um Sistema de vigilância de violências e acidentes; e fomentar e pactuar interna e externamente, com outros órgãos do governo, a normatização da lei que obrigava a notificação das violências contra as mulheres e, por conseguinte, implantar a notificação compulsória de violência contra a mulher. Esta última incumbência foi, segundo ela, um “*abacaxi para descascar*” recebido na ocasião; um abacaxi que se tornou um filho e recebeu preciosa dedicação.

Em 2003, havia sido aprovada a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003 (Brasil, 2003a), que obrigava os profissionais de saúde, dos estabelecimentos públicos e privados, a notificar qualquer suspeita ou confirmação de violência contra a mulher. Segundo a respectiva normativa, cabia ao Ministério da Saúde “*regulamentá-la*”. De fato, a interlocutora se refere ao processo de implementação da Lei, enquanto um procedimento a ser desencadeado pelo referido Ministério. Por isso, em 2005, quando Marta chega ao MS, à época, à recém-criada Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e ao Departamento de Análise de Situação em Saúde (DAS), onde “*ficava a vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e a promoção da saúde*”, “*o abacaxi pra descascar*”. Marta compartilha o fato da existência de muitas tensões internas e externas que travavam o cumprimento da legislação; eu, a partir

dela, destaco uma: a ainda divergência de entendimento sobre violência (contra a mulher) como um problema da esfera da saúde, inclusive entre profissionais do MS.

Segundo Martinha, havia “*desde divergências políticas, divergências pessoais, mas divergências de conceito, de entendimento* [sobre se esse seria um papel da saúde]”, o que, a partir do histórico de inserção da violência como um problema de saúde na área da saúde, explica em parte, no sentido técnico, sua desvalorização enquanto agravo a ser enfrentado pela área. É de se notar que a chegada da temática de violência na saúde, segundo Marta, se dá pela via da vigilância epidemiológica de agravos transmissíveis, área técnica que trabalha com nosologias que, para além de classificarem doenças específicas, indicam origens causais também específicas, como, para citar apenas dois exemplos, o sarampo e seu vírus causador; a dengue e seu vírus arbovírus, transmitido através dos mosquitos vetores do gênero *Aedes*.

Digo no sentido técnico porque, a meu ver, há questões sutis por trás dessa rejeição, que são de ‘ontem’, mas perduram nos dias atuais; questões que passam desde pela subjetividade das pessoas atuantes nos processos de trabalho até, novamente, por questões relativas ao conhecimento técnico desses envolvidos e, quiçá, pela repulsa de tratar agravos complexos como o suicídio, sobre os quais há diversas possibilidades causais individuais e/ou coletivas e sociais.

No entanto, Marta inicia seu trabalho no MS trazendo na bagagem uma experiência profissional positiva de Goiânia, onde havia a Rede de Atenção a Crianças, Adolescentes e Mulheres em situação de violência, implantada no município desde o ano 2000⁴⁹, uma rede de articulação da qual a Secretaria Municipal de Saúde era membro, o que lhe fortaleceu para enfrentar os obstáculos inicialmente encontrados.

Retomo sua experiência passada para, então, (re)montar a linha do tempo e de conquistas ao longo de sua contribuição para a construção da política de prevenção do suicídio. Sua trajetória inicial no MS consubstancia a firmeza como enxerga a importância das ações nos territórios onde a vida transcorre e, onde, com certeza, as marcas da violência aparecem nos corpos das pessoas, no ambiente onde vivem e de onde demandam atendimento e assistência nas emergências e urgências e carimbam a necessidade de atuação antes que a violência ocorra.

⁴⁹ Com orgulho, Marta conta que a “*Rede de Goiânia nasce a partir de uma articulação muito forte e de um protagonismo muito grande do movimento social, que foi o Fórum Goiano de Mulheres e o Fórum Goiano pelo fim de exploração sexual de crianças e adolescentes*”. Para saber mais, acessar <https://ufg.br/n/56900-rede-de-atencao-a-vitimas-de-violencia-lanca-site?atr=en&locale=en>. Trata-se de uma matéria sobre o lançamento da Rede na ocasião. Não foi possível encontrar documentação sobre a referida Rede.

A leitora/or pode estar se perguntando o porquê destaco a notificação da violência contra a mulher se o objeto de pesquisa se trata da prevenção do suicídio. Como poderá ser entendido, a prevenção do suicídio no Brasil foi construída a partir de diferentes frentes de elaboração de políticas públicas: as frentes de promoção à saúde, a de redução de morbimortalidade de acidentes e violências, a de notificação das violências interpessoais e, de maneira muito entrelaçada, a da frente da construção e de legitimação do amparo normativo da violência contra a mulher. Assim, ao longo do texto desta seção, apenas para citar parte do arcabouço legal não específico à temática do suicídio, mas que dão vida ao conjunto de políticas públicas afins à prevenção do suicídio, dirigir-me-ei com frequência a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) e a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS).

3.1.1 Idealização e construção

A ida de Marta para o MS se deu mediante convite do Secretário de Vigilância em Saúde (SVS) à época, o Dr. Jarbas Barbosa⁵⁰, um convite coletivo, para a equipe atuante em Goiânia na gestão de 2001 a 2004, o então secretário de Saúde, Dr. Otaliba Libâneo⁵¹, Marta e outras colegas. Marta vai para o MS com uma experiência recente como assessora de Planejamento e superintendente [diretora] de Vigilância em Saúde, em Goiânia/Goiás. No MS, o Grupo assumiu a recém-criada Secretaria de Vigilância em Saúde do MS⁵²: Dr. Libâneo assumiu a diretoria do Departamento de Análise de Situação de Saúde e Marta passou pela, então, estruturação do Departamento de Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DANTPS), tornando-se coordenadora da Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes entre 2005 e 2012, até assumir a Coordenação-Geral de Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (CGDANT) de 2012 a 2016, com Deborah Carvalho Malta⁵³ na diretoria do DANTPS⁵⁴.

⁵⁰ Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr., atual diretor da OPAS, desde fevereiro de 2023.

⁵¹ Ver seu currículo Lattes no endereço eletrônico: CV: <http://lattes.cnpq.br/4030124246791320>.

⁵² “[...] antes de 2003 não existia essa Secretaria, era só o Cenepi [Centro Nacional de Epidemiologia] que cuidava das doenças transmissíveis” (Marta Silva).

⁵³ Ver seu currículo Lattes no endereço eletrônico: <http://lattes.cnpq.br/3261263738543724>.

⁵⁴ As informações contidas neste parágrafo tiveram como fonte a entrevista de Martinha e informações extraídas do currículo Lattes das pessoas citadas presentes na Plataforma Lattes do CNPq, com exceção de informações sobre o Dr. Jarbas Barbosa, não apresentadas.

Com Débora Malta na coordenação de DANTPS, Marta passa a ocupar-se da promoção da saúde, tendo a incumbência de vencer o “*desafio aí em relação às violências, né, particularmente, violência contra a mulher*” e, também, “*trabalhar e discutir a construção da política de promoção da saúde*”. Ela inicia seu trabalho a partir de um “*embrião da política*”, lhe dado ao chegar ao MS. Marta adota esse embrião, que passa a ficar sob os cuidados da coordenação da Vigilância. É quando começa a perceber o tamanho do desafio: “*tinha esse pé na promoção da saúde e [...] outro que era da notificação da violência contra a mulher, que não tinha nada no Ministério [da Saúde] de Sistema com relação a sistema de notificação ou qualquer coisa assim pra violência*”.

Para construir o arcabouço teórico e prático sobre a vigilância das violências, o Grupo se debruçou sobre “*documentos da OMS, da OPAS, do CDC e uma das grandes referencias, [...] é a própria definição da violência que o setor saúde trabalha, [...] que é do Manual de Lesões, da OMS, que é o Relatório Mundial sobre Violência em Saúde, do ano de 2002*” (Krug *et al.*, 2002).

Marta lembra que, quando iniciou seu trabalho junto ao MS, já havia sido promulgada a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV), através da Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001 (Brasil, 2001b). Ela ressalta o “*grande protagonismo*” da Prof^a Maria Cecília Minayo na “*construção da PNRMAV no âmbito do SUS*”. Ela lembra o fato “*interessante*” de que a Política “*nasceu a partir de uma pressão externa [internacional] pra dentro do Ministério da Saúde*⁵⁵” e do trabalho de um “*grupo de pesquisadores e alguns profissionais de saúde, coordenado pela professora Cecília Minayo [...] e de toda a equipe do CLAVES*”, assunto tratado pela própria prof^a Cecília Minayo, interlocutora desta tese, no subitem 3.2.1 desta seção, assim como na 4^a seção.

Às lembranças de Marta, acrescento que o CLAVES foi criado pela FIOCRUZ, em 1989, na ENSP, “*com a função de produzir pesquisas estratégicas e interdisciplinares, formar profissionais e assessorar as políticas públicas do setor*” (Minayo, 2007; Minayo; Souza, 1999), o que veio a se somar às diversas iniciativas já em curso desde as décadas de 60, 70 e, sobretudo, nas décadas de 80 e 90 do século XX, com destaque àquelas conduzidas pela Faculdade de Saúde Pública de Universidade Federal de São Paulo, instituições públicas, ONGs, institutos de pesquisa e pelo movimento feminista (Minayo, 2007).

⁵⁵ “Em 2001, o Ministério da Saúde promulgou a PNRMAV [...]. Ela foi antecedida por decisões da Assembleia Mundial de Saúde de 1996 [(WHA, 1996)], que pela primeira vez consagrou o tema como prioritário; e precedeu o Relatório Global sobre Violência e Saúde [(WHO, 2002); Krug *et al*, 2002]” (Minayo; Souza; Assis, 2023). Para saber sobre a trajetória histórica de inclusão da violência na agenda da saúde brasileira, consultar Minayo, 2006.

Paulatinamente, a sensibilização sobre a temática da violência é compreendida como problema de saúde. A ótica enquanto problema de saúde pública ganha espaço, inicialmente, a partir da violência (maus-tratos) contra crianças e adolescentes e, aos poucos, com a ampliação desse olhar, para outras formas de violência (violência coletiva, violência sexual, violência juvenil, violência autoinfligida) e para outros grupos de pessoas vitimadas (mulheres, avós e adultos jovens)⁵⁶.

Em fins do ano de 1998 e início de 1999, o Grupo coordenado por Cecília Minayo, debruçado sobre a violência enquanto problema de saúde pública, *“já tava batendo lá na porta do Ministério da Saúde e toc, toc, toc e falando: olha, a violência é o que mais tá matando; é o que mais tá matando jovem, a gente precisa discutir a questão da violência”*. Desse movimento, dispara-se o processo de institucionalização do tema. Segundo Marta, nessa altura, *“foi constituído um GT e esse GT foi responsável pela elaboração da política [PNRMAV], que a política que tá vigente até hoje [...]”* e que *“já nasce na perspectiva da intersectorialidade, da interdisciplinaridade, da multiprofissionalidade”*.

Conforme o documento técnico, Produto nº. 01, cedido por Cheila Marina de Lima para uso nesta tese,

O Ministério da Saúde inicia o processo de institucionalização do tema, a começar pela publicação da portaria do Ministério da Saúde, de 02/09/1998 que institui o Comitê Técnico Científico (CTC) de Assessoramento ao Grupo Técnico para Acidentes e Violências composto de 12 profissionais: 01 da área de Saúde Pública, 07 da área Médica, 01 da área de Direito, 01 da área de Engenharia de Tráfego, 01 do Corpo de Bombeiros, 01 da Secretaria de Políticas de Saúde do MS e a presidência do Comitê esteve a [cargo] da Dra. Maria Cecília de Souza Minayo e a seguir a portaria de 14/10/1998 que instituiu o Comitê de Prevenção de Acidentes e Violências na Infância e Adolescência, vinculado ao CTC e sob a mesma presidência, ao qual foram incorporados mais 05 profissionais da área Médica e de Psicologia. Este CTC construiu um documento que enfoca as responsabilidades dos diferentes níveis de poder (municipal, estadual e federal) e a necessidade de articulação entre os diversos setores e é ressaltada a importância e necessidade de acompanhamento e avaliação na implementação (Lima, 2020, p.5).

Curiosamente, de forma paralela, ainda que distantes espacialmente, enquanto o Grupo coordenado por Maria Cecília de Souza Minayo estava a todo o vapor no Distrito Federal, Marta e seus colegas estavam a todo o vapor no nível municipal, em Goiânia:

⁵⁶ Para se aproximar da perspectiva sobre violência no século XX, recomendo consulta ao histórico Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (Krug *et al.*, 2002), especificamente o preâmbulo de Nelson Mandela, a Introdução e a seção 1.

“eu tava em Goiânia, na prática. Eu tava na gestão municipal [...] e as coisas acontecendo no Ministério e eu nem tinha esse conhecimento. E a gente trabalhando lá em Goiânia. A nossa rede (com recorte inicial de atendimento a mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência) é do ano 2000 e a Política [PNRMAV] é do ano 2001, né, a gente não sabia. Houve a convergência ingoldiana, [risos] vamos assim dizer, porque nós também estávamos preocupados, batendo lá na porta e o município [é] que sente primeiro” (Marta, 2022).

Nessa altura, ainda que com olhar voltado aos homicídios, aos acidentes e os suicídios e a tipos de violência específicos contra crianças, adolescentes, idosos e mulheres, como os maus-tratos e a negligência⁵⁷, *“já tinha vários estudos, inclusive sociológicos, né, não só epidemiológicos, estudos sobre o impacto da violência na saúde das pessoas”*.

Após esses pares de parênteses sobre a institucionalização do tema violência, retomo o foco do diálogo com Martinha sobre os desafios políticos enfrentados para avançar com a implantação da notificação da violência contra a mulher; passo predecessor basilar para a implantação da notificação das ocorrências de tentativas de suicídio, tidas originalmente como violências autoinfligidas pela OMS (2002).

Com a certeza da importância da incumbência de construir caminhos para o enfrentamento da violência, Martinha toma a frente da *“coordenação com relação às reuniões internas pra pactuar [sobre a notificação]”*. Ela lembra que, nas *“reuniões internas com a [Área Técnica da] Saúde da Mulher, porque a notificação era de violência contra a mulher e as [...] com a Secretária de Políticas pras Mulheres, [...] havia muita tensão”* entre as duas, *“não chegava num consenso”*:

“Eu me lembro bem de uma reunião onde nós fomos apresentar essa questão da violência, né, e todas essas questões e eu ouvi de uma pessoa lá, que eu não vou citar o nome, mas que ela falou assim:” “não! Violência não tem nada a ver com nós da Saúde, não. Violência é lá da área de Direitos humanos, é lá da Secretária dos Direitos Humanos; é da Polícia; é da Segurança Pública” (Marta, 2022).

Mesmo Marta e seus colegas, Deise e Libâneo, tendo contestado e questionado a hierarquia e justificarem a procedência da proposta a partir da experiência com a Rede já implantada em Goiânia, ela precisou fazer *“toda essa articulação ali inicial e [passar] por um ano de trabalho, um ano, exatamente um ano de trabalho, de miudinho, de muita articulação, muita pactuação. E nesse um ano, nós conseguimos, não só essa pactuação externa entre*

⁵⁷ Ver: Minayo, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500015>. Acesso em 04 abr. 2023.

Secretaria de Políticas das Mulheres e Ministério da Saúde. Pactuamos com a [Área Técnica de] Saúde da Mulher e com a Secretária de Políticas para as Mulheres”.

É no processo de idealização e construção da Política de Promoção de Saúde e de implantação e cumprimento da legislação referente à notificação de violência contra a mulher que Marta e a equipe de trabalho, se deparam com o fato de que *“já existia uma obrigação de notificar violência contra criança e adolescente desde o ECA [Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 2002 [1990]), em seu artigo 13⁵⁸]*”. Ela acrescenta que havia uma *“Portaria do Ministério da Saúde, de 2001, que criava uma ficha pra notificar violência contra criança e adolescente [trata-se da Lei nº 1.968, de 25 de outubro de 2001 (Brasil, 2001c)]. Então, meio que assim: criou a ficha, mas não criou nenhum Sistema [e] aquilo não gerava nenhuma informação dentro de um sistema. Foi meio que lavou as mãos. Os municípios que se virassem”*.

Foi nesse ínterim de pactuação, construção de “ficha específica de notificação” de violência contra a mulher, testagem piloto da “ficha” construída em cinco cidades brasileiras e discussão interna na Vigilância Epidemiológica quando a equipe percebe a possibilidade de otimizar a iniciativa: *“antes de ir pra rua, o que é que nós vimos? Ah! A gente tem uma ficha pra criança e adolescente que não alimenta nenhum sistema. Nós vamos ter uma ficha pra mulher que vai ter um sistema próprio, por que a gente não faz uma ficha única?”*.

Iniciativa aprovada, Marta conta que *“foi um ouuuutro trabalho, porque aí Saúde do Idoso queria uma ficha própria; Saúde da Pessoa com Deficiência; Saúde do Homem; ou seja, todas as Áreas queriam uma ficha. O que nós fizemos? Fizemos um consenso interno pra notificar violência doméstica, isso eram as notificações interpessoais, sexual e outras violências. Essa foi a primeira ficha, [...] independente do ciclo de vida e do sexo”*.

Em 2005, o MS realizou o I Seminário Nacional de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção à Saúde⁵⁹. Segundo Martinha, o evento é um marco importante em relação à construção do Sistema de Vigilância de DANT. Como primeiro evento de DANT do país, contou com a presença de representantes de todos os estados e suas capitais, “dirigentes de diversas áreas do Ministério da Saúde e Instituições de Ensino e pesquisa” (Brasil, 2005a, p.60). Esse contexto permitiu que Marta e seu grupo perseguisse um dos seus

⁵⁸ “Art. 13. Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais” (Brasil, 2002 [1990]).

⁵⁹ O evento ocorreu nos dias 20 a 22 de setembro de 2005, em Brasília, Distrito Federal e teve como objetivo construir a agenda de prioridades para implementação da Vigilância, Prevenção e Controle das DCNT (Brasil, 2005a, p.61). Ver também: Alves da Silva *et al.*, 2007.

objetivos, o de levantar “*subsídios pra construção da vigilância de DANT, porque ela estava sendo estruturada, não existia nem vigilância de crônica, nem de violência*”.

Como resultado do evento, um dos eixos pactuados se refere justamente à “implantação da Vigilância e do Sistema de Informação de Acidentes e Violências, visando consolidar a estruturação do sistema de vigilância mediante o aperfeiçoamento e ampliação das atividades de monitoramento desses agravos [...]”, o qual, conforme publicação original do MS (Brasil, 2005a, p.60), seria a “Estruturação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis [DCNT] e seus fatores de risco (FR) e fatores protetores (FP)”. Para Malta *et al.* (2006, p. 58), o eixo de ação, “a consolidação da estrutura do sistema de vigilância, no aperfeiçoamento e na ampliação das atividades de monitoramento das doenças e de seus fatores de risco e proteção, tanto para a população geral quanto para grupos populacionais mais vulneráveis”.

De qualquer forma, em alguns documentos sobre o referido I Seminário Nacional fica evidente que, dentre as prioridades para estruturação da Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Violências e Acidentes, havia a necessidade de criação, implantação e implementação de um sistema de monitoramento das ocorrências de tais agravos de saúde (Malta *et al.*, 2006; Alves da Silva *et al.*, 2007), tanto no tocante às doenças crônicas não transmissíveis, quanto em relação às violências e acidentes.

Tal contexto foi o pontapé para a criação do Sistema de Vigilância das Violências e Acidentes, o Viva⁶⁰ através da Portaria nº 1.356, de 23 de junho de 2006 (Brasil, 2006c), de particular interesse para esta tese, uma vez que inclui a vigilância das violências autoprovocadas, das quais as tentativas de suicídio são objeto de monitoramento. Martinha lembra que o Viva partiu “*dessa demanda que veio externa, de cumprimento da Lei que obrigava notificar a violência contra a mulher. Olha pra você vê como são as coisas, nem era discussão de suicídio; era violência contra mulher*”.

A partir da experiência de Marta com a Saúde do Trabalhador, em Goiânia, ela e equipe de trabalho à época, “*verificava, por exemplo, ferimento perfurocortante decorrente de acidente de trabalho, era um banco muito inchado, muita informação, mas com pouca ação ali em relação àquelas informações*”.

⁶⁰ Um histórico didático sobre o aprimoramento do Sistema e uma descrição explicativa sobre os componentes de vigilância do Viva pode ser encontrado em Brasil (2016), disponível em https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf. Acesso em: 8 set. 2022.

Nesse processo, o grupo começa a despertar sobre qual elemento diferenciaria um “agravo sentinela do serviço sentinela de um agravo universal, um pouco da metodologia da estruturação do Viva”: “eu posso ter uma notificação compulsória no serviço sentinela -, o Viva surgiu assim, mas, depois, em 2011, ela [violência doméstica, sexual e/outras violências] virou compulsória e universal. Então, o que é que eu tenho que intervir em 100% dos casos, que é universal, e o que eu trabalho por amostragem, que é sentinela [(captado em serviços de urgência e emergência, por Inquérito)] [...]. Nós [de Goiânia] que já tínhamos a ficha [de notificação], foi aí que eu entrei fortemente porque sou da Vigilância [Epidemiológica]”. Nos momentos em que trato sobre a implantação e a operacionalização das políticas, particularmente da PNRMAV, retomo o assunto sobre o Viva.

Marta conta que “nesse componente de vigilância sentinela, teve uma parceria grande do CDC [(Centers for Disease Control and Prevention)] de Atlanta [(Georgia/EUA)], tá, com toda a questão de metodologia, discussão de amostragem, a questão dos agravos, os questionários, [...] e também da UNICAMP [(Universidade Estadual de Campinas)] e da USP [(Universidade de São Paulo)]”, particularmente no que diz respeito ao amadurecimento sobre o que deveria ser trabalhado e com qual periodicidade⁶¹.

Segundo Marta, os “serviços sentinelas” “funcionam como quartéis que estão monitorando o estado de situação de saúde ali”:

“eu faço porque eu tenho que saber o que tá circulando. O serviço sentinela pra violência é a mesma coisa, tá? O que é que a gente verificou? Que havia necessidade de ter o sentinela para conhecer tudo de causa externa, que era acidentes de trânsito, queimadura, afogamento, intoxicação, as agressões, o suicídio, as tentativas, tá, mas que tínhamos que avançar o que era compulsório e universal pra violência interpessoal e autoprovocada. Por que essa diferença? Porque, no caso, da violência, nós temos ações aí que são individuais, tanto na autoprovocada, então, o que você falou porque a pessoa com sarampo vai, até 72 horas tem que fazer bloqueio, olhar cartão de vacina de todo mundo e pra tentativa de suicídio, não, né? O que nós vimos? As vítimas de tentativas de suicídio, o risco depois de uma tentativa, de uma segunda; esse risco é crescente” (Marta, 2022).

Em 2006, além do lançamento do Viva e a realização de um Inquérito Viva, foi promulgada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), Portaria nº 687, de 30 de março de 2006 (Brasil, 2006b) e constituído o Grupo de Trabalho (GT) para elaboração das Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio, instituídas no mesmo ano através da Portaria

⁶¹ Marta se refere à contribuição da USP particularmente quanto às amostragens do Viva Inquérito e à professora Marilisa, da UNICAMP (professora titular da área de Epidemiologia do Departamento de Saúde Coletiva da FCM da UNICAMP Marilisa Berti de Azevedo Barros) - CV: <http://lattes.cnpq.br/4116314016575178>.

nº 1.876, de 14 de agosto de 2006 (Brasil, 2006d). *“Houve, assim, um alinhamento. Eu falo que tava tudo efervescendo. E quando você fala aí do sincronismo, a gente também [tinha] um grupo muito bom, muito competente, muito articulado e querendo fazer a coisa acontecer”*.

“Em 2006, quando nós estávamos participando do [referido] GT do suicídio, então já foi mais tranquilo essa questão das ações de vigilâncias, porque a gente já tinha a PNRMAV; a gente já tinha também a Política Nacional de Promoção da Saúde, que dentre as várias prioridades da Política Nacional [PNPS], tinha duas que fazia interface com a política com a PNRMAV, que era o tema dos acidentes de trânsito, a redução de mortes e lesões no trânsito e o tema das lesões interpessoais e autoprovocadas. Então, com isso, nós tínhamos duas políticas para ser o guarda-chuva e o marco legal pra tudo o que viesse a partir daí, estruturando toda essa questão da vigilância de violências e acidentes e, em decorrência disso, tudo o que vem atrás”.

Em relação ao GT para construção das Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio, Martinha participou desde o início e lembra que: *“ele tinha várias diretrizes, né, desde a questão da promoção da saúde e a articulação com outros setores, a produção de informação, de evidências, de indicadores, discutir a rede de cuidados, o papel da Rede de Atenção Psicossocial, dos CAPS [Centros de Atenção Psicossocial], a articulação com a urgência, [até] o controle de meios”*. Ela destaca que o documento *“traz várias questões fundamentais que envolvem a vigilância com produção de informação pra ação; a atenção às vítimas, todo cuidado integral às vítimas”* e, de forma relevante, *“a prevenção no controle dos meios: e aí uma das questões fundamentais, que sempre foi, que é a questão do desarmamento, né – defendemos a questão do desarmamento, educação em saúde; educação permanente em saúde; capacitação, formação, a questão de avaliação e de pesquisas”*.

No que diz respeito especificamente à inclusão das tentativas de suicídio como tipo de violência a ser monitorada, Marta diz que, além do fato de carregar na bagagem sua atuação na vigilância epidemiológica (bem como o grupo de Goiânia), *“todas as estatísticas mostravam [...] que um dos preditivos de maior risco para a pessoa se matar é ter cometido tentativas anteriores”*. Marta relembra a influência do Seminário sobre suicídio em que participaram com o grupo técnico de saúde mental na OMS. Do evento, tiraram como importante a relação entre aumento do risco de suicídio e ocorrência de tentativa(s) de suicídio(s) e, daí, a necessidade de monitoramento: *“a gente pensou: a gente precisa saber dessas tentativas, mas não basta saber, a gente precisa notificar, porque essas fichas*

precisam ser acompanhadas, monitoradas pelos serviços, né, assim como a gente faz com os agravos transmissíveis, né, fazer busca ativa”.

“O Dr. Botega, que trabalhava no Hospital das Clínicas da UNICAMP, também estava lá em 2006 no GT do suicídio e [ele] tem essa visão bem ampla, como nós temos e ele fez [...] um Estudo Multicêntrico⁶², a professora Marilisa, da Epidemio, participou e, depois, foi apresentado no Congresso da ABRASCO: os pacientes que tentam suicídio vão parar onde? Na emergência, sutura... Faz ali o primeiro atendimento, que é estabilização clínica; sair do risco. O posterior, do processo de trabalho, [notificação] compulsória, em 24 horas, imediata. Então, tinha um grupo que era atendido e era liberado, o modelo tradicional e, o outro, que era vinculado, o que se verificou? A efetividade de você acompanhar as vítimas, tecnologia leve; eu não preciso de remédio; não preciso de eletroconvulsoterapia, era vínculo, responsabilização dentro da área de abrangência. Da mesma maneira que tem um sarampo na área de abrangência, quantas crianças tem, a mesma coisa. A pessoa tentou suicídio, a Estratégia de Saúde da Família tem que saber e ela tem que saber se ela tá fazendo acompanhamento no CAPS, a própria atenção primária. Não precisa de rios de dinheiro, nem de supermedicamentos, [precisa] as pacutações e a atribuição da atenção primária no segmento” (Marta, 2022).

No processo de construção e idealização do arcabouço político contra as violências, Marta faz referência aos 16 Núcleos Acadêmicos⁶³, instituídos com a Lei nº 936, de 19 de maio de 2004 (Brasil, 2004a) que atuaram como “*grandes colaboradores*” na produção de evidências, pesquisa, discussão de indicadores e, também na estruturação do Inquérito Viva. Especificamente em relação à temática do suicídio, Martinha destaca a colaboração da Prof^a Leticia Legay⁶⁴, vinculada a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Sobre as parcerias não governamentais, Marta diz que “*não [pode] deixar de destacar de jeito nenhum o CVV [(Centro de Valorização da Vida)]. Foi um grande parceiro lá atrás, em 2003. Ele tem tido um papel no Brasil extremamente... fez 50 anos!*”. Para além de Marta expressar sua admiração pelo trabalho “*todo voluntário*” do CVV, ela é da opinião de que “*ele deveria ser um política pública, uma política pública*” e justifica: “*ele ocupa um espaço no que o Estado não faz*”.

Pegando o gancho da fala de Martinha sobre o não feito pelo Estado nos governos Temer e Bolsonaro, questiono-a sobre a recente multiplicação dos grupos de apoio às pessoas em sofrimento, seja por estarem em situação de suicídio, seja por “sofrimento social”

⁶² Para saber mais, ler a matéria “Por um fio”, publicada na Revista Pesquisa FAPESP em abril de 2009, disponível em <https://revistapesquisa.fapesp.br/por-um-fio/> e, também, o artigo de Botega *et al.*, 2009.

⁶³ Segundo Cheila Marina de Lima de Lima, após novembro de 2004, “a SVS/MS em cumprimento as diretrizes da Política Nacional de Morbimortalidade por Acidentes e Violências e, ainda, com o objetivo de garantir a sustentabilidade das ações, fomentou a expansão dos NPVPS através de convênios” (Lima, 2020, p.12).

⁶⁴ Prof^a Leticia Fortes Legay, CV: <http://lattes.cnpq.br/4396108676078834>.

(Kleinman; Das; Lock, 1997) ou, especificamente, por sofrimento devido a diagnósticos de transtornos mentais. Ao que Marta observa: *“muito grupo de apoio. Aliás, [...] acho que é um parêntese importante pra fazer. Com essa questão do Setembro Amarelo⁶⁵, quando foi assumido pela Sociedade de Psiquiatria, toda essa parceria com o Ministério da Saúde, muita gente com muito boa intenção começou a querer fazer mil atividades em escola, como se todo mundo de boa intenção – de boa intenção o inferno tá cheio - muito bem intencionada, mas sem habilidade, sem expertise pra lidar com o tema ia lá dar palestra... teve caso que a gente teve que denunciar, ... citação de nome, as crianças tudo chorando. Então, criou uma situação que o tiro saiu pela culatra”*.

De fato, essa reflexão da Marta remete às características do Estado no mundo neoliberal como nos lembra Abélès (2017, p.6) quando pondera que “as promessas de reforçar essas habilidades [ações de proteção a serem exercidas pelo Estado] caem por terra quando comparadas aos rigores de cortes massivos e austeridade, que se tornaram parte intrínseca de suas operações diárias”. Essa ausência do Estado compromete a efetividade das políticas voltadas ao suicídio, o que valoriza a intervenção de entidades não estatais como o CVV.

Pouco antes de ser exonerada do MS, em junho de 2016, e com uma bagagem de 10 anos do Viva implantado, Martinha e seu grupo de trabalho interno, em parceria com os centros colaboradores acadêmicos e a certeza de que *“o conhecimento é o dia-dia que você implantando e revendo que você vai aprimorando”*, chegavam bem próximos a alcançar um importante avanço no que diz respeito à institucionalização da temática da violência para fora dos muros do MS, a institucionalização de uma ficha de notificação de violências interministerial. Seria o *“pulo do gato”*, um pulo que encontrou obstáculos intransponíveis, não foi dado e que, ainda, se faz necessário:

“nos anos de 2015 e 2016 nós conseguimos fazer uma pactuação, foi pra mim, assim, uma satisfação, muito, muito, muito grande, sabe? Foi um trabalho muito completo, muito grande. Ele envolveu oito Ministérios [...] porque nós conseguimos caminhar numa proposta de notificação

⁶⁵ Lançado em 2015, o “Setembro Amarelo é um movimento, uma campanha de conscientização sobre a prevenção do suicídio. Idealizada ainda no final de 2014 por diversas entidades, entre elas o CVV (Centro de Valorização da Vida). A cor “amarela” é usada mundialmente como referência direta ao Dia Mundial de Prevenção do Suicídio (10 de setembro)” (Informação extraída do site do CVV, disponível em: <https://setembroamarelo.org.br/o-movimento/>. “Em 2013, Antônio Geraldo da Silva, presidente da ABP, deu notoriedade e colocou no calendário nacional a campanha internacional Setembro Amarelo®. E, desde 2014, a Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP em parceria com o Conselho Federal de Medicina – CFM divulgam e conquistam parceiros no Brasil” (Weber, 2023), entre estes o Ministério da Saúde, inserindo-a entre as iniciativas da macropolítica de prevenção do suicídio. Outras informações, disponíveis em: <https://www.setembroamarelo.com/> e <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-exercitar/noticias/2022/setembro-amarelo-precisamos-falar-sobre-a-saude-mental>. Acessos em 10 set. 2022.

intersetorial. Uma notificação intersetorial era, assim, o pulo do gato, porque a gente vê que a porta de entrada da vítima [de violência] são várias portas de entrada. E, nós já tínhamos no nosso grupo [...] um grupo de colaboradores [os centros acadêmicos], pra nos apoiar durante todo esse processo de construção, implementação da política, né, porque tudo isso faz parte da política. Então, é mais um sinergismo, né. [...]. Essa ficha que era pra mim a ficha dos sonhos – foram dois anos de conversa, ela desagrega se foi suspeita de violência doméstica ou não; se ela é interpessoal ou não; se ela é autoprovocada ou não, porque do jeito que tá, você tem que colocar tentativa de suicídio em outros e a gente vê que lá, na verdade, misturou tipologia com natureza. [...] A proposta era uma portaria interministerial, porque aí você vem de cima já fortalecido, é [seria] uma normativa e todo mundo tem que seguir” (Marta, 2022).

Dentre os aspectos apontados por Marta, o chamado “*pulo do gato*” era e é estrategicamente uma política relevante a ser implementada no conjunto de políticas de prevenção do suicídio: trata-se da “*notificação intersetorial*”. Por isso, Marta insiste em acionar oito Ministérios. Nesse caso, a notificação é um procedimento que permite que diferentes instâncias de governo (escolas, serviço social, corpo de bombeiros, etc.), oferecendo um quadro que apreenda as tentativas de suicídio e o suicídio como um fenômeno relacionado às políticas da vida.

Marta avalia positivamente o trabalho realizado em seu período no MS à frente da Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes (para destacar, extinta em 2019): “*eu acho que em cinco anos a gente fez o que era pra 20 anos. Só em 1 ano fazer ficha, testar ficha, fazer piloto, fazer sistema, pensar era só uma coisa e virou duas, era só sentinela e virou contínuo. Então, foi muita coisa*”.

Distante do MS, mas próxima por ser “*apaixonada por essas coisas todas*”, Martinha continua na “*luta*” no seu miudinho e acompanha à distância o andamento das “*coisas*” no MS. Uma dessas “*coisas*” diz respeito a uma pesquisa avaliativa em curso no território nacional, a *Pesquisa Avaliativa sobre a implementação da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências*⁶⁶, fruto de uma parceria entre o MS e a Fiocruz e cunhada por muitos atores simplesmente como revisão (ou como revisão da Política).

O Procedimento de avaliação é necessário ao aprimoramento de qualquer projeto, programa, política ou afim e a revisão não suscitaria desconfianças e receios em outros tempos que não em tempos de um governo marcado pelo apagamento e desmonte de políticas,

⁶⁶ Pesquisa Avaliativa coordenada por Dr^a Edinilsa Ramos de Souza, Dr^a Liana Wernersbach Pinto e Dr. Queiti Batista Moreira Oliveira, desenvolvida Pelo Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Mais informações em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-avalia-politica-de-prevencao-dos-acidentes-e-violencias>.

especialmente, de políticas de cunho social ou políticas abrangentes, como a PNRMAV, que permite compreender as formas como as diversas violências ocorrem e impactam a vida das pessoas. Ainda que isso seja teoricamente compreendido, a referida Pesquisa Avaliativa vem sendo vista com receio por muitos atores da Política. Cunhada como “revisão” por muitas pessoas, Marta, explica:

“tô muito temerosa dessa revisão. O CLAVES tá fazendo toda essa pesquisa porque foi feito um convênio. Por que eu tenho temor? Pelo contexto político atual, com essas pessoas conversadoras, com essas pessoas com todo esse equívoco de entender determinação social, econômica e política, onde a gente tem toda essa questão de gênero voltando atrás, essa defesa da família tradicional, heterossexual, exemplo lindo ... e de tirar coisas que a gente avançou” (Marta, 2022).

Marta ressalta ainda que, embora o Ministério da Saúde tenha lançado a *Agenda Estratégica pra Vigilância e Prevenção do Suicídio para o período de 2017 a 2020* (Brasil, 2017a⁶⁷), um marco na construção, implantação, implementação e operacionalização do conjunto político, e a fez “*casar com todas as ações do Setembro Amarelo, [...] a gente vê que o tema ainda não entrou*”.

Seu receio se multiplica quando pensa no retrocesso por que passa a Área de “*Saúde Mental*”. Segundo Martinha, “*lá é da lógica da hospitalização*” e, em decorrência, enxerga como “*tá correndo risco aí a Reforma Psiquiátrica*”. Ela conclui:

“essa coisa que a gente vê que tudo tem risco nesse contexto [...] tanto da revisão como as diretrizes nesse contexto de extremo conservadorismo, que não, não, procura trabalhar dentro nessa perspectiva social e antropológica; não trabalha na perspectiva da promoção de saúde, de intervir em determinantes e condicionantes. Então, eu vejo com muito pé atrás qualquer revisão nesse movimento, porque o movimento todo é de desprezo pela vida” (Marta, 2022).

Retomo a prosa inicial sobre o contexto pandêmico. Marta reflete sobre o agravamento do impacto do mundo globalizado sobre o que e como vivemos e, particularmente, sobre o impacto na vida das crianças, da educação dos filhos e sua terceirização e, também, sobre as questões sociais e ambientais: “*tudo isso que a Promoção da Saúde [a PNPS] traz, no contexto da pandemia, isso se agravou; agravou muito*”.

Nessa toada, Marta refere particular preocupação com o suicídio e destaca tanto o fato de que nos últimos 10 anos “*o suicídio e as tentativas já vinha num crescente*” como o da diferença de comportamento epidemiológico no Brasil, a depender do local onde se observa

⁶⁷ Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2017/17-0522-cartilha-agenda-estrategica-publicada-pdf/view>. Acesso em: 16 jul. 2023.

esses eventos: *“embora a taxa [de mortalidade por suicídio] do Brasil não seja uma das maiores, né, mas se eu pego a taxa Mato Grosso do Sul, ou mesmo Roraima ou, aí, em Alagoas, a gente tem a cidade de Arapiraca... se eu analiso de forma desagregada ou pegando por faixa etária... essa taxa vai lá pra cima porque, de fato, é altíssima”*.

Para Marta, o aumento da taxa pode ser atribuído também a uma mudança de perfil em relação às vítimas e ao contexto de vida das pessoas: se, “antes” da pandemia de Covid-19 o risco de se matar era maior no grupo de idosos e as taxas eram maiores nesse grupo em decorrência, por exemplo, da presença de comorbidades, isolamento social, abandono e doenças terminais; com a transformação do mundo e o impacto da forma de viver no mundo globalizado, a depressão de fundo aparece como um fator causal em cerca de 90% das tentativas de suicídio, segundo ela, conforme referenciado nos *“documentos que são marcos, né, da OMS ou mesmo da Sociedade de Psiquiatria”*.

Mesmo que tal associação causal entre suicídio e depressão esteja registrada em *“documentos marcos”*, Marta além de verificar *“uma mudança nisso daí”*, há outra questão que lhe *“intriga muito”*. Eu e ela observamos que o Conselho Federal de Medicina (CFM) bate nessa tecla da casadinha suicídio e depressão e, para Martinha, *“isso volta e volta dentro dessa questão da medicalização; então, tem interesses por trás da Indústria, sempre tem, tá”* para o qual ela questiona: *“pessoas que não tinham absolutamente nada; então, como é que a psiquiatria pode atribuir 90% do suicídio como depressão? Então, essa informação era naquele tempo passado... tem que ser atualizado”*.

Na convergência do rumo da conversa, chegamos a *“Lei do Suicídio, de 2019”*, que regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019 (Brasil, 2019a)). Digo “convergência” porque a mesma estranheza me acompanha desde sua promulgação. Marta argumenta sobre o fato de que a Lei trata de *“algo [a notificação das violências autoprovocadas] que era já obrigatório de uma política da saúde”*, na realidade, através de vários atos normativos e legais anteriores.

No caso, Marta faz referência (indireta) a PNRMAV (Brasil, 2001b) que, entre suas diretrizes, preconiza a “monitorização da ocorrência de acidentes e violências”, possibilitada com a criação da Viva (e do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela) (Brasil, 2006c); às Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio (Brasil, 2006d) e à Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010 (Brasil, 2010), que inclui as violências autoprovocadas como agravo de notificação compulsória; à Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011 (Brasil, 2011a), que, além de para outros tipos de violência, torna universal a notificação compulsória da violência autoprovocada (atualizada e reforçada pela Portaria nº

204, de 17 de fevereiro de 2016 (Brasil, 2016a), que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional e pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2017b), que reforça o cumprimento de prazos de notificação e seguimento de fluxos através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Marta ressalta ainda que *“a gente vê que quem tá por trás, quem tá ali é a psiquiatria biologizante, as internações, a eletroconvulsoterapia [(ECT)]”* e, diante de minha intervenção com a qual observo sobre o apoio e aplausos do CFM na ocasião da instituição da Lei nº 13.819, de 26/4/2019 (Brasil, 2019a), por encontrar brechas para a administração da ECT, ela completa ilustrando o perfil do CFM: *“um conselho extremamente conservador e negacionista porque esse conselho meu não apoiou as evidências científicas e defendeu o kit covid⁶⁸”*.

Essa ênfase de Marta remete ao modelo biomédico que predomina na abordagem do suicídio e da saúde mental, fomentando produção de fármacos pela indústria farmacêutica, biomercados e de práticas de hipermedicalização em saúde.

Marta aproveita o ensejo sobre o negacionismo à ciência do governo Bolsonaro para alertar sobre a prática de negação ao desarmamento: *“na questão do controle de meios, um presidente que estimula as pessoas a ficarem armadas; né, é mais arma, é mais arma. Uma coisa é ela não sabe ou não se aquele remédio vai matar; o tiro vai matar; a letalidade vai aumentar”*.

Marta avalia que a inserção do suicídio na pauta de governo é mais humanizada, mesmo com o desgoverno da ocasião e a preocupação com os efeitos do armamento promovido pelo mesmo. Embora não evidencie em relação às quais outras pautas tece sua comparação, ela chama a atenção para o enfrentamento das comunidades terapêuticas, que recebem pessoas afetadas em sua saúde mental e praticam um *“trabalho terapêutico”* baseado na casadinha religiosidade e saúde mental, é *“muito de culpabilizar o indivíduo – você não em Deus no coração”*. Quanto a isso, Marta se posiciona e aponta saídas para se sobrepor às comunidades terapêuticas:

⁶⁸ Ver, por exemplo, <https://portal.cfm.org.br/artigos/o-conselho-federal-de-medicina-e-a-covid-19>; <https://www.poder360.com.br/brasil/cfm-nao-mudara-posicionamento-sobre-autonomia-para-receitar-kit-covid/> e sugestão de leitura na reportagem publicada em: <https://jornal.usp.br/ciencias/tratamento-precocoe-kit-covid-a-lamentavel-historia-do-combate-a-pandemia-no-brasil/>, segundo a qual “o “kit covid” inclui drogas como hidroxicloroquina, ivermectina, nitazoxanida, azitromicina e corticosteroides sistêmicos”. Acessos em 06 ago. 2024.

“sou contra comunidade terapêutica fechada, como toda essa ideologia que tá por trás. A gente precisa, sim, fortalecer nossa Rede de Saúde Mental, mas é, ainda, um gargalo... falta profissionais de todas as áreas, não é só o psicólogo, [é o] de música, de pintura, de culinária e [também] essa integração com a sociedade e as famílias, com a rede de apoio” (Marta, 2022).

Ainda em relação aos espaços ofertados para as pessoas atingidas em sua saúde mental, Marta aponta o fato de haver um gargalo entre a demanda e a qualidade do que temos em termos de Rede de serviços de saúde mental. Ela indica a necessidade de atualização e aprimoramento tanto dos espaços como dos instrumentos de gestão e exemplifica a partir “de casa” mesmo:

“o Pronto-Socorro de Goiânia dá vontade de chorar quando chego lá, [é] dos anos 70, tudo cheio de grade. É [preciso] uma mudança completa. [Há] novas demandas do Séc. XXI, [...] é o modelo de psicossocial” (Marta, 2022).

Em Goiânia e, digamos, vendo “*essas coisas todas*” de outra perspectiva que não a de gestora no MS, Marta mantém o processo de idealização e construção de política pública. Ainda que veja a situação de estar frente a “*uma grande adversidade, grande obstáculo, que fomenta com a desconstrução [do governo do Jair Bolsonaro]*”, segue em um movimento de resistência. Ela acredita que é “*na retaguarda [...] que a gente vai fazendo resistência contra [o] desmonte*”. Para ela, o movimento deve ser dos municípios e dos estados e ilustra: “*quando eu tô lá em Goiânia, no município, na Universidade, a gente fica brigando pras coisas não [descambarem. Por exemplo], aquela lei que obriga a notificar à polícia a violência contra a mulher*⁶⁹, [...] a gente sabe que não é por aí”.

Com a conversa direcionada a Goiânia, Marta faz questão de falar sobre a continuidade da construção do fazer político por lá e, especificamente, sobre a criação de um terceiro indicador de notificação compulsória, além de dois outros clássicos e aplicáveis a todos os tipos de violência objetos de notificação em território nacional (expansão dos serviços notificantes e preenchimento do quesito raça-cor): “*todas as pessoas que tentassem o suicídio teriam que ser vinculadas ao serviço de saúde mental*”.

⁶⁹ Para situar o leitor, trata-se da Lei nº 13.931, de 11/12/2019 (Brasil, 2019b), que altera o artigo 1º da Lei nº 10.778, de 24/12/2003 (Brasil, 2003a) e que passa a obrigar a comunicação da ocorrência de violência contra a mulher a autoridades policiais. Quando Marta expressa que “a gente sabe que não é por aí”, ela traz embutida a contradição que a Lei de 2019 impõe em relação à toda a construção legal e prática de violência contra a mulher que, além de presar pelo sigilo da informação, garante a autonomia da mulher (maior de idade, portanto) em tomar ou não o caminho dos direitos previstos como o de registro policial e denúncia a autoridade policial da violência perpetrada a ela.

Em 2018, segundo Marta, quando ela estava a todo o vapor em Goiânia, como lhe é característico, arregaçou as mangas para solucionar o que vinha enxergando como demanda desde o MS. Ela havia saído de lá *“preocupadíssima [...] com o tema do número vertiginoso das tentativas de suicídio e da automutilação”*. Para enfrenta-lo, segundo ela:

“decidimos construir a Linha de Cuidado Integral às Vítimas de Tentativas de Suicídio⁷⁰. Na verdade, na época, eram as vítimas de Violências Autoprovocadas. Eu liderei esse processo dentro da Secretaria [Municipal de Goiânia,] articulando todas as áreas... vigilância, que aí entra a vigilância sanitária por conta do controle dos organofosforados⁷¹, pesticidas, enfim, todas as áreas da saúde, alguns representantes de distrito sanitários, de CAPS, CAPS adulto, CAPS infantil, porque a gente precisa ouvir a ponta, o serviço do pronto-socorro psiquiátrico que nós temos e dois grandes hospitais, que são porta de entrada para alguns traumas; que é um hospital de urgência do Estado, UGOL e HC, um órgão formador – isso foi final de 2018. Ao longo de 2019 fizemos várias oficinas e construímos uma Linha de Cuidado às Vítimas de Suicídio [LIVITS]⁷²” (Marta, 2022).

Marta conta que o processo desde a idealização da LIVITS até sua implantação não se deu sem atropelos, dificuldades e fazer política no *“time”*. Embora em 2019 a proposta avançasse, ela conta sobre o enfrentamento a *“muito problema pra retaguarda pra adolescente, porque se falta leitos psiquiátricos pra adultos, pra crianças então, nem se fala. [...] não é qualquer profissional de saúde que atende, nem psicólogo, nem psiquiatra”*. Em 2020, com a pandemia de Covid-19, por força extraordinária e, também interna, *“os nós da regulação”* impediram a implantação da Linha. No fazer política, retomam o projeto entre novembro e o finalzinho de 2020 e, com persistência, seguem:

“a gente não queria perder o time daquela Secretária, daquela gestão que se encerrou no final de 2020... conseguimos finalizar, mesmo com esse nó da regulação, mandamos pro jurídico, só que não teve tempo hábil pra passar pelo Conselho de Saúde porque já foi no mês de dezembro. Aí, quando foi 2021, nós retomamos, a gente é persistente, a gente não dá por rendido fácil, não. [risos] Tem gente que continua, tem gente que mudou, mudou gestor, foi feito isso e isso, a gente tá aqui só pra validar. A nossa sorte, que a coordenadora de saúde mental, 2018-2019 e saiu em 2020, em 2021 ela volta. Então, ela tinha o fio lá do começo... e ele foi lançado naquela live, que ocorreu outubro ou novembro de 2021” (Marta, 2022).

⁷⁰ Instituída através da Portaria nº 580, de 22 de outubro de 2021 (Brasil, 2021).

⁷¹ A esse respeito e sua associação com o suicídio, ver: MEYER; RESENDE; ABREU, 2007 e PIRES; CALDAS; RECENA, 2005. Para saber mais sobre como agir em caso de suspeita ou confirmação de intoxicação, ver: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/resumidos/ddt_resumido_intoxicacoes_por_agrotoxicos_cap2.pdf. Acesso em 01 jul. 2024.

⁷² Eu, enquanto sanitarista e inspirada no trabalho desenvolvido em Goiânia, em 2022, construí e apresentei uma Linha semelhante à Gerência de Vigilância Epidemiológica da SMS-JP. Escrevo sobre a proposta e seus desdobramentos no artigo “Prevenção do suicídio e políticas públicas entre o contexto de pandemia e pós-pandemia de Covid-19: reflexões de uma pesquisadora implicada” (no prelo).

Diante do reconhecimento da limitação impostas pelas mudanças políticas de gestão e de profissionais de saúde engajados com a política, Marta reforça a necessidade de investimento na formação de profissionais para uma atuação qualificada na área. Segundo ela, *“se a gente não entrar no aparelho formador, é muito mais difícil. A gente precisa tá no aparelho formador, precisa tá no serviço de educação permanente”*. Assim, reitera: *“na medida do tamanho dos meus pés, das minhas pernas, da agenda, sempre que eu sou convidada pra dar aula, pra falar pra aluno de medicina, aluno de psicologia, de enfermagem, de saúde coletiva, eu vou lá falar”⁷³*.

Ainda com o tom de persistência, sobretudo de enxergar caminhos para a consolidação do conjunto político tratado aqui, Martinha estimula o meu caminhar e de tantas outras pessoas: *“eu acho fundamental também e que tem ajudado a fomentar, a divulgar, a consolidar [as políticas afins à violência e ao suicídio] são os estudos, as pesquisas igual a que você tá fazendo. Isso é fundamental, Heloisa, [...] pra salvar vidas”*.

Ao término da entrevista, Martinha, buscando esperançar em meio ao contexto pandêmico e os tempos de retrocesso político, contextualiza como vislumbra saídas para o momento e compartilha seu sentimento em relação ao futuro. Com sua reflexão, finalizo este tópico:

“eu tava ali almoçando e pensando na nossa entrevista. Se esse vírus não vai ser o próximo dilúvio, mas eu também não sou pessimista. Que cada um de nós, nos seus municípios, vai reconstruindo seus projetos, pra renascer. Talvez precisamos de uma nova sociedade... é um trabalho de formiguinha e de equipe, pode fazer uma reunião pro pessoal da Saúde Mental, santo de casa não faz milagre... mas é isso, eu acho que a questão é fundamental, rever nossos valores; e é um resgate mesmo, é tempo de reflexão, de parar pra pensar no ser humano, porque se não as coisas vão descambiando. Boa sorte” (Marta, 2022).

3.1.2 Implantação e implementação

Para dar sequência ao planejamento da organização textual, no tópico que se inicia, trago o protagonismo de Marta frente à **implantação e implementação** das políticas de prevenção do suicídio e afins, tal qual o registro sobre o entendimento e uso desses termos na introdução a esta subseção.

⁷³ *“Por isso é que veio aquela estratégia toda das lives e foi uma das grandes estratégias no contexto da pandemia da Covid-19 em Goiânia, porque a gente queria avançar... evidências científicas, vários temas relacionados à Covid, né, a gente discutiu, por exemplo, saúde mental e covid; amamentação no contexto da pandemia da Covid, excesso de mortes por covid; controle social e Covid, causas externas e Covid. Foram quase 20 lives. Foram seis meses muito intensos de junho até dezembro e nós tivemos todo o espaço pela UFG” (Marta, 2022).*

Primeiro, recupero a fala de Martinha sobre a implantação do Projeto de Vigilância e do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva). A implantação do Sistema Viva ocorreu em 2006, aproximadamente um ano após o início de sua idealização e construção. O processo foi disparado através de várias frentes: a pactuação de uma ficha única de notificação de violências com as áreas internas do MS (*“Saúde Bucal; Saúde Mental; Humanização; Urgência e Emergência; Criança e Adolescente; Idoso; Pessoas no Sistema Privadas de Liberdade; DST AIDS; Urgência e Emergência; com o SINAN; enfim, com todas [as áreas]”*) e a realização de um Seminário Nacional de lançamento do Viva (Seminário Temático de Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela), em 2006.

Nessa altura, além da pactuação interna com as demais áreas do MS, Marta e seus colegas conseguiram pactuar a ficha única *“com a Secretaria de Política para Mulheres; [Secretaria de] Direitos Humanos; [Secretaria de] Políticas de Promoção da Igualdade Racial e Ministério da Educação; teve outros Ministérios, mas basicamente essas três Secretarias”*, de forma que, ao lançarem a respectiva ficha durante o referido Seminário Nacional, o fizeram, tendo-a pactuado interna e externamente. Tais avanços traziam tanto a força do trabalho da equipe, bem como sintetizava a concordância sobre a violência como um problema a ser enfrentado; conjuntura propícia para dar início à efetivação das conquistas alcançadas; ou seja, avançar com a implantação e implementação do arcabouço legal.

Dessa forma, no mesmo ano de 2006, o grupo foi em frente com as capacitações nos serviços e entraram *“em campo”* com a ficha pactuada e com o *status* de notificação compulsória para: 1) o caso de maus tratos cometidos contra crianças e adolescentes (Portaria nº 1.968, de 25 de outubro de 2001 (Brasil, 2001c)) e 2) de violência contra a mulher (Portaria nº 2.406, de 5 de novembro de 2004 (Brasil, 2004b)). Martinha considera que: *“2006 foi um ano, assim, a mil por hora porque a gente topou duas frentes, que foi a notificação compulsória, que naquele momento era em Serviços Sentinelas – ela não era universal [para o SUS] e, também, essa pesquisa parceria com a UNICAMP e com a USP, onde a gente levantava todas essas informações, não só violência, mas acidentes também [...]”*. Nessa perspectiva, as ações políticas de saúde incluem o levantamento de informações (pesquisas que fundamentem políticas públicas de saúde).

Em relação ao suicídio, ainda em 2006, foi instituído e composto o Grupo de Trabalho de Prevenção do Suicídio através da Portaria nº 2.452, de 22 de dezembro de 2005 (Brasil, 2005b) para trabalhar na construção das Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio. Coordenado pelo Dr. Carlos Felipe (interlocutor indireto de pesquisa desta tese), vinculado à Área de Saúde Mental do MS à época, o Grupo entregou o produto de seu

trabalho e as Diretrizes foram instituídas no mesmo ano com a Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006 (Brasil, 2006d).

Marta conta que, no processo de implantação (e legitimação) da notificação das ocorrências de violência, outro avanço importante aconteceu em 2009, com a migração do registro da notificação do Epi Info^{TM74} para o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). No entanto, os registros de notificação eram provenientes apenas das unidades de saúde sentinela, o que caracterizava a incompletude do processo. Expandir a notificação de violência para todos os serviços de saúde da rede – ou seja, tornar o serviço um serviço de vigilância contínua, como denominado atualmente, demandou “*outra pactuação, que exigiu muita conversa, muita mediação, [pois havia] muita resistência de trabalhar agravo não transmissível*”.

É de se notar que o SINAN foi gradualmente implantado no território nacional a partir de 1993, regulamentado em 1998 (Brasil, 2007) e, em 2003, pouco antes de Marta chegar ao MS, sua gestão é transferida da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) para a, então, criada Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), sob a qual Marta ocuparia a Coordenação Geral de Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos não Transmissíveis (CGDANT), onde se encontraria a Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes do MS.

A meu ver e em concordância com Marta, quando ela se referiu ao ano de 2006 como um ano “*a mil por hora*” (onde acrescento, e todos os outros anos em que “*Martinha do Ministério*” esteve à frente “*dessas coisas todas*”), destaco a celeridade com que se deu o processo de implantação do arcabouço legal que, paulatinamente, tem trazido a violência (e o suicídio) para a agenda de saúde pública no Brasil.

O Sistema de Vigilâncias das Violências recebeu a adesão de todos os gestores das capitais, a exceção de São Paulo⁷⁵ e mais oito municípios⁷⁶. Aqueles que aderiram entraram na primeira fase de implantação do Viva, com a responsabilidade de cumprimento da notificação de ocorrências de violências. “*E as coisas foram crescendo. À medida que passou 2006, 2007, Mato Grosso [...] já quis incluir um Inquérito próprio do Viva no estado [...] e, com isso, a*

⁷⁴ Criado pelo CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) o “Epi InfoTM é um pacote de ferramentas interoperacionais de software de domínio público projetado para a comunidade global de médicos e pesquisadores da saúde pública” (https://www.cdc.gov/epiinfo/por/pt_index.html).

⁷⁵ “*São Paulo, ela, no primeiro momento, não quis aderir ao Viva. Eles estava em outro movimento próprio da gestão; criando um sistema próprio deles, inclusive, pra notificar 100% dos acidentes*” (Marta, 2022).

⁷⁶ No estado de São Paulo, Jundiaí, Sorocaba, Campinas, São José do Rio Preto; no Espírito Santo, Vitória, Serra e Caraciaca e, em Pernambuco, Olinda.

gente passou a ter uma adesão maior à proposta”. Marta caracteriza a implantação gradual como uma opção para caminhar com “ *muito pé no chão*” e contextualiza aquele momento:

“se você começa a notificar, começa a tirar a poeira debaixo do tapete; poeira debaixo do tapete, né. E esse foi um dos desafios quando a gente começou a implantar a notificação compulsória no serviço sentinela. Nós tivemos muito pé no chão. [...]. Nós começamos com capitais e, também, com alguns municípios que manifestassem interesse por adesão, porque [...] era algo muito novo e o tema muito contra hegemônico dentro da agenda do setor saúde” (Marta, 2022).

Marta explica o porquê da opção pela adesão “*pé no chão*”. Havia “*muita dificuldade ainda com o Secretário de Saúde de achar que isso era um tema, que isso a gente sentiu na pele no MS; então, nós fomos por adesão, porque precisava ter capacidade técnica, capacidade instalada, mas também adesão política. Se eu não tivesse adesão política, o projeto não ia pra frente*”.

Nesse sentido, para o fortalecimento de todo o constructo e da implementação de vigilância de violências (e acidentes), Marta destaca a importância das pactuações políticas, sejam as internas, com o MS, como já mencionado, mas também com o Conass e Conasems. Segundo ela, também foi primordial o recurso financeiro aprovado pelo MS, “*era um incentivo como um ‘plus’ pra ‘startar’ isso nesse primeiro momento*”.

O recurso definido pela Portaria nº 936, de 19 de maio de 2004 (Brasil, 2004a), que “dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios”, “*previa repasse de recursos financeiros pra estado, pra município, mas também para Universidades [(através dos Núcleos Acadêmicos, assim como referenciado por Martinha no primeiro tópico desta subseção)], que eram nossos centros colaboradores e, também, para ONG, tá*”.

Marta considera a criação da Rede de Núcleos, através da referida Portaria, um marco do conjunto político, conforme os caracteriza, eles “*são estruturas de gestão, responsáveis [por] estruturar e implantar a rede de atenção e proteção às pessoas em situações de violência nos municípios, nos estados*”.

Diferentemente da modalidade vigente de transferência de recursos, o financiamento e o repasse de recursos financeiros federais se dava, no caso, através de editais públicos e, consequentemente, o recurso chegava aos locais como um “*recurso carimbado*” (fundo a fundo); ou seja, somente poderia ser gasto com o objeto previsto pela referida Portaria. A partir de 2018, começa-se a aplicar a modalidade de transferência de recursos conforme

alterações publicadas na Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017 (Brasil, 2017c) e os repasses financeiros passam a ser realizados através de “blocos de financiamento” (CNM, 2018), tanto dificultando a identificação do recurso quanto dando brecha à sua utilização para outro fim que não o planejado. Marta enxerga a alteração como limitadora do trabalho necessário e abrangente em relação à violência:

“Quando essa modalidade de repasse por incentivo financeiro, por uma pactuação, por uma demanda do Conass e Conasems, na tripartite [foi alterada...] com isso se dilui, porque no bloco da vigilância, esse recurso não é carimbado. Esse recurso pode ser gasto com dengue, [...] com qualquer coisa que não violência, a gente vai ficar contando vítima, implantando SAMU, UPA, pegando só as coisas só depois do acontecido; a gente não consegue fazer a proteção das vítimas; então, a gente fica enxugando gelo, né, implantando serviço pra atender vítima, enquanto a gente tem que trabalhar na promoção da saúde” (Marta, 2022).

Embasada pela avaliação realizada pelo CLAVES⁷⁷, enquanto Martinha tem ciência do valor do repasse de recurso para “*startar*” a implementação da Rede de Vigilância e dos Núcleos parceiros, ela considera que, embora os municípios recebessem o incentivo financeiro, nem todos avançavam satisfatoriamente e o que se viu foi a realização de, apenas, ações pontuais por alguns deles, sem estruturar os Núcleos. Ao desfecho, atribui a inconstância de cobrança junto aos gestores no processo de implementação: “*se você não força isso na gestão, isso se perde; se não, vai ficar sempre no paralelo, não entra como uma prioridade*”.

Em dado momento da entrevista com Martinha, retomo o assunto “notificação” e compartilho com ela a angústia, advinda de minha experiência enquanto sanitaria, frente à dificuldade de avançar quanto à aderência à notificação pelos profissionais de saúde, apesar dos constantes momentos de sensibilizações na ponta dos serviços, onde os profissionais estão em seu cotidiano de trabalho e onde as marcas de violências aparecem nos corpos das pessoas que lá chegam. Sobre o assunto e as considerações postas, ela considera como um permanente desafio e uma imprescindível “*mudança de paradigma*”:

“Esse é um desafio constante, né. Não basta falar que é compulsório notificar, né. A gente precisa ter toda uma rede articulada e todo esse segmento. Então, essa questão é uma mudança de paradigma mesmo. É entender que tanto as violências interpessoais quanto as autoprovocadas, a pessoa precisa ser acompanhada. Então, assim como eu notifico as doenças transmissíveis, algumas de forma imediata, outras semanal, [...] essa

⁷⁷O CLAVES apresenta periodicamente o resultado de pesquisas avaliativas sobre a “experiência de prevenção de violências”. No momento, estão em processo de condução de uma nova avaliação, iniciada pouco antes da chegada da pandemia de Covid-19, interrompida nessa altura e retomada “posteriormente”. Cf.: Gomes *et al.*, 2010.

questão da notificação compulsória, né, é preciso que todos tenham entendimento, [...] porque a tendência - a gente tem 8-800, tem gente que não quer notificar nada e tem gente que quer notificar tudo” (Marta, 2022).

Ainda que a implementação da notificação precisasse ser efetivada e universalizada, Marta reforça as conquistas alcançadas no seu processo de implantação e fortalecimento: *“em 2011 a notificação se torna universal tá; ou seja, todos os serviços [...], seja atenção primária, secundária ou terciária, seja hospital [...] público, privado, ou conveniada [...] e, em 2014, tivemos outro avanço, [...] além de compulsória e universal, dois agravos [tornam-se] de notificação imediata, a [violência] sexual e a tentativa de suicídio”*. Isso significa que a notificação precisa ser feita em até 24 horas do atendimento, justamente para permitir a intervenção em tempo oportuno, o tempo de agir para reduzir danos ou mesmo prevenir a repetição de ocorrências ou de outros eventos violentos.

Para além da questão sobre a dificuldade de sensibilizar os profissionais para notificação, questiono Marta sobre a falta de um campo específico para notificação das tentativas de suicídio e da violência autoprovocada na respectiva Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal e Autoprovocada (Anexo A⁷⁸), hoje, registrada no campo “outros”. A meu ver, tal fato favorece a subnotificação e, portanto, o não real conhecimento das ocorrências e da realidade epidemiológica, inclusive sob a mesma designação “outros” pode ser registrado os casos de atendimentos provenientes de automutilação ou outro tipo de violência não contemplada entre as demais categorias consideradas na ficha.

Martinha dispõe a situação na lista de dificuldades e entraves para o avanço da implantação e do aperfeiçoamento de seus instrumentos. Conta que, embora tenha(m) tentado aperfeiçoar a referida ficha de notificação, a exemplo da sugestão de inclusão de campos específicos para a violência autoprovocada e outros que permitissem a notificação intersetorial⁷⁹, esbarraram internamente com as decisões do Conass e Conasems. Os dois Conselhos se posicionaram contrários especificamente à expansão da notificação para setores

⁷⁸ No momento em que redijo este texto, a respectiva ficha está na sua versão 5.1 com última atualização em 15.06.2015. Disponível no Portal do Sinan: <https://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada>. No entanto, no ínterim da retomada do Inquérito Viva em outubro deste ano, há rumores de que a equipe da SVSA/MS está em trabalho para alteração da ficha, no intuito de transformar a ficha atual em duas, uma apenas para notificação de violências interpessoais e outra para notificação exclusiva de violências autoprovocadas (as tentativas de suicídio e as automutilações).

⁷⁹ Antes de submeterem as mudanças pretendidas na respectiva ficha à aprovação dos Conselhos, pactuaram, obtendo sucesso, durante *“[...] acho que foram dois anos de pactuação, com oito Ministérios... entrou Ministério da Justiça, Educação, Desenvolvimento Social, Ministério do Trabalho, Secretaria Nacional da Juventude”* (Marta, 2022).

externos ao MS⁸⁰. Diante de tal posicionamento, Martinha arregaçou as mangas e lançou mão daquilo que tinha em sua governabilidade: “*aí, o que nós fizemos? Redução de danos. Então, a gente... o que tava na nossa governabilidade. Então, a gente criou lá outras fontes notificadores, colocando Educação, Mulheres*”, mas a inespecificidade do campo “tentativas de suicídio”, infelizmente, permanece.

Contextualizando sobre a legitimação do tema violência, Marta observa que “*o tema entra na agenda, mas de forma biológica*”. E é da opinião que há, digamos, um ruído entre a proposta legal e teórica sobre os CAPS e parte do corpo técnico, gestor e profissional da Área da Saúde, um ruído que soa mais alto com o governo em exercício:

“o tema entra na agenda, mas de forma biológica e isso piora no presente momento porque eles não querem CAPS. CAPS é toda uma proposta diferenciada, onde você tem arteterapeuta, musicoterapeuta, você tem oficinas, você tem toda uma integração com a comunidade. Eles querem voltar às comunidades fechadas. Essa questão toda de internação, de procedimento, tem todo um jogo pra convencimento... e como eles entram no aparelho formador via médicos, via Conselhos, né, então, eles não dão ponto sem nó. É triste isso. Eles querem, pra mim, é o admirável mundo novo, [...] maquininha, maquininha, toma um remédio pra dormir, toma um remédio pra acordar” (Marta, 2022).

Em relação à atenção e acolhida praticada nos CAPS, Martinha avalia que há “*conflitos*” entre o perfil de serviço idealizado e considerado conforme a proposta da Rede de Atenção Psicossocial⁸¹ (RAPS) e o entendimento sobre qual é esse perfil por parte de sua gestão e profissionais. A partir de sua experiência no MS, ela explica:

“uma das grandes queixas que os municípios traziam que era a questão de as unidades de saúde mental – a RAPS é [...] reconstrução dos seus projetos de vida, dentro da família, dentro da comunidade, não isolando. No meu entendimento, eu percebo que os CAPS [...] não absorveram novas demandas, que não é só os transtornos... se violência não é demanda pra CAPS, os transtornos clássicos, a bipolaridade, esquizofrenia, déficit de atenção, essa outra que é de violência, tá com depressão, porque às vezes tá apanhando em casa. [Muitos] não quer saber qual é a causa [e dizem]: “isso não é demanda pra CAPS”, [no que ela conclui:] então, pode fechar o CAPS!” (Marta, 2022).

Marta considera o conflito como “*um típico problema de Mental* [(da Área de Saúde Mental)]” e enxerga o fato da decisão de seleção do perfil de atendimento nos CAPS estar a cargo dos municípios como um potencializador para a não dissolução do conflito de

⁸⁰ A notificação intersetorial é praticada em Campinas/SP, considerado município “*padrão ouro*” no trabalho de vigilância à violência e, segundo Martinha, um dos centros apoiadores na construção do arcabouço teórico e instrumental nacional em relação às violências.

⁸¹ Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (Brasil, 2011c).

entendimento descrito: *“o que ele tinha que atender, porque tava transtorno muito aberto e ficava a livre decisão dos municípios decidir o que vai entrar ou não”⁸²* e completa: *“[...] CAPS não é temático; não posso ter um CAPS por doença, por agravo”*.

Além da questão afim ao imbróglio sobre o perfil de atendimento que impacta na cobertura da atenção, Martinha aponta um *“gargalo muito grande”* em relação à implementação do conjunto político referente às violências que, segundo ela, tem relação com a não atualização quanto ao perfil da demanda, a exemplo do aumento da demanda nos tempos pandêmicos: *“A demanda estourou, estourou”*.

A caminhada é longa e não isenta de hiatos entre a implantação e a implementação. Marta olha para trás e para os avanços contabilizados na prática hoje em nível nacional e lembra que, na época em que idealizavam e construíam o conjunto político para enfrentamento da violência, constataram que *“nenhum país tinha a notificação compulsória como nós temos... [nem] tinha serviço pra atender vítima de violência”*. Com orgulho, ela conta que *“inclusive, na sede em Washington [sede da OPAS], nós fomos apresentar a nossa ficha; no Mercosul, várias vezes, eu, Débora, nós fomos. O pessoal da Espanha pediu a nossa ficha... Então, você vê, o Brasil extremamente avançado em legislação”*. No entanto, é preciso seu cumprimento: *“muitas leis que ficam só no papel, né, sem, de fato, a gente garantir a proteção. Toda essa questão meio embolada, né, a gente tem lei, mas as mulheres tão sendo assassinadas... a lei do desarmamento de compra e porte e agora ela tá sendo flexibilizada em tudo, né”*.

Das considerações de Martinha sobre os eixos *“idealização e construção”* e *“implantação e implementação”*, finalizo suas *“páginas extras”* nesta tese com seu ponto de vista sobre a **operacionalização** do conjunto de políticas públicas de enfrentamento do suicídio e sobre como é possível progredir na implementação de toda *“essa questão meio embolada”* relativa à prevenção do suicídio.

3.1.3 Operacionalização de um conjunto de políticas públicas de prevenção do suicídio

Durante a entrevista, Marta destaca o *“cuidado integral”* como uma questão fundamental de atenção às vítimas da violência autoprovocada. Preconizado pelas Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio (Portaria nº 1.876, de 14/8/2006 (Brasil, 2006d), o

⁸² *“Chegou a ponto, tá, olha o que aconteceu, de um município que um município, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, que criou um CAPS pós-trauma, esse era o nome, CAPS pós-trauma [...]”*.

cuidado integral, entendido como aquele que se volta para a promoção, prevenção, tratamento e recuperação, exige não somente ações assim direcionadas, mas assim organizadas nos territórios onde as pessoas vivem e devem receber atenção à saúde e aos problemas de saúde.

Nessa perspectiva, a noção de “cuidado integral” tem sido referendada pelo Departamento de Gestão do Cuidado Integral, vinculado à Atenção Primária do Ministério da Saúde, consiste em “cuidar da pessoa como um todo, considerando todos os aspectos da saúde e do bem-estar, o que inclui saúde física, saúde mental, bem-estar social, promoção e prevenção⁸³”. Essa concepção institucional normativa de “cuidado integral”, apesar do avanço político no reconhecimento da integralidade do sujeito de direito, escapa a compreensão sobre cuidado no sentido antropológico do termo, tal qual expresso por Mol (2008). Nessa linha de pensamento, Pereira (2018, p.180-1) alerta para o fato de que “cuidado”, assim como risco em seu estudo, não é uma categoria fixa e que engendra tensões entre as percepções e práticas dos profissionais de saúde e os usuários da saúde mental.

Frente ao suicídio, isso significa que o cuidado integral abrange desde a identificação das pessoas frente às ocorrências de tentativas de suicídio pelos serviços de urgência emergência, bem como pelos serviços especializados, como o CAPS, ao acompanhamento da pessoa com oferta de ações individuais e coletivas que promovam o vínculo das pessoas aos serviços e profissionais, no território onde a vida ocorre, com acolhimento e cuidado individualizado, singular, na busca de evitar novas tentativas.

No resgate da idealização e construção para trazer reflexões sobre a operacionalização, Martinha salienta a PNRMAV e o fato de que já em seu “nascimento”, em 2001, a Política trazia *“lá no seu escopo, os eixos a serem trabalhados, que é da vigilância, que é o da atenção, da prevenção, da promoção, da educação permanente e da avaliação”*. Nas páginas anteriores, a leitora/or pode perceber a importância atribuída à vigilância como o primeiro passo na direção da prevenção às violências.

Assim como registrado anteriormente, o Viva é o Programa e o Sistema de Vigilância epidemiológica pensado para disparar a prevenção das violências. Como tal, considera a notificação das ocorrências de violências como a prática para se ter ciência das características das violências perpetradas, por exemplo, quais são; onde são praticadas; como; quem as pratica e com qual periodicidade. O conhecimento desses elementos dá subsídios

⁸³ Trecho recortado da página inicial do Departamento de Gestão do Cuidado Integral, disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/dgci#:~:text=Cuidado%20integral%20significa%20cuidar%20da,estado%20completo%20de%20bem%20estar.>

para a elaboração de ações (às vezes imediatas, no caso das tentativas de suicídio e da violência sexual) e de planos de intervenção.

Nesse sentido, considerando que *“o risco depois de uma tentativa, de uma segunda, esse risco é crescente”*, no caso das vítimas de tentativas de suicídio, *“nós temos ações aí que são individuais”*: *“a gente precisa saber, seguir essas pessoas, acompanhar essas pessoas, porque se não elas vão se matar. Não basta fazer, apenas, o atendimento da pessoa na emergência, [...] ela precisa ser acompanhada, ela precisa ser monitorada. Se ela não foi ao serviço, tem que fazer busca ativa”*.

A ênfase de Marta sobre as tentativas de suicídio como fator de risco funciona um dispositivo que deveria acionar as ações de cuidado na prevenção do suicídio. Fundamentada em uma concepção epidemiológica de risco, ela reforça a necessidade de dar visibilidade ao suicídio como fenômeno de saúde pública, preditor de desfecho – suicídio – e a potencialidade de disparar práticas de saúde pensadas nos termos do “cuidado integral”.

Trago esse destaque tanto por sua importância em relação ao direito ao cuidado que pessoas em situação de violência doméstica, interpessoal ou de suicídio têm, como pelo fato do entendimento sobre a premência por ações interventivas nessas situações ter impulsionado seu amparo legal.

No caso da violência interpessoal e autoprovocada, a notificação proveniente dos atendimentos de pessoas perpetradas por esses dois tipos de violência passou a ser obrigatória e universal; ou seja, deveriam ser realizadas em qualquer nível de atenção à saúde (primário, secundário ou terciário) e em todos os serviços de saúde, sejam públicos, privados ou conveniados. Isso ocorre em 2011 com a Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011⁸⁴ (Brasil, 2011a) e, em 2014, a partir da Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014 (Brasil, 2014): *“além de compulsória e universal, dois agravos [passam] a ser de notificação imediata, a sexual e a tentativa de suicídio, justamente porque são dois agravos que a gente precisa ter condutas em tempo oportuno, [...] o tempo urge. Eu não posso deixar para ir semana que vem”*.

Dada à urgência de acompanhamento e a necessidade de intervenções na contramão do tempo frente às situações mencionadas, Marta justifica a importância da alteração na notificação compulsória nos casos de atendimentos a vítimas de violências sexuais e de tentativas de suicídio terem se tornado também de notificação imediata:

“No caso das violências sexuais, por conta das quimioprofilaxias e todo o protocolo de até 72 horas, né, hepatite, B, C concepção de emergência, o

⁸⁴ À época, se trabalhava com a denominação “violência doméstica, sexual e/ou outras violências”, conforme consta na referida legislação e, de forma semelhante nas primeiras fichas e instrutivos de notificação.

tempo ouro, duas horas. E no caso da tentativa de suicídio, porque a gente precisava encaminhar essa pessoa e ela ser atendida num serviço de atenção psicossocial o mais urgente. E uma forma de a gente acompanhar era a notificação ser imediata, de tal forma que a Epidemiologia fica sabendo, né, e ela tem que, depois, tem que fazer esse monitoramento, como faz com o sarampo. Se essa pessoa foi ou não para o CAPS. E cabe ao CAPS, claro, ou outra unidade de saúde mental, fazer esse seguimento. Então, um pouco dessa mudança, sabe” (Marta, 2022).

Na perspectiva do “*cuidado integral*”, o monitoramento de segundas tentativas de suicídio e o acompanhamento de uma *pessoa em situação de suicídio* são imprescindíveis. Marta relembra o colega Dr. Botega, da UNICAMP, ex-presidente da ABEPS, por ocasião do Encontro do GT de Prevenção do Suicídio em 2006. Nas palavras dela:

“ele usou uma expressão que eu nunca esqueci, nunca: “olha, o paciente que tenta suicídio, a gente tem que grudar nele 24 horas... é você grudar, porque ele vai tentar de novo”... um projeto terapêutico singular, que não quer dizer que seja remédio; às vezes é essa questão toda, com a rede social, eu preciso ter centros de convivência, tem que fazer matriciamento. Então, é isso: é você grudar e acompanhar a pessoa” (Marta, 2022).

No entanto, “na prática”, há pontos que dificultam a operacionalização da proposta como teórica e legalmente construída. Entre esses, Marta aponta a predominância de uma prática baseada na lógica [biologicista]: “*as pessoas pensam no suicídio e nas tentativas... assistência. É muito biologizado essa lógica, o viés do biológico - se tem um corte, é papel nosso, que eu vou suturar; se quebrou, eu vou fazer um RX; se for uma violência sexual, vou fazer... a lógica curativa...*”.

Ao questioná-la especificamente sobre a operacionalização do atendimento de *pessoas em situação de suicídio* nos serviços de saúde a partir de procedimentos com o objetivo de “estabilizar” a pessoa em atendimento e lhe dar alta, especialmente quando dos serviços de urgência e emergência, Marta enxerga que “*essa biologização caminha muito colada com a indústria, com [a] hipermedicalização da vida*”.

Mesmo tomada em termos de “hipermedicalização” nos termos de Amarante (2021⁸⁵), me reúno à reflexão feita por Maluf (2010, p. 54-55), quando pontua que “o conceito de medicalização utilizado está ligado a uma dupla tendência: de um lado a redução dos fenômenos de sofrimento e aflição a desequilíbrios e distúrbios de ordem orgânica ou físico-química, de outro, uma extensão da amplitude da ação e da intervenção médicas.” É essa dupla ênfase sobre o reducionismo biomédico e o poder biopolítico de ação da medicina

⁸⁵ Cf. a live “Hipermedicalização saiu de controle, com Paulo Amarante”. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=6f5TMZZJD78>. Acesso em 21 nov. 2023.

que emerge nas leituras sobre o lugar do “medicamento” nas políticas pós-reforma psiquiátrica, que atinge, inclusive, as intervenções sobre o suicídio. A medicalização abrevia o cuidado às *peessoas em situação de suicídio*, desconsiderando um acompanhamento estendido para além da unidade de saúde, nos territórios dos usuários, tal como seu relato.

“tem a alta e, às vezes, a pessoa não tem uma consulta agendada no CAPS. Vai pra casa e não consegue essa consulta, fica sem fazer o acompanhamento, sem contar [...] que o Brasil é um dos países que mais medicaliza, mais usa ansiolítico, psicotrópico; então, você tem uma população meio anestesiada e isso não tá resolvendo o problema de saúde mental, né” (Marta, 2022).

Em relação à operacionalização às avessas do previsto pelo conjunto político implantado, Marta lembra “*horrorizada*” de um caso de internação que retrata tanto a ética às avessas praticada nos serviços quanto como a prática da atenção à saúde com base em critérios quantitativos de atendimento. Trata-se do

“dia que uma estudante de medicina ela se internou pra fazer a eletroconvulsoterapia [...]. Eu tô chocada com o tanto de gente tomando medicação (e jovens, jovens), mas é prático pro médico, eu te falo. Do mesmo jeito que ele não quer fazer parto normal, porque 12 horas pra fazer um parto, ele faz cinco cesárias nesse prazo todo ou mais. Então, é procedimento e é número. Então, ele vai ficar uma hora com o paciente convencendo que o paciente não precisa tomar um ansiolítico? Antiético, ele vai e prescreve” (Marta, 2022).

Assim como evidenciado, Martinha segue na resistência em Goiânia. E é no contexto de resistência e de dar continuidade a “*essas coisas todas*” construídas no período em que esteve no MS, que Marta avança com o aprimoramento de instrumentos de operacionalização do conjunto político para enfrentamento das violências e ao suicídio. Para finalizar este tópico, recorto de sua fala dois contextos ilustrativos de suas conquistas e um alerta de quem, com muito orgulho, me refiro, agora, como a “*Martinha do Ministério*” e de Goiânia.

No curso da pandemia de Covid-19, Marta embarcou na “*estruturação do telemonitoramento dos pacientes com covid*”. A partir dessa frente e dos impactos do contexto pandêmico sobre a vida e a saúde mental dos sobreviventes, ela e seus colegas identificaram a “*necessidade de ter um componente de acompanhamento psicológico*”⁸⁶. E, aí, junto com os

⁸⁶ “[...] a curva de automutiliação e de tentativas já vinha numa crescente, tá. Com a Covid, né, 2020 e 2021 a gente teve queda, mas não queda real, subregistro, um subregistro muito importante, os serviços estavam fechados... se a pessoa não for ao serviço, você não faz a notificação. Então você perdeu aquela observação do profissional de saúde, você perdeu o da escola, no nosso caso; [lembro-me da divulgação pelo CVV sobre o aumento da % de atendimentos] então, nosso parâmetro é esse; o que a gente vê do CVV, que houve de relatos, a gente sabe que estourou... na verdade, o real é essa informação do CVV mesmo. Estourou mesmo” (Marta Silva, 2022).

colegas da Mental, a gente construiu. um projeto de apoio à saúde mental, apoio psicossocial no contexto da Covid que, inclusive, serviu como base para um [curso] EAD [(Educação a Distância)] da FIOCRUZ⁸⁷... já temos um livro⁸⁸, ele nasceu”.

Juntos, o trabalho de telemonitoramento e o respectivo projeto, cunhado por Saúde Mental e Apoio Psicossocial (SMAPS), coordenado por Ionara Vieira Moura Rabelo, psicóloga e sua colega, somado ao apoio de outros colegas, buscavam em uma “*força tarefa*” dar conta do vazio de assistência perante o aumento da demanda por cuidado em saúde mental, advinda da pandemia de Covid-19. Segundo Marta,

“médico e enfermeiro e a fila da psicologia só foi crescendo à medida que avançava a pandemia, porque... exacerbou! [...] mais as pessoas sem nenhum transtorno... toda a questão das reações psicológicas exacerbadas em resposta à pandemia. Pessoas que a gente ligava, o marido não queria passar pra esposa... a gente já suspeitava ali de violência. O telemonitoramento, a gente ligava pras pessoas... Outro transtorno, luto na família, trabalhador de saúde por uma questão de equidade, colocamos tudo em acompanhamento psicossocial [...] (Marta, 2022).

Por fim, Martinha “do Ministério e de Goiânia” deixa um recado no que diz respeito ao trabalho de prevenção do suicídio: “*não é uma campanha pontual, é 365 dias por ano, é educação permanente, mas tem que ter esse trabalho todo de articulação com a rede, essa pessoa tem que ser vinculada num serviço*” e, nesse sentido alerta: “*essa questão [do Setembro Amarelo] que precisa rever muito, que não aguentam o mês de setembro porque é bombardeado e eu imagino que pra quem tá num sofrimento... [elas te relatam isso?] me relataram, me relataram, me relataram que não param de falar desse assunto, que é o tempo inteiro*”.

3.2 TRÊS INTERLOCUTORES INDIRETOS: QUANDO OS CAMINHOS DE UMA CONSTRUÇÃO POLÍTICA SE CRUZAM

A Política completava 20 anos e o CLAVES produzia uma série de *lives* em sua comemoração; entre essas, a que tomei como campo. É a partir dela que, nesta subseção, trago as duas interlocutoras indiretas e o interlocutor desta tese e suas narrativas sobre “uma

⁸⁷ Sobre o curso, ver: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/curso-nacional-de-saude-mental-e-atencao-psicossocial-na-covid-19/>.

⁸⁸ Doal, Débora da Silva; Passos, Maria Fabiana Damasio; Freitas, Carlos Machado de (orgs.). Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/livro_saude_mental_covid19_Fiocruz.pdf. Acesso em: 8 fev. 2024.

história” de idealização e construção, implantação e implementação e uma política pública e, com isso, ofereço às leitoras/res o panorama sobre a categorização do suicídio enquanto uma violência.

3.2.1 Maria Cecília Minayo, “o nosso Oswaldo Cruz!”

Apresentar a Prof^a Dra. Maria Cecília de Souza Minayo talvez fosse dispensável a não ser, no caso, pelo fato de minha escolha por tomá-la como interlocutora indireta desta tese. Digo dispensável dada a sua grandiosidade como mulher pública que é. Tomo uma recordação de Cecília durante a *live*⁸⁹ que suscita esta subseção quando, na década de 1990, “Zé Noronha⁹⁰”, atuante no Conselho Nacional de Saúde (CNS) na ocasião, retratou como a enxergava: “*Cecília, hoje, tá sendo o nosso Oswaldo Cruz, porque o mundo mudou! Esse é o tema!*”. O tema não poderia ser outro que não a violência. Na ocasião, Cecília estava às voltas de caminhos para apresentar ao CNS o documento inicial do que se tornaria a PNRMAV.

Dra. Maria Cecília de Souza Minayo (carinhosa e respeitosamente chamada de Cecília daqui em diante), é musa, certamente não somente para mim, mas para várias dezenas de pessoas que a acompanham direta e indiretamente. O fato de ela ser interlocutora desta tese faz imprescindível que eu tente apresentá-la como “manda o figurino”, ainda que, diante de seu extenso currículo, de forma pontual. Com auxílio dela, através de suas lembranças autobiográficas durante a *live*; de seu currículo Lattes⁹¹ e da apresentação de Edinilsa Ramos de Sousa, pesquisadora do CLAVES/FIOCRUZ, sua parceira de trabalho e moderadora da

⁸⁹ Disponível em: <https://www.youtube.com/@violenciaesaude7827> ou em: https://www.youtube.com/watch?v=r9Kt_7qG4Sc&t=13s. Acesso em: 15 ago. 2024.

⁹⁰ José Carlos Noronha.

⁹¹ Ver CV em: <http://lattes.cnpq.br/4834272403601390>. Segundo texto informado por Cecília para o resumo de seu currículo Lattes (atualizado em 19/7/2024), ela “possui graduação em Sociologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1978), graduação em Ciências Sociais - City University of New York (1979), mestrado em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1985) e doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1989). Desde 1996 é editora científica da revista Ciência Saúde coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva e pesquisadora titular Emérito (Aposentada) da Fundação Oswaldo Cruz. Tem experiência na área de Saúde Pública, com ênfase em Saúde Coletiva, atuando como professora, pesquisadora e orientadora principalmente nos seguintes temas: metodologia de pesquisa social, metodologia da pesquisa social em saúde pública, violência e saúde, causas externas, violência, violência auto infligida, saúde coletiva e saúde e sociedade. Já orientou 92 teses e dissertações, publicou 280 artigos científicos, 232 seções de livros e 43 livros sendo 7 individualmente e 35 como organizadora e em colaboração. É membro do conselho editorial de 14 revistas científicas, sendo 4 estrangeiras E desde 2013 é Editora Regional da Revista Environmental Health Perspectives. Tem vários prêmios na área de saúde e ciências sociais, dentre eles, o de "Medalha de Mérito da Saúde "Oswaldo Cruz" conferido pelo Ministério da Saúde em 2009; o Prêmio de Direitos Humanos em 2014 conferido pela Presidência da República; e a menção honrosa de CT do CNPq em 2017, Prêmio da Academia Mundial de Ciências de Ciências Sociais (2022-2024). Benemerita do Estado do Rio de Janeiro, 2018. É bolsista 1A de produtividade do CNPq e pesquisadora emérita da FAPERJ e da FIOCRUZ”.

respectiva *live*, busco me ater às suas inserções junto ao tema do suicídio enquanto um fenômeno violento, “uma violência auto infligida”, tal como caracterizado pelo CLAVES, Departamento nascido, criado e amadurecido com as mãos de Cecília.

Como os demais convidados do evento, Cecília estava na *live* para compartilhar seu testemunho sobre a história de construção da PNRMAV. Conforme Souza, Edinilsa (CLAVES, 2022), todos “parceiros nessa jornada [...], de alguma forma colaboraram e continuam colaborando com a formulação, implantação, a implementação desta importante política”. Nesse percurso de construção da política, o devido destaque seja dado a Cecília, ela “fez e ainda faz história”.

Uma das mais importantes protagonistas no movimento de colocar em relevo o tema da violência como pauta de Saúde no Brasil, Cecília diz sobre a felicidade de, nos idos de 1993 e 1994, ter participado de um grupo da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) que, segundo ela, foi o berço do pensamento específico sobre violência e saúde e não como usualmente vinha sendo tratado, um subtema em meio às causas externas.

Em 1994, no íterim de trabalho junto a OPAS, Cecília conhece João Yunes⁹². É quando o trabalho de enfrentamento da violência e saúde é disparado no Brasil. Ainda que João Yunes se voltasse para a questão da violência contra a criança especificamente, “*ele era um grande entusiasta desse esforço da área da saúde para se aproximar do tema [da violência]*”. Eu ousa opinar que o encontro entre dois entusiastas soou mais forte que o próprio encontro institucional que os uniu; foi primordial.

Passados dois anos, em 1996, João Yunes assume o cargo de Secretário Nacional de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde (1998 a 2000) durante a gestão do Ministro da Saúde José Serra e, em 1998, convida Cecília para coordenar um “*grupo grande de pessoas que trabalhavam com a questão das violências em algum ponto*” (pessoas que trabalhavam no pré-hospitalar, nos bombeiros, na urgência, na reabilitação, na epidemiologia etc.), também convidado por ele. A ideia era pensar o tema da violência e construir propostas de enfrentamento da violência, tida como um dos cinco temas prioritários pela, então, recente ocorrida Assembleia Mundial de Saúde de 1996⁹³.

⁹² Sugiro as seguintes homenagens a João Yunes, morto em 26 de setembro de 2002: Uma, por Laurenti & Aldrighi (2002) pode ser lida em <https://doi.org/10.1590/S0104-42302002000400033>. Outra, publicada na seção de memórias do Jornal da USP, ano XVIII nº 616, sob o título “O público e a saúde na homenagem a João Yunes”, disponível em: <http://www.usp.br/jorusp/arquivo/2002/jusp616/pag03.htm>.

⁹³ Na seção 4.1, trato sobre o documento resultante desta Assembleia; conforme Cecília Minayo, um documento, “*embora ele não seja, assim, muito lido, muito falado, ele é fundamental*”.

Em setembro de 1998, Cecília é nomeada presidente do Comitê Técnico Científico - CTC de Assessoramento ao Grupo Técnico para Acidentes e Violências através da Portaria nº 3566/GM, de 02 de setembro de 1998 (Brasil, 1998a), composto pelo grupo de pessoas convidadas por João Yunes e designado na mesma Portaria (Anexo C). Pouco depois, em outubro do mesmo ano, organizou-se um segundo Comitê, o Comitê de Prevenção de Acidentes e Violências na Infância e Adolescência, com especificidade própria como o nome indica e Cecília é igualmente nomeada para sua presidência (Portaria nº 3.733/GM, de 14 de outubro de 1998 (Brasil, 1998b)) (Anexo D)⁹⁴.

Por um lado, enquanto coordenadora dos referidos Comitês, Cecília inicia uma longa, frutífera, desafiadora e ininterrupta jornada de construção do conjunto político de prevenção aos vários tipos de violência. Por outro lado, dona de um currículo extenso na academia, sobretudo junto a Fiocruz, é inestimável sua contribuição para a formação de tantos profissionais, seja diretamente, através de sua atuação docente e de suas orientações de teses e dissertações, seja indiretamente, com suas pesquisas e produção científica.

De sua produção científica, destaco algumas das mais permanentes em minha trajetória acadêmica e profissional: o primeiro, sob sua organização, *Os Muitos Brasis. Saúde e população na década de 80* (Minayo, 1995), livro que eu devorei ainda na época da faculdade e que contribuiu em muito para que eu me apaixonasse por “*essas coisas todas*”, como diz Martinha; posteriormente, o livro *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (Minayo, 1996), originário de sua tese de doutorado, de “presença obrigatória nos cursos na área da saúde pública/saúde coletiva/ciências sociais” (Nunes, 2007⁹⁵) é um livro que, na realidade, atravessa gerações de pesquisadores das mais diversas áreas; outro é *Raízes da Fome* (Minayo, 1985), o qual conheci por volta de 2001, através do meu orientador de mestrado, quando eu trabalhava sobre a temática, é um livro organizado por ela “a partir de trabalhos apresentados no Simpósio sobre o tema FOME ocorrido em São Paulo no ano de 1983, quando se comemorava o 10º aniversário da morte de Josué de Castro” (Duarte, 1985⁹⁶), cuja Introdução, de sua autoria de Cecília Minayo com Otávio Cruz Neto, para além

⁹⁴ Dada a provável dificuldade do leitor em acessar as referidas Portarias que instituem os respectivos Comitês e o fato de importância de os documentos apresentarem nominalmente a composição dos Comitês, disponibilizo uma cópia de cada uma delas, respectivamente nos Anexos D e E. Ambas foram copiadas (*printadas*) da publicação do documento da Portaria nº 737, que institui a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Brasil, 2001b, p.54-57), em sua seção de Anexos.

⁹⁵ Resenha por Everardo Duarte Nunes sobre a 9ª edição do livro (2006), “revista e aprimorada”. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400030>. Acesso em: 13 set. 2024.

⁹⁶ Resenha por Cristina Maria Rabelais Duarte. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1985000400009>. Acesso em: 13 set. 2024.

de apresentar os trabalhos dos demais autores, discorre sobre o tema a partir de reflexões sociais, econômicas e políticas, instigando nos debruçarmos sobre o restante do livro; o já clássico texto *Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?*⁹⁷ (Minayo; Sanches, 1993), sobre o qual quase não tenho palavras; ainda atual, foi um dos primeiros textos que li ainda quando aspirava ao mestrado na ENSP/FIOCRUZ; de lá para cá, perdi a conta de quantas vezes o utilizei ou o recomendei, como até hoje o faço. A lista poderia se estender longamente com livros organizados por ela ou com colaboração de seus pares, mas deixo a pesquisa por conta da curiosidade da leitora/or.

À medida que escrevo, lembro-me de demais textos e opto fazer apenas mais dois destaques: um, de interesse desta tese, a série de publicações *Avaliação de Experiências de Prevenção das Violências*, publicada pelo CLAVES em distintos anos e outro, de ordem afetiva, o pequeno e grandioso livro presenteado por Cecília a mim e que me acompanha há anos, o livro da Coleção Temas Sociais *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (Minayo, 1994), sob sua organização, com redação alternada de Suely Ferreira Deslandes e Otávio Cruz Neto e Romeu Gomes.

Um pouco sobre a trajetória de Cecília, incluindo desde seus primeiros passos ao universo acadêmico, a caminhada nesse trajeto até ganhar a incumbência de trabalhar o tema da violência, ter seu nome carimbado em relevo na história do CLAVES e do enfrentamento da violência, pode ser visto na homenagem a ela, produzida pela Casa Oswaldo Cruz/Fiocruz durante a Pandemia de Covid-19⁹⁸, em dezembro de 2021.

É justamente com sua narrativa sobre a construção de uma agenda e do conjunto de políticas de enfrentamento da violência que trago Cecília. Conforme explicitado, devido ao contexto de feitura de pesquisa desta tese ter se dado em tempos pandêmicos de Covid-19, ressalto o fato de que a narrativa de Cecília durante a *live* tomada como campo de fonte de dados se atém, sobretudo, a construção da PNRMAV. Dado o contexto de um evento *online* e a impossibilidade de estar com ela pessoalmente, entrevistando-a, da narrativa de Cecília como interlocutora indireta, eu pude focar apenas naquilo que estava disponível em sua aparição pública; ou seja, o compartilhamento de seu testemunho sobre a construção da política. Importante para todo o arcabouço específico da política de prevenção do suicídio que daí advém, nas linhas que escrevo “com” ela, Cecília sobressai nos eixos de *idealização e*

⁹⁷ Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300002>. Acesso em: 13 set. 2024.

⁹⁸ <https://portal.fiocruz.br/video/Cecilia-minayo-mulheres-na-fiocruz-trajetorias>. <https://youtu.be/N2osqG-4UiU>.

construção e implantação da política. Continuo este texto apresentando sua narrativa afim ao eixo idealização e construção.

Como mencionado e segundo Cecília, o berço de idealização e construção do arcabouço teórico de enfrentamento da violência dá-se na Organização Pan-Americana de Saúde no ano de 1993, em um encontro⁹⁹ onde *“foram convidados todos os ministros da saúde, os representantes do FMI [Fundo Monetário Internacional], do BID [Banco Interamericano de Desenvolvimento], ONGs internacionais e a forte presença de representantes do grupo feminista e de pesquisadores”*. Do evento decorre a *Declaración de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud* (PAHO, 1994), que institucionaliza a temática violência e saúde.

Para ela, não há *“nenhuma literatura que desminta isso, o pensamento [...] institucional que traz o campo da saúde e o tema da violência e saúde começou na Organização Pan-Americana de Saúde”* e não por acaso e, sim, *“porque, na verdade, a América Latina era – é e continua a ser, a região mais violenta do mundo [e enfatiza:] tô falando de violência social, não estou falando de violência de guerra”*. Cecília substancia o fato de que, *“pela primeira vez, não se falava de causas externas; se falava de violência e saúde, o mal que a violência trazia para a saúde”*.

Em 1996, nova perspectiva paradigmática advém da Assembleia Mundial de Saúde ocorrida naquele ano. Segundo Cecília, dela resulta um documento¹⁰⁰ [...] *“fundamental [com ênfase], porque ele reúne o pensamento social em torno da violência”*.

Em 1998, com a formação do CTC de Assessoramento ao Grupo Técnico para Acidentes e Violências e do Comitê de Prevenção de Acidentes e Violências na Infância e Adolescência, dá-se, de fato, o início da construção da PNRMAV. A elaboração da proposta política foi permeada por muita discussão, algumas etapas e participação coletiva. No resgate histórico, Cecília conta que:

“primeiro, fizemos um diagnóstico daquilo que a gente já tinha no país, porque a discussão não começou com a política, ela começou antes; [...] depois, nós estabelecemos diretrizes dessa política e, por fim, nós pedimos alguém do Ministério da Saúde, que eram pessoas mais especialistas em escrever sobre isso e, então, escreveram esse documento”¹⁰¹ que a gente tem

⁹⁹ Trata-se da Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud. Cf.

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16675/v118n2p170.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

¹⁰⁰ World Health Assembly, 49. (WHA, 1996). Prevention of violence: public health priority. World Health Organization. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/179463>. Acesso em: 08 fev. 2024.

¹⁰¹ Há um *“livrinho [com a proposta resultante desse trabalho], no final do livrinho tem o nome de todos os que participaram dessa equipe”* (Cecília Minayo, 2022). Por não conseguir acesso a ele, não confiro se os autores proponentes da 1ª versão e listados no material mencionado seriam as mesmas pessoas designadas através da Portaria nº 3.733 (Anexo D) proponentes da 1ª versão.

hoje; quer dizer, fundamentado no SUS, na ideia de qualidade de vida, na ideia da vida e não da morte e de todo o processo de prevenção e redução da violência” (Cecília Minayo, 2022).

Abro um parêntese: quando Cecília ressalta que a discussão sobre a violência “*não começou com a política*”, pode-se resgatar daí períodos de um passado onde a preocupação com a violência estava presente em textos, debates e na militância política, sobretudo e a princípio, sobre abusos e maus tratos na infância (fim do século XIX); a violência contra crianças e adolescentes (anos 1960 e 1970) e a violência contra a mulher (última metade do século XX), além de alguns destaques, segundo a autora, a exemplo do envolvimento da Faculdade de Saúde Pública da USP frente às “causas externas” (desde a década de 1970) e do CLAVES/Fiocruz (criado em 1989 pela Fiocruz) (Minayo; Souza, 1999; Minayo, 2007).

Parêntese fechado, retomo a narrativa de Cecília sobre 1999. Neste ano, o referido grupo CTC havia finalizado o documento “*encomendado*”. João Yunes, no lugar de dar por terminado o trabalho, “*fez uma coisa muito interessante*”: abriu um espaço de debate sobre o documento produzido. “*Ele convidou gente do país inteiro e organizou um grande Seminário ali na OPAS [em Brasília] [...]. Vocês podem imaginar o que saiu daquilo [risos], porque todo mundo queria dar um palpite, queria dar uma palavra, acrescentar isso, queria diminuir aquilo*”. Com Seminário realizado e palpites negociados, no mesmo ano o grupo retorna com o documento para revisão pelos especialistas “*para que eles buscassem conter aquilo que achavam essencial*”.

O referido Seminário na OPAS contou com a participação de pessoas de todo o país, configurando numa reunião interdisciplinar e interprofissional: eram “profissionais de saúde, entre eles médicos que trabalham em serviços pré-hospitalares, emergências, hospitais e reabilitação, psicólogos, psiquiatras, sanitaristas, enfermeiros, assistentes sociais, pesquisadores e representantes da sociedade civil” (Minayo, Souza e Assis, 2023, p.1).

Como fica evidente e segundo Cecília, “*todo esse processo se deve a muitas vozes, a muita gente, mas [...] no início, a política ficou muito restrita a questões biomédicas, por exemplo, a questão do pré-hospitalar, da compra de... [ambulâncias] do SAMU, a questão das emergências*”. Conforme ela observa, isso se deu “*porque pegava o pessoal médico porque tem uma influência muito maior*”.

De fato, na Portaria nº 3566/GM, de 02/9/1998 (Brasil, 1998a), que institui o CTC como responsável pela elaboração do referido documento, consta a designação de 12 profissionais, entre esses: 01 da área de Saúde Pública, 07 da área Médica, 01 da área de Direito, 01 da área de Engenharia de Tráfego, 01 do Corpo de Bombeiros, 01 da Secretaria de

Políticas de Saúde do MS e a presidência do Comitê, sob a responsabilidade de Cecília. A composição do CTC chama a atenção para os representantes da área médica (sete pessoas) e o nível de tensão político dentro do CTC e como a capacidade de articulação do Comitê em sair com um documento diferenciado e não com um viés tão biomédico.

Segundo suas considerações sobre esse primeiro documento, ela destaca sua elaboração com *“foco no SUS”* e o elenco das Diretrizes, de seu *“ponto de vista, intocáveis”*. A meu ver, uma questão importante é o fato de Cecília reconhecer a não inclusão de *“assuntos”* que, à época, ainda não estariam na *“própria consciência social”* e admite a possibilidade da entrada de novos temas na política à medida que cheguem:

“claro, que naquela época, muitos assuntos não entraram e que vão entrando na medida em que a própria consciência social os torne importantes, como é o caso da população LGBT; da questão do racismo estrutural; como é o caso das pessoas deficientes e outros. Então, essa colocação de temas é alguma coisa que vai acontecendo e que nós vamos acolhendo dentro dessa formulação de Política” (Cecília Minayo, 2022).

É interessante pontuar como Minayo explora a noção de “política” enquanto uma arena de “consciência social”, cuja tensão política garante a constituição de direitos e a inclusão de novas categorias no âmbito da construção de políticas públicas.

Para encaminhar a finalização deste tópico, compartilho uma espécie de alerta perante a permanente construção do conjunto político de enfrentamento da violência. Embora as áreas de saúde e segurança pública devam conversar entre si para dar conta do recado, carregam especificidades de trabalho, cabendo a cada uma percorrê-los. Cecília conduziu toda uma vida de trabalho junto à temática da violência dessa forma, em parceria, mas seguindo o caminho da saúde pública e avisa: *“nós que trabalhamos na área da saúde não temos condição de saber de segurança pública. Se a gente se enfiar por aí, a gente perde o nosso caminho”*.

Por último, Cecília ressalta sobre como *“trabalhar com a violência contra a criança, contra a mulher, contra o idoso, contra a população LGBT são questões importantes”* e sobre como estão imbricadas as diversas formas de violência: *“[...] a gente sabe que isso é um conhecimento sagrado de quem estuda violência social, que as menores violências estão articuladas com as violências mais cruéis”*. Para enfrentar esse cenário, ela acredita que há *“necessidade de uma mudança cultural no nosso país”*, uma mudança para a qual *“a área da saúde pode contribuir”* a qual podem-se agregar outras, por exemplo, áreas das ciências sociais, como a antropologia.

A legitimação do tema violência na esfera das políticas públicas não se deu (e não se dá) livre de desafios culturais e políticos. Longe de ser um processo finalizado, não só pela premência da introjeção de “novas” abordagens e, portanto, de sua ampliação conceitual, mas também pelo fato de se tratar de um tema, a violência, que *“ainda não foi internalizado”*.

Cecília lembra que, no ano 2000, antes mesmo da implantação da PNRMAV, João Yunes, o *“grande entusiasta”* para a construção da política, foi exonerado do cargo de Secretário Nacional de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde. A exoneração se deu por divergências quanto ao fazer política. Como ela confidencia, porque, enquanto João Yunes incentivava a formulação política, *“o Serra, [Ministro da Saúde], quando falava de políticas de saúde, ele não tava querendo formulações de política, ele queria que aparecesse como fazendo a política de saúde, né. E não era isso que o João Yunes entendia”*.

Com a saída de João Yunes do MS advém não só o vazio de uma prática *“entusiasta”*, mas também o revigoramento de barreiras às políticas contra a violência. Segundo Cecília, a pessoa substituta de João Yunes *“não tinha a menooooor vontade de trabalhar com isso [e, para piorar] o Serra não dava a menooooor bola pra isso”*. O novo contexto interno com jeito de obstáculo não foi suficiente para paralisar o grupo e engavetar aquilo que era tido como prioridade. Cecília conta:

“Só que nós, que participamos, começamos a atuar e entre as atuações, a gente foi no Conselho Nacional de Saúde. Eu me lembro, o Conselho abrir as portas, no caso, para mim, porque eu era a coordenadora do grupo para que eu pudesse expressar a vontade coletiva que a gente tinha de que aquilo que foi formulado e que era considerado uma das prioridades pela OMS, não se perdesse” (Cecília Minayo, 2022).

O grupo encontrou um *“ambiente importante”* no CNS, que apoiou o movimento, aprovou a proposta e *“pressionou o Serra”*. Consequente, houve a aprovação na Comissão Intergestores Tripartite e, em 2001, a PNRMAV sai como resolução do Ministério da Saúde, *“que são os 20 anos que nós estamos celebrando [nesta live]”*.

No entanto, a implantação da política advinda de sua promulgação em 2001 não significava batalha vencida. Havia muito a caminhar para efetivar sua implementação. Conforme Cecília, para isso era necessária *“uma força que viesse do MS”* e ela chegou com pessoas *“maravilhosas que encaminharam de verdade”*. Após a formulação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2005, implantada em 2006 (Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006 (Brasil, 2006b)), a PNRMAV *“passou a integrar a referida política, [mas], com uma coordenação específica”* e, com isso, *“passou a ter uma força muito grande”*. Força com nome(s). Foi graças à *“presença do Dr. Jarbas, a presença do Otaliba,*

da Martinha, da Débora Malta, da Cheila e de uma quantidade de gente, que eu tô com medo de falar os nomes aqui e esquecer e ser injusta, mas eu diria que esse foi o pontapé” para implementação, de fato.

Sobre os desafios do processo de efetivação da operacionalização da PNRMAV e sobre desafios que permanecem. Ela deixa evidente que há muito a avançar, a exemplo quando se refere ao seguimento das Diretrizes orientadoras como no que diz respeito ao monitoramento das violências (e acidentes) que, apesar do esforço para implantação e implementação do Sistema Viva, ainda se lida com a subnotificação das ocorrências *“lá na hora que a pessoa chega pra ser atendida no Sistema de Saúde”*. Para ela,

“a subnotificação é porque a questão da violência ainda não foi internalizada. Ela não é considerada importante” [...], “apesar de tudo, tudo, tudo que a gente fez, o tema [violência] ainda não é um tema introjetado pela área de saúde, sabe, ele é de algumas pessoas, de alguns núcleos, de alguns grupos, mas ainda falta muito, muito, muito” (Cecília Minayo, 2022).

Se a idealização e a construção da PNRMAV sofreram fortemente a influência e o impulso internacional e ainda precisa ser tida como uma política pública de Estado, arrisco dizer que a força coletiva interna se somou aí para sua **implantação e implementação** e para mantê-la viva, assunto tratado a seguir.

3.2.2 Cheila Marina de Lima: “uma gestora que ajudou a implantar e implementar a política junto ao Ministério da Saúde”

Meu encontro com Cheila Marina de Lima¹⁰², daqui para frente a quem me refiro somente por Cheila, assim como com as demais interlocutoras, Martinha e Cecília, é de um tempo anterior à feitura desta tese. Tive oportunidade de estar com ela profissionalmente algumas vezes, especialmente enquanto estive à frente da coordenação do Programa Vida no Trânsito no âmbito municipal de João Pessoa. Durante todo o processo de implantação e implementação do referido Programa e em meio às dificuldades, sobretudo as de negociações

¹⁰² “Possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de Goiás (1989) e especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, também pela Universidade Federal de Goiás, 2003. Atualmente é especialista em saúde - Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, consultora do Ministério da Saúde. Tem experiência na área de Enfermagem e Saúde Pública, com ênfase em saúde pública, atuando principalmente no seguinte tema: políticas de saúde”. (Texto informado por Cheila a Plataforma Lattes em 26/04/2022). Para ter acesso ao seu currículo completo, embora sua grandiosa contribuição profissional, de fato, não esteja registrada no Lattes, ver: <http://lattes.cnpq.br/6526788707543826>.

políticas, Cheila respondia incansavelmente às minhas solicitações de apoio, aquele mesmo tipo de apoio necessário lá atrás para implementação da PNRMAV.

Anos depois, recentemente, eu na condição de doutoranda, Cheila mais uma vez atendeu à minha nova e extraordinária solicitação, apoiando a pesquisa e escrita desta tese e fornecendo um material preciosíssimo sobre a linha temporal de construção da PNRMAV; um material de sua autoria, preparado para subsidiar a avaliação (em curso) desta política pelas mãos do CLAVES e que, com gratidão, utilizo nesta tese, sobretudo na próxima subseção.

Tomo as palavras de Edinilsa, moderadora da *live* pela qual trago minha informante indireta para esta tese, para apresentar “a querida Cheila Marina de Lima, que é especialista em gestão e assistência de sistemas e serviços de saúde e que foi durante muitos anos uma gestora que ajudou a implantar e implementar a política junto ao Ministério da Saúde”. Como Martinha, é igualmente conhecida como a Cheila “do Ministério” e sempre foi participante distinta nos eventos da instituição. Quando com a palavra, marca sua presença não só pela sua fala precisa, de firme propriedade sobre os temas abordados, articulada politicamente e inspiradora (daquelas que dá vontade de sair dali fazendo um monte de “*coisas*”), mas também pela elegância de suas vestimentas, sempre contrastando seus cabelos pretos com seus lindos cachecóis aos ombros a lhe proteger do frio, normalmente gélido dos ambientes onde os eventos se dão.

Mantendo a organização adotada para compartilhar a narrativa das demais interlocutoras, trago Cheila primeiramente a partir de sua fala sobre o eixo **idealização e construção** da PNRMAV.

Após saudar os colegas de *live* e tantos outros espalhados nos estados e capitais do país e a equipe de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli, o CLAVES, por sua conquista relevante em ter se tornado um departamento dentro da Fiocruz e ter reconhecida a vitória advinda daí para a política e por ter a temática da violência e saúde como pauta, ela saúda de forma especial a prof^a Dra. Cecília Minayo pela sua liderança na construção da PNRMAV, sem deixar de ressaltar o resultado como fruto da contribuição de tantas outras várias mãos.

Cheila estrutura sua participação na referida *live* a partir da percepção sobre a necessidade de “*entender o contexto de onde a gente está; como é que a gente fala, pra quem a gente fala [...]*” e, também, das seguintes perguntas disparadoras e de outras inseridas no desenrolar de sua participação:

“O que é que a gente tem que refletir nesse momento? O que significou e o que significa essa política na vida das pessoas, na vida de cada um de nós? O que significa pra nós, que estamos aqui? O que significa pro SUS, que é a maior Política, a maior política de inclusão desse mundo; o que significa

para a sociedade? O que significa pras pessoas? O que cada vida salva significa no contexto dessa política? O que significou nesses 20 anos? Quais foram as conquistas que a gente teve; os desafios que a gente teve ao longo desse tempo?” (Cheila Marina de Lima, 2022).

Com suas perguntas, sigo entre o compartilhar de sua narrativa e algumas reflexões tecidas a partir delas, obedecendo aos eixos organizativos adotados para esta subseção e, na medida do possível, evitando o conteúdo que tenha sido abordado exaustivamente e com teor semelhante pelas interlocutoras antecedentes.

Primeiro, acho prudente lembrar à/ao leitora/or que a referida *live* se dá ainda em um contexto pandêmico; no governo Bolsonaro e tendo a composição da Coordenação Técnica da Área de DANT com configuração técnica diferente daquela com a qual a construção da PNRMAV se deu, tendo em vista a ausência de Martinha “do Ministério”. Esse é o contexto “*onde a gente está*” por ocasião da *live* e que enxergo a partir da chamada de Cheila.

A reflexão inicial de Cheila refere-se ao significado da proposta da PNRMAV. A partir de sua pergunta autodirigida “*O que significou um projeto político nessa dimensão pro setor saúde?*”, ela destaca o ineditismo da proposta diante do fato de “*pouquíssimos países [terem] uma política específica de enfrentamento da violência para o campo da saúde*”. Por isso, considera que a política levou “*legitimidade para o setor saúde*”, possibilitando a abertura de um campo de diálogo da saúde, tanto intra como intersetorial, bem como com a sociedade de uma maneira geral. A despeito da “*Política ainda não seja [ser] uma prioridade de Estado*”, o resultado é: “*nós, hoje, que atuamos no setor saúde, temos uma legitimidade pra falar sobre isso; nós temos uma propriedade para falar sobre isso*”.

Em endosso à fala de sua antecessora na *live*, a prof^a Dra. Cecília, Cheila salienta a “*concepção do propósito do princípio básico que norteia essa Política*”, o direito à saúde, como avanço importante conquistado no processo de construção da Política:

“a saúde constitui um direito humano fundamental e essencial para desenvolvimento social e econômico. O direito e o respeito à vida configuram valores éticos da cultura e da saúde e a promoção da saúde deve embasar todos os planos, os programas, os projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes [...] começa a avançar a partir desse propósito, porque ele dialoga desde a da Declaração dos Direitos Universais, da Declaração Universal dos Direitos Humanos, lá em 1948; ele dialoga também com a Constituição Federal, especialmente aí no artigo 1º; no artigo 3º; então, faz essa consolidação” (Cheila Marina de Lima, 2022).

Com ênfase e em resumo, Cheila completa: *“essa Política dialoga fortemente com democracia. Não podemos deixar de falar isso!”*.

De maneira quase cirúrgica, Cheila segue sua apresentação com pontuações acerca deste eixo, **idealização e construção**. Na tentativa de trazer à/ao leitora/or o tom da exposição utilizado por ela, identifico o conteúdo acomodando-os em dois blocos: um, **avanços e conquistas**, e, outro, **retrocessos e desmontes**.

No que diz respeito aos **avanços e conquistas** decorrentes da caminhada de 20 anos de PNRMAV, Cheila salienta a importância da instituição de uma área técnica específica para trabalhar com a temática da violência e acidentes no âmbito da saúde (Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes, então, coordenada por Martinha) e, nesse sentido, ressalta tanto a maestria com que a área assumiu a responsabilidade de implantação e implementação da Política como o sucesso na sua construção: *“essa Área Técnica foi uma das grandes responsáveis pelas grandes conquistas aí, ao longo do tempo”*. Resumidamente, destaco os fatos elencados por Cheila:

- As *“imexíveis”* Diretrizes da PNRMAV.
- A criação de um repositório de informações sobre violência e saúde¹⁰³ (em estruturação), a partir de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o CLAVES/Fiocruz, especificamente porque permite *“dialogar tanto com a vigilância informativa como com a vigilância ativa”*.
- A institucionalização de uma ficha única de notificação de violências para todo o país, pois, *“quando você tem uma ficha única, você define prioridade de políticas e, em consequência, com a notificação, o ganho político trazido pela visibilidade, de modo a dar mais robustez à política”*. Sobre a iniciativa, Cheila completa orgulhosa: *“[...] Eu acho que o Brasil é pioneiro nessa institucionalização de uma ficha única - pouquíssimos países tem isso também”*.
- A evolução quanto à especificidade da notificação da violência interpessoal e autoprovocada: em 2011, *“se tornar objeto de notificação compulsória e entrar na lista de notificação de compulsória de doenças e agravos”* e, em 2014, *“reverbera, também, a violência sexual e autoprovocada como*

¹⁰³ Segundo informação obtida junto ao Claves, responsável pelo repositório, bem como o site do Departamento, encontram-se em estruturação/reformulação (agosto de 2024).

notificação imediata”; “precisa da atuação imediata do setor saúde, né”; “eu acho que isso vai institucionalizando mais”.

- A construção do Viva Inquérito e de suas seis edições até 2017, um componente de vigilância pontual que *“dá visibilidade ao problema, ele permite conhecer a magnitude; permite conhecer a gravidade e o perfil; é o elemento-chave para atenção integral às pessoas, permitindo um fomento e uma organização dessa rede, tanto de atenção como de proteção”.*
- A avanço *“no campo de monitoramento de políticas”* com a realização de pesquisas nacionais periódicas, como o *“VIGITEL¹⁰⁴, o Inquérito de fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis e outros agravos e aí que monitora algumas políticas nesse país”;* a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), que ganhou a entrada de dois módulos, *“os módulos de acidentes e violência, eu acho que isso foi fundamental pra monitorar e implementar a política, dar outro olhar - o que a gente precisa ajustar ao longo do caminho”;* a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar¹⁰⁵ (PeNSE), que recebeu o módulo da violência e dos acidentes *“que eu acho que foi uma das riquezas [ênfase] que nós temos aí pra fortalecer o Programa de Saúde na Escola, pra dialogar e dar protagonismo pra essa população que é tão excluída dos nossos campos de visão”.*
- *“a institucionalização do Programa Vida no Trânsito, em 2010. [...] Ele tem, constitucionalmente, um princípio forte da promoção da saúde e que ele dialoga com várias políticas e vários saberes [...], é um programa que tem uma concepção de promoção da saúde grandemente”.*
- As Diretrizes Nacionais da Prevenção do Suicídio em 2006; fruto de *“uma Agenda Estratégica de Construção pra Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde, que dialogou fortemente com a sociedade, com os meios de comunicação, com as instituições acadêmicas, com os entes federados todos”.*

¹⁰⁴ Ver: [https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/inqueritos-de-saude/vigitel#:~:text=O%20Vigitel%20comp%C3%B5e%20o%20Sistema,Sa%C3%BAde%20do%20Escolar%20%2D%20PeNSE\).](https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/inqueritos-de-saude/vigitel#:~:text=O%20Vigitel%20comp%C3%B5e%20o%20Sistema,Sa%C3%BAde%20do%20Escolar%20%2D%20PeNSE).)

¹⁰⁵ Ver: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html?=&t=o-que-e>.

- *“a inclusão do eixo de vigilância, prevenção e promoção na Rede Nacional de Atenção às Urgências. Eu acho que isso foi um ganho”.*
- *A realização de avaliação da Política: o “Ministério da Saúde, na época e hoje também, não posso deixar de destacar, a questão do papel da avaliação - o CLAVES tá fazendo a segunda avaliação da política”.*
- *As participações com a liderança desse tema nas Conferências de Saúde; “a saúde liderando aí as várias agendas internacionais na área de trânsito [...]: planos globais; prevenção de violência a nível global de violência contra criança, adolescentes, mulheres, né”.*
- *A instituição da prevenção da automutilação e suicídio que, segundo ela, “entrou isso fortemente nessa agenda e a gente precisa de retomar - o Ministério da Saúde liderou muito junto como outros atores, aí, a instituição da prevenção da automutilação e suicídio”.*
- *A instituição da Rede Nacional de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde em 2004 e, com ela, a “a estruturação dos Núcleos; os núcleos como espaço de formatação; de implementação e de materialidade para essas políticas, né”.*
- *Sobre os Núcleos, pontua: “o Ministério da Saúde atuou fortemente aí, de 2004 a 2012, no processo de indução, tanto de indução política pra apoio de fomentação de projetos junto com estados e municípios, quanto no repasse de recursos financeiros e, mais, ainda, fortemente, na atuação de núcleos acadêmicos para que esses núcleos acadêmicos pudessem apoiar estados e municípios e mesmo o Ministério da Saúde no fortalecimento dessa agenda. E, na época, também, teve núcleos de ONG’s [...]. Teve vários atores participando desse processo”.*
- *“a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde trouxe essa política para a Secretaria de Saúde; eu acho que isso foi um ganho fortemente nesse processo”*

106

¹⁰⁶ Ao mencionar tal avanço, Cheila faz questão de lembrar sobre a importância de Claudia Araújo, Maria José Amazé e, com uma homenagem especial, a colega “Rurany [Ester Silva], que foi uma mulher que lutou muito aí na defesa dos direitos das mulheres e na agenda de enfrentamento da violência das mulheres” (Cheila Marina de Lima, 2022).

No entanto, apesar dos vários avanços, a PNRMAV sofreu alguns importantes **retrocessos e desmontes**, marcadamente durante os Governos Temer e Bolsonaro. Entre esses, compilo abaixo os pontuados por Cheila:

- A extinção da Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes, uma *“decisão de muita, de muita fragilidade [ênfase] e eu acho, assim, de ataque mesmo e de retrocesso o fato de não existir mais essa área técnica no Ministério da Saúde”*.
- A interrupção da realização do Viva Inquérito em 2017.
- A “ausência [perda] de financiamento específico para estabelecer essa agenda”.
- E, por fim, a flexibilização do Estatuto de Desarmamento e a flexibilização do Código de Trânsito Brasileiro, cujos impactos já puderam ser sentidos no Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2022¹⁰⁷), publicado no mesmo dia em que Cheila participava da *live* que dá origem a sua interlocução nesta tese, conforme ressaltado por ela.

Considerando o contexto político e histórico do momento em que participa da *live*, Cheila chama a atenção tanto para a importância de enfrentar as flexibilizações do Estatuto do Desarmamento e do Código de Trânsito Brasileiro, como na forma de avançar conceitualmente na temática da violência. Como ela diz, *“[...] a gente ampliar esse conceito de vigilância ativa, de prevenção das violências, de promoção da saúde e promoção da cultura de paz e isso mais fortemente nesse momento que nós estamos vivendo”*.

Cheila vislumbra saídas para seguir com o trabalho de enfrentamento da violência e aponta que, com os ODS (Objetivo de Desenvolvimento Social) estabelecidos pelas Nações Unidas, temos uma *“agenda de oportunidades”*. Nesse sentido, arrisco em afirmar que a ponderação de Cheila a respeito de uma agenda viável se relaciona ao *“diálogo com o desenvolvimento inclusivo e sustentável, de justiça social, trabalhar na dimensão ambiental e na dimensão econômica”*, principalmente quando ela se refere ao ODS 3¹⁰⁸, “Saúde e Bem-

¹⁰⁷ Ver: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70307/696171.pdf?isAllowed=y>.

¹⁰⁸ Para detalhes, consultar <https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>; <https://odsbrasil.gov.br/> e <https://brasil.un.org/pt-br>.

Estar: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”, especificamente nas suas metas¹⁰⁹.

Termino esta temática com os questionamentos e reflexões de Cheila quanto ao aprimoramento daquilo já alcançado e suas perspectivas para continuada e retomada da construção política de enfrentamento da violência. Ela levanta as seguintes questões e nos convoca a tomar as rédeas da situação:

“hoje, como a pandemia impactou e vai impactar essa agenda? E como é que nós estamos inseridos nesse projeto enquanto política pública? Como é que eu vou dialogar com outras políticas nesse processo para fazer outras interfaces com as violências interpessoais [e autoprovocada]? Como vou fazer as interfaces com a outra política, especialmente a mental, pra redução de danos, pra trabalhar com outros determinantes pra enfrentar a violência autoprovocada no meio de tanta dor e tanta perda e tanta fragilidade de momento político? Temos de liderar essa discussão [...] e eu acho que nós não podemos banalizar e achar que a violência é uma curva já achatada”. (Cheila Marina de Lima, 2022).

“[...] Não vamos perder essa palavra que o professor Sergio [Sergio Adorno, palestrante na mesma live] trouxe: vamos esperar e a gente traduz isso no esperar, no fazer, nas nossas atitudes do cotidiano, no espaço onde eu estou e quero estar. Então, vamos fortalecer essa pauta nas nossas construções e instrumentos de gestão” (Cheila Marina de Lima, 2022).

Em relação à **implantação e implementação** da PNRMAV, o desafio é mantê-la viva nos territórios, em meio às disputas políticas, sobretudo a cada mudança de gestão e tendo em mente que se trata de uma Política que ainda não está, de fato, legitimada. Conforme Cheila:

“Ainda atuamos em campo de governo e, quando a gente atua no campo de governo, a gente conquista espaço nas agendas a cada mudança de gestão. E a cada mudança de gestão a gente tem que percorrer os mesmos caminhos pra assumir e pra ter uma liderança nessa agenda, porque as disputas não são fáceis. Esse é um campo de disputa que pro setor saúde não é fácil, ao passo que várias outras agendas estão dadas, essa não está dada” (Cheila Marina de Lima, 2022).

Uma vez Política implantada, sua vida de Política implementada depende tanto da materialização de algumas agendas com a devida responsabilização institucional de setores da saúde quanto à *“vigilância das violências; área de prevenção; promoção da saúde; cuidado à saúde; atenção integrada e humanizada; educação permanente; avaliação; advocacy para qualificar a legislação e seus pares e participação popular e controle social”* e, ainda

¹⁰⁹ As metas 3.5 e 3.9 têm como um dos indicadores de alcance, respectivamente, a “taxa de mortalidade por suicídio” e a “taxa de mortalidade atribuída à intoxicação não intencional”, disponível em <https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>.

daqueles setores externos que dialogam com o setor saúde no enfrentamento da violência como quanto à valorização dessas agendas.

Para implementação de todo o processo de trabalho, Cheila reforça a já ressaltada importância de uma área técnica de referência da temática, como a coordenada por Martinha no passado: *“o fato de ter uma área técnica que atua, que dialoga com seus pares, ela dá uma legitimidade para o processo da política, ela dá uma identidade”*.

Da mesma forma que apresentei a narrativa de Cheila quanto aos dados relativos ao eixo anterior, o faço aqui para, em dois blocos, pontuar sobre seus destaques quanto aos **avanços e conquistas**, e os **retrocessos e desmontes** de implantação e implementação ao longo desses 20 anos de Política implantada.

Entre os **avanços e conquistas**, como subsídios à implantação e implementação, Cheila destaca os aspectos listados a seguir.

- A Agenda de Prioridades de Vigilância em Saúde, *“pactuada para 2005 a 2007, junto com instituições acadêmicas [Centros Colaboradores], com Controle Social, Conselho [Nacional de Saúde], junto com estados e municípios”*.
- A implantação e implementação de uma ficha única de notificação de violências para o país todo, porque *“quando você tem uma ficha única, [...] você define prioridade de agendas estratégicas e você dá voz e dá visibilidade para aquelas políticas invisíveis ou para aqueles atores que sofrem violência de maneira invisível”*.
- A entrada dos módulos de acidentes e violência na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), *“isso foi fundamental pra monitorar e implementar a política, dar outro olhar”*.
- As *“várias pesquisas, e publicações que o Ministério da Saúde liderou [...] Com relacionamento de diferentes bancos de dados, pra trazer um olhar mais ampliado”*.
- A *“instituição [implantação da Política Nacional de] Prevenção da Automutilação e do Suicídio”*.
- A implantação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde, ela *“deu outro corpo e outra visão e outra noção pra o enfrentamento das violências, quando traz, aí, alguns eixos prioritários que dialogam na concepção de desenvolvimento sustentável; de direitos humanos [...]”*.

- Os avanços na implementação da atenção à saúde, *“o SUS garantindo atendimento integral às mulheres vítimas de violência; o registro de informação; a coleta de vestígios às vítimas de violências; o estabelecimento de saúde numa rede reparadora de cirurgia plástica para as mulheres vítimas de violência; as linhas de cuidado de atenção integral a crianças e adolescentes de famílias em situação de violência; as várias publicações que norteiam a rede de atenção; como é que eu vou fazer os cuidados; que estabelecimentos e protocolos que eu tenho que ter”*.
- O diálogo com o Conass e o Conasems, *“papel fundamental do Conass, Conasems nesse processo, o Conselho nesse processo, as pactuações de indicadores pra que isso acontecesse [na implantação e implementação das] políticas”*.
- Como apoio à implementação, a pactuação do Ministério da Saúde *“com as instituições acadêmicas; cursos de formação; cursos de especialização e [o Curso] Impactos da Violência na Saúde e mestrados profissionalizantes junto com várias instituições acadêmicas”*.
- A marca de um protagonismo injetando mais legitimidade ao processo de implementação com o Ministério da Saúde liderando *“uma agenda internacional muito grande”* na área de violências e acidentes.

Todo processo entre a construção, a implantação e implementação e a operacionalização de uma política pública não se dá somente com um caminhar contabilizando avanços e ganhos. Espera-se, naturalmente, que ajustes e adaptações ocorram.

Como perdas no caminho, Cheila ressalta a extinção da Área Técnica de Violências e Acidentes, em 2016: *“eu acho que isso é uma fragilidade e um distanciamento, né, por parte dos órgãos de gestão, a nível de governo federal com o nível local; a gente não consegue desenvolver ações se a gente não tiver um pacto constante junto com estados e municípios”*.

A desvalorização da agenda da violência e saúde impactou na notificação das ocorrências, a caracterizar uma implementação incompleta e demandar saídas estratégicas: *“gostaria de endossar um pouco essa fala da prof^a Cecília Minayo e lembrar agora porque eu acho que isso é importante. Primeiro, a notificação, a agenda de violência e saúde não está dada no setor saúde”* [e sofreu grande retrocesso no governo Bolsonaro e o que acontece no nível federal, reverbera no município]. [Segundo,] *“nós temos que focar e destacar o papel de*

importância dos estados e municípios. Não vamos ter uma grande expectativa com relação ao governo federal” [(governo Bolsonaro)], “mas eu acho que chegou a hora do estado ocupar esse papel de apoiar e desenvolver uma agenda estratégica junto com os municípios”.

Contextualmente, em relação à sugestão de aproximação entre estados e municípios, a que ela chama de “pacto”, “*significa uma agenda permanente de diálogo, que envolve apoio técnico, que envolve apoio político e que envolve, aí, apoio financeiro*”. Como ela diz (inclusive, insistentemente nos treinamentos técnicos quando ocorriam), “*começa um novo governo, tem que começar tudo de novo*”; isto é, tem que reiniciar todo o processo de valorização da agenda da violência (e acidentes) e de pactuação junto aos gestores do momento, da vez.

Com inspiração no mote “*quem não é visto, não é lembrado*”, Cheila indica a importância do período de elaboração dos planos municipais de saúde e deixa a dica: “*coloquem isso nas agendas, porque não é visto, não é lembrado. Se tá no plano, você tem que fazer; se não tá no plano, faz se eu quiser; [...] vamos materializar isso nos planos municipais de saúde, vamos dar vida, né, pra essa Política [...]*”.

Dar vida à Política também significa além de fazê-la ser vista, “*sensibilizar profissionais, vamos ocupar os espaços, né, junto com os Conselhos estaduais de Saúde, Conselhos locais de Saúde, Conselhos municipais de saúde, agendas dos movimentos sociais. Nós temos que começar a discutir de novo; a fortalecer esses movimentos da base para o centro. Então, eu acho que isso é importante, CONASS, CONASEMS, essas lideranças nunca tiveram papel tão fundamental como agora*”. Para exemplificar como se faz por quem faz, Cheila se refere ao Secretário de Saúde de Goiânia: [Ele] “*pegou essa agenda e tá discutindo em todos os espaços. Nós temos que enfrentar a violência, nós temos que colocar isso na pauta*”.

Para instigar a reflexão sobre a **operacionalização**, não especificamente tratada em sua fala, Cheila finaliza sua interlocução com a seguinte questão: “*quais são as oportunidades que o setor saúde perdeu de proteger essa mulher no mesmo campo da saúde e quais foram as oportunidades que se perdeu ao não dialogar com a rede de proteção e de responsabilização?*”.

3.2.3 Carlos Felipe Almeida D'Oliveira, para quem o suicídio “é do humano”

Dr. Carlos Felipe Almeida D'Oliveira¹¹⁰, psiquiatra, presidente da ABEPS, Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio, e funcionário aposentado do MS, é o terceiro e último interlocutor indireto que apresento e com quem compartilho o espaço desta seção. Diferentemente das narrativas das interlocutoras indiretas anteriores, a narrativa de Carlos Felipe, como o tratarei daqui em diante, foi pinçada a partir de sua fala em uma *live* para tratar especificamente sobre prevenção do suicídio e sua operacionalização, a referenciada *live Setembro Amarelo com o psiquiatra Carlos Felipe Almeida D'Oliveira*¹¹¹, realizada em 01 de setembro de 2021 e organizada pelo Centro de Valorização da Vida (CVV) e mediada por Leila (cujo sobrenome não fora apresentado).

Dado os limites de um evento como esse e a impossibilidade de interação direta com meu interlocutor, minhas pinçadas foram guiadas através das perguntas da mediadora da *live*, Leila, e no tempo monitorado por ela para as respectivas respostas. Leila apresenta seu entrevistado formal e brevemente. Carlos Felipe, por sua vez, pontua alguns poucos (e importantes) referentes à sua trajetória profissional junto à temática. Por esses motivos, para

¹¹⁰ Conforme seu currículo Lattes, atualizado em 26/04/2024, “Graduado em Medicina pela Faculdade de Medicina da UFRJ (1974); Mestre em Saúde da Criança pelo Instituto Fernandes Figueiras da Fundação Oswaldo Cruz (1997); Especialista em Educação em Saúde pelo NUTES da UFRJ (1991). Pós-Graduação em Pediatria no Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira da UFRJ. Médico Pediatra do Hospital Infantil Dr. Walter Telles/Fortaleza-CE (1978-1980). Médico Pediatra do Ministério da Saúde (aposentado em 2008). Chefe do Ambulatório do Instituto Phillippe Pinel. Coordenador do Grupo de Trabalho que formulou a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio (2005-2006); Primeiro Representante Nacional da International Association for Suicide Prevention (2006-2009); Coordenador Nacional de Saúde do MERCOSUL(2007-2010); Chefe de Gabinete da Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde(2005-2007); Cooordenador do Projeto Com Viver para Sobreviventes de Suicídio - Rio de Janeiro (2007-2009); Assessor do Ministro da Saúde (2007-2010). Coordenador da Comissão Binacional Brasil-Uruguaui de Saúde na fronteira (2007-2010). Conselheiro do Conselho Administrativo do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (2007-2010). Representante do Brasil no Comitê Coordenador do Conselho Sul Americano de Saúde da UNASUL (2009-2010). Coordenador do Projeto e Representante do Brasil no Comitê Gestor do Memorando de Entendimento Brasil-Cuba-Haiti para o fortalecimento do Sistema de Saúde do Haiti (2010-2012); Coordenador da Rede Brasileira de Prevenção do Suicídio (2012-2015); Ex-Membro do Conselho Consultivo do Centro de Valorização da Vida (CVV) ; membro da Diretoria da Associação Brasileira de Estudo e Prevenção do Suicídio (ABEPS) (2016-2020). Presidente da Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio (2020-2022 e 2022-2024) Participante do Curso de Verão da Universidade de Quebec em Montreal sobre o tema da Avaliação de programas em prevenção do suicídio (2018). Professor do Curso de Especialização do Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do Suicídio 1a a 5a Edição. Professor do Curso de pós-graduação do IPPES. Consultor internacional da OMS-Cabo Verde para dar apoio a implantação da Estratégia Caboverdiana em Prevenção do Suicídio 2023. Membro Titular da Câmara Técnica de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde e Meio Ambiente do Ministério da Saúde 2023. Representante da ABEPS na audiência publica na Câmara dos Deputados sobre Suicídio nos Espaços Escolares (2024); Medalha de Mérito Oswaldo Cruz do Ministério da Saúde (Categoria Ouro-2010); Oficial da Ordem de Rio Branco do Ministério das Relações Exteriores (2011). Palestrante e autor de seções publicadas sobre o suicídio” (Texto informado pelo autor). Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/5225229067248756>. Acesso em 30 jul. 2024.

¹¹¹ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=EBx4zGkgw7Q>. Acesso em: 15 out. 2021.

apresentá-lo, além das considerações sobre seu currículo Lattes, trago seus destaques e busco outras fontes que permitam uma descrição à altura de seu protagonismo na história entre a idealização, construção, implantação, implementação e operacionalização do conjunto político de prevenção do suicídio.

Segundo Carlos Felipe, sua aproximação junto ao tema suicídio tem início à época em que atuava no Instituto Phillipe Pinel enquanto chefe do ambulatório [(2005-2006)]. Posteriormente, como funcionário do MS, surgiu oportunidade de chefiar o Gabinete da Secretaria de Atenção a Saúde e foi no exercício desse cargo de onde ele impulsiona e tramita o convênio entre a instituição e o CVV, sobre o qual tratarei adiante.

Embora tenha uma trajetória profissional com clara dedicação a questões afins ao suicídio, na *live*, Carlos Felipe limitou-se em destacá-las. “Folheando” seu currículo Lattes, considero importante trazer o registro que, em atuação no Núcleo Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro, ele desempenhou o papel de “elaborador e coordenador da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio” entre 2005 a 2007; entre 2006 e 2007, por convite, assumiu como “primeiro Representante Nacional da Associação Internacional de Prevenção do Suicídio (IASP¹¹²) no Brasil”; entre 2014 e 2016 atuou como voluntário do CVV e, recentemente, durante 2022, foi “contratado para dar apoio à implantação da Estratégia Cabo-verdiana de Prevenção do Suicídio”.

A partir daqui, dou continuidade à organização textual adotada com a abordagem de Carlos Felipe quando se refere à **idealização e construção** de políticas de prevenção do suicídio.

Pensar sobre políticas de enfrentamento do suicídio é um processo politicamente complexo, porque tem início com o convencimento dos profissionais que atuam na atenção às *pessoas em situação de suicídio*. Por isso, remeto-me a Carlos Felipe em atuação no Instituto Phillipe Pinel para compartilhar sua lembrança sobre a reação dos colegas frente à sua idealização de olhar e estudar o suicídio no início da década de 2000. Diante de sua iniciativa, segundo ele, seus colegas diziam: “– não, Felipe, mas os casos são poucos”. Para tal

¹¹² “The International Association for Suicide Prevention is dedicated to preventing suicide and suicidal behaviour and alleviating its effects. IASP leads the global role in suicide prevention by strategically developing an effective forum that is proactive in creating strong collaborative partnerships and promoting evidence-based action in order to reduce the incidence of suicide and suicidal behaviour”. Disponível em: <https://www.iasp.info/>. Acesso em: 01 ago. 2024.

“A Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio dedica-se à prevenção do suicídio e do comportamento suicida e ao alívio dos seus efeitos. A IASP lidera o papel global na prevenção do suicídio, desenvolvendo estrategicamente um fórum eficaz que é proativo na criação de parcerias colaborativas fortes e na promoção de ações baseadas em evidências, a fim de reduzir a incidência de suicídio e comportamento suicida” (Tradução Google Tradutor).

afirmativa, ele argumentava: *“é, é verdade, os casos são poucos, mas temos um nível baixo, mas não é por isso que não vamos deixar de estudar o problema, inclusive, porque em algumas populações temos taxas umas mais altas do que as das outras e tal”*.

Foi quando, no passo a passo para enfrentar o *“problema”*, com a convicção e *“muita, muita gana”* diante do fato de que poderiam *“ajudar a resolver”*, que Carlos Felipe e seus colegas se debruçaram para conhecer as ocorrências das tentativas de suicídio: *“foi quando a gente montou uma ficha de notificação pra tentativas de suicídio, dentro da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; montamos pra, treinamos as equipes de diversos hospitais grandes, como Hospital [Municipal] Souza Aguiar¹¹³, que recebe muitos casos de tentativas”*.

Segundo Carlos Felipe, embora no início de sua caminhada ao enfrentamento do *“problema”* fosse um *“um grande desafio estudar a questão do suicídio”*, ele acreditava que *“em algum lugar”* encontraria o *“o que queria”*. Com persistência, parte para tentar encontrá-lo em território estrangeiro. Foi assim que rumou para o Texas (EUA) para *“ver o que os americanos estavam fazendo”*. Tratava-se do Congresso da Associação Americana de Suicidologia.

Carlos Felipe associa a participação do CVV no Grupo de Trabalho que elaborou a Estratégia Nacional de Prevenção do suicídio à sua ida ao Congresso e ao que viu lá: *“metade do Congresso era voluntários [...] treinamentos de escuta e eu fiquei interessado naquele momento e entrei num Workshop que havia um debate sobre os “chamadores crônicos”; aqueles que chamam sempre no mesmo horário”*. No Congresso, também conheceu uma organização que a seu ver se assemelhava ao CVV, mas com um diferencial, os voluntários eram jovens, jovens para atenderem chamadas de outros jovens. Além de considerá-la interessante, enxergou tal estratégia a partir dos seguintes argumentos: 1) como uma *“facilidade”* para a comunicação, dada se dar de igual para igual (jovens para jovens) e 2) conduzida de *“forma bem feita”*, uma vez que os jovens atendentes das chamadas *“tinham uma supervisão; os jovens tinham que contar da experiência pra outros, para não ficarem tão afetados nessas falas contínuas”*.

¹¹³ “O Souza Aguiar é considerado o maior hospital de emergência da América Latina. Fundado em 1907, na Rua Camerino, no centro da cidade, o Hospital de Pronto Socorro, como era chamado na época, recebeu mais tarde o nome de Souza Aguiar, em homenagem ao prefeito que o fundou, Marcelino de Souza Aguiar. Em 1910 a sede do hospital foi transferida para a Praça da República [no Centro da cidade do Rio de Janeiro], onde permanece até hoje”. Disponível em: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2002-11-07/hospital-souza-aguiar-completa-95-anos-de-fundacao>. Acesso em: 01 ago. 2024.

De fato, Carlos Felipe parece ter encontrado no Texas algo que procurava. Ao retornar ao Brasil e ao MS, carregando na bagagem a boa impressão sobre a experiência da organização dos “jovens para jovens” e idealizando sua aplicação em território nacional, não somente trabalhou para sua efetivação, como, conforme argumenta, estabeleceu parceria com o CVV para viabilizá-la:

“quando eu voltei, eu estava no Ministério da Saúde e, aí, quando surgiu a oportunidade de eu ser chefe de gabinete e foi quando teve a oportunidade de realizarmos isso e, nessa época, também, o convênio do MS com o CVV para dar apoio; ajudamos nesse sentido. Eu disse, o CVV tem que fazer parte dessa estratégia. É uma instituição antiga, já aprendeu bastante, com todos os aspectos. Então, assim, eu chamei o CVV para a instituição” (Carlos Felipe, 2021).

Foi assim que o CVV passou a compor o GT e se tornou a *“a única instituição da sociedade que estava ali, naquele grupo de trabalho; as outras eram universidades, particularmente”*.

Especificamente questionado sobre como o Brasil pode trabalhar e avançar em relação à prevenção do suicídio, Carlos Felipe é da opinião que o suicídio precisa ser assumido nas agendas das instituições públicas e, por sua vez, contarem com o apoio do MS:

“primeiro, as instituições públicas têm que tomar pra si suas competências; [...] no campo da saúde, as estruturas de saúde, seja Ministério da Saúde, Secretarias estaduais de Saúde, Secretarias municipais de Saúde, colocarem o suicídio e a saúde mental, claro, nas suas agendas. Isso vem acontecendo em vários pontos do país. A gente vem acompanhando; a gente dá ajuda, a gente dá um apoio nesse sentido. Isso é importante; isso pode se multiplicar. Claro que isso pode se multiplicar. Cada momento em que um pequeno grupo começa a se organizar e começa a trazer as questões do suicídio e botar na agenda, no local que está, a gente vai assim avançando, vai avançando tranquilamente” (Carlos Felipe, 2021).

Por outro lado, com agendas assumidas e as iniciativas colocadas em práticas, Carlos Felipe destaca a importância da avaliação das experiências. Para exemplificar, ele conta sobre sua contribuição numa consulta pública sobre o lançamento do Plano de Redução da Taxa de Suicídio pelo MS:

“nós respondemos no sentido de como avaliar se as coisas estão andando; se as intervenções estão andando; nós sugerimos vamos medir o número de financiamento de projetos, de bolsas de estudo, tudo o que tiver relacionado à prevenção do suicídio; prevenção do suicídio é a palavra chave. Vamos ver quanto de financiamento foi feito pra podermos avaliar quais as experiências são boas e aonde pra gente poder replicar; isso é fundamental num país desse tamanho” (Carlos Felipe, 2021).

Com a memória de quem vem “*fazendo isso [estudando o suicídio] há 20 anos*”, Carlos Felipe põe em relevo a importância do convênio estabelecido entre o MS e o CDC (Centers for Disease Control and Prevention), desde a década de 1980 e ressalta “*o esforço de muitos e muitos e não apenas dos dados, mas de muitas e muitas pessoas trabalhando pra dar luz ao problema e de uma forma bastante científica*” para termos o reconhecimento do suicídio como causa externa de mortes pela OMS. Diante de sua trajetória e do que viveu entre a idealização e a construção de políticas, no sentido do que temos hoje relativo à prevenção do suicídio, Carlos Felipe faz um alerta e aponta um caminho para a continuada do enfrentamento do “*problema*”:

“estas pontes - nós temos técnicos formados pelo CDC, elas não podem ser quebradas; levaram tempo para serem construídas; [...] a estrutura, ela existe desde que era Ministério da Educação e Saúde, a estrutura tá lá, foi mudando, é claro, mas assim, o Ministério tem recursos, tem recursos pra estudos e pesquisas; isso tá na estratégia que nós, o Ministro da Saúde assinou em 2006 e isso tá escrito [...]” Carlos Felipe, 2021.

Quanto à **implantação e implementação** do arcabouço político para efetivar o trabalho de prevenção do suicídio, recorte do próximo tópico, Carlos Felipe não apresenta “receita de bolo”, como diz. No entanto, ele tem em seu breve, mas preciso balanço histórico, a certeza de avanços conquistados, da possibilidade de aprimoramento e da constante premência da persistência, uma persistência ativa na política e no cotidiano de atuação da prevenção. Na maior parte do tempo, sua narrativa toma o trabalho do CVV como pano de fundo de suas reflexões e contextualizações. Dela, seleciono algumas de suas certezas e destaques e os listo a seguir.

Considerando o tabu que acompanha historicamente a ocorrência do suicídio, Carlos avalia positivamente os avanços referentes às possibilidades de se abordar sobre o tema: “[o suicídio] *é um tema antigo que agora estamos conseguindo trazer e falar de uma forma bastante clara, bastante clara*”.

Para a efetivação das práticas de prevenção em saúde, além da imprescindibilidade das competências institucionais serem assumidas pelas instituições nos seus diversos níveis, conforme comentado no tópico anterior, “*as estruturas públicas [locais] têm que funcionar*” tanto no sentido de também “*assumirem suas competências*” quanto no sentido “*das redes funcionarem*”.

No seu cotidiano, Carlos Felipe sinaliza de forma permanente que se “*faz política pública com documentos oficiais, portarias, leis e que [para] isso tem recursos pra fazermos estudos, avançarmos, aumentar o treinamento, por exemplo*”.

Em relação aos documentos oficiais, Carlos Felipe lembra sobre o “acordo entre o Brasil e a OMS”, importante naquilo que diz respeito à responsabilidade de acompanhamento do processo de implementação do conjunto político de prevenção do suicídio pelo MS: “*o Brasil assinou na OMS um acordo de saúde mental e de prevenção do suicídio em que está dito que a coordenação da ação é o MS. Então, tem que exercer sua função*”. Apesar da referência do Carlos Felipe, que aponta para um marco político com a assinatura desse “acordo”, o referido documento não foi encontrado. Dessa forma, a ausência desse marco deixa uma lacuna histórica sobre o compromisso do estado e as políticas de enfrentamento do suicídio.

Quando Carlos Felipe se refere a “*treinamento*”, segundo ele, um ponto “*fundamental*” e, por isso, insistentemente levantado, ele o traz como uma ação necessária dentro do processo de implementação das intervenções de prevenção do suicídio, por seu potencial de impulsionar o aprendizado de quem efetiva as ações, “*sejam voluntários, sejam [...] os profissionais de saúde*” e, também, por fazer emergir “*novas questões, [...] novas perguntas*”.

Especificamente sobre o processo de aprendizado, Carlos Felipe aponta a importância de se dar apoio às pessoas executoras das ações, no caso do CVV, os voluntários. Para ele, também é preciso incentivar a permanência na instituição daqueles voluntários que passaram ou passarão por treinamento, pois o “*rodízio*” de voluntários (rotatividade) tem um impacto sobre a organização do CVV e sobre o processo de aprendizagem dos voluntários; tarefa necessária, a qual Carlos Felipe considera fundamental e “*um grande desafio, um grande desafio*”.

Nesse sentido, dado a estrutura disponível para realização de diagnósticos locais, pensa o apoio do MS não somente para aqueles que já trabalham o suicídio em seus territórios, mas também para aqueles que querem começar a enfrentar o “*problema*”:

“Nós temos um bom Sistema de Informação de Mortalidade; nós temos o SUS em todos os municípios brasileiros; então, nós podemos chegar de alguma forma, desde que apoiamos aqueles que estão nos locais, também dizendo: ‘olha a gente quer [...]’. Então, vamos, mas cada um tem que cumprir sua competência. O CVV não pode fazer maissssss, a sociedade não pode fazer maissssss do que está fazendo. A sociedade toda tem que fazer. E aqueles que não estão fazendo? Tem que fazer!” (Carlos Felipe, 2021).

Quanto ao processo de aprendizado, outra questão ressaltada por Carlos se refere à constância desse processo, independente das pessoas serem leigas ou profissionais; é preciso

“estar sempre aprendendo”, um aprendizado que ocorre “nos encontros”. Ilustra sua fala a partir de um momento em que estava em atuação como professor em um espaço de formação:

“a pessoa pode ser uma leiga, mas eu vou lembrar de uma aula que eu fui dar [...] numa pós-graduação de estudantes para psicologia hospitalar. Eu não conhecia a turma, não sabia o que pensavam, aí eu joguei assim: o que vocês acham do suicídio? Uma parte disse assim: “é covarde”. Aí, outros começavam: “não, não, quem se suicida é corajoso”. Aí, eu disse: bem gente, temos um problema; e temos um problema entre profissionais de saúde, porque vocês estão colocando e vocês vão atuar baseado nessa concepção que vocês têm de que é corajoso ou é covarde, que são noções culturais, históricas, religiosas, umas mais que outras, não importa, mas são questões humanas, mas nós não podemos trabalhar com essas questões. Isso não apenas não vai nos ajudar como isso pode provocar um dano ao outro. [...] não apenas pros leigos, mesmo profissionais, nós estamos que estar sempre aprendendo e a gente aprende nos encontros” (Carlos Felipe, 2021).

Para finalizar este tópico, registro Carlos Felipe, como “*funcionário público aposentado do MS*” que conhece “*muito a estrutura*” e se mantém no exercício de cobrança quanto à implementação do conjunto político que carrega uma marca: “*sempre estou perguntando ao Ministério. O que estão fazendo? Tá fazendo? Como é que é?*”.

Com o mote de Carlos Felipe sobre o “*que estão fazendo*”, rumo ao último tópico a ser tratado, como sabido, intitulado como o eixo da **operacionalização**. Carlos Felipe aborda sobre a operacionalização do conjunto de políticas públicas a partir da atuação do CVV. Ele chama a atenção para as práticas cotidianas do CVV em que a “palavra” e a “escuta” são expressões do cuidado destinado às *pessoas em situação de suicídio*.

Como exemplo, trago uma história contada por Carlos Felipe. Trata-se de um atendimento realizado por ele a um jovem através do qual ele busca retratar o poder “*muito grande*” da escuta e a importância de se “*escutar o que [se] está dizendo*” Segundo ele, o jovem dizia assim: “Felipe, eu tenho certeza absoluta - meus pais não me escutam! Eu já tive provas muito concretas que eles não me escutam. Eu falo uma coisa e eles respondem outra” (pessoa jovem em escuta realizada por Carlos Felipe, sem data).

Segundo Carlos Felipe, não “*existe dicas*” para desenvolver a fala, o diálogo e a escuta. O aprendizado passa, sim, por treinamento, mas “*tem que investigar; descobrir como falar; o que é um diálogo; qual é o poder da tua palavra; qual é o poder da tua escuta [e se] você está escutando o que o outro tá dizendo*”. Nesse processo, é preciso não perder de vista os limites da ação de escuta e de diálogo para quem escuta. Sobre isso, alerta: “*nós também precisamos de nos cuidar porque estamos cuidando dos outros. Isso é muito importante, porque isso já diz muito do lugar que a gente fala, dos limites que a gente tem. Isso é muito importante*”.

Por fim, junto com Carlos, como os demais interlocutores; ou seja, apesar dos desafios, sigo esperando:

“a gente tem esperança, já mais uma vez usando a palavra, no poder que tem a palavra e a escuta. Isso significa uma grande ação. Às vezes a ação não é carregar o globo terrestre em cima; é toda essa ação de diálogo - eu prefiro usar a palavra diálogo ao invés de conscientização porque parece ter mais troca. Isso é uma ação importante, contar, acreditar, naquilo que é factível, no que é palpável, como audível, como a palavra e a escuta. Isso é muito importante; isso tem muita força. Essa ação tem força” (Carlos Felipe, 2021).

É importante ressaltar que as expectativas de enfrentamento do suicídio de Carlos Felipe passam pelo que ele designa de “diálogo como ação”. Para entender essa proposição, é preciso acentuar alguns elementos de qualificação, tais como: “troca”, “audível”, “palavra” e “escuta”, o que repercute sobre a noção de acolhimento nas práticas de cuidado em saúde. Ele também deixa explícito que *peessoas em situação de suicídio* podem escutar outras com quem compartilha certas características do perfil pessoal, a exemplo da esfera geracional. A interrogação que nos fica é: é “factível”, como ele nos narra? Por que não conseguimos que essas práticas de “troca, escuta e palavra” não sejam rotineiras em unidades de saúde que recebem as pessoas?

A esta altura da tese, é possível constatar o anúncio dado inicialmente de que a trajetória de construção de um conjunto de políticas públicas específico de prevenção do suicídio se deu a partir do suicídio enquanto um tipo de violência e somente muito recentemente foi tido como um “evento” específico e merecedor do *status* de problema de saúde pública com política pública e espaço próprio tanto nos documentos e instrumentos afins quanto nas práticas de saúde dirigidas às *peessoas em situação de suicídio*.

Isso não quer dizer que o suicídio, enquanto uma violência, não fosse valorizada pelos idealizadores e construtores do conjunto político de enfrentamento das violências. Muito pelo contrário. O encontro com as interlocutoras e com o interlocutor desta pesquisa através de seus testemunhos evidencia que a trajetória de construção do conjunto de políticas públicas foi/é atravessada por fatos sociais, políticos e culturais que, sem dúvida, impactam a institucionalização do suicídio enquanto problema de saúde pública, demandante de política pública específica sustentável e permanente.

A construção do arcabouço político de enfrentamento e prevenção do suicídio, ainda que, inicialmente, no bojo de um conjunto de outros tipos de violência, se deu a “mil por hora” pelas mãos do compromisso político e social de atores pontuais, entre outros, as interlocutoras/or desta tese, especificamente e no cenário dos primeiros governos Lula e

Dilma. A descontinuidade do governo da presidenta Dilma Rousseff, por ocasião do Golpe de 2016 vem seguida de um “*desmonte das coisas*” (Marta Silva, 2022), orquestrado por forças que não tomam as violências e o suicídio como uma questão de política da vida, diferentemente destes que são protagonistas de um conjunto político de enfrentamento das violências.

O desmonte a que Marta se refere não está diretamente relacionado a canetadas que revogaram documentos e decretos de políticas públicas no governo seguinte ao Golpe, mas, sim, ao seu impacto sobre as estruturas que fizeram (e fazem) as políticas serem efetivadas; ou seja, serem implementadas, mantidas vivas e tenham sua operacionalização resguardada sem sujeição à dança dos interesses particulares dos políticos, pela sua importância enquanto sua pertença à sociedade e à humanidade. Tal como a destinação dos recursos públicos para a efetivação das políticas de prevenção, visto que o suicídio não é prioridade nas diferentes escala de governo e gestão em saúde no Brasil.

A complexidade que envolve desde a idealização até a operacionalização de uma política é imensa. Quando se trata de “eventos” atravessados, quer sim ou não, por juízos de valor (a exemplo do estigma e discriminação ainda presentes e impactantes no cotidiano das pessoas que vivem com HIV-aids, no cotidiano da saúde da população LGBTQIAP+ no acesso aos serviços de saúde, entre outras) e valores associados à morte e o morrer, a operacionalização de uma política pública implementada ainda tem um percurso comumente atravessado por estigmas, tabus, preconceitos, racismo e crenças perpetradas por quem, na ponta, lida com sua aplicação.

No caso do enfrentamento e da prevenção do suicídio tanto enquanto “evento” de um tipo de violência, como um evento de saúde pública, o desmonte de uma política no nível federal reverbera na esfera do município, onde a operacionalização das políticas públicas implementadas acontece. Se entre a normativa e a operacionalização de políticas públicas, os hiatos e vazios são observados, quando se tem o desmonte de uma área técnica no nível federal do MS, como o ocorrido com a Área Técnica de DANT em 2016, os gestores locais não sentem a presença do governo, políticas ainda frágeis e não estabelecidas enquanto uma política de Estado, como é o caso da PNRMAV e da PNPAS, são menosprezadas e os hiatos e vazios entre a normativa e a prática se aprofundam.

Enquanto pesquisadora implicada testemunho, por exemplo, a exacerbação da invisibilidade do suicídio enquanto problema de saúde pública de importância tanto diante de sua magnitude epidemiológica como diante do “sofrimento social” (Kleinman; Das; Lock, 1997) para *pessoas em situação de suicídio*. Sem esgotar a reflexão, compartilho com os

autores a concepção de que, por “sofrimento social”, entendem-se diferentes “problemas humanos”, nos quais se incluem o suicídio, oriundos de situações sociais infligidas pelo “poder político, econômico e institucional” e suas mazelas, condicionando também as formas políticas de respostas a esses problemas (Idem, p.ix).

As narrativas dos interlocutores desta tese trazem a dimensão da incompletude de percepção do suicídio enquanto evento a ser constantemente enfrentamento pela saúde pública. No processo de idealização e construção do arcabouço político nacional que antecede a implementação da normativa de política pública específica de prevenção do suicídio, a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (PNPAS), o suicídio não possuía (e ainda não possui) lugar próprio na área da saúde, não porque aqueles protagonistas deixaram de se movimentar nesse sentido, mas porque, tal como o *“tema da violência ainda não é um tema introjetado pela área da saúde, [...] é de algumas pessoas, de alguns núcleos, de alguns grupos”* (Cecília Minayo, 2022).

Simbolicamente, a condição multinominal do suicídio representa simbolicamente essa situação: na área da saúde, o suicídio é uma violência autoinfligida, uma violência autoprovocada, uma violência contra si, uma morte violenta intencional, lesões autoprovocadas intencionalmente (especificamente, as lesões ou envenenamentos provocados intencionalmente e o enforcamento, por exemplo). O que se observa, afinal, em concordância com Marta Maria Alves da Silva (2022) em interlocução nesta tese, é que, de fato, *“a violência [e, portanto o suicídio enquanto violência] entra na agenda, mas de forma biológica”*.

No processo de idealização e construção, as tensões conflituosas são uma constante. As interlocutoras desta tese são unânimes em atribuir o contexto ao fato de que isso se dá “porque o tema ainda não entrou”, é atravessado por interesses políticos do governo em gestão e, na ponta, reverbera o entendimento de que a violência, de forma geral, e menos ainda o suicídio, não é um problema de saúde pública a ser monitorado, vigiado e enfrentado.

Ao que me parece, nessa escolha política, nem à violência e, novamente, menos ainda ao suicídio, cabe sequer a categoria de um evento alvo de vigilância, tal como se confere a outros eventos de “interesse” para a saúde pública. As normativas existem e são alvo, sim, de adequação às práticas políticas de uma determinada gestão.

Quando se trata da **implantação e implementação**, assim como da **operacionalização**, aspectos políticos, culturais e específicos da saúde são levantados. Politicamente, cabe ressaltar a cruzada de enfrentamento para aceitação, priorização e adesão pelos gestores estaduais e municipais às políticas e programas propostos, mesmo quando há

recursos financeiros destinados pelo Ministério da Saúde especificamente para as chamadas violências.

Outro grande gargalo emerge nos processos de **operacionalização** da política, lá nas relações entre profissionais de saúde e *pessoas em situação de suicídio* – nos contextos de interação em saúde –, quando, durante os atendimentos nos serviços de saúde, são acionados concepções e valores relacionados à pessoa em “sofrimento mental”, em *situação de suicídio*, e à morte, impactando o atendimento àqueles a quem o cuidado deveria ser ofertado. É nesse contexto operacional que a complexidade do fenômeno do suicídio se materializa, seja pelas estruturas e condições de trabalho (tal como não reconhecer as violências e o suicídio como um fenômeno objeto da área da saúde), seja pela formação dos profissionais de saúde, seja pelo desconhecimento de políticas de prevenção do suicídio, ou por condicionantes sociais, políticos e culturais que emergem no contexto da interação profissional de saúde e *pessoas em situação de suicídio*.

Diante do panorama histórico e político que nos foi oferecido pelas interlocutoras e pelo interlocutor, a ideia é mergulhar sobre as normativas (nomeadamente as políticas públicas). Nelas, busquei explorar seu conteúdo de forma tanto a identificar elementos que caracterizam e contextualizam o processo histórico e político de idealização e construção, de implementação e implementação e operacionalização de políticas públicas quanto identificar o arcabouço conceitual e operacional de prevenção do suicídio para, com ambos, tecer costuras reflexivas sobre o processo de efetivação do conjunto de políticas públicas tratado.

4. POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: ENTRE DOCUMENTOS E PRÁTICAS LOCAIS NA ÁREA DA SAÚDE

Nesta seção apresento a análise do conjunto de documentos de políticas públicas em sua consideração direta e/ou indireta com a prevenção do suicídio. Trago, portanto, análises de documentos específicos ao objeto “suicídio” e de documentos de outras políticas públicas da área da saúde voltadas a grupos populacionais específicos que deveriam contemplar o suicídio, justificada pelo histórico epidemiológico e magnitude estabelecida. É válido ressaltar que o suicídio se constitui como problema de saúde no Brasil a partir do final do século XX e durante o século XXI pela pressão política das informações epidemiológicas produzidas com as notificações sobre as violências, incluindo as tentativas de suicídio e dos suicídios na última década (2011-2022).

Como explicitado na seção metodológica, a seleção de documentos analisados incluiu aqueles relacionados às políticas de prevenção do suicídio. Com base na análise de uma série de outros documentos de políticas públicas conforme áreas técnicas do MS, pincei a *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*, que institui a *Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)* (Brasil, 2011c), referente ao Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (Desmad), para tecer considerações.

Os documentos foram analisados a partir de perguntas direcionadas aos mesmos. As perguntas foram: especificamente, *como se caracteriza o documento em análise (normativo, político/recomendatório ou operacional)?; como o conjunto de políticas públicas de enfrentamento do suicídio se desenvolve no Brasil?; como se dá o contexto histórico e político de construção do conjunto de políticas públicas de enfrentamento do suicídio?; qual é o arcabouço (esqueleto) das políticas de prevenção do suicídio? e como se caracterizam as diretrizes e estratégias para operacionalização do conjunto político de prevenção do suicídio?* As categorias emergentes a partir da leitura e análise foram: “suicídio”/“situação de suicídio”; “risco”/“condicionantes de suicídio”; “prevenção do suicídio”; “atenção em saúde/intervenção às pessoas em situação de suicídio”; “problema de saúde pública”; “política pública de enfrentamento do suicídio”. Juntas, as respostas às perguntas e as categorias levantadas demonstram o enfoque sobre o suicídio e as estratégias de enfrentamento.

Organizado em dois subtópicos, apresento os resultados das análises dos documentos de alcance internacional fundamentais para a compreensão das violências e do suicídio como objeto de políticas públicas. Por um lado e por outro, o conjunto de políticas públicas de

prevenção e do suicídio no Brasil. Finalizo com algumas anotações sobre a convergência das políticas de prevenção do suicídio e com a RAPS.

4.1 DO SUICÍDIO ENQUANTO UM TIPO DE VIOLÊNCIA À SUA EMERGÊNCIA ENQUANTO OBJETO ESPECÍFICO DE UM CONJUNTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO

No cenário antecedente aos encontros com os interlocutores da pesquisa e à minha trajetória enquanto pesquisadora implicada havia um conjunto de documentos (recomendações técnicas, leis, portarias e decretos) de políticas públicas afins à prevenção do suicídio, objeto de discussão desta subseção. Dado o extenso conteúdo de documentos e da linha histórica referente ao conjunto de políticas públicas, construí um recurso visual para amparar a leitura deste texto.

Assim, disponibilizo uma linha temporal (Figura 2) e uma lista de documentos e marcos temporais (Apêndice D), onde os “marcos legais” que compõem o arcabouço de políticas públicas de prevenção do suicídio, o marcador político-institucional de duas interlocutoras nesta pesquisa e o meu, enquanto sanitarista e doutoranda, estão contemplados a começar da inserção delas e da minha nas instâncias públicas de gestão. Com destaque, apresento a seleção de documentos etnografados; ou seja, aqueles documentos que abordam o suicídio e as tentativas de suicídio e sem destaque aqueles inespecíficos à temática da prevenção do suicídio, embora sejam inerentes à história de construção do conjunto político de prevenção do suicídio. De antemão, ressalto que a existência de um conjunto de normativas que compõe o que designei chamar de “marco legal” não corresponde *ipsi literis* à aplicação/operacionalização ou adesão às políticas pelas instâncias governamentais e, por esse motivo, atendo-me mais a determinados documentos.

Por tal motivo, juntamente com a linha temporal, tomei a referência sobre o suicídio e as tentativas de suicídio para organizar esta subseção e, por isso, os documentos que não mencionam o suicídio e as tentativas de suicídio (documentos de caráter normativo ou administrativo, em sua maioria) foram mantidos apenas enquanto marcadores temporais da evolução de construção do aparato de políticas públicas de prevenção do suicídio e pontos que, juntamente com os demais, permitam a visualização do processo tratado.

Ao considerar uma política pública, em si, mesma uma intervenção¹¹⁴ que se dá a partir de e para um dado contexto, lancei mão da ordem em que os documentos aparecem no cenário político da saúde para apresentar as análises sobre os documentos. Com isso, na medida do possível, intencionei tanto contextualizar histórica e politicamente a elaboração e instituição dos documentos selecionados quanto, novamente como recurso didático, situá-los naqueles eixos de construção do arcabouço de políticas públicas de prevenção do suicídio, denominados de idealização e construção, de implantação e implementação e de operacionalização de uma política pública. Com esse mesmo olhar trouxe as análises realizadas e pontuo as reflexões tecidas.

Tomei cinco documentos de “alcance internacional”, considerados marcos históricos de reconhecimento da violência como um dos principais e crescentes problemas de saúde mundial. Conforme ordem cronológica de publicação, os listo a seguir: a *Resolucion III*¹¹⁵ e seu Anexo *Violencia y Salud*, presentes no documento preliminar CD37.19 (OPS; OMS, 1993), de caráter recomendatório à Resolução CD37.19; a Resolução CD37.19 (OPAS, 1993), do 37º *37th Directing Council da OPAS/WHO*; a *Declaración de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud*, de 1994 (OPS, 1995); referente à Quadragésima Nona Assembleia Mundial de Saúde, a Resolução WHA49.25, *Prevention of violence: public health priority* (WHA, 1996) e o *Relatório mundial sobre violência e saúde* (Krug *et al.*, 2002).

Dos demais documentos, todos designados de “alcance nacional”, distingo-os segundo dois grandes blocos: um, o bloco de documentos que contêm considerações diretas sobre o suicídio e sua prevenção e, outro bloco, que, por sua interlocução com a temática, é afim à discussão relativa ao primeiro bloco. Procuro também trazê-los conforme sua origem institucional e destino de acordo com os eixos de idealização e construção, de implantação e implementação e de operacionalização frente ao percurso político.

¹¹⁴ Ainda que uma intervenção seja composta por elementos de diversa natureza, estruturais, organizacionais, técnicos, somente para enumerar alguns, e haja literatura vasta para subsidiar tal característica, aqui trato-a de maneira genérica. Com isso, tanto ganho liberdade para trazer reflexões sobre os documentos quanto, ao mesmo tempo, fujo de uma suposta influência que a referência a modelos teóricos e explicativos sobre intervenção, no caso, utilizados pela saúde pública, poderiam ter imprimido às minhas análises e reflexões sobre os documentos selecionados.

¹¹⁵ Resolución III - CD37/19 (OPS; OMS, 1993; PAHO, 1993). Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/1576/CD37.R19sp.pdf?sequence=2>.

Figura 2 – Linha temporal de construção de um conjunto de política pública (1993-2020)



Fonte: elaborada pela autora (2024)

Quando pertinente, além desses documentos, dirijo-me a Declaração Universal dos Direitos Humanos (Organização das Nações Unidas, 1948); a Constituição Federal (Brasil, [Constituição (1988)]), ao Estatuto da Criança e do Adolescente, disposto pela Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Brasil, 2002 [1990]) e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990a), que regulamenta e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS).

4.1.1 De fora para dentro: a influência internacional como pontapé para a idealização e a construção de um objeto de política pública no Brasil

Antes de me ater aos documentos de alcance internacional se faz necessário um adendo para contextualizar a chegada até eles.

Os documentos de 1996 e de 2002 mencionam o suicídio como um “problema” e “um tipo de violência”. O primeiro, a *Resolução WHA49.25* (WHA, 1996) que antecede o segundo, o *Relatório Mundial sobre violência e saúde* (Krug *et al.*, 2002), é um produto da *Quadragésima Nona Assembleia Mundial de Saúde* e tem caráter recomendatório. Esta resolução requer ao Diretor Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS) que “inicie campanhas na saúde pública para abordar sobre o problema da violência, [...] caracterize os diferentes tipos de violência” e coordene programas de prevenção da violência (Krug *et al.*, 2002; WHA, 1996). Ainda que este não apresente a caracterização como “violência autoinfligida”, ela é mencionada e reconhecida como um tipo de violência.

Apesar do *Relatório mundial sobre violência e saúde* ser tido como um marco histórico inicial de importância técnica para a área, antes de me debruçar sobre ele, abro um par de parênteses para me referir à *Resolução CD37.19* (OPAS, 1993)¹¹⁶, ao seu Anexo *Violência e Saúde*, e à *Declaración de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud* (OPS, 1995).

Cheguei a esses documentos através da narrativa sobre a história de implantação da PNRMAV, contada por Cecília Minayo ao iniciar sua participação na *live Aspectos históricos*

¹¹⁶ Com base nos documentos CE111/19, Violência e saúde e CE111/6, Informe do Subcomitê Especial sobre a Mulher, Saúde e Desenvolvimento (WHO, 1996), O Comitê Executivo da 111ª Reunião recomendou, através da Resolução III (OPS; OMS, 1993) a aprovação da Resolução CD37, pelo Conselho Diretor da Organização Pan-Americana de Saúde e pelo Conselho Regional da Organização Mundial da Saúde que, no interm das Reuniões XXXVII e XLV, respectivamente (e em conjunto), aprovaram o referido documento em Reunião ocorrida em Washington, D.C., em setembro-outubro de 1993. O documento final ganhou a referência de *Resolução CD37.19*.

*da política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violências*¹¹⁷. Estimulada por sua fala e sua menção à *Resolução WHA49.25* (WHA, 1996) e ao Relatório Mundial (Krug *et al.*, 2002), me debrucei sobre fontes digitais em busca desses documentos. Assim, embora eu tenha encontrado o Relatório Mundial com facilidade, o mesmo não se deu em relação à Resolução que o antecede.

Foi diante da dificuldade e da tentativa de me certificar sobre se, de fato, o documento que eu havia encontrado seria o documento mencionado por Cecília, que identifiquei a dimensão política e histórica do processo de transformação das violências e do suicídio em um fenômeno de interesse mundial (“Washington”, conforme diz Minayo), com impacto sobre diferentes países, incluindo a América e o Brasil como apresentado pelas interlocutoras. Através da verificação sobre a cronologia de publicação dos tais documentos por onde acesso tanto a *Resolução WHA49.25* (WHA, 1996), quanto o documento citado por Cecília, datado por ela, mas não nomeado.

De fato, a narrativa de Cecília está ancorada em uma memória política que reforça o marco a partir do qual ela se insere como protagonista na luta por constituição das violências enquanto problema de saúde pública e objeto de políticas públicas. Ela localiza o tal documento (que se refere ao “*mal que a violência faz para a saúde*”) desde seu encontro com João Yunes, na sede da OPAS, em Washington, no ano de 1993. Ele “*havia sido Secretário de Saúde de São Paulo*”, “*trabalhava com violência contra a criança*”. Entre meus achados, constava seu registro na reunião da OPAS enquanto Chefe do Programa de Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar. Com ênfase, na *live* de onde se tornou interlocutora desta tese, Cecília reverencia que o documento, “*embora ele não seja, assim, muito lido, muito falado, ele é fundamental, porque reúne o pensamento social em torno da violência*”. Para além de saber através dela sobre a heterogeneidade do grupo presente no encontro, essas eram as informações que eu possuía.

Pois bem, inicialmente, encontrei a *Resolucion III* e seu Anexo *Violencia y Salud*, de 1993 (OPS; OMS, 1993); posteriormente, a Resolução CD37.19 (OPAS, 1993) e estava contente com o resultado de minha pesquisa. Durante a escrita desta seção desconfiei sobre a possibilidade de se tratar de um terceiro documento, diverso do que eu pensava ser o recomendado por Cecília e já acessado, embora a data parecesse estar correta, a lista de participantes (inclusive de João Yunes) nas reuniões que dão origem aos documentos e o

¹¹⁷ Cf. nota de rodapé nº 41.

conteúdo do documento, a esta altura já fichado e analisado, me dessem alguma certeza. Suspendi a escrita e retornei às buscas do passado.

Minha desconfiança tinha sentido e acabei por me deparar com a *Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud* (OPS, 1995), ocorrida na sede da OPAS, em Washington, em 1994 e, com ela, a *Declaración de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud* (OPS, 1995). Finalmente, era este o documento recomendado por Cecília: “*esse documento, embora ele não seja, assim, muito lido, muito falado, ele é “fundamental”*”. Repito e subscrevo a menção de Cecília quando disse ser um documento “*fundamental*” e acrescento a *Resolução III* (OPS; OMS, 1993) e seu Anexo à lista de “documentos fundamentais”, especialmente para esta tese.

Embora todo o percurso para encontrar a *Declaración de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud* (OPS, 1995) tenha se dado com muitos atalhos, ao analisá-lo, constatei a ausência de referência direta ao suicídio, seja como violência autoinfligida ou outra forma. Dado este fato e o de ter sido um evento de importância política que agregou muitas pessoas, em desobediência à ordem cronológica dos documentos tratados, início com considerações a seu respeito.

Como Cecília havia mencionado, a *Declaración Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud* (OPS, 1995), sobre a qual trato neste trecho e em alguns outros, é fruto de uma reunião que contou com representantes de vários países das Américas, inclusive do Brasil, na pessoa do antropólogo Ricardo Rezende Figueiras. Além dos anfitriões da OPS, havia representação da Organização dos Estados Americanos (OEA), do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), da Agência para o Desenvolvimento Internacional (USAID), da Organização Diálogo Interamericano e, com grande presença, representantes de Organizações Não Governamentais, de pessoas premiadas pelo Prêmio Nobel da Paz, de comunidades científicas, culturais, sociais, políticas, intelectuais e artísticas (OPS, 1995).

Enumerar tais representantes é mais do que uma questão de retratar qual era o cenário da ocasião; é apontar a força político-institucional e social de uma reunião onde a temática central era violência, a violência considerada como “uma séria ameaça à paz, à segurança dos cidadãos e à consolidação das sociedades e dos regimes democráticos”; como uma violência que está em todos os lugares e que “se expressa de forma multivariada no nível individual, na família, nas instituições, na comunidade, na cidade e no âmbito nacional e internacional”; “que impacta negativamente a qualidade de vida para além do indivíduo”;

“que gera custos econômicos e sociais” e, quando exercida contra mulheres é atribuída à “cultura de dominação machista, que se manifesta de forma alarmante, dentro e fora de casa” (OPS, 1995, p.172-3, tradução nossa).

Na *Declaração da Conferência Interamericana sobre Sociedade, Violência e Saúde* (OPS, 1995), ainda que o suicídio não tenha sido apontado como um tipo de violência, destaco sua importância por três aspectos. De forma ampla, o documento se aproxima da violência como um fato social total (Mauss, 2003), ao atribuir diversas manifestações sociais de violência, bem como igualmente o faz em relação às suas consequências e, por conseguinte, às recomendações para o seu enfrentamento, a exemplo do ponto nº 20 do documento, quando solicita ao Secretariado da Conferência que:

promuevan entre los medios masivos de comunicación, las asociaciones profesionales, científicas, culturales, artísticas y políticas, las asociaciones e instituciones educacionales, las iglesias, organizaciones comunitarias y otras fuerzas sociales que tienen influencia sobre las sociedades, que no escatimen esfuerzos en el apoyo alas iniciativas destinadas a reducir, controlar y prevenir la violencia y de promoción de una cultura de paz (OPS, 1995, p. 174).

Ao término desta tese, a Declaração completa seus exatos 30 anos. Um documento político/recomendatório internacional¹¹⁸ com enfoque nas Américas, em especial a América Latina (segundo Cecília Minayo, “*porque na verdade a América Latina era – e continua a ser, a região mais violenta do mundo*”). Àquela reunião, chamava-se a atenção para a violência como um crescente problema de saúde pública cujas consequências podiam ser percebidas desde as taxas de mortalidade, morbidade, anos potenciais de vida perdidos (APP) aos efeitos psicossociais nas populações.

Por fim, de volta às recomendações para “prevenção e controle” da violência, cabe enfatizar que àquela altura já incluíam a “produção de publicações periódicas por trabalhadores da saúde pública sobre a análise e informação sobre os casos de abuso, contra as mulheres, as crianças e as pessoas idosas” e chamavam a atenção para a potência da

¹¹⁸ Por sua vez, há no texto recomendação para leitura da *Mensaje del Director* com referência à publicação da Declaração. Em sua mensagem, Dr. Calyle Guerra Macedo, então diretor da Oficina Sanitaria Panamericana, indica dois documentos, Las condiciones de salud em las Américas (OPS, 1994) e Informe del Director: Cuadrienal 1990-1993 (PAHO, 1994). Embora eu não tenha condições de me ater a eles, vale a consulta. Segundo Dr. Calyle, são dos documentos “mais significativos” que o Secretariado da OPAS submeteu à publicação. Dos mesmos, ressalta, respectivamente, com uma visão de futuro, a necessidade de reorganização e reestruturação dos serviços nacionais de saúde e frente às diferenças regionais, o fomento à propostas que reduzam as inequidades em saúde. Ambos estão disponíveis em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52720> e <http://hist.library.paho.org/English/OD/18267.pdf>). Acesso em 25 set. 2024.

intersetorialidade (setor saúde, educação, comunicação, serviços públicos e privados, setores de cultura e religiosos), o fomento a redes sociais/institucionais com vias à redução da violência e à prevenção de uma cultura de paz e, por último, a destinação de recursos necessários para promoção das propostas (OPS, 1995, p.174, tradução nossa).

Se por um lado, esse olhar ampliado aponta teoricamente para a complexidade da violência a demandar por sua vez intervenções intersetoriais capazes de absorver essa complexidade, numa perspectiva de olhar para trás a partir de onde estamos, pode-se questionar se, de fato, o Estado está diretamente presente e em articulação com esses outros setores no que concerne à “prevenção e controle” da violência e se o financiamento de intervenções e afins, conforme recomendado, por sua vez, é protegido pelos governos para tal fim.

No Brasil, com as mudanças de financiamento levadas a cabo em 2018, através da Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017 (Brasil, 2017c), conforme discutido com Marta durante a subseção 3.1, a questão colocada ganha maior pertinência. Enquanto pesquisadora implicada testemunho a ausência de prioridade na alocação dos recursos para a “pasta” violência (e acidentes).

Comprido adendo finalizado, parto para as análises e as reflexões sobre os documentos com a **Resolucion III** (OPS; OMS, 1993), pois ela e seu Anexo *Violencia y Salud* incluem considerações específicas sobre a “violência autoinfligida” e, de forma ampliada, sobre a busca por medidas preventivas para todas as formas de violência e sua operacionalização.

A *Resolucion III* se inicia com o título temático da reunião, *Violencia y Salud* e informações sobre local e data, seguida de descrição contextual e justificatória sobre seu escopo. No caso, tratava-se da 111ª Reunião do Comitê Executivo, se referia à sua *Resolução III* e destinava-se como recomendação de aprovação ao Conselho Diretor da OPS. Foi acompanhada de sugestão de redação para a resolução final, caso aprovada. Assinada pelo Comitê Executivo da referida reunião, a recomendação seguiu para o Comitê Diretor da OPAS em junho de 1993 e foi aprovada, publicada e recomendada aos países membros da Instituição entre o período de 27 de setembro a 1º de outubro de 1993. Este “esqueleto” e seu trâmite parece ser de praxe para os documentos políticos/recomendatórios publicados pela OPAS.

Em ambos os documentos (a ATA sugestiva e o texto introdutório recomendatório) há questões de interesse para esta tese. Uma dessas diz respeito sobre a contextualização inicial da violência:

Las conductas violentas en la Región de las Américas constituyen un grave problema de salud pública y son causa de deterioro de la calidad de la vida. Sus consecuencias para la salud y el bienestar de las colectividades, su equilibrio social y su estabilidad económica reviste proporciones alarmantes. (...)

Durante la presentación del tema ante la 11ª Reunión del Comité Ejecutivo, varias delegaciones hicieron comentarios sobre este tema. Entre otros, se sugirió que la definición de violencia fuese ampliada para englobar a la violencia autoinfligida, y se subrayó la importancia de destacar que la violencia afecta primordialmente a los adultos jóvenes. Asimismo, varios delegados destacaron la importancia de los condicionantes socioambientales de la violencia (OPS; OMS, 1993, p.1-2).

Algumas questões de particular interesse são listadas a seguir.

- a afirmativa sobre a violência como um grave problema de saúde pública e de relevância na Região das Américas;
- a ênfase aos impactos causados pela violência, que geram perdas econômicas e danos físicos, psíquicos e sociais, morte prematura evitável e afetam tanto a qualidade de vida, como a saúde e o bem estar das coletividades e seu equilíbrio social;
- o destaque à violência entre grupos considerados em “situação de alta vulnerabilidade”, mulheres, crianças e pessoas idosas e sobre o impacto desigual (“desproporcional”) entre esses grupos de pessoas, gerando problemas específicos que “incidem desfavoravelmente em seu desenvolvimento físico psíquico e social”;
- a potência da intersetorialidade a ser disparada pelo setor saúde na busca de medidas de prevenção para o enfrentamento e controle de todas as formas de violência e, nesse sentido, a insuficiente e escassa resposta do setor saúde às violências, em especial à prevenção, dada sua concentração na atenção às urgências e emergências e, à época, à reabilitação, e em menor grau aos aspectos psicossociais;
- a recomendação de apoio às investigações epidemiológicas e socioantropológicas, à capacitação de profissionais e o fomento a normativas que estabeleçam planos de prevenção e controle da violência pelos Ministérios de Saúde.

Por último e especificamente notável é a sugestão do Comitê Executivo ao Conselho Diretor da OPAS quanto à ampliação da definição de violência.

[...] Entre outros, foi sugerido que a definição de violência fosse ampliada para abranger a violência autoinfligida, e foi sublinhada a importância de

realçar que a violência afeta principalmente adultos jovens. Da mesma forma, os delegados destacaram a importância das condições socioambientais para a violência (OPS; OMS, 1993, p.2, tradução nossa).

O trecho compilado exige adiantar a observação de que, no respectivo documento, além da violência ser tratada como um problema de saúde pública, há a demanda pela inclusão específica da “violência autoinfligida” à definição de violência. No restante do documento, a demanda ganha contornos conceituais subsidiados histórica e contextualmente e recomendações em espaços exclusivos.

Portanto, é importante ressaltar o destaque que se dá à “violência autoinfligida” na *Resolucion III* e no seu Anexo *Violencia y Salud*, documentos redigidos pelo Conselho Executivo da OPS e OMS. É evidente a relevância com que os membros deste Conselho olhavam o “problema”.

Na contramão, é preciso pontuar que a sugestão não fora contemplada de forma específica no documento final, a *Resolução CD37.19 - Violencia y Salud*, produto das propositivas encaminhadas pelo Comitê Executivo e aprovada pelo Conselho Diretor da OPAS. Nele, não há destaque para as “violências autoinfligidas” nem como problema, nem como objeto a ser prevenido, reduzindo-se a recomendação deste Conselho de forma generalizada, à “busca de soluções e operacionalização de medidas preventivas e de controle a todas as formas de violência” (OPAS, 1993, p.1, tradução nossa).

Por outro lado, é preciso relevar as considerações do documento justificatório do Conselho Executivo da OPS/OMS, no seu Anexo, ao propor ao Conselho Diretor a Resolução em questão. No primeiro parágrafo de seu texto, o Conselho Executivo chama a atenção para que à definição de violência seja incluída a noção sobre violências consequentes de “atos autoinfligidos contra si mesmo”. Em convergência ao conceito de *pessoas em situação de suicídio*, elaborado por nós (autora e orientadora desta tese), o Conselho defende ainda a ideia de adicionar à definição de violência o fato de que, em situações de violência autoinfligida, “o sofrimento daí decorrente ultrapassa a própria pessoa, a princípio, perpetradora do ato, e atinge pessoas de seu entorno imediato” (OPS; OMS, 1993, p.1, tradução nossa).

Para além da particularidade desse parágrafo inicial, o Anexo *Violência e Saúde* se reporta diversas vezes à “violência autoinfligida”. Entre tais apontamentos (apreciados de forma reduzida ou simplesmente desconsiderados na Resolução final) são pontuadas as consequências desse tipo de violência, tais como, sua relação com a questão ética, quando considerada como uma afronta aos direitos humanos, o custo social da violência e as consequências manifestadas diretamente nas pessoas, questões psicossociais e éticas, entre

outras. Fica a dúvida se a não inclusão das recomendações elaboradas pelo Conselho Executivo se dá devido ao formato do documento final expedido e publicado pelo Conselho Diretor ou se há um propósito obscuro de promoção de uma ocultação das “violências autoinfligidas”.

Ao pensar que nos referimos a documentos elaborados há pouco mais de 30 anos, o que mais impressiona é estarmos ainda batendo na tecla tanto inerente à complexidade do suicídio como em relação às suas consequências e como atinge mulheres, crianças e pessoas idosas. Avancamos? Sim, mas em quê? Definição? Contextualização? Proposta? Legislação? Sem condições de pensar o mundo, penso o indivíduo: avançamos, e como fica a prática, a operacionalização do arcabouço político construído? Onde estão as medidas socioantropológicas recomendadas para prevenção das violências?

Na continuidade da linha histórica, em 1996 ocorreu a Quadragésima Nona Assembleia Mundial de Saúde. Sobre ela foi publicada a **Resolução WHA49.25** (World Health Assembly, 1996), sobre a qual trago algumas considerações a seguir.

O documento refere-se a uma ATA político/recomendatória que, desde seu título, *Prevention of violence: public health priority*, à sua finalização aborda eminentemente sobre a prevenção da violência como uma prioridade de saúde pública, bem como ao longo do texto, reconhece a violência como o “principal problema de saúde” do mundo. Seu escopo inicial é o destaque às “violências intencionais” afetando todas as pessoas em todas as idades, mas especialmente mulheres e crianças. Embora não especifique o que são “violências intencionais”, as “lesões autoprovocadas intencionalmente” (os suicídios) configuram-se como uma dessas.

A década de 1990 condensa todo um retrato das pesquisas que vinham sendo desenvolvidas, principalmente, desde a década de 1960, com foco sobre as violências contra crianças, mulheres e pessoas idosas; segundo a referida ATA, permanece o foco das décadas anteriores com a inclusão de um olhar sobre a violência contra adultos jovens (Minayo, 2007).

Além de justificar a temática dado à incidência crescente da “violência autoinfligida” e seu impacto de forma imediata e em longo prazo, destaca sua ocorrência, principalmente, sobre mulheres e crianças e recomenda a implementação de programas e políticas específicas de saúde pública e de serviço social para sua prevenção. Para tal, entre outros, recomenda o envolvimento intersetorial e, por fim, à promoção de pesquisas sobre violência como prioridade de investigação de saúde pública, portanto, em vistas a uma política de Estado.

Seu texto dispõe sínteses de recomendações de outras reuniões e mundiais, tal qual a proveniente da Declaração das Nações Unidas para eliminação da violência contra a mulher,

de forma que expõe o sentido de uma recomendação que acolhe o passado e o que foi constatado e recomendado e rumo para o futuro e novas recomendações, atualizando-as. A periodicidade anual das Assembleias gera relatórios/ATAS tal como a referido, por conseguinte, simboliza esse *continuum* e o modelo de documento recomendatório da Instituição.

Para fechar esta subseção, sigo com apontamentos acerca do ***Relatório Mundial sobre violência e saúde*** por ser uma “parte importante da resposta da OMS quanto à Resolução WHA49.25” (Krug *et al.*, 2002). Trata-se de uma publicação, como dito, decorrente da Quadragésima Nona Assembleia Mundial de Saúde, ocorrida em 1996 e é o primeiro Relatório Mundial sobre saúde e violência.

Além de se caracterizar como um documento recomendatório de alcance internacional, é um Relatório técnico pautado por análises epidemiológicas e conhecimento científico sobre a temática que, por isso, cumpre com a etapa política de descrever e apresentar o “problema” da violência e indicar saídas. Segundo Cecília Minayo, é neste documento onde, “*pela primeira vez, não se falava de causas externas [em referência à violência], se falava de violência e saúde, o mal que a violência trazia para a saúde*” (Cecília Minayo, 2022).

Nas palavras de Nelson Mandela, no preâmbulo da publicação,

Este relatório significa uma valiosa contribuição para a nossa compreensão da violência e seu impacto sobre as sociedades. Ele ilumina as diferentes faces da violência, desde o sofrimento "invisível" dos indivíduos mais vulneráveis da sociedade até toda a tragédia, bastante visível, das sociedades em conflito. Ele antecipa nossa análise dos fatores que levam à violência e as possíveis respostas dos diferentes setores da sociedade. E, ao fazer isto, ele nos lembra que a segurança e a tranquilidade não acontecem simplesmente, elas são o resultado de consenso coletivo e investimento público (Mandela, 2002, p.IX).

Ao ser elaborado, trazia os objetivos “de ampliar a consciência acerca do problema da violência em nível global, argumentar que a violência pode ser prevenida e que a saúde pública tem um papel crucial no reconhecimento de suas causas e consequências” (Krug *et al.*, 2002, p.XIX). De sua organização para apresentação dos resultados alcançados, tomo aspectos do capítulo um (Idem, p.1-22), *Violência – um problema mundial de saúde pública* e tomo como fonte de conhecimento, mais do que objeto de análise, o capítulo sete e seu tema específico, *Violência auto-infligida* (Idem, p.183-210) e teço considerações sobre suas recomendações (Idem, p.244-53).

O texto do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (Krug *et al.*, 2002) segue a cada capítulo com estrutura semelhante. Dos nove capítulos, sete, um a um, apresentam um tipo de violência, sua definição, contextualização como um problema, dados epidemiológicos e “descrevem causas e consequências da violência, fornecem informações sobre as intervenções e medidas que estão sendo tomadas e fazem recomendações para futuras pesquisas e ações” (Idem, p. XV).

Na descrição sobre os capítulos (tipos de violência e a abordagem trabalhada), os autores registram que “o capítulo em que é abordada a violência auto-infligida [capítulo 7] trata predominantemente do comportamento suicida” e justificam sua inclusão entre os temas abordados: “Este tema foi incluído no relatório porque o comportamento suicida é uma das causas externas de lesões às pessoas e, quase sempre, é produto dos mesmos fatores sociais, psicológicos e circunstanciais encontrados em outros tipos de violência” (Krug *et al.*, 2002, p.XV).

Com essa ressalva, quero pôr em relevo que a inclusão de violência autoinfligida no relatório, conforme é justificada, não se dá da mesma forma como apresentam os demais tipos de violência tratados; ou seja, inicialmente, não a apresentam como um problema de saúde pública, muito embora, ao concluírem o capítulo o façam, bem como, em seu capítulo próprio, o suicídio seja colocado como um “sério problema” (Krug *et al.*, 2002, p.183) que impacta não somente os sobreviventes às tentativas de suicídio, mas também os serviços de saúde, especificamente como oferta à época, a demanda por cuidados médicos, além de afetar emocional, social e economicamente, familiares e amigos, de certa forma, perspectiva convergente ao significado de *pessoas em situação de suicídio* com que trabalhamos.

Como o objetivo de apresentarem a definição de suicídio adotada na publicação, Krug *et al.* (2002, p. 183) trabalham com a ideia de “comportamento suicida” como um percurso que abrange desde o pensamento de “acabar com a vida” até o “suicídio completado”, passando pelo plano elaborado para realiza-lo.

É preciso salientar que, ao tentarem espelhar a definição de suicídio relacionada à violência, os referidos autores se apoiam na visão de que “em qualquer definição de suicídio, a intenção de morrer é o elemento chave”, conforme a gênese de seu termo, relacionado à agressividade (Krug *et al.*, 2002, p.183).

O termo "suicídio" em si traz uma referência direta à violência e à agressividade. Aparentemente, Sir Thomas Browne foi quem desenvolveu a palavra "suicídio" em seu livro *Religio Medici* (1642). Médico e filósofo, Browne baseou-se na palavra latina *sui* (si próprio) e *caedere* (matar). [...] Uma definição muito conhecida de suicídio é a que aparece na edição de 1973 da Enciclopédia Britânica, citada por Shneidman: "o ato humano de

infligir a si próprio o fim da vida"¹¹⁹ [...]. Nem todos os que sobrevivem a um ato suicida pretendem viver, e nem todas as mortes suicidas são planejadas. Desta forma, estabelecer uma correlação entre a intenção e a realização pode ser difícil (Krug *et al.*, 2002, p.183).

No que tange às tentativas de suicídio, tal como tratamos atualmente as intenções de suicídio, o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (Krug *et al.*, 2002) chama a atenção sobre a dificuldade à época de se conhecer a realidade. Embora tenhamos avançado com o desenvolvimento de Sistemas de Informação, alguns problemas de base apontados pelos autores ao olharem o mundo, persistem no Brasil. Entre esses, metodologia de coleta de dados, fonte de dados usada pelos países, estigma, o número de mortes classificadas com causa indeterminada, a autonegligência (por exemplo, por deixarem de tomar medicação ou se alimentarem), principalmente em pessoas idosas, conhecer sobre overdoses pelo uso abusivo de drogas e, ainda, fatores que dificultam esse retrato da realidade, como a não busca pelas pessoas aos serviços de saúde quando das tentativas de suicídio.

Sobre os fatores apontados como causa de subregistro tanto das mortes por suicídio quanto a relativa às tentativas de suicídio, os autores do relatório citado comentam:

Os dados relacionados à mortalidade por suicídio geralmente subestimam a verdadeira ocorrência do suicídio em uma população. Esses dados são o produto final da cadeia de informações que inclui as pessoas (geralmente familiares) que encontram o corpo, médicos, policiais, médicos legistas e estatísticos. Essas pessoas, por uma série de motivos, podem relutar em chamar de suicídio uma morte. Isto ocorre em locais onde comportamentos religiosos e culturais condenam o suicídio. [...] O suicídio pode ser mascarado para evitar o estigma à pessoa que tirou sua própria vida e às pessoas da família, por motivos de conveniência social, razões políticas, para as pessoas poderem se beneficiar de apólices de seguro, ou porque o suicídio foi deliberadamente mascarado como um acidente pela pessoa que o cometeu, por exemplo, como um acidente rodoviário. O suicídio também pode ser mal classificado como causa indeterminada de morte, ou como causa natural, por exemplo, quando pessoas - particularmente os idosos - deixam de tomar os medicamentos que mantêm sua vida.

[...]

Relativamente poucos países possuem dados confiáveis sobre o comportamento suicida não-fatal, sendo que o principal motivo é a dificuldade para se coletarem informações a esse respeito. Somente uma minoria dos que tentam o suicídio vão às clínicas ou hospitais buscando cuidados médicos. [...] Outros fatores também podem influenciar os registros, como idade, método utilizado para tentativa de suicídio, cultura e acesso a serviços de saúde. Em resumo, na maioria dos países, os índices de tentativas de suicídio não são claramente conhecidos (Krug *et al.*, 2002, p.187).

¹¹⁹ Como referenciado pelos autores: Shneidman E. Definition of suicide. New York, NY, John Wiley & Sons, 1985.

Por um lado, poderíamos pensar que atender “o caso” impõe em si uma lógica biomédica de intervenção, com a qual parece combinar bem a tal de “estabilização”, como testemunho através das fichas de notificação dos serviços de urgência e emergência locais. Por outro lado, atender “o caso” de forma a acolher e compreender o outro, “o caso” aciona uma lógica de atendimento que parece incompatível tanto com a demanda das urgências e emergências, como com a prática corrente de atendimento/cuidado isenta de julgamentos morais, religiosos, etc., particularmente quando se trata de atendimento a uma *pessoa em situação de suicídio*.

A esse respeito, a narrativa de uma das interlocutoras desta tese, ao compartilhar sobre uma de suas experiências de atendimento por ocasião de tentativa de suicídio, retrata essa situação:

Eu fiquei internada no Caps, que é o Centro de Atenção Psicossocial e tinha um funcionário, ele era da limpeza, serviços gerais. Todo santo dia esse homem ia pregar a palavra do senhor pra mim. Todo santo dia! Ele é evangélico. Ah... então, assim, tá bem intencionado..., ah tá, é. mas não vem me falar de Deus quando eu tô em ideação suicida... porque a primeira coisa que eu vou pensar é: “Deus não vai me perdoar e eu vou pro inferno”, porque é um pecado que não tem, não tem. Perdão [...] (Interlocutora *em situação de suicídio*, 2021).

No que concerne aos fatores de “risco” condicionantes do suicídio, o relatório se refere à complexidade “dos fatores que colocam os indivíduos em risco”, embora considerem literalmente a interação entre eles, apontam apenas algumas dessas interações. Entre estas, por exemplo, o abuso do álcool, a depressão e o suicídio e o histórico de abuso sexual ou físico. Assim, sem trazer pormenores como, no início da década de 2.000, pensavam os fatores “de risco”, anoto apenas que associam o risco de suicídio a fatores psiquiátricos (“depressão profunda; transtornos relacionados ao estado de humor, como transtorno bipolar; esquizofrenia; ansiedade e transtorno de conduta e personalidade; impulsividade e um sentimento de falta de esperança”), a fatores biológicos (traço genético, fatores neurobiológicos e a presença de doença como um fator insuportável), acontecimentos da vida (perdas pessoais, conflitos interpessoais, perda de uma pessoa amada e depressão, como dito, abuso sexual, sentimento de humilhação e suicídio, orientação sexual, discriminação e suicídio, estado civil/casamento e suicídio, isolamento social - o suicídio egoísta de Durkheim, entre outros), sociais e ambientais (disponibilidade de meios, local de residência – áreas urbanas e rurais, imigração, afiliação religiosa, conforme estudada por Durkheim e condições econômicas e de emprego), ao histórico de vida das pessoas, ao uso de álcool e drogas e, ainda, a fatores demográficos, como idade e sexo Krug *et al.* (2002, p. 189-91).

Diante da complexidade que envolve o suicídio e a tentativa de suicídio, os autores alertam para o fato de que sua prevenção “requer necessariamente uma abordagem multifacetada de prevenção que deve levar em conta o contexto cultural”, caso contrário, “o que tem um efeito positivo para prevenir o suicídio em um local pode ser ineficaz ou, até mesmo, contraproducente em outros ambientes culturais” (Krug *et al.* 2002, p. 204) e apontam a importância de fatores de proteção e seu efeito mesmo na presença de fatores de risco. Entre os fatores de proteção, lembram Durkheim e a associação entre suicídio e casamento e suicídio e religião e, a partir da referência de vários estudos, acrescentam à lista o efeito positivo do apoio social e relacionamento familiar, a autoestima, o bem-estar emocional e ligações de familiares e de amizade (Krug *et al.*, 2002, p. 191-6).

Para além de quadro de fatores de risco e fatores de proteção, sumariamente descritos aqui, Krug *et al.* (2002) dedicam-se a abordar sobre a prevenção do suicídio. Primeiro, compartilham tanto estudos avaliativos sobre intervenções que objetivem a prevenção do suicídio ou redução do comportamento suicida fatal. Uma vez que não me debrucei sobre os estudos trazidos, apenas pontuo algumas considerações dos autores. Em seguida, fazem referência às respostas políticas anteriores frente ao suicídio enquanto problema de saúde pública, especialmente relativa a documentos publicados durante a década de 1990 por órgãos internacionais (United Nations Department for Policy, vinculado às Nações Unidas e OMS) e, por fim, a partir do conjunto do conteúdo, apresentam recomendações para o alcance da redução de comportamentos suicidas fatais e não fatais.

Na perspectiva que, em geral, as intervenções para prevenção do suicídio se baseiam em fatores de risco, mas poucas demonstram um efeito positivo na redução do comportamento suicida ou na sustentabilidade de seu efeito, Krug *et al.* (2002, p.196-201) discutem experiências encontradas em revisão de literatura. O foco das intervenções pesquisadas se concentra nos seguintes tipos de abordagens: abordagens de tratamento (tratamento de transtornos mentais, farmacoterapia, terapia comportamental, acesso direto e imediato a opções como ligação telefônica a um psiquiatra ou hospitalização e serviço de solicitação de ajuda/apoio emocional) e abordagens de relacionamento (intervenções psicossociais). Os autores também pesquisaram sobre intervenções que trabalhavam com “esforços baseados na comunidade” (centros de prevenção contra o suicídio, intervenções baseadas na escola); com abordagens sociais (restrição ao acesso aos meios, informações divulgadas pelos meios de comunicação e intervenção após o suicídio, principalmente com grupos de apoio).

A leitura do Relatório e da revisão realizada chama a atenção que, embora a publicação do Relatório seja de 2002 e levar em conta experiências praticadas ao redor do mundo, sequer há menção ao Centro de Valorização da Vida (CVV), fundado no Brasil em 1962 que, durante todos esses 62 anos, vem oferecendo serviço gratuito de apoio emocional e prevenção do suicídio.

Entre as respostas políticas, destaco os direcionamentos daquela que os autores do referido documento caracterizaram como a “principal estratégia para a implementação” da iniciativa global da OMS, lançada em 1999. Associados às linhas de ação da estratégia de cuidados básicos, são elas: 1) “organização de atividades multissetoriais regionais, nacionais e globais para aumentar a conscientização sobre o comportamento suicida e como efetivamente evitá-lo” e 2) “fortalecimento dos recursos dos países para desenvolver e avaliar políticas e programas nacionais para a prevenção do suicídio, que podem incluir”: “apoio e tratamento das populações em risco [...]; redução da disponibilidade de meios para se cometer o suicídio [...]; apoio e reforço às entidades dedicadas aos sobreviventes do suicídio”, com inclusão de “profissionais da área de assistência básica à saúde e de outros setores relevantes” (Krug *et al.* 2002, p.202).

Por fim, Krug *et al.* (2002) recomendam a melhoria da qualidade dos dados; a realização de pesquisas sobre fatores psicossociais e biológicas sobre o comportamento suicida; melhores tratamentos psiquiátricos, a exemplo da recomendação de solicitação à indústria farmacêutica para o desenvolvimento de medicamentos eficazes contra os transtornos psiquiátricos; mudanças ambientais para restrição ao acesso de meios, entre esses a limitação ao acesso de pesticidas e fertilizantes e a redução ao acesso a armas.

Para concluir as considerações sobre o Relatório Mundial sobre violência e saúde retorno ao seu Preâmbulo e às palavras da Diretora Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS) na ocasião de sua publicação, a Dra. Gro Harlem Brundtlan e seu alerta:

[...] onde a violência persiste, a saúde é seriamente comprometida. [...] A violência é, em geral, previsível e evitável. [...] Muitos dos fatores que aumentam o risco da violência são compartilhados pelos diferentes tipos de violência e são passíveis de modificações. [...] A saúde pública tem obtido resultados notáveis nas últimas décadas, particularmente em relação à redução dos índices de muitas doenças infantis. Entretanto, salvar nossas crianças destas doenças apenas para permitir que se tornem vítimas da violência ou perdê-las mais tarde para atos de violência entre parceiros íntimos, selvagerias das guerras e dos conflitos, ferimentos infligidos por elas próprias ou suicídio, seria uma falha da saúde pública (Brundtlan, 2002, p. X).

Com esse trecho de discurso, sigo no sentido de pensar a trajetória de construção do conjunto de políticas públicas de prevenção do suicídio no Brasil.

4.1.2 O suicídio alcança lugar específico nas normativas de políticas públicas de alcance nacional

Nessa altura, a leitora/or deve ter em mente que o alcance do suicídio enquanto objeto de uma política pública específica teve uma comprida caminhada desde quando a violência começa a ser compreendida como um problema de saúde pública. Sobre esse percurso as interlocutoras e o interlocutor desta tese colaboraram de forma o suficiente para que possamos ter esse panorama. Por isso, no lugar de resgatar seus testemunhos, o faço apenas quando necessário e privilegio o foco no resultado das avaliações dos documentos que acompanham essa história.

Um “*projeto político*” (Cheila Marina de Lima, 2022) e um marco histórico é, sem dúvida, a **Política Nacional de Morbimortalidade por Acidentes e Violências** (PNRMAV), que se estabelece com sua aprovação através da Portaria nº 737/2001 (Brasil, 2001b), regida atualmente (2024) com o Anexo VII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2017b). Esta normativa é acompanhada de um Anexo, a PNRMAV. Este documento é, segundo nossa interlocutora, um “*instrumento norteador de atuação do setor saúde*”, embora considere a participação de outros setores da sociedade que absorvem a demanda devido a “eventos” de violência, como segurança e instituições de saúde privadas não credenciadas ao SUS.

No texto em forma de Anexo à Portaria nº 737/2001 há consideração sobre as violências enquanto um evento de saúde pública, de seu retrato epidemiológico à época e, sobre isso, a dificuldade de conhecer a realidade da violência tal como ela ocorre. Entre a classificação das violências, a violência autoprovocada (que inclui as tentativas de suicídio e como até o momento é tratada no âmbito da saúde pública) é referenciada ora como “lesões autoprovocadas” (decorrente de causa intencional) (Brasil, 2001b, p.8) ora como “violência auto-infligida” (Brasil, 2001b, p.19).

É necessário ressaltar que se, a dificuldade de conhecer a realidade é um fator limitante para análises epidemiológicas de problemas de saúde com relações “unicausais” ou menos complexas quando comparadas às violências, ela se multiplica quando consideramos a complexidade que envolve as violências, entre elas, o suicídio. Como discutido, o suicídio é carimbado, entre outros, pelo estigma que lhe acompanha e impacta tanto o acesso das

peças em situação de suicídio aos serviços de saúde, como pela conduta de acolhimento dos profissionais de saúde a essas pessoas nesses locais e de adesão aos registros de notificação sobre os atendimentos.

De volta ao seu conteúdo, com sua finalidade expressa de “alcance de qualidade de vida”, a PNRMAV enfatiza a importância da promoção da saúde através da “intersectorialidade das medidas e [do] fortalecimento da ação comunitária”. Coadunante com a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948) e com a Constituição Federal (Brasil, [Constituição (1988)]), nos seus artigos 1º e 3º tem como princípios básicos norteadores: “a saúde como um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico”; “o direito e o respeito à vida configuram valores éticos da cultura e da saúde” e que a “promoção da saúde deve embasar todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes” (Brasil, 2001b, p.24).

Para isso, na PNRMAV estão definidas “diretrizes para o setor e identificadas responsabilidades institucionais essenciais na abordagem das questões relacionadas à prevenção de acidentes e violências no País” (Brasil, 2001b). Por sua importância para a implementação da Política, e por continuarem, “*imexíveis*”, como Cecília e Cheila caracterizaram as referidas diretrizes, é sobre elas que me valho para compartilhar algumas reflexões sobre a Política e sobre sua importância para a prevenção do suicídio. Segundo o documento, as diretrizes listadas a seguir, “orientarão a definição ou redefinição dos instrumentos operacionais que a implementarão, representados por planos, programas, projetos e atividades”.

As diretrizes mencionadas são as seguintes (Brasil, 2005a):

- promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis;
- monitorização da ocorrência de acidentes e de violências;
- sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;
- assistência interdisciplinar e intersectorial às vítimas de acidentes e de violências;
- estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação;
- capacitação de recursos humanos;
- apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

As diretrizes da Política indicam a amplitude do escopo de planejamento/intervenção direcionado à redução de morbimortalidade por acidentes e violências, contemplando desde a promoção da saúde (promoção de estilos de vida e ambientes saudáveis) ao “apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas” como fonte de identificação para intervenções adequadas às diferentes realidades dos territórios. Ainda, elas vão de encontro às

recomendações dos órgãos internacionais, como a OPAS e a OMS, inclusive no que diz respeito diretamente à prevenção do suicídio.

Para tal, a PNRMAV, em sua Portaria nº 737/2001, prevê o “desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas” (Brasil, 2001b) e, normativamente, em seu Art. 2º, que os órgãos do MS, por exemplo, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, tomem como base tais diretrizes para elaboração de seus planos, programas, projetos, etc., especialmente importante quando se idealiza construir, implantar e implementar políticas para o enfrentamento do suicídio e cuidado a *pessoas em situação de suicídio*. Um exemplo relevante nesse sentido é a Linha de Cuidado Integral às Vitimas de Tentativas de Suicídio (LIVITS¹²⁰), instituída em Goiânia através da Portaria nº 580, de 22 de outubro de 2021 (Goiânia, 2021).

Quanto à operacionalização das ações, as diretrizes contemplam todos os níveis de atenção à saúde, sejam aqueles de visibilidade no cotidiano da vida (serviços de saúde, escolas, etc.), sejam aqueles “sentidos” quando da busca pelos serviços de saúde (encaminhamentos entre serviços, referência e contra referência referente aos atendimentos às pessoas entre profissionais/serviços, Estratégia de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, disponibilidade de polos de atividade física nos bairros através do Programa Academia da Saúde¹²¹, acesso à medicação via farmácia popular, campanhas de saúde, por exemplo, de vacinação, de violência contra a mulher, etc.).

Em relação às diretrizes ainda há de se destacar a indicação (lembre-se, normativa) que, além da previsão à realização de estudos epidemiológicos para a identificação de fatores de risco e de proteção envolvidos nas redes causais de violência, “as pesquisas deverão integrar estudos de cunho socio-antropológico [socioantropológico], [tidos como] essenciais para a identificação de valores, hábitos e crenças que perpassam as relações interpessoais e institucionais e de outras áreas afins ao tema” (Brasil, 2001b, p.38).

Para finalizar essas considerações sobre a PNRMAV, é interessante resgatar um dos argumentos registrados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Resolução nº 309, de 08 de março de 2001 (Brasil, 2001a)¹²² de aprovação à proposta da PNRMAV, quando

¹²⁰ Inspirada na referida proposta, adaptei e apresentei uma proposta de LIVITS para a gestão da SMS-João Pessoa em 2022, pela primeira vez (sem sucesso), e por volta da finalização desta tese, pela segunda vez. Pretendo discutir o processo em outras publicações.

¹²¹ Ver: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/academia-da-saude>.

¹²² Resolução nº 309, de 08 de março de 2001, que aprovou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidente e Violência (Brasil, 2001a). Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2001/resolucao-no-309.pdf>.

contextualiza a injustificável baixa prioridade com que as políticas públicas enfrentam o “problema” das causas externas de mortalidade, a exemplo da destinação orçamentária para tal fim. Com as palavras do Plenário do CNS, assinado pelo então Ministro da Saúde e Presidente do CNS, nas alíneas “e” e “f”,

e) as causas básicas da morbimortalidade por acidente e violência em nosso país, encontram-se ligadas aos alarmantes níveis de desigualdade, pobreza, impunidade e descontrole do tráfico de armas e drogas, assim como à aparente fragilização dos valores sociais da justiça, solidariedade, igualdade de oportunidades e da esperança;

f) as causas básicas apontadas no item anterior não justificam, contudo, a baixa prioridade com que as políticas públicas, inclusive a de saúde, vêm tratando a questão, tanto quanto à participação dos órgãos de saúde em ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos vários grupos expostos a esse grave risco, como à explicitação de metas e compromissos nos planos e orçamentos de saúde das três esferas de governo, de redução da morbimortalidade por acidente e violência (BRASIL, 2001a, p.01).

Nota-se que, há cerca de pouco mais de 20 anos, causas básicas da violência, externas aos corpos individuais, com origem na sociedade, já eram bem estabelecidas e, entre outras, fundamentavam a importância da PNRMAV para o setor saúde. Da mesma forma como a Política assume uma “rede causal” para a ocorrência de violências que está para além dos corpos das pessoas e, com a mesma concepção, considera que sua prevenção prioritariamente ocorra de forma ampliada. Nos termos registrados no anexo ao documento da Portaria nº 737/2001, “as medidas preventivas, entendidas em seu sentido mais amplo, abrangendo desde as medidas inerentes à promoção da saúde e aquelas voltadas a evitar a ocorrência de violências e acidentes, até aquelas destinadas ao tratamento das vítimas, nesta compreendidas as ações destinadas a impedir as sequelas e as mortes devidas a estes eventos” (Brasil, 2001b, p.24).

No curso de implantação da PNRMAV, atendendo aos seus propósitos e à diretriz “monitorização da ocorrência de acidentes e violências”, são publicadas a Portaria MS nº 1.968, de 25 de outubro de 2001 (Brasil, 2001c) e a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003 (Brasil, 2003a)¹²³, respectivamente, nos seus termos, que “dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra

¹²³ Alterada pela Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019 (Brasil, 2019b); durante o, então governo Bolsonaro. Embora não seja objeto desta tese, é importante registrar que a alteração não foi “aprovada” consensualmente entre os especialistas e técnicos da área temática, uma vez que, primeiro, a obrigação de notificação já era exigência de legislação anterior e, segundo e principalmente, porque seu § 4º, “os casos em que houver indícios ou confirmação de violência contra a mulher referidos no caput deste artigo serão obrigatoriamente comunicados à autoridade policial no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, para as providências cabíveis e para fins estatísticos” fere o direito da mulher, maior de 18 anos, sobre sua escolha de tornar público ou não a violência sofrida, situação que a depender das circunstâncias pode, inclusive, desencadear outras formas de violência.

crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde” (Brasil, 2001c) e que “estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados” (Brasil, 2003). Como já amplamente tratada por Marta Silva (2022), a notificação das ocorrências de tentativas de suicídio é o instrumento primeiro para disparar tanto a intervenção direta de prevenção de uma segunda tentativa e do próprio desfecho de morte por suicídio, quanto para, a partir de seu conjunto, permitir a elaboração de planos, programas e políticas específicas, conforme as realidades retratadas através do conjunto de dados captados.

As duas normativas acima iniciaram tanto o processo de conhecer a realidade das ocorrências de violências, ainda que as relativas a grupos populacionais específicos, quanto, indiretamente, disparou a institucionalização da violência como um “problema” de saúde pública. Na sequência, o MS avança com a construção do arcabouço normativo de sustentação da PNRMAV, formula o Plano Nacional de Redução de Acidentes e Violências, normatizado com a publicação da Portaria nº 936, de 19 de maio de 2004, que “dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios” (Brasil, 2004a). Segundo Minayo; Deslandes (2007, p.53), “um dos passos mais importantes” desse processo.

É aí, segundo a avaliação realizada, que o suicídio entra nominalmente como tal. Para a formulação da Rede, o Ministério da Saúde “estabeleceu um ranking dos municípios com mais de 100 mil habitantes em que a situação de violência (configurada por taxas de mortalidade por homicídios, acidentes de trânsito e suicídio) fosse mais dramática” (Minayo; Deslandes, 2007, p.53) e, conforme o orçamento à época e critérios previamente estabelecidos, deram início à implantação e implementação dos núcleos em 2005 e 2006¹²⁴.

Dr. Humberto Costa era o Ministro da Saúde à época e o Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr era o então Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, hoje, Diretor da OPAS/OMS desde fevereiro de 2023, em um mandato que se encerrará em 2028¹²⁵. Na Secretaria Executiva do MS estava o Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos, quem assinou a aprovação da referida portaria. Como uma pesquisadora implicada e, dado a condição de uma pesquisa “multissituada”, ousou dizer que a presença do Dr. Jarbas Barbosa Jr. à frente da Vigilância em Saúde do MS e do Dr. Gastão Wagner foram essenciais essencial para apoiar a

¹²⁴ Para saber mais, sugiro: Rede Brasileira de Núcleos de Prevenção de Violências e Acidentes, Promoção da Saúde e Cultura de Paz. Disponível em: <http://189.28.128.99/redevivapaz/indexdo.html>.

¹²⁵ Ver: <https://portal.fiocruz.br/noticia/medico-brasileiro-jarbas-barbosa-e-eleito-o-novo-diretor-da-opas/oms>.

construção do arcabouço prático de enfrentamento do trabalho de enfrentamento às violências e sua legitimação com as normativas lhe amparava. Para além de serem sanitaristas, eram (e são) pessoas fortemente comprometidas com a saúde pública brasileira e com sustentabilidade do SUS.

Dada à história contada nos bastidores por onde ando, os Núcleos de Prevenção de Violência implementados foram essenciais não somente para o conhecimento das realidades locais, mas para fomentar intervenções apropriadas às suas realidades. Por outro lado, Marta Silva e Cheila Marina de Lima, com suas participações nesta tese, narram considerações a esse respeito. Cheila Marina de Lima, pontualmente, se refere sobre a importância dos Núcleos. Eu reforço o “ousa” e penso que uma forte influência atribuída aos Núcleos também se deu por sua composição intersetorial – principalmente com parcerias de Universidades, como foi o caso do pioneirismo da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Alves da Silva *et al.*, 2007). Os Núcleos tinham e têm grande potencial de prevenção da violência, pois, conforme expressão utilizada por Cheila Marina de Lima, eles têm a possibilidade de fazer uma “*vigilância ativa*”, em diálogo com a promoção da saúde, um caminho de extrema importância para dar conta da complexidade que envolve a prevenção do suicídio¹²⁶.

Por último, é de se destacar o *I Seminário Nacional de Doenças e Agravos Não Transmissíveis*, ocorrido em setembro de 2005. Como o objetivo de aprovar a Agenda de Prioridades da Vigilância e Prevenção de Acidentes e estabelecer as prioridades para a construção de agendas de trabalhos e planos estaduais e municipais, entre essas, referente ao Eixo de Gestão, constava a “articulação de serviços que prestem atendimentos a pessoas que tentam o suicídio, com sensibilização de gestores e trabalhadores de saúde sobre a importância da identificação, condutas e encaminhamento de pessoas em situação de violência [intrafamiliar] ou sexual”. Entre as prioridades do Eixo de Intervenção, a “articulação com a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde na definição de protocolos, sistemas de referência e [contra referência] para pessoas em situação ou risco de violência” (Alves da Silva *et al.*, 2007, p.61-2).

Pouco depois do I Seminário Nacional de DANT, a Portaria GM/MS 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 do Suicídio* (Brasil, 2005b). A Portaria é um marco

¹²⁶ Para conhecer algumas iniciativas, recomendo a publicação *Êxitos na prevenção da violência* (Gomes, *et al.*, 2010).

temporal importante para impulsionar a legitimação e a prevenção do suicídio na área da saúde, pois além de taxar o “fenômeno do suicídio” um “grave problema de saúde pública”, o considera como passível de ser prevenido. Para tal, o referido documento toma como base a situação epidemiológica do suicídio (com destaque relativo ao seu aumento entre pessoas de 15 a 29 anos), os impactos sobre a vida das pessoas do em torno ao suicida (na mão de como consideramos *pessoas em situação de suicídio*) e, ainda, a correlação com transtornos como a depressão e com o “uso indevido de álcool e outras drogas”, fatores de risco apontados, por exemplo, pelos documentos da OPAS tratados anteriormente.

Por último, é necessário assinalar que, a Portaria GM/MS nº 2.452/2005 (Brasil, 2005b) marca a história de enfrentamento do suicídio com a definição de seu Grupo de Trabalho, um grupo de composição interdisciplinar, à ocasião, sob a coordenação da Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Área Técnica de Saúde Mental; portanto, diferentemente do locus atual onde se concentra o disparo para as ações de atenção ao suicídio, as áreas de Vigilância Epidemiológica e/ou de DANT, situação que recuperarei mais a frente, ao tratar de *outras políticas*. Nesse grupo estavam, entre outros, um representante do Núcleo de Epidemiologia do Instituto Philipe Pinel, do Rio de Janeiro e um representante do Centro de Valorização da Vida – CVV, como parte da história sobre a prevenção do suicídio, narrada por Carlos Felipe Almeida D’Oliveira.

Notadamente, a ***Política Nacional de Promoção da Saúde*** (PNPS) é aprovada através da Portaria GM/MS nº 687, de 30 de março de 2006 (Brasil, 2006b)¹²⁷, atualmente, em vigência pela ***Portaria de Consolidação nº 2***, de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2017b), que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS, outro marco histórico para a prevenção do suicídio, quando se tem a promoção da saúde como algo que é próximo à “ideia de prevenção à violência, porém vai além (Assis; Avanci, 2020, p.86), tal qual traz o Relatório Mundial de Saúde (Krug *et al.*, 2022).

Para Assis; Avanci (2020, p. 84), “prevenir a violência é entender que isso significa, por meio de uma providência precoce, antecipar, evitar ou tornar impossível que esse fenômeno aconteça”, para a qual a promoção da saúde, “ancorada em uma concepção de saúde que contempla a dinâmica integralidade biológica, psicológica e social dos seres humanos” (ibidem, 2020, p.86) faz sentido quando se pensa na prevenção da violência autoprovocada e no sofrimento de *pessoas em situação de suicídio*.

¹²⁷ A PNPS foi instituída pela Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006 (Brasil, 2006b), e redefinida pela Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. A Portaria nº 2.446/2014 foi revogada pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2017b, p.5).

Ao trabalhar com a noção de risco no sentido para a prevenção, a promoção da saúde impulsionada pela área da saúde precisa tanto de um Estado presente e promotor de cidadania, dignidade e qualidade de vida, bem como articular intervenções intersetoriais em um trabalho conjunto, como com a educação, o ambiente, a cultura, o lazer, o trabalho, a justiça, a segurança viária e urbana, a segurança pública, etc., que extrapolem o indivíduo e, portanto, que pensem a pessoa enquanto um ser social. Nesse sentido, a promoção da saúde é potente no acolhimento de *pessoas em situação de suicídio* no seu cotidiano de vida e de acesso a bens e serviços e na oferta de ambientes promotores de saúde, cidadania e dignidade humana, a que todo o ser humano tem direito.

Chego a 2006, o ano “*assim, a mil por hora*”, a que Marta se referiu. Ela contou, entre outros, sobre sua experiência com as conquistas de avanços com a notificação compulsória que passa a ser universal através do componente de vigilância contínua iniciado neste ano; ou seja, todos os serviços de saúde passaram a ser obrigados a notificarem as ocorrências de todos os tipos de violência doméstica, sexual e outras. Tratava-se da Portaria nº 1.356, de 23 de junho de 2006 (Brasil, 2006c), que implantava a notificação das violências interpessoais e autoprovocadas de modo “universal”, ainda que tenha ocorrido pouco a pouco e por adesão dos municípios.

O passo de 2006 foi de importância ímpar para o conhecimento epidemiológico das violências, porque a implantação do **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes**, o **Viva**, ao qual a Portaria citada se refere, passou a ser alimentado, de modo contínuo, com as notificações de atendimentos às pessoas em situação de violência. Como já mencionado, as tentativas de suicídio, tratadas como “violências autoprovocadas” ganham espaço no instrumento de notificação, a Ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/outras violências, como “outras violências”. A conquista possibilitou o início do monitoramento sistematizado da situação epidemiológica do “agravo”.

É também nesse ano que a Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006 (Brasil, 2006d) institui as **Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio**, “a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas do governo”. Através dela, como um documento normativo, político e operacional, o Ministro da Saúde considera o suicídio como um “fenômeno” que “afeta toda a sociedade” e é passível de ser “prevenido”.

A Portaria nº 1.876/2006 (Brasil, 2006d, p.1), além de destacar o aumento de “comportamento suicida entre jovens entre 15 a 25 anos”, toma a pertença a um amplo conjunto de grupos populacionais, a presença de transtornos e comorbidades e tentativas

anteriores como fatores condicionantes das tentativas de suicídio e do suicídio. Assim, entre esses grupos estão:

indivíduos com transtornos psíquicos, especialmente as depressões; indivíduos que já tentaram suicídio; usuários de álcool e outras drogas; populações residentes e internadas em instituições específicas (clínicas, hospitais, presídios e outros); adolescentes moradores de rua, gestantes e/ou vítimas de violência sexual; trabalhadores rurais expostos a determinados agentes tóxicos e/ou a precárias condições de vida; indivíduos portadores de doenças crônico-degenerativas; indivíduos que convivem com o HIV/AIDS e populações de etnias indígenas, entre outros (Brasil, 2006d, p.1).

Entre os “considerando” que justificam esta e outras normativas de políticas públicas novamente salta aos olhos a ênfase dado o “impacto” e os “danos” causados pelo suicídio e as tentativas de suicídio sobre familiares e sobre o em torno social do suicida. Embora não especifique quais seriam esses impactos e danos, se emocionais, sociais, econômicos ou outros.

Por último, para orientar a elaboração da “Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio”, o documento apoia-se nas recomendações do Pacto pela Saúde 2006¹²⁸ (Brasil, 2006a) e na recomendação da OMS para tal. Prevê, para além das entidades nacionais de governo, a articulação com entidades de governo internacionais, de organizações não governamentais nacionais e internacionais, sociedade civil e instituições acadêmicas. Estabelece oito diretrizes¹²⁹.

No mesmo ano, em parceria com a Organização Pan-americana de Saúde, a Universidade Estadual de Campinas, a Faculdade de Ciências Médicas e o Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria e como parte das ações da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, o MS lança o manual *Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*¹³⁰. Como parte da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, a publicação, voltada às equipes dos Centros de Atenção Psicossociais (Caps), “visa a reduzir as taxas de suicídios e tentativas e os danos associados com os comportamentos suicidas, assim como o impacto traumático do suicídio na família, entre amigos e companheiros (as), nos locais de trabalho, nas escolas e em outras instituições” (Brasil, 2006e, p.5).

¹²⁸ Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão (Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006) com vistas “a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS” (Brasil, 2006).

¹²⁹ Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em: 10 dez. 2023.

¹³⁰ Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf. Acesso em: 10 dez. 2023.

A importância da publicação do referido material é inquestionável e é preciso evidenciar que traz as mãos do Dr. Carlos Felipe Almeida D'Oliveira, interlocutor desta tese, e do Dr. Neury José Botega já citado. Segundo Carlos Felipe em sua fala durante a *live*, a publicação contou, inclusive, com a parceria do CVV, embora tal informação não conste na ficha de autores do Manual. Não encontro outra palavra para registrar que, *infelizmente*, há algum tempo e sem saber precisar o quanto, o site do MS, por onde é possível acessar o material, informa que “este material encontra-se em processo de revisão e atualização¹³¹”, ainda que disponível. No entanto, também *infelizmente*, dada a importância do seu propósito e ao grupo que se destina, desde que trabalho com a temática (2012) e, por vezes de forma próxima à área de saúde mental, desconheço profissionais que o têm como norte de práticas/acesso à informação; muito pelo contrário.

No curso dos avanços do arcabouço de políticas públicas está sem dúvida, a institucionalização da notificação compulsória das violências, como já bem tratado. Por isso não me atenho a esse respeito, acrescento que deve ser garantido o sigilo das informações pessoais (Portaria de Consolidação MS/GM nº 4, de 28 de setembro de 2017, em seu Anexo V, Capítulo I, Art. 3º (Brasil, 2017e)) e sinalizo os documentos pertinentes a tal evolução, no sentido de manter o registro de implantação o das normativas.

Assim, a Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010 (Brasil, 2010) inclui as violências autoprovocadas como “agravo de notificação compulsória”, a Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011 (Brasil, 2011a), torna a notificação da violência autoprovocada, além de compulsória, também universal que, com a Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014 (Brasil, 2014), passa a ser de notificação universal, compulsória e, ainda, imediata; ou seja, deve ser realizada em até 24 horas após conhecimento/atendimento pelo serviço de saúde público ou privado. O período para notificação, também chamado de “tempo oportuno” foi estabelecido na intenção de disparar o cuidado “imediato” da pessoa “vítima de violência”, para o qual há que se ter uma rede de saúde que possibilite o encaminhamento e a acolhida.

Em seguida, a Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016 (Brasil, 2016a) define a ***Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública*** de agravos de notificação compulsória e reforça a obrigatoriedade da notificação dos atendimentos oriundos de tentativas de suicídio (art. 3º) e o caráter sigiloso das informações pessoais registradas (art. 7º).

¹³¹ Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/suicidio-prevencao/acoes-do-ministerio-da-saude>. Acesso em: 12 jun. 2024.

Em 2016, Marta Silva é exonerada do Ministério da Saúde. Retomo esse fato para contextualizar meu testemunho diante do lançamento, em 2017, da ***Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020*** (Brasil, 2017a), assinada pelo, então, Ministro Ricardo Barros (2016-2018), conhecido por suas defesas de cortes no orçamento do SUS durante o governo Michel Temer.

Embora não possa me referir às demais Secretarias sobre o recebimento e anúncio de lançamento do material, diga-se de antemão, um material importante, elaborado por um conjunto de pessoas e que teve a contribuição, novamente, do Dr. Carlos Felipe Almeida D'Oliveira, interlocutor desta tese, e do Dr. Neury José Botega, o fato é que, enquanto servidora e trabalhadora da DANT-SMS-JP, não me lembro de ter recebimento comunicado sobre o mesmo na ocasião. Segundo Marta, apesar da importância do material ter sido lançado e “*casar [do] com todas as ações do Setembro Amarelo, [...] a gente vê que o tema ainda não entrou*”.

O fato é, no mínimo, lamentável, visto que o objetivo da Agenda seria: “Ampliar e fortalecer as ações de promoção da saúde, vigilância, prevenção e atenção integral relacionadas ao suicídio, com vistas à redução de tentativas e mortes por suicídio [...] no período de 2017 a 2020”. Para cumprir seu objetivo, a Agenda foi elaborada considerando “os determinantes sociais da saúde e as especificidades de populações e grupos sociais em situação de maior vulnerabilidade a esse fenômeno” (Brasil, 2017a, p.11) e, nesse sentido, uma perspectiva de incidir, ao mesmo tempo, um olhar ampliado sobre a vida das pessoas e, por outro lado, voltado para onde e como a vida ocorre.

Não me debruço sobre o material, porque, primeiro, até onde me consta, a implementação dessa Agenda, e menos ainda sua operacionalização, pelo menos localmente (João Pessoa/PB) não ocorreu. Este é meu testemunho. Atribuo o fato à chegada da pandemia de Covid-19 para colocar em relevo que, por volta desse período e durante todo o governo Bolsonaro sentimos, pouco a pouco, a distância do MS em relação à área técnica de DANT. Com isso, quero indicar que, desde a saída de Martinha do Ministério e a extinção da área técnica de DANT, fomos, aos poucos, ficando de certa forma, *órfãos*. No seu lugar, estão suas marcas, por exemplo, a permanência das notificações das tentativas de suicídio e, entre outros,

o Inquérito de Violências e Acidentes em Serviços de Urgência e Emergência (Viva Inquérito), com previsão de ser retomado em setembro de 2024¹³².

Com base no curso da linha temporal, 2019 é, digamos, um ano emblemático. O então governo do “inelegível” publica a Lei nº 13.819 de 26 de abril de 2019, que “institui a *Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio* (PNPAS), a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios” (Brasil, 2019a) e “altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998” (Brasil, 1988), lei que dispõe sobre a obrigatoriedade de cobertura de atendimentos de urgência/emergência e de planejamento familiar.

Uma Lei específica de prevenção da automutilação e do suicídio, que prevê a inclusão de “recortes específicos direcionados à prevenção do suicídio dos integrantes das carreiras policiais” (Brasil, 2019a, p.1) e reforça a obrigatoriedade à “cobertura de atendimento à violência e às tentativas de suicídio” (Brasil, 2019a, p.2) é, sem dúvida, um avanço no percurso normativo de enfrentamento do suicídio. No entanto, causa estranheza o fato de a referida lei desconsiderar todo o trabalho desenvolvido e estabelecido para a compulsoriedade de notificação das violências autoprovocadas, construído durante os governos Dilma e Lula e institucionalizado através do Sistema Viva e que especifica a notificação em até 24 horas após o conhecimento/atendimento da ocorrência. Para tal, a *nova* Lei se ampara legalmente unicamente na Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975 (Brasil, 1975), anteriormente complementada pela Portaria de Consolidação MS/GM nº 4, de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2017e), através de seu Anexo, a “Lista de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública”. Tem-se, assim, duas normativas em vigência referentes; não são excludentes, porém tratam o mesmo objeto de forma diversa.

Uma vez que na *nova* lei o “suicídio” ocupa lugar específico, merece ser destacado que sua concepção é relacionada como pertencente à “saúde mental”. É, portanto, decorrente de algo que não vai bem por aí, ainda que não haja explicitação se seria decorrente de transtorno mental, uso abusivo de álcool e drogas ou outro condicionante, ainda que sejam apontados três fatores de base: “sofrimento psíquico”, “sofrimento agudo” ou “sofrimento crônico”. O fato é, para tais situações de “saúde mental”, institui-se a Política como “estratégia” para a “prevenção” e para o “tratamento” da *doença*. Para tal, objetiva-se a

¹³² Ao término desta tese, o referido Inquérito está em curso em vários municípios do país e seu respectivo “Formulário de coleta de dados” ganhou um campo específico para investigação de atendimentos de urgência/emergência decorrentes de violência autoprovocas/suicídio.

garantia do acesso à atenção psicossocial, “especialmente” para aquelas com “histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio”.

Por último, outros objetivos da ***Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio*** chamam a atenção. Apresento-os a seguir.

O V tem como objetivo “abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas do suicídio e garantir-lhes assistência psicossocial” (Brasil, 2019a, p. 1). Questiono, sem respostas, do que significa “abordar”? Como vejo, no cotidiano e nos bastidores dos serviços da saúde é, frequentemente e como sinalizado, uma *abordagem* estigmatizadora, racista, recriminatória, carregada de moralidades. Por outro lado, continuo – essa abordagem poderia ser a *posvenção* não nomeada? Fica a dúvida. Em não havendo troca, diálogo, etnografar documentos impõe maiores limites de compreensão e mais cuidado com as “traduções”, conforme alerta Venna Das (Vianna, 2020).

Muito louvável é seu objetivo VII, o de “promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras” (Brasil, 2019a, p. 1). Esta não é “*ficha dos sonhos*” de Martinha, mas é o meu *sonho de operacionalização*. Na prática, a dificuldade de articulação é permanente, ainda hoje e, no passado mais longínquo, quando trabalhei com governos locais progressistas que valorizavam a temática, dialogavam sobre a temática, apoiavam as idealizações e iniciativas da Seção de DANT e cumpriam com o financiamento das atividades propostas. Daí, pergunto: como articular intersetorialmente se nem internamente isso vem sendo possível?

Para exemplificar, em novembro de 2022, preparei e submeti uma Linha de Cuidado de Prevenção do Suicídio a uma determinada gestão da SMS-JP. Pontualmente, esta é uma proposta, tal como prevê todos os documentos dos organismos internacionais apresentados e a nossa PNRMAV, onde disparar a prevenção do suicídio implica no envolvimento de diversos setores da sociedade. Por outro lado, no “*miudinho*” local da saúde, isso significa que ao disparar uma proposta de cuidado para um “fenômeno” complexo como as tentativas de suicídio, deve haver a articulação entre os diversos setores componentes da rede de atenção à saúde (áreas técnicas da Atenção à Saúde; Rede de Urgência e Emergência, Gestão de Trabalho, Educação Permanente, entre outras áreas). Até o momento, passando por muitas promessas “*de vamos sentar*”, não obtive apoio.

Por último, destaco o Art. 4º, que registra como objetivo “o poder público manterá serviço telefônico para recebimento de ligações, destinado ao atendimento gratuito e sigiloso de pessoas em sofrimento psíquico”, considera para tal o uso de “outras formas de comunicação” e a “qualificação adequada” dos “atendentes”, bem como a sua ampla

divulgação através de campanhas (Brasil, 2019a, p.2). Objetivo igualmente louvável, a não ser por suas contradições e pelo fato de termos como parceiro institucional o Centro de Valorização da Vida (CVV) que oferece esse serviço, com experiência e profissionalismo desde 2017 e mantém convênio com o próprio MS desde a década 1980 segundo Dr. Carlos Felipe e firmado pelo próprio à gestão à época, no MS.

Há, portanto, duas políticas públicas implantadas afins à prevenção do suicídio. Uma, a *Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências* (Brasil, 2001b), implantada e implementada e, outra, a *Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio* (Brasil, 2019a), implantada, regulamentada e em *curso* de implementação.

Para efetivação da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, o Decreto nº 10.225, de 5 de fevereiro de 2020 “instituiu o **Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio** [CGPNPAS], regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada” (Brasil, 2020a).

Se o CGPNPAS alcançará o mérito de institucionalização da PNPAS e com ela, do suicídio enquanto “fenômeno” evitável, só o tempo dirá. Conhecido durante a investigação para esta tese e surpresa com sua existência, procurarei acompanhá-lo através dos seus relatórios, os quais, segundo informação do próprio Comitê, devem ser expedidos a cada final de ano¹³³. Enfim, a história de construção da PNRMAV mostra que há muito a se galgar. Vamos em frente.

Ir em frente significa também olhar para a pesquisa almejada, realizada e pensar possibilidades futuras tanto de (re)visitar esta tese como a de debulhar o restante do material etnografado e não apresentado. Originalmente, o planejamento para finalizar esta redação incluía pensar os vazios e desafios de um conjunto político de prevenção do suicídio na prática, em sua operacionalização a partir da sua linha temporal de idealização e construção à implantação e implementação e apresentar reflexões acerca “[d]essas coisas todas”. A alteração dos rumos da pesquisa nos tempos da pandemia e após o exame de qualificação desta tese fizeram com que o projeto de pensar a operacionalização na prática fosse adiado.

¹³³ Para saber mais, acessar: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cgpnpas>.

Se a ideia inicial tivesse permanecido, o pano de fundo seria João Pessoa/PB, tendo como ponto de partida o *Grupo de Trabalho (GT) de Prevenção do Suicídio*, coordenado por uma instituição Estatal (Ministério Público Estadual da Paraíba), no seu Núcleo de Políticas Públicas e Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos da Saúde; a ***Rede [local] de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas*** [RAPS]; as/os interlocutores desta tese identificados na seção metodológica como *agentes elaboradores e operacionalizadores da política no nível municipal* da SMS-JP (a exemplo de Lara e Roberto, ficticiamente, identificados por Lara e Roberto) e *pessoas em situação de suicídio* que vivem a vida no município e convivem com a morte ou a eminência de um suicídio próximo. No rumo da prosa final desta seção, ainda que não me debruce sobre a temática então pretendida, considero importante pontuar algumas considerações.

A Portaria nº 3.088/2011 (Brasil, 2011c), que institui a RAPS é, um documento normativo e se caracteriza, ainda, como operacional, uma vez que, ao definir os “pontos de atenção da Rede”, segundo seus níveis de atenção e suas responsabilidades, indica as “modalidades de serviços” a serem prestados e quem se destina, segundo, faixa etária, diagnóstico de saúde mental, dependência de crack, álcool outras drogas, situação de vulnerabilidade, principalmente.

Como sinalizado, na respectiva Portaria não há menção direta ao suicídio, às tentativas de suicídio ou às ideias de suicídio. Porém, se consideramos os demais documentos analisados e a vinculação causal do suicídio aos transtornos mentais, dependência de álcool e outras drogas, bem como, ao sofrimento, temos aí uma legislação que atende tanto às pessoas vitimadas pelo “fenômeno”, como àquelas que carregariam características de risco em potencial para tentarem o suicídio. Nesse sentido, uma vez que, para além dos atendimentos de urgência e emergência, de reabilitação, de cuidado com projeto terapêutico individual, atenção hospitalar, etc., e um dos objetivos gerais é “produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços na rede” (Brasil, 2011c, p. 2), a princípio, pode-se afirmar que, a norma converge com o conjunto político de prevenção do suicídio e, em especial com a ***Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio*** (Brasil, 2019a) e abrange, também, a atenção às *pessoas em situação de suicídio*.

Por fim, embora tenha optado por adiar a apresentação das experiências locais de operacionalização para refletir como o suicídio é apreendido pela gestão municipal de saúde, destaco a importância dessa escala de análise visto que pode expor a ordem das ações estatais

de saúde tanto em termos de explorar o problema de saúde pública quanto estratégias políticas de prevenção. Antecipo que, apesar das normas e diretrizes políticas traçadas pelas interlocutoras/or dessa pesquisa, o suicídio enquanto um problema de saúde crescente que ceifa a vida de pessoas cada vez mais jovens ou de pessoa mais velhas, deixando tantas outras em sofrimento parece inexistir enquanto prioridade política local.

Com reflexão inspirada por Veena Das, quando ela, em entrevista, expõe sobre o seu olhar quando incide sobre um campo etnográfico e destaca a configuração política/mudanças políticas, o jogo político, a disputa política, como “variável” mais importante até do que se evidencia como um problema de saúde pública, penso na disputa política sob a temática suicídio. Na disputa política do miudinho pelos “fenômenos” de interesse da saúde pública (particularmente nos municípios) sobressai a escolha não pelos problemas de saúde pública de maior mortalidade ou morbidade, apontados como de importância sanitária pela Epidemiologia

Ainda que essa peneira epidemiológica pelos problemas de maior gravidade estatística (para retirar aqui a epidemiologia e deixar somente os números) seja questionável, no âmbito político da operacionalização das políticas públicas, sobressai a escolha pelos problemas de saúde pública que trazem maior visibilidade à gestão em atuação. Essa escolha é claramente perpetrada pelos grupos de pessoas políticas em disputa com *suas* ações/intervenções realizadas e/ou publicizadas (praticadas ou não), não raro vinculada, como costume dizer, aos CPFs (Cadastros de pessoas físicas) em exercício. O tempo é outra variável a ser ressaltada. O tempo de uma gestão política, excetuando-se o tempo de permanência de uma determinada gestão, suas entradas e saídas, suas intervenções se prolongam e, sobremaneira, trazem resultados (positivos ou negativos) a médio ou longo prazo.

Com esses apontamentos, me dirijo às considerações finais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

ESPERANÇANDO

“Eu sou uma pessoa que tem esperança. Eu acho que o caminho é pra andar, é pra percorrer e percorrer esse caminho - eu vou cantar uma musiquinha pra vocês, aquela que diz assim: estou esperando pro carnaval chegar! [...] o amanhã vai chegar” (Maria Cecília de Souza Minayo, 2022).

“Suicídio, o grito final de uma dor aguda que, nem sempre, somos/estamos capazes de escutar” (Iracilda Cavalcante de Freitas Gonçalves, 2017).

Esta foi uma tese planejada, construída e reconstruída, tecida e redigida entre tempos *normais* e tempos extraordinários da pandemia de Covid-19, com todo o atravessamento de impactos emocionais e logísticos. Se, em um trabalho de tese no curso normal, alguns fios quase sempre fiquem soltos, em tempos como o da feitura desta tese, talvez somem-se aí mais alguns, seja para serem alinhavados, seja para permitir continuar a costura em outros tempos, talvez mais serenos e de com a maturação adquirida no processo de ter me tornado uma antropóloga.

Sobre a proposta investigativa, o objeto de pesquisa desta tese e as perguntas inicialmente formuladas trago considerações, digamos, mais firmes sobre algumas e, sobre outras, a permanência de inquietudes, ainda que parcialmente compreendidas.

Dos documentos internacionais e nacionais que retratam a tomada e a trajetória do suicídio como um “problema de saúde pública” desde um “fenômeno” reconhecido, mas tratado como “outro”/“outra” violência até seu re(reconhecimento) com nome próprio e política própria, nesta tese busquei discutir sobre os mecanismos envolvidos entre a idealização e construção, implantação e implementação e operacionalização do conjunto de políticas públicas de prevenção do suicídio.

Nos documentos normativos, políticos/recomendatórios e, nos operacionais, com menos ênfase, o suicídio é reconhecido pela sua natureza complexa, na operacionalização, no serviço, no chão da fábrica, na atenção às *pessoas em situação de suicídio*. Segundo Roberto (2021), interlocutor desta tese e com atuação em gestão, tal reconhecimento “chega muito

pouco às equipes nos serviços de saúde”. Há uma lacuna entre o “pensar” e o praticar o “cuidado” que traduz, em parte, a falta de “organicidade”, da capacidade para a ação e da compreensão, como um “todo”, de que a prevenção do suicídio faz parte do serviço (Roberto, 2021). Os fenômenos/agravos/eventos de resolutividade média e longa ou de grande dificuldade de resolutividade “escapam” entre as metas a serem alcançadas e pelas tramas da lógica cotidiana dos serviços. Resta um vazio de assistência às *pessoas em situação de suicídio*, oportunidade para o mercado bater à porta da atenção à saúde via medicalização do sofrimento.

Embora a patologização do sofrimento ainda não esteja dada como “procedimento” corriqueiro no cotidiano da atenção básica, na porta de entrada do SUS, está presente e com força nas urgências e emergências e nos serviços de média complexidade, onde os especialistas imperam. A marca da prática do uso da técnica de “estabilizar”, seguida de “alta” nos espaços de “informações adicionais” das “fichas individuais de notificação de violência interpessoal” e autoprovocada simboliza essa prática. Portanto, não é uma técnica neutra, ela invisibiliza, oculta, o “grave problema de saúde” e põe à tona a fragilidade do atendimento àquilo que escapa na capacidade, preparo e ética profissional no lidar com *pessoas em situação de suicídio*.

Uma política pública normatiza o serviço, no caso o serviço de saúde, mas não necessariamente se institucionaliza como uma política de Estado e como uma política das equipes de saúde e de seus profissionais. Este é o caso do conjunto político de prevenção do suicídio e, especificamente, da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (PNPAS). No Brasil, a prevenção do suicídio foi disparada pela Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), ainda que “mais madura”, já tendo atingido sua “maioridade”, também ainda “não entrou”, não está institucionalizada de fato, a exemplo de não haver uma referência de serviço consolidada voltada às pessoas em situação de suicídio, embora tecnicamente a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) seja esse equipamento público.

Ainda que a subnotificação das tentativas de suicídio seja uma questão a ser resolvida e, para tal, deva ser considerada pelas suas facetas culturais, quando pensamos no conjunto político de prevenção do suicídio e na notificação das tentativas de suicídio, é de se notar sua permanência e sua evolução enquanto instrumento político; ou seja, na e entre a história de construção de políticas de enfrentamento da violência (e, portanto, do suicídio) pode-se afirmar que o processo de notificação foi, de fato, institucionalizado e é um importante instrumento dar visibilidade ao “problema de saúde pública” e impulsionar a

“prevenção” e sua incorporação pelas gestoras/es de saúde. A normativa entrou, mas a dimensão de sua importância enquanto instrumento do fazer política pública não.

É preciso ressaltar que, como sanitarista e após esse mergulho, percebo a desconsideração pelas propostas políticas de prevenção do suicídio, apesar da magnitude epidemiológica e de sua constituição como problema de saúde pública, das dimensões sociais e culturais, das desigualdades racial e de gênero, da ênfase sobre faixas etárias específicas. Mesmo quando essas políticas são elaboradas no contexto local, quando fluxos de cuidado são desenhados e práticas de saúde podem se efetivar, as propostas de intervenção são recebidas administrativamente pela gestão municipal (e, também, pela instância federal), mas não se desdobram em decisões e avanços.

Com o redirecionamento desta tese posteriormente ao exame de qualificação, era grande a expectativa de pesquisar como se operacionaliza a prevenção do suicídio em e a partir de outras políticas públicas da área da saúde, ainda que, minha experiência na área, apontasse para uma possível “decepção”. De fato, os documentos mostraram menos ainda sobre o que eu pensava em encontrar, a exemplo, inclusive, das políticas públicas de saúde mental. Nesse caso, o suicídio sobressai como objeto de “transtorno mental” e presente enquanto tal está ausente, assim, como não recebe qualquer destaque específico no fluxo normativo e operacional quanto ao acolhimento das *pessoas em situação de suicídio*.

A decepção seria completa se o mergulho analítico e etnográfico não tivesse deixado emergir alguma sustentabilidade legal de apoio a possibilidades de prevenção do suicídio. Localmente é de se destacar, pela via da RAPS, a atenção e os re(arranjos) do CAPSi de João Pessoa na continuidade e sustentabilidade dos atendimentos durante a pandemia de Covid-19 e a Associação Vida Nova que, incansavelmente, organiza e organizou, antes e durante a pandemia de Covid-19 (de forma online), grupos de apoio mútuo para pessoas, entre outros, “amigos e familiares” enlutados pelo suicídio. Pela via da promoção da saúde, praticada por outros setores da saúde e por organizações da sociedade civil, coloco em relevo, o trabalho do CVV e do Fórum Nacional sobre Prevenção e Pósvenção do Suicídio nas e das Universidades¹³⁴ (PNPPSU) Universidades Suicídio. Por outro lado, a evidência sobre os vazios entre o aparato legal e a operacionalização permanece e ganha contornos que me fazem perceber que tais vazios estão mais relacionados às pessoas e as ocupações que as vinculam à gestão do que com as políticas construídas e implantadas.

¹³⁴ Cf. <https://youtube.com/@fnppsus?si=1BQIDhO69SWarQZS> e <https://docs.google.com/document/d/1OLUa15zgZfVffWu3bDbbD9PRlmenoyeQ/mobilebasic>.

Em relação às normativas de políticas públicas, embora o considerável volume de material explorado, o campo etnográfico desta tese impossibilita que eu ultrapasse as e as reflexões tecidas. Seria necessário acionar o percurso pensado inicialmente e ir a fundo nele, o percurso onde a vida da política “implementada” ocorre; ou seja, as áreas técnicas em suas reuniões, articulação de gestão, os serviços no seu dia-a-dia e as *pessoas em situação de suicídio*. Lembro-me de Venna Das e de seu alerta sobre a diferença da potência da investigação entre quando se está com o sujeito elaborador da política ou com o sujeito receptor da política o documento; o primeiro é, na maior parte das vezes, um autor de uma política sobre determinado contexto social (e de saúde) conhecido indiretamente, e o segundo, um sujeito quem vive a realidade e tem sua vida (e saúde) interpelada por ela.

Com o primeiro desenho de campo, havia o percurso de, com algumas *pessoas em situação de suicídio* acessar os hiatos e vazios da operacionalização do conjunto político de prevenção do suicídio e, com isso, contribuir com reflexões sobre “sofrimento social”, caminhada iniciada, mas interrompida. A princípio, por burilar emoções, a empreitada carrega uma temática delicada de ser trabalhada e exige espaço próprio, temporalidade sem medida, acolhimento e, até, encaminhamento para a rede de saúde, cuidados de pesquisa, impossíveis de serem praticados em tempos pandêmicos.

Interessante e a ser explorado é o fato do “sofrimento social” ser considerado, em todo o conjunto político de enfrentamento do suicídio, mesmo que à moda da saúde pública, como “determinantes”, mas não se atém a traduzir seu significado enquanto determinante. Entre alguns desses cenários tem-se o contexto de aumento dos suicídios entre policiais e a informação de que, proporcionalmente, as tentativas de suicídio entre as mulheres é maior do que a do que entre os homens e os homens morrem por suicídio mais do que elas. De que forma essa quadro esclarece e colabora para compreendermos o “sofrimento social” que reverbera no em torno dessas pessoas, inclusive nos serviços de saúde, nos estabelecimentos de educação etc.?. Muito provavelmente, temos aí a possibilidade de uma outra pesquisa, uma etnografia de campo no face a face com as *pessoas em situação de suicídio*.

No mesmo face a face, destaco como promissor pesquisas futuras terem como objeto o significado da prática de estabilizar nos atendimentos às *pessoas em situação de suicídio*, especificamente àquelas que tentaram suicídio, uma demanda de campo que talvez emergisse em outro contexto de feitura de tese que não esta, realizada em tempos pandêmicos, uma em que seja possível etnografar o cotidiano dos serviços de saúde, que não esta, realizada em tempos de pandemia.

Sobre outras políticas – especificamente voltadas à população indígena, LGBTQIAP+ e população negra, saúde do trabalhador, é imprescindível dar continuidade da investigação, mas pela via do *chão da fábrica*, onde a vida do miudinho ocorre. Ainda que os dados epidemiológicos sofram com a subnotificação e o retrato da realidade careça de elementos sobre a vida real como, de fato, ela transcorre, é necessário que antropólogos se debrucem sobre o tema do suicídio entre e, sobretudo, com essas populações/grupos de pessoas.

Considero que pesquisar para escrever uma tese e redigi-la, para além de um percurso acadêmico-científico, é fazer política, uma ação política presente e prevista nas diretrizes dos principais documentos norteadores do conjunto político de prevenção e enfrentamento do suicídio. Portanto, está na “agenda” atividade de sanitarista, após sua publicação (“depósito”), na atividade de pesquisadora/acadêmica, agora uma sanitarista/antropóloga, apresentá-la à nova gestão com convite extensivo às demais áreas da Secretaria. A partir de alguns de seus contraditórios objetivos, em um movimento intersetorial, retomar a PNPS e a PNRMAV e, em união a PNPAS, provocar a gestão da SMS-João Pessoa para apoio da proposta para a implantação e implementação da Linha de Cuidado de Prevenção do Suicídio (LIVITS) local. Com ela, continuar a caminhada esperando pela sua operacionalização local e na perspectiva de ver ambas implantadas, implementadas e operacionalizadas para, pouco a pouco, se institucionalizarem. Sigo com a importância maior de promover, salvar vidas e evitar *que vidas não sejam abreviadas pelo suicídio*.

As palavras de Iracilda Cavalcante de Freitas Gonçalves no prólogo destas Considerações Finais não chegaram ao acaso. Prestes a colocar o “ponto final”, olhei para trás e, de memória, revivi as anotações ainda não aproveitadas, os trechos rascunhados e inacabados, os “vários” cadernos de campo e os escritos de Iracilda na Apresentação do livro *Suicídio: prevenção, posvenção e direito à vida* (Gonçalves, 2017), uma das primeiras leituras inspiradoras para apresentação do na seleção de doutorado.

Com as palavras de Iracilda, as de Cecília Minayo e de Martinha finalizo esta caminhada, me junto ao seu propósito à época e sigo com o esperar que “o cuidado com o ser humano que sofre silenciosamente, embora muitas vezes, emita gritos inaudíveis para uma multidão que teima ficar na surdez do barulho” (Gonçalves, 2017, p.17), seja escutado e gere mais do que novas políticas públicas, que haja sua operacionalização de forma humanizada.

Que a “consciência social”, como Cecília Minayo chamou a atenção durante a *live* que a trouxe a esta tese, chegue e que, entre outras considerações trabalhadas na Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, consigamos tirar “a poeira de

debaixo do tapete” (Marta Silva, 2022) e colaborar para retirar o suicídio da invisibilidade; que o tema entre na pauta da gestão das políticas públicas, de fato, como um problema social, orgânico, a ser enfrentado.

REFERÊNCIAS

ABÉLÈS, Marc. **Thinking beyond the state**. New York: Cornell University Press, 2017.

ALBERT, Bruce. L'Or cannibale et la chute du ciel: une critique chamanique de l'économie politique de la nature (Yanomami, Brésil). **L'Homme**, tome 33, n. 126-128, p. 349-378, 1993. DOI: <https://doi.org/10.3406/hom.1993.369644>. Acesso em: 11 ago. 2024.

ALBERT, Bruce. Situação etnográfica e movimentos étnicos: notas sobre o trabalho de campo pós-malinowskiano. **Campos - Revista de Antropologia**, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 129-144, jun. 2014. ISSN 2317-6830. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/campos/article/view/42993/27044>. Acesso em: 11 set. 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/campos.v15i1.42993>.

ALBERT, Bruce; BRAGA, Leonardo Viana; ARAGON, Carolina Coelho; GALLOIS, Dominique Tilkin. Tradução: antropologia aplicada ou “antropologia implicada”? Antropologia aplicada ou “antropologia implicada”? Etnografia, minorias e desenvolvimento. **Revista de Antropologia da UFSCar**, [S.l.], v. 14, n. 2, p. 179–217, 2022. DOI: 10.14244/rau.v14i2.430. Disponível em: <https://www.rau2.ufscar.br/index.php/rau/article/view/430>. Acesso em: 6 set. 2024.

ALVES DA SILVA, Marta Maria *et al.* Agenda de Prioridades da Vigilância e Prevenção de Acidentes e Violências aprovada no I Seminário Nacional de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 57-64, mar. 2007.

ALVES, Flávia Jôse Oliveira *et al.* The rising trends of self-harm in Brazil: an ecological analysis of notifications, hospitalisations, and mortality between 2011 and 2022. **The Lancet Regional Health - Americas**, p. 1-11, 2024. Disponível em: <https://ippesbrasil.com.br/noticias/no-brasil-mortes-por-depressao-crescem-705-em-16-anos/>. Acesso em: 23 jun. 2024.

ALVES, Flávia Jôse Oliveira; MACHADO, Daiane Borges; BARRETO, Maurício Lima Barreto. **Efeito do Programa Bolsa Família na redução do suicídio nos municípios brasileiros**. In: Anais do Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2017 (Anais eletrônicos). Campinas, Galoá, 2017.

ARAUJO, Jacyra Azevedo Paiva de *et al.* Suicide among Indigenous peoples in Brazil from 2000 to 2020: a descriptive study. **The Lancet Regional Health - Americas**, v. 26, p. 1-10, out. 2023.

ASSIS, Simone Gonçalves de; AVANCI, Joviana Quintes. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, proteção, prevenção e promoção da saúde. In: NJAINE, Kathie; ASSIS, Simone Gonçalves de; CONSTANTINO, Patrícia; AVANCI, Joviana Quintes (org.). **Impactos da Violência na Saúde** [online]. 4th ed. updat. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2020, pp. 77-105. ISBN: 978-65-5708-094-8. <https://doi.org/10.7476/9786557080948.0006>.

BERTOLETE, José Manoel; FLEISCHMANN, Alexandra.; DE LEO, Diego; WASSERMAN, Danuta. Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. **Crisis**, 2004, 25(4): 147–155.

BONITA, Ruth; BEAGLEHOLE, Robert; KJELLSTRÖM, Tord [tradução e revisão científica Juraci Almeida Cesar]. **Epidemiologia básica**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2010.

BOTEGA, Neury José *et al.* Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 12, p. 2632–2638, dez. 2009.

BOURDIEU, Pierre. **Razões Práticas**: sobre a teoria da ação. 9. ed. Campinas, SP: Papirus, 1996.

BRASIL. **Lei nº 6.259/1975**. Lei de Vigilância Epidemiológica. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República. Brasília, 1975. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6259.htm. Acesso em: 20 out. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 20 de setembro de 1990. Brasília, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 20 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b.

BRASIL. **Portaria nº 3556/GM, de 02 de setembro de 1998**. Institui o Comitê Técnico Científico - CTC de Assessoramento ao Grupo Técnico para Acidentes e Violências e designa a presidência e composição do referido Comitê. Brasília, 1998a.

BRASIL. **Portaria nº 3.733/GM, de 14 de outubro de 1998**. Institui o Comitê de Prevenção de Acidentes e Violências na Infância e Adolescência vinculado ao Comitê Técnico Científico criado pela Portaria nº 3.556 de 02/09/1998 e designa a composição do referido Comitê. Brasília, 1998b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 309, de 08 de março de 2001**. Aprova a proposta do Ministério da Saúde de Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidente e Violência. Brasília, 2001a. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2001/resolucao-no-309.pdf>. Acesso em: 06 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001**. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília: Diário Oficial da União, Poder Executivo, 18 maio. Brasília, 2001b. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html. Acesso em: 08 abr. 2022.

BRASIL. **Portaria MS nº 1.968 de 25 de outubro de 2001**, que dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2001c.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990**. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.

BRASIL. **Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília: Diário Oficial da União, 25/11/ 2003. Brasília, 2003a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.778.htm. Acesso em: 08 abr. 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.826, de 22 de dezembro de 2003**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 dez. 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 936, de 19 de maio de 2004**. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. Brasília: Diário Oficial da União Edição Número 96 de 20/05/2004, 2004. Brasília, 2004a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0936_19_05_2004.html. Acesso em: 08 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.406, de 5 de novembro de 2004**. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. Brasília, 2004b. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/sobre/a-secretaria/legislacao-1/nacional/portarias/portarias-em-pdf/portaria_ms_2406_integra_2004/view. Acesso em 20 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis – DCNT – no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.542, de 22 de dezembro de 2005**. Institui Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio. Brasília: Diário Oficial da União, 27/12/ 2005. Brasília, 2005b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2542_22_12_2005.html. Acesso em: 07 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Diário Oficial da União, Brasília, 23 fev. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília: Diário Oficial da

República Federativa do Brasil, 2006 mar. 31; Seção 1:138. Redefinida em 2014. Brasília, 2006b.

BRASIL. **Portaria nº 1.356, de 23 de junho de 2006.** Institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2006 jun. 26; Seção 1:49. Brasília, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006.** Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, 2006d. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em: 08 abr. 2022.

BRASIL, Ministério da saúde. **Prevenção do Suicídio:** Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Campinas: Amigos da Vida, 2006e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de **Vigilância Epidemiológica. Sistema de informação de agravos de notificação: (((Sinan)))**: normas e rotinas. 2. ed. Brasília: Ed. MS, 2007. 67 p. (Série A. Normas e manuais técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010.** Inclui as violências autoprovocadas como agravo de notificação compulsória. Brasília, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2472_31_08_2010.html. Acesso em: 08 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011.** Define a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo território nacional. Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 08 jul. 2011b. Seção 1, p. 6911711. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 08 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 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 (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 30 dez. 2011. Brasília, 2011c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 08 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014.** Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 06 de junho 2014. Brasília, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 08 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016.** Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2016, fev. 18; Seção 1:23. Brasília, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada** [recurso eletrônico]. 2ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada>. Acesso em: 07 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2017/17-0522-cartilha-agenda-estrategica-publicada-df/view>. Acesso em: 16 jul. 2023.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017b. Anexo VII: Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017.** Altera a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html. Acesso em: 07 ago. 2023.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017d.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de Consolidação MS/GM nº 4, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017e. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/z/zika-virus/publicacoes/portaria-de-consolidacao-no-4-de-28-de-setembro-de-2017.pdf/view>. Acesso em: 16 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017.** Consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. **Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019.** Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Diário Oficial da União, Brasília, 29 abr. 2019. Brasília, 2019a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n%C2%BA-13.819-de-26-de-abril-de-2019-85673796>. Acesso em: 03 jul. 2024.

BRASIL. **Lei nº 13.931, de 11 de dezembro de 2019.** Altera o artigo 1º da Lei nº 10.778, de 24/12/2003 e que passa a obrigar a comunicação da ocorrência de violência contra a mulher a autoridades policiais. Brasília, 2019b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13931.htm. Acesso em 14 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 10.225, de 5 de fevereiro de 2020.** Brasília, 2020a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10225.htm. Acesso em: 09 nov. 2023.

BRASIL. **Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020.** Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020. Brasília: Diário Oficial da União, 2020b.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em saúde. **Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocados do Brasil.** Boletim Epidemiológico, Volume 52, n. 33, set., 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Suicídios em adolescentes no Brasil, 2016-2021.** Boletim Epidemiológico, Volume 53, n. 37, set. 2022.

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

BRUNDTLAN, Gro Harlem. 2002. Prefácio. In: KRUG, Etienne G. *et al.*, eds. **World report on violence and health.** Geneva: World Health Organization, 2002, p.X.

COSTA, Nilson do Rosário; MOREIRA, Marcelo Rasga; GUIMARÃES, Raphael Mendonça. **Adolescência e suicídio: um problema de saúde pública.** Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2024. Relatório de pesquisa.

DOAL, Débora da Silva; PASSOS, Maria Fabiana Damasio; FREITAS, Carlos Machado de (org.). **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

DUARTE, Cristina Maria Rabelais. Raízes da fome. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 1, n. 4, p. 482–483, dez. 1985.

DURKHEIM, Émile. **O Suicídio: estudo de sociologia** [1897]. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

DURKHEIM, Émile; NEVES, Paulo. **As formas elementares da vida religiosa: o sistema totêmico na Austrália**. São Paulo: Paulinas, 1989.

FARIA, Lina; SANTOS, Luiz Antonio de Castro. Violência e vulnerabilidade social: prática política e prevenção diante de riscos em saúde. In: FARIA, Lina (org.). **Violências e suas configurações: vulnerabilidades, injustiças e desigualdades sociais**. São Paulo: Editora Hucitec, 2020, p. 27-47.

GOIÂNIA. Secretaria de Saúde do Município de Goiânia. **Portaria nº 580, de 22 de outubro de 2021**. Institui a Linha de Cuidado Integral às Vítimas de Tentativas de Suicídio (LIVITS) e as estratégias para sua implantação e implementação na Rede de Atenção à Saúde do SUS, no município de Goiânia. Goiânia: Diário Oficial, Edição nº 7676, de 12 de novembro de 2021. Goiânia, 2021.

GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; NJAINE, Kathie; SCHENKER, Miriam. **Êxitos na prevenção da violência**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp/CLAVES; Hucitec, 2010.

GONÇALVES, Iracilda Cavalcante de Freitas (org.). **Suicídio: Prevenção, posvenção e direito à vida**. João Pessoa, PB: CuideSi Espaço Integrado de Educação Emocional, 2017.

KLEINMAN, Arthur; DAS, Veena; LOCK, Margaret. **Social suffering**. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press, 1997.

KOPENAWA, Davi; ALBERT, Bruce. “Prólogo”, “Palavras dadas”, “1. Desenhos de escrita”, “9. Imagens de forasteiros”, “10. Primeiros contatos”, “11. A missão” e “12. Virar branco”. In: **A queda do céu: palavras de um xamã Yanomami**. São Paulo: Cia. das Letras, 2015. p. 43-79; 221-290.

KRUG, Etienne G. *et al.*, eds. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

LAURENTI, Ruy; ALDRIGHI, José Mendes. Homenagem ao professor João Yunes. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 296-296, out. 2002.

LIMA, Cheila Marina de. **Documento Técnico nº 01**: documento técnico com levantamento dos marcos legais instituídos no País após a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, especialmente no setor saúde que poderá subsidiar a avaliação desta Política. Contrato OPAS CON20-00008811. Goiânia, set. 2020. 104 p. Documento Técnico.

LIU, Bao-Peng *et al.* Associating factors of suicide and repetition following self-harm: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. **eClinicalMedicine**, v. 49, 101461, 2022. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(22\)00191-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(22)00191-2/fulltext). Acesso em: 9 ago. 2024.

LUND, Crick *et al.* Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. **Lancet**, London, v. 378, p. 1502–1514, 2011.

MAGNANI, José Guilherme Cantor. De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 11-29, jun. 2002.

MALINOVSKY, Bronislaw. **Os Argonautas do Pacífico Ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné melanésia**. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 47-65, set. 2006. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 9 nov. 2023.

MALUF, Sônia Weidner. Biogitimidade, direitos e políticas sociais: novos regimes biopolíticos no campo da saúde mental no Brasil. In: MALUF, Sônia Weidner; SILVA, Érica Quinaglia (org.). **Estado, políticas e agenciamentos sociais em saúde: etnografias comparadas**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2021, p.14-43. E-book (PDF). Disponível em: <https://doi.org/10.5007/978-65-5805-033-9>. Acesso em: 06 jun. 2024.

MALUF, Sônia Weidner; FRANCH, Mônica; SILVA, Luziana M. da Fonseca; CARNEIRO, Rosamaria Giatti; SILVA, Érica Quinaglia (org.). **Antropologias de uma pandemia: políticas locais, Estado, saberes e ciência na covid-19**. Florianópolis: Edições do Bosque, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/254302>. Acesso em: 06 jun. 2024.

MALUF, Sônia Weidner; SILVA, Érica Quinaglia (org.). **Estado, políticas e agenciamentos sociais em saúde: etnografias comparadas**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2021. E-book (PDF). Disponível em: <https://doi.org/10.5007/978-65-5805-033-9>. Acesso em: 06 jun. 2024.

MALUF, Sônia Weidner; SILVA, Érica Quinaglia; SILVA, Marco Aurélio da. Antropologia da saúde: entre práticas, saberes e políticas. **BIB - Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, [S.l.], v. 91, p. 1-38, 2020.

MANDELA, 2002. Prefácio. In: KRUG, Etienne G. *et al.*, eds. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002, p.IX.

MARCUS, George. Ethnography in/of the world system: the emergence of multi-sited ethnography. **Annual Review of Anthropology**, v. 24, p. 95-117, 1999.

MARCUS, George. Entrevista com George Marcus. **Mana** [online], v. 21, n. 2, p. 407-423, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-93132015v21n2p407>. Acesso em: 8 jul. 2024. ISSN 1678-4944.

MARON, Gloria; VIEIRA, Marcus André; MUÑOS, Nuria Malajovich; BORSOI, Paula (org.). **Caminhos de estabilização na psicose**. Rio de Janeiro: ICP-RJ/Subversos, 2011.

MARTINS FILHO, Moacir Tavares; NARVAI, Paulo Capel. O sujeito implicado e a produção de conhecimento científico. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 646-654, out./dez. 2013.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2003.

MEYER, Tufi Neder; RESENDE, Ione Lamounier Camargos; ABREU, Juscélio Clemente de. Incidência de suicídios e uso de agrotóxicos por trabalhadores rurais em Luz (MG), Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 32, n. 116, p. 24–30, jul. 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Raízes da Fome**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1985.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1995.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1996.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Hermenêutica-Dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely (org.). **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 83-107.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1259–1267, 2006. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500015>. Acesso em: 04 abr. 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. **Caminhos do Pensamento: epistemologia e métodos**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. ISBN 978-85-7541-411-8.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Sueli Ferreira (org.). **Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, 349 p. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/fx9hn/epub/minayo-9788575415412.epub>. Acesso em: 04 abr. 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 237–248, jul. 1993.

MINOIS, Georges. **História do Suicídio: a sociedade ocidental diante da morte voluntária**. São Paulo: Editora Unesp, 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 7–23, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de; ASSIS, Simone Gonçalves de. É preciso retomar com força a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por

Acidentes e Violência (PNRMAV). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 6, p. 1598–1598, jun. 2023.

MOL, Annemarie. **The logic of care: health and the problem of patient choice**. Abingdon, Oxon: Routledge, 2008.

MORA, Mariana. Política Kuxlejal: Autonomía indígena, el Estado racial e investigación descolonizante en comunidades Zapatistas. **CIESAS Publicaciones de la Casa Chata**, 2018.

NAGAFUCHI, Thiago. **Um réquiem feito de silêncios: suicídio, gênero e sexualidade na era digital**. 2017. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2017. 217 p.

NAGAFUCHI, Thiago. Um olhar antropológico sobre o suicídio: devir, formas de vida e subjetividades. **Revista M**. Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer, Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, p. 101-124, 2019.

NEVES, Ednalva Maciel. **Antropologia e ciência: uma etnografia do fazer científico na era do risco**. São Luís: EDUFMA, 2008.

NEVES, Ednalva Maciel; WANICK, Heloisa. Velhos debates, novas intersecções: anotações antropológicas sobre as aproximações entre antropologia e epidemiologia em tempos de pandemia por Covid-19. In: LONGHI, Márcia Reis; PAZ TELLA, Marco Aurélio; GOLDFARB, Maria Patrícia Lopes (org.). **Antropologias, diversidades e urgências: 10 anos de pesquisa no PPGA/UFPB**. Dados eletrônicos – João Pessoa: Editora UFPB, 2021.

NUNES, Everardo Duarte. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 1087–1088, jul. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400030>. Acesso em: 04 abr. 2023.

NUNES, Mônica de Oliveira. Da aplicação à implicação na antropologia médica: leituras políticas, históricas e narrativas do mundo do adoecimento e da saúde. **História, Ciências, Saúde, Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 403-420, abr./jun. 2014.

ORELLANA, Jesem Douglas Yamall; SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de. Excess suicides in Brazil: Inequalities according to age groups and regions during the COVID-19 pandemic. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 68, n. 5, p. 997-1009, 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Las Condiciones de Salud en Las Américas, Edición 1994**, v. 1. Washington, D.C.: OPS, 1994. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52720>. Acesso em: 25 set. 2024.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Declaración de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud. In: Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud. **Bol Oficina Saint Panam** 118(2), 1995. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16675/v118n2p170.pdf?sequence=1>. Acesso em: 08 fev. 2024.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. CD37/19/ **Resolución III**. Washington D.C.: OPS/OMS, 1993. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7012/15685.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 08 fev. 2024.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Violencia y Salud. **Resolución n° XIX**. Washington D.C.: Opas; 1994. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7012/15685.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 08 fev. 2024.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **CD37. R19: Violence and Health**. Washington, D.C., 1993. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/1576>. Acesso em: 21 jul. 2024.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Informe Del Director: Cuadrienal 1990-1993; Anual 1993**, 1994. Disponível em: <http://hist.library.paho.org/English/OD/18267.pdf>. Acesso em: 25 set. 2024.

PAIM, Jairnilson Silva. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, n. 2, p. 167–183, abr. 1986.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2018, v. 23, n. 6, p. 1723–1728.

PALERMO, Elisa Gabriela; TOZZINI, María Alma; BONETTI, Alinne e FLEISCHER, Soraya (org.). **Entre saias justas e jogos de cintura**. Florianópolis: Editora Mulheres, 2007. 372 p.

PEIRANO, Mariza Gomes e Souza. A favor da etnografia. **Anuário Antropológico**, [S.l.], v. 17, n. 1, p. 197–223, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/anuarioantropologico/article/view/6535>. Acesso em: 10 abr. 2022.

PEREIRA, Maria Fernanda Salvadore. **Sensibilidades, risco e cuidado: trajetórias e tratamento de jovens usuários em um CAPSi**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Florianópolis: UFSC/PPGAS, 2018. 224 p.

PIRES, Dario Xavier; CALDAS, Eloisa Dutra; RECENA, Maria Celina Piazza. Intoxicações provocadas por agrotóxicos de uso agrícola na microrregião de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil, no período de 1992 a 2002. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 804–814, maio 2005.

RIBEIRO, Sidarta; PIMENTEL Ana P.; FERNANDES, Valter R.; DESLANDES, Andrea C., AMARANTE Paulo. It is time for more holistic practices in mental health. **PLOS Ment Health** 1(1): e0000028. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmen.0000028>. Acesso em: 19 set. 2024.

SHNEIDMAN, Edwin. **Definition of suicide**. New York, NY, John Wiley & Sons, 1985.

SILVA, Érica Quinaglia; ROCHA, Wesley Braga da; OLIVEIRA, Gabriel Dourado de Oliveira. A política nacional de saúde mental e suas (in)adequações: uma perspectiva do Estado “visto de baixo”. In: SILVA, Érica Quinaglia *et al.* Elisabeth (org.). **Antropologias do contemporâneo** [recurso eletrônico]: uma homenagem à Sônia Weidner Maluf. Florianópolis: Editora da UFSC, 2022.

SOUSA, Heloisa Cardoso Wanick Loureiro de. **Desafios metodológicos e éticos: o acaso na busca de compreensão sobre o extraordinário nas intervenções de prevenção do suicídio em tempos de covid-19 em João Pessoa/Brasil**. In: MALUF, Sônia Weidner; FLEISCHER, Soraya; FRANCH, Mônica Lourdes (org.). Seminário Interno do Projeto AntropoCovid-19: desafios metodológicos e éticos. 2, 2021, João Pessoa. Anais eletrônicos. João Pessoa: UFPB/PPGA, 2021, p. 112-116.

STACK, Steven. Suicide: a 15-year review of the sociological literature. Part I: cultural and economic factors. **Suicide Life Threat Behav**, 2000, Summer; 30(2): 145-162. PMID: 10888055.

TORNQUIST, Carmen Susana. Vicissitudes da subjetividade: auto-controle, auto-exorcismo e liminaridade na antropologia dos movimentos sociais. In: Alinne Bonetti e Soraya Fleicher (org.). **Entre saias justas e jogos de cintura**. 2. ed. Santa Cruz e Florianópolis: UNISC e Editora Mulheres, 2007, p. 43-73.

TURNER, Terence. 1991. Representing, resisting, rethinking: historical transformations of Kayapo culture and anthropological consciousness. In: George W. Stocking Jr. (ed.). **Colonial situations: essays on the contextualization of ethnographic knowledge** (History of Anthropology, 7). Madison: The University of Wisconsin Press.

VIANNA, Adriana. Vida, palavras e alguns outros traçados: lendo Veena Das. **Mana**, v. 26, n. 3, p. e263206, 2020.

VÍCTORA, Ceres Gomes; KANUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WANICK, Heloisa; NEVES, Maciel Ednalva. Das informações epidemiológicas às políticas, ou da ausência delas, no enfrentamento às situações de suicídio: anotações arriscadas sobre suicídios a partir da pandemia em João Pessoa/PB, Brasil. In: MALUF, Sônia Weidner; FRANCH, Mônica; SILVA, Luziana M. da Fonseca; CARNEIRO, Rosamaria Giatti; SILVA, Érica Quinaglia (org.) **Antropologia de uma pandemia: políticas locais, Estado, saberes e ciência na COVID-19**. Florianópolis: Edições do Bosque, 2024, p. 213-237. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/254302>. Acesso em 04 maio 2024.

WEBER, César Augusto Trinta. A internacionalização da campanha Setembro Amarelo®. **Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 1–6, 2023. DOI: 10.25118/2763-9037.2023.v13.1050. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/1050>. Acesso em: 27 mar. 2024.

WORLD HEALTH ASSEMBLY, 49. **Prevention of violence: public health priority**. World Health Organization, 1996. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/179463>. Acesso em 11 ago. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Informe del Subcomité Especial Sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo.** Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide worldwide in 2019:** global health estimates [Internet]. World Health Organization, 2021. Disponível em:

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf?sequence=1>.

Acesso em: 19 set. 2023.

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA 1 - ORIGINAL

ROTEIRO DE ENTREVISTA ETNOGRÁFICA A SER APLICADO JUNTO A PESSOAS QUE VIVEM OU VIVERAM SITUAÇÃO DE SUICÍDIO, COM HISTÓRICO DE, PELO MENOS, UM ACESSO À REDE DE SERVIÇOS PÚBLICA DE JOÃO PESSOA OU DE PARCEIROS INSTITUCIONAIS E INTERINSTITUCIONAIS DE CUIDADO/ATENÇÃO (A PERCEPÇÃO SOBRE O ACESSO, O PERCURSO E O CUIDADO)

IDENTIFICAÇÃO: idade, estado civil, renda familiar, pessoal, se é chefe de família, com quem vive (pais, esposos, filhos, parentes, amigos, etc.), trajetória da família (como origem), local de moradia; religião.

TRAJETÓRIA DE ACESSO À REDE DE CUIDADO/ATENÇÃO DA REDE DE SAÚDE PÚBLICA: caráter de acesso e tipo de serviço (indicação, emergência, urgência, prevenção, tratamento, outro e se serviço da rede de saúde pública ou de outro serviço parceiro), motivação de acesso; duração de contato com a rede; percurso, percepção sobre adoecimento mental, sofrimento mental e suicídio, como sente e avalia a acolhida na rede; como avalia a qualidade do serviço, a depender, antes e/ou durante a pandemia.

APÊNDICE B – CONJUNTO DE ROTEIROS TEMÁTICOS DE ENTREVISTAS

1. ROTEIRO DE ENTREVISTA ETNOGRÁFICA A SER APLICADO JUNTO A PROFISSIONAIS ELABORADORES OU CONSTRUTORES DA POLÍTICA NACIONAL DE PREVENÇÃO A ACIDENTES E VIOLÊNCIAS E OUTRAS AFINS À PREVENÇÃO E POSVENÇÃO AO SUICÍDIO (NÍVEL DE ELABORAÇÃO E PROPOSIÇÃO DE POLÍTICAS).

IDENTIFICAÇÃO: idade, situação conjugal, renda familiar, pessoal, se é chefe de família, com quem vive (pais, esposos, filhos, parentes, amigos, etc.), trajetória da família (como origem), local de moradia; religião.

TRAJETÓRIA PROFISSIONAL: motivação para escolha da profissão, trajetória de formação; início da vida profissional; se fez concurso público; trabalhos atuais e pregressos afins à construção e implementação da política; regimes de trabalho e tipo de vínculo.

POLÍTICAS DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO: discorra sobre sua atuação na construção e implementação da política de prevenção ao suicídio, desafios pregressos, entraves, avanços, desafios futuros. por último, como avalia/enxerga a relação o cenário de prevenção ao suicídio no curso da pandemia por covid-19.

2. ROTEIRO DE ENTREVISTA ETNOGRÁFICA A SER APLICADO JUNTO A PROFISSIONAIS DA REDE DE CUIDADO/ATENÇÃO (OPERACIONALIZAÇÃO)

IDENTIFICAÇÃO: idade, situação conjugal, renda familiar, pessoal, se é chefe de família, com quem vive (pais, esposos, filhos, parentes, amigos, etc.), trajetória da família (como origem), local de moradia; religião.

TRAJETÓRIA PROFISSIONAL: motivação para escolha da profissão, trajetória de formação; início da vida profissional; se fez concurso público; trabalhos atuais; regimes de trabalho e tipo de vínculo.

PRÁTICAS DE CUIDADO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE SUICÍDIO: como se dá a chegada das pessoas em situação; como se dá o acolhimento; qual o tipo de práticas aplicado; como se sente enquanto profissional frente ao atendimento; como se sente em relação à estrutura do serviço e, finalmente, como enxerga a aplicação das políticas afins no cotidiano dos serviços antes e no curso da pandemia.

3. ROTEIRO DE ENTREVISTA ETNOGRÁFICA A SER APLICADO JUNTO A PESSOAS QUE TRABALHAM VOLUNTARIAMENTE OU ATRAVÉS DE OUTRA FORMA JUNTO A GRUPOS DE APOIO (E AFINS) A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE SUICÍDIO.

IDENTIFICAÇÃO: idade, situação conjugal, renda familiar, pessoal, se é chefe de família, com quem vive (pais, esposos, filhos, parentes, amigos, etc.), trajetória da família (como origem), local de moradia; religião; atuação profissional e grupo de apoio (ou afim) que participa.

TRAJETÓRIA PROFISSIONAL: trajetória de formação; início da vida profissional; se fez concurso público; trabalhos atuais; regimes de trabalho e tipo de vínculo motivação para escolha de participação no referido grupo; forma de ingresso e de atuação.

PRÁTICAS DE CUIDADO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE SUICÍDIO: há um lema ou um objetivo principal do grupo? Se sim, qual? Como se dá a chegada das pessoas em situação de suicídio; como se dá o acolhimento no grupo; qual tipo de prática é aplicada?; como se sente enquanto voluntário no atendimento ou frente à sua função no grupo, quando de atuação, indireta, por exemplo.?; Como se sente em relação à estrutura do grupo?

4. ROTEIRO DE ENTREVISTA ETNOGRÁFICA A SER APLICADO JUNTO A PESSOAS QUE VIVEM OU VIVERAM SITUAÇÃO DE SUICÍDIO, COM HISTÓRICO DE, PELO MENOS, UM ACESSO À REDE DE SERVIÇOS INSTITUCIONAIS E INTERINSTITUCIONAIS DE CUIDADO/ATENÇÃO (A PERCEPÇÃO SOBRE O ACESSO, O PERCURSO E O CUIDADO)

IDENTIFICAÇÃO: idade, situação conjugal, renda familiar, pessoal, se é chefe de família, com quem vive (pais, esposos, filhos, parentes, amigos, etc.), trajetória da família (como origem), local de moradia; religião; profissão.

EXPERIÊNCIA COM SUICÍDIO: foi um parente; pessoal. quais as consequências pra si mesmo e pra família; quais recursos psicológicos e outros, apoio, caminho; a história de suicídio (o que aconteceu, quando se tornou público sua história com o suicídio).

TRAJETÓRIA DE ACESSO À REDE DE CUIDADO/ATENÇÃO DA REDE DE SAÚDE PÚBLICA: caráter de acesso e tipo de serviço (indicação, emergência, urgência, prevenção, tratamento, outro e se serviço da rede de saúde pública ou de outro serviço parceiro), motivação de acesso; duração de contato com a rede; percurso, percepção sobre adoecimento mental, sofrimento mental e suicídio, como sente e avalia a acolhida na rede; como avalia a qualidade do serviço, a depender, antes e/ou durante a pandemia.

APÊNDICE C



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
Centro de Ciências Aplicadas e Educação (CCAÉ)
Centro de Ciências Humanas Letras E Artes (CCHLA)
Programa de Pós-Graduação em Antropologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

Esta pesquisa, **Experiências e políticas de enfrentamento do suicídio: análise antropológica de vivências e elaborações políticas de intervenção em tempos de pandemia em João Pessoa/PB, Brasil**, dedica-se ao estudo sobre o universo de articulação entre os processos políticos e os agentes neles envolvidos quando da construção de políticas públicas e intervenções acerca da prevenção e posvenção do suicídio, nos tempos ordinários e extraordinários da pandemia de covid-19 em João Pessoa, Paraíba (PB) e está sendo desenvolvida pela pesquisadora Heloisa Cardoso Wanick Loureiro de Sousa, aluna do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof^a Dra^a Ednalva Maciel Neves.

O projeto desta pesquisa está contemplado e aprovado no Sistema CEP/UNB/ICHES sob o Eixo 2 (Saúde mental e sofrimento social) do projeto “Estado, populações e políticas locais no enfrentamento à pandemia de Covid-19: análise social e diretrizes de ação e intervenção não farmacológica em populações em situação de vulnerabilidade e precariedade social”, sob coordenação da Prof.^a Dra. Sônia Weidner Maluf, da rede de pesquisas ANTROPO-COVID.

Os objetivos do estudo visam à compreensão da dinâmica de construção e operacionalização de políticas de prevenção ao suicídio, a partir de uma abordagem antropológica, tomando como interlocução, por um lado, profissionais que participaram e participam da elaboração de políticas afins; profissionais que atuam ou atuaram nas redes institucionais e interinstitucionais de cuidado e, por outro lado, pessoas/famílias em situação de suicídio (aquelas que experimentam ou experimentaram tais situações de tentativas de suicídio ou morte por suicídio), analisando tendências de sofrimento no contexto da pandemia, em João Pessoa/PB.

A finalidade deste trabalho é contribuir para o conhecimento antropológico e da saúde sobre as modalidades de práticas, envolvendo a abordagem sobre a morte autoprovocada intencionalmente, o adoecimento e a saúde e, nesse sentido, colaborar com a construção de um conhecimento que possibilite intervenções e cuidados cada vez mais eficazes, abrangentes e respeitosos junto aos Serviços de Saúde Pública e de parceiros interinstitucionais.

Sua participação consistirá em fornecer uma entrevista com duração aproximada de 60 minutos, respondendo ao roteiro previamente elaborado para a pesquisa, assim como autorizar que as informações registradas sobre suas experiências profissionais ou pessoais de enfrentamento à situação de suicídio possam ser utilizadas na apresentação e publicação dos resultados deste estudo em eventos e revistas científicas.

Esclarecemos que é prioridade do estudo a preservação do sigilo, de modo que sua identidade estará resguardada. Em qualquer ocasião, forma de divulgação ou publicação dos dados e resultados, seu nome e caracterização serão mantidos em sigilo. Em respeito à fidelidade da sua apreciação, a entrevista será gravada, conforme a sua autorização. E, após transcrição efetuada pela pesquisadora, a gravação será extinta.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo junto às Instituições de cuidado.

Os riscos pela participação no estudo não são conhecidos, no entanto,

1) Como a pesquisa será feita ainda durante a pandemia, enquanto durar o isolamento social será feita remotamente, via redes sociais, formulário *Google* ou contatos online com os entrevistados. Em alguns casos específicos, a pesquisa demanda contato presencial. Nessas situações, todas as medidas de proteção, como distanciamento, uso de máscaras e álcool gel, entre outras, serão tomadas pela pesquisadora e pelas pesquisadas, no intuito de minimizar os riscos de contágio.

2) Como o tema pesquisado envolve adoecimento, isolamento social, risco de morte, e mobiliza emoções como medo, angústia, solidão, luto, entre outras, estarei atenta ao risco de gerar mal-estar junto aos entrevistados ao abordar determinados temas. Ao identificar a presença de algum mal-estar, estarei atenta para interromper a entrevista e mesmo cancelá-la, sempre com a possibilidade da(o) entrevistada(o) desistir de continuar participando da pesquisa. Além disso, estaremos à disposição para todo tipo de apoio que se fizer necessário em função de

situações que possam ser desencadeadas pela entrevista, inclusive apoio psicossocial através dos serviços de atendimento psicossocial das universidades envolvidas no projeto ou da rede de cuidado do sistema Único de Saúde.

3) Uma pesquisa feita no calor dos acontecimentos, no momento mesmo da urgência sanitária, pode levar a análises apressadas e inconsistentes. Por isso também estarei atenta a fazer um registro detalhado e rigoroso dos dados de campo, assim como uma leitura e análises detalhados buscando entender todos os aspectos envolvidos, comparando com outras situações similares e buscando apoio na literatura específica da área sobre o tema.

Quanto aos benefícios, aponto:

- 1) Compreensão dos impactos sociais da pandemia em diversas populações e comunidades em situação de vulnerabilidade e precariedade social;
- 2) Compreensão do alcance e dos limites das políticas sanitárias adotadas;
- 3) Contribuição para a avaliação e elaboração de políticas públicas e elaboração de diretrizes e propostas de ação e intervenções não farmacológicas diante da pandemia.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a), entendo os objetivos e aceito participar da pesquisa, dando consentimento para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma via deste documento, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, conforme registrado abaixo, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento.

_____, ____ de _____ de 202

Nome e assinatura do participante da
pesquisa



Para TCLE Tese Heloisa C.
Wanick Loureiro de Sousa

Heloisa C. Wanick L. de Sousa

Nome e assinatura do Pesquisador

Pesquisadora Responsável:

Heloisa Cardoso Wanick Loureiro de Sousa
Universidade Federal da Paraíba/UFPB
Programa de Pós-Graduação em Antropologia/PPGA
Campus I – Cidade Universitária – João Pessoa/PB, Brasil
CEP: 58.051-900
Telefones: (83) 3209-8736 (Secretaria) (83)-99811-6988 (Pesquisadora)

Projeto aprovado no Sistema CEP/UNB/ICHs com CAAE nº 44876821.7.1001.5540

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO -
SALA BT-01/2

Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900 UF: DF Município: BRASILIA

Telefone:(61)3107-1592

E-mail: cep_chs@unb.br

Obs.: O participante da pesquisa e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.

APÊNDICE D

DOCUMENTOS E MARCOS TEMPORAIS E/OU LEGAIS CONSULTADOS E/OU CONTEMPLADOS NA LINHA TEMPORAL (FIG. 2)

1. Resolução III/CE- OPAS – 1993.
2. Resolución XIX/CD37.19 - Violencia y Salud – 1993.
3. Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud - OPS – 1994.
4. Declaración de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud - 1994.
5. World Health Assembly 49/WHO: Prevention of violence: public health priority – 1996.
6. Resolução WHA49.25 - Prevention of violence: public health priority - 1996.
7. Portaria nº 3566 [3.566]/GM - Maria Cecília de Souza Minayo é nomeada presidente do Comitê Técnico Científico (CTC) de Assessoramento ao Grupo Técnico para Acidentes e Violências, que institui o Comitê Técnico Científico (CTC) de Assessoramento ao Grupo Técnico para Acidentes e Violências – 1998.
8. Portaria nº 3.733/GM, de 14 de outubro de 1998 - Maria Cecília de Souza Minayo é nomeada presidente do Comitê de Prevenção de Acidentes e Violências na Infância e Adolescência – 1998.
9. Portaria n.º 737/GM, de 16 de maio de 2001 - Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV) – 2001.
10. Portaria MS nº 1.968, de 25 de outubro de 2001 - notificação de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do SUS – 2001.
11. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde/OMS – 2002.
12. 44ª CONSELHO DIRETOR: SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL – Tema 4.12 da Agenda Provisória: repercussão da violência na saúde das populações americanas/OPAS/OMS – 2003.
13. Lei 10.826, de 22 de dezembro 2003. Estatuto do Desarmamento – 2003.
14. Portaria nº 1.356, de 23 de junho de 2006. Institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela – 2006.
15. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003 - notificação compulsória de violência contra a mulher – 2003.

16. Lei nº 936, de 19 de maio de 2004 - Rede Nacional de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde e implantação e implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios - 2004.
17. Agenda de Prioridades da Vigilância e Prevenção de Acidentes e Violências aprovada no I Seminário Nacional de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde (Silva *et al.*, 2007) – elaborada a partir do respectivo evento ocorrido em 2005.
18. Portaria nº 2.452, de 22 de dezembro de 2005 - Grupo de Trabalho para elaboração e implantação Estratégia de Prevenção ao Suicídio – 2005.
19. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006 - Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde - 2006.
20. Portaria nº 1.356, de 23 de junho de 2006 - Sistema de Vigilância das Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (Viva).
21. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006 - Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio.
22. Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010 - inclui as violências autoprovocadas como agravo de notificação compulsória – 2010.
23. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011 - além de para outros tipos de violência, torna universal a notificação compulsória da violência autoprovocada, atualizada e reforçada pela Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016 – 2011/2016.
24. Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011 - Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) – 2011.
25. 1ª edição Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências – 2011.
26. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 - institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS – 2011.
27. Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014 - Lista de notificação compulsória imediata – 2014.
28. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016 - define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional – 2016.
29. Agenda Estratégica pra Vigilância e Prevenção do Suicídio para o período de 2017 a 2020/MS (Cartilha) – 2017.

30. Portaria de Consolidação MS/GM nº 4, de 28 de setembro de 2017 - reforça o cumprimento de prazos de notificação e seguimento de fluxos através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) – 2017.
31. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017 - repasses financeiros passam a ser realizados através de “blocos de financiamento” – 2017.
32. Lei nº 13.819 de 26 de abril de 2019 - Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (PNPAS) 2019.
33. Lei nº 13.931, de 11 de dezembro de 2019 - altera o artigo 1º da Lei nº 10.778 e passa a obrigar a comunicação da ocorrência de violência contra a mulher a autoridades policiais – 2019.
34. Decreto nº 10.225, de 05 de Fevereiro de 2020 - Institui o Comitê Gestor da PNPAS, regulamenta a PNPAS e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada – 2020.

ANEXO A

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		Código (CID10)		3 Data da notificação	
	2 Agravo/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Y09		Código (IBGE)	
	4 UF	5 Município de notificação						
	6 Unidade Notificadora		<input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros		Código Unidade		9 Data da ocorrência da violência	
Notificação Individual	7 Nome da Unidade Notificadora				Código (CNES)		11 Data de nascimento	
	8 Unidade de Saúde							
	10 Nome do paciente							
	12 (ou) Idade		1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano <input type="checkbox"/> 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Gestante		1- 1º Trimestre 2- 2º Trimestre 3- 3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5- Não 6- Não se aplica 9- Ignorado		15 Raça/Cor	
Dados de Residência	16 Escolaridade		0- Analfabeto 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica		17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe	
	19 UF		20 Município de Residência		Código (IBGE)		21 Distrito	
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)		Código			
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Geo campo 1			
Dados Complementares	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência		29 CEP			
	30 (DDD) Telefone		31 Zona		32 País (se residente fora do Brasil)			
			1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado					
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social		34 Ocupação					
	35 Situação conjugal / Estado civil		1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado					
	36 Orientação Sexual		1- Heterossexual 2- Homossexual (gay/lésbica) 3- Bissexual 8- Não se aplica 9- Ignorado		37 Identidade de gênero:		3- Homem Transsexual 8- Não se aplica 9- Ignorado 1- Travesti 2- Mulher Transsexual	
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?		1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento			
Dados da Ocorrência	40 UF		41 Município de ocorrência		Código (IBGE)		42 Distrito	
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)		Código			
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3		48 Geo campo 4	
	49 Ponto de Referência		50 Zona		51 Hora da ocorrência		(00:00 - 23:59 horas)	
		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 07 - Comércio/serviços 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 08 - Indústrias/construção 03 - Escola 06 - Via pública 09 - Outro 99 - Ignorado		53 Ocorreu outras vezes?		
						1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 54 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		

SVS 15.06.2015

ANEXO A (CONTINUAÇÃO)

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espandimento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
Dados do provável autor da violência	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1- Um 2- Dois ou mais 9- Ignorado 61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(a) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional		
Encaminhamento	62 Sexo do provável autor da violência 1- Masculino 2- Feminino 3- Ambos os sexos 9- Ignorado 63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 64 Ciclo de vida do provável autor da violência: 1-Criança (0 a 9 anos) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 9-Ignorado		
	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado 68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX		
	69 Data de encerramento		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais:			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136			
TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180			
Disque Direitos Humanos 100			
Notificador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES
	Nome	Função	Assinatura
Violência interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 15.06.2015			

ANEXO B

CARTA DE MARTA MARIA ALVES DA SILVA

Companheiros e companheiras, boa tarde!

Exatamente há três semanas, no dia 20 de junho, foi publicado no Diário Oficial da União minha exoneração do cargo que ocupava no Ministério da Saúde (MS) à frente da Coordenação Geral de Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (CGDANT) do Departamento de Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DANTPS) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).

Se não me comuniquei antes é porque estava num processo de reflexão e elaboração. A vida segue.

Desejo comunicar que saio do MS e retorno para Goiânia, onde sou servidora na Universidade Federal de Goiás (UFG) e na Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

Fui convidada em 2005 para vir para o MS pelo então Secretário de Vigilância em Saúde Dr Jarbas Barbosa para compor a equipe do MS, convite este reiterado por Dr Otaliba Libânio. Vim para contribuir com a elaboração da **Política Nacional de Promoção da Saúde**, que ainda não existia. Ao chegar ao MS foi me colocado um grande desafio: a normatização da Lei nº 11.778 de 2003, que obrigava a notificação compulsória de violências contra mulheres nos serviços de saúde públicos e privados. O tema era polêmico e havia pouco consenso em relação ao papel do setor saúde no enfrentamento das violências.

Cheguei ao MS quando a área de DANTPS estava num processo de implantação de suas ações no âmbito do SUS; a SVS havia sido criada em 2003, e as ações de vigilância e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, a vigilância de violências e acidentes e a promoção da saúde ainda estavam em fase de estruturação.

Ao longo destes anos, fizemos muito mais que normatizar a notificação compulsória de violências. Em 2006, construímos e implantamos a **Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)** com seus dois componentes: vigilância contínua e vigilância por inquérito. Na vigilância contínua, a notificação compulsória de violências foi gradativamente implantada em vários municípios brasileiros, tendo sido ampliado o objeto de notificação. Hoje a

notificação de violências é compulsória para homens e mulheres em todos os ciclos de vida nas situações de violência doméstica, sexual, tentativas de suicídios, além de outras violências de notificação compulsória, como o trabalho escravo e trabalho infantil, as violências contra a população LGBT (violências homo, lesbo e transfóbicas), as violências por agente de intervenção legal, as violências contra indígenas, contra pessoas com deficiência, contra mulheres, crianças, adolescentes e pessoas idosas, atendendo não somente aos marcos legais, mas à necessidade de uma ação de cuidado, de proteção e de garantia de direitos. Atualmente são quase quatro mil municípios notificantes de violência no SUS.

Avançamos nas discussões intersetoriais buscando implantar a notificação intersectorial de violências interpessoais e autoprovocadas e fortalecer a **Rede de Atenção e Proteção às Pessoas em Situação de Violências**. Articulamos com várias iniciativas governamentais no enfrentamento das violências, a exemplo do **Programa Mulher Viver sem Violência** da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM, 2013), do **Programa Juventude VIVA** da Secretaria Nacional da Juventude (SNJ, 2013), da **Carta de Estratégias para a Proteção Integral de Crianças e Adolescentes em situação de Violências** da Secretaria de Direitos Humanos (SDH, 2012) e do **Sistema de Garantia de Direitos da População LGBT** da SDH (2013).

Elaboramos a **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)** em 2006. Revisamos, em 2014, esta política num amplo processo participativo e coletivo com envolvimento de vários setores do MS, de outros órgãos do Governo Federal, dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), do Conselho Nacional de Saúde, de representantes de universidades e centros colaboradores, de gestores e profissionais de saúde de estados e municípios.

Ao longo destes anos, fizemos muito em defesa do SUS, e na implantação das ações de Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos não Transmissíveis e de Promoção da Saúde (DANTPS). Foram muitas histórias, muitas conquistas, muitos aprendizados, muitas experiências, muitas horas

de reuniões, muitas discussões e consensos... muitas amizades... um grande aprendizado e construção coletiva!

Foram realizadas várias parcerias por meio de convênios com instituições de ensino e pesquisa, como com o Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES/ENSP/FIOCRUZ), com a UFMG, UFG, USP, Unicamp, UFPE, dentre outras parcerias com organizações não governamentais, como Abramet, SBOT, Criança Segura, Trânsito Amigo, Vida Urgente, etc. Além destas parcerias, destacam-se também as articulações em instâncias de participação e de controle social, como o Comitê de Saúde da População Negra, Comitê de Saúde da População LGBT, Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Trânsito (Contran), Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, Conselho de Direitos da Mulher, Câmara Temática de Saúde e Meio Ambiente do Contran, dentre outros.

Também vários cursos, seminários e oficinas foram promovidos para aperfeiçoamentos dos programas implantados, e fiz várias viagens pelo país assessorando secretarias de saúde municipais e estaduais, além de participações em viagens internacionais representando o Brasil junto aos órgãos internacionais. Foi neste contexto, que discutimos amplamente a vigilância de DANT, a exemplo do Mercosul, e tivemos um grande protagonismo na elaboração do **Plano Regional e Plano Global de Ações do Setor Saúde para o enfrentamento da violência interpessoal, particularmente contra mulheres, crianças e adolescentes**, coordenados pela Organização Panamericana de Saúde (Opas) e Organização Mundial de Saúde (OMS), respectivamente. Destaca-se que o Plano Global de Ações do Setor Saúde para o enfrentamento da violência interpessoal foi aprovado na Assembleia Mundial de Saúde, que ocorreu em Genebra em maio de 2016.

Várias pesquisas foram concebidas e implantadas no departamento, algumas realizadas em parcerias com algumas instituições, como Fiocruz, IBGE, e instituições acadêmicas, como a PENSE (Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares, 2009, 2012, 2015) e PNS (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013). Outras, realizadas sob a coordenação direta do MS, como as pesquisas do Vigitel - Vigilância de Fatores de Risco de Doenças e Agravos não Transmissíveis por Inquérito Telefônico, realizada anualmente desde 2006,

e das pesquisas do VIVA Inquérito, que foram realizadas nos anos de 2006, 2007, 2009, 2011 e 2014.

Todas essas pesquisas e outras análises sobre morbimortalidade por DCNT, violências e acidentes foram divulgadas por meio de publicações do MS, a exemplo do Vigilatel, VIVA e Saúde Brasil, ou publicações em parcerias com outras instituições, como PENSE e PNS, além de publicações de artigos científicos, boletins epidemiológicos e divulgação nos meios de comunicação.

Neste trabalho de implementação das ações de vigilância e prevenção de DANT e de promoção da saúde, implantamos, em 2010, o **Programa Vida no Trânsito**, após uma iniciativa internacional coordenada pela OMS/OPAS em parceria com outras instituições internacionais. Este programa, que começou com 05 municípios, hoje está implantado em todas as capitais brasileiras, e em alguns municípios selecionados, totalizando cerca de 30 municípios. Ele trás para a agenda do setor saúde uma grande prioridade que é o enfretamento e a redução das mortes e lesões no trânsito com o grande desafio de alcançar a meta definida na Década de Ação para a Segurança no Trânsito 2011 - 2020. Destaca-se que este programa foi avaliado em parcerias com instituições de ensino e pesquisa, tendo sido verificado resultados positivos na redução das lesões e mortes no trânsito.

Não poderia deixar de destacar, o grande protagonismo do MS em relação à temática do enfretamento das lesões e mortes no trânsito com a realização da **2ª Conferência Global de Alto Nível sobre Segurança no Trânsito**, uma conferência das Nações Unidas e OMS, que foi realizada no Brasil em novembro de 2015. O MS liderou a comissão interministerial de preparação desta conferência global, que teve como produto a Declaração de Brasília, que, posteriormente tornou-se uma Resolução das Nações Unidas, em abril de 2016.

Além da realização desta conferência, participamos ativamente da comissão nacional de organização da **22ª Conferência Global de Promoção da Saúde da UIPES**, que ocorreu em maio de 2016, que teve como um de seus legados a Carta de Curitiba, que reafirma a necessidade de intervir nos determinantes socioambientais para a promoção da saúde, devendo a equidade ser um ponto central nas ações em saúde.

Portanto, saio do MS com a consciência tranquila, com a sensação do dever cumprido, e muito feliz pelos legados que ficam:

- 10 anos da PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde (2006)
- 10 anos da VIVA – Vigilância de Violências e Acidentes (2006)
- 10 anos da VIGITEL – Vigilância de Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis por Inquérito Telefônico (2006)
- 06 anos do Programa Vida no Trânsito (2010)
- 05 anos do Programa Academia da Saúde (2011)
- 05 anos do Plano Nacional de Enfretamento às Doenças Crônicas não Transmissíveis – 2011 – 2022
- Carta de Brasília sobre Segurança no Trânsito (2015)

Todos esses legados consolidam e reafirmam as duas políticas que estiveram sob a minha coordenação: **Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001)** e **Política Nacional de Promoção da Saúde (2006; 2014)**.

Saio do MS muitíssimo triste pelo contexto político atual com sinais e ações em curso de grande retrocesso na política pública, e com um grande risco de implantação de uma política voltada para o estado mínimo, onde os avanços nas áreas sociais são os primeiros a sofrerem cortes. Corremos o risco de retrocesso no SUS e de destruição de tudo que fizemos e construímos em defesa do SUS, da vida e da paz.

Saio, porém, de cabeça erguida e valente.

Saio com a certeza de que fiz e continuarei a fazer, sempre... lutar e defender a vida, a justiça social, a paz e a saúde do povo brasileiro.

Agradeço a tod@s do MS de todas as secretarias com quem convivi todos esses anos e com quem fiz histórias na defesa do SUS e na implementação das ações de promoção da saúde e de uma cultura de paz e não violência!

Agradeço a tod@s os colaborador@s e consultor@s da DANTPS, parceir@s dos centros colaboradores do MS e instituições de ensino e pesquisa e não governamentais, que muito contribuíram para a implementação das ações de vigilância e prevenção de doenças e agravos não transmissíveis e de promoção da saúde.

Agradeço aos três diretores com quem estive mais junto nestes anos, Otaliba Libânio, Deborah Malta e Fátima Marinho, e à equipe da DANTPS com quem compartilhei todos esses anos de luta, de trabalho, de gestão em defesa do SUS! Hoje somos amig@s e seguiremos pela vida defendendo nossos ideais e sonhos por um mundo mais humano e com justiça social. Tivemos muitos momentos de alegrias, tristezas, realizações, crescimento... muitos se foram, outros chegaram.

Agradeço especialmente a tod@s os gestores e trabalhador@s de saúde do SUS, em particular aos gestor@s da Promoção da Saúde, da Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT), da Vigilância de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), da Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), dos Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, do Programa Vida no Trânsito e do Programa Academia da Saúde. Com vocês aprendi muito e levarei muitas saudades. **Que vocês lutem e tornem as políticas nacionais de "Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências" (2001) e de "Promoção da Saúde" (2006; 2014) vivas!!!**

Por fim, agradeço à população brasileira por quem me dediquei (e continuarei a dedicar) por meio da saúde pública desde que me formei em medicina.

Saio depois de 11 anos de trabalho no MS, onde me dediquei com muito afinco, militância, compromisso, ética e amor em defesa do SUS, da saúde pública, da vida e da paz.

Sigo na luta pela ética, pela democracia, pelos direitos humanos e pela justiça social, e estarei mais próximo da população atuando na saúde pública na SMS de Goiânia e no Hospital das Clínicas da UFG.

Conheci e fiz muit@s amigos e amigas.... Isto é para sempre!

Contem comigo! Sigo na vida!

Sou coração valente e a luta continua!

Abraços fraternos e comprometidos,

Marta Maria Alves da Silva - Martinha.

Brasília, DF, 15 de julho de 2016.

ANEXO C

CÓPIA PORTARIA Nº 3566/GM

POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

7 ANEXOS

Publicada no DOU 170, Seção II, pag 29, de 04.9.98

Portaria nº 3566/GM Em 02 de setembro de 1998

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e considerando o disposto na Portaria nº 3.126, de 3 de julho de 1998, resolve:

Art. 1º - Instituir o Comitê Técnico Científico - CTC de Assessoramento ao Grupo Técnico para Acidentes e Violências.

Art. 2º - Designar, para compor o referido Comitê, sob a presidência do primeiro, os seguintes membros:

1. Maria Cecília de Souza Minayo – Antropóloga; Doutora em Saúde Pública; Vice-Presidente de Informação, Comunicação e Ambiente e Coordenadora do Centro de Estudos sobre Violências e Saúde da Fundação Oswaldo Cruz;

2. Jacques Pincovsk de Oliveira Lima – Médico; Coordenador do Sistema de Atendimento Pré-Hospitalar de Pernambuco/Convênio Secretaria Estadual de Saúde/Universidade Estadual de Pernambuco e Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco; Professor Assistente de Cirurgia da Universidade Estadual de Pernambuco; Intensivista da UTI Geral do Hospital Santa Joana - Recife/Pernambuco; membro do Corpo Clínico do Hospital Beneficência Portuguesa-Recife/PE;

3. Luís Maurício Plotkowski - Médico; Coronel QOBM, Comandante do Grupo de Socorro de Emergência/Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro; Membro do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro e Representante do Brasil na Subcomissão de Saúde do Comitê Técnico Internacional de Extinção do Fogo;

4. Dário Birollini – Médico; Professor Titular da Disciplina de Cirurgia Geral do Trauma e Geral do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Presidente do Conselho Diretor do Hospital das Clínicas;

5. Guilherme Gonçalves Riccio – Médico; Cirurgião Plástico, especializado em reconstrução reparadora e Superintendente Geral da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais;

6. Maria Helena de Melo Jorge – Advogada; Professor Associado da Faculdade de Saúde Pública do Departamento de Epidemiologia

ANEXO C
CÓPIA PORTARIA Nº 3566/GM (CONTINUAÇÃO)

POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

da Universidade de São Paulo - Mestre e Doutora em Epidemiologia e Livre Docência em Acidentes e Violências;

7. Renato Camargo Viscardi – Médico; Coordenador do Trauma/Fundação Hospitalar do Distrito Federal / Governo do Distrito Federal e Chefe da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Base de Brasília/DF;

8. Luciana Phebo - Médica Pediatra; Mestre em Saúde Pública/ Johns Hopkins, Especialista em Saúde Internacional/OPAS, Programa de Epidemiologia Aplicada - Epidemic Intelligence Service (CDC-USA); Médica Pediatra e Epidemiologista da Secretaria Estadual e Municipal de Saúde do Rio de Janeiro;

9. Luiz Cláudio Barbosa Castro - Oficial do posto de Capitão do Corpo de Bombeiros do Distrito Federal; Graduado em Engenharia de Incêndio; e Comandante da Companhia de Emergência Médica do CBMDF; Técnico em Emergências Médicas com formação no Corpo de Bombeiros de Tokyo, no Japão; Graduado em Engenharia de Incêndio;

10. ROBERTO SALVADOR SCARINGELLA – Engenheiro; Jornalista; Especialista em Engenharia de Tráfego; Diretor do Instituto Nacional de Segurança no Trânsito; Membro do Conselho Diretor da Associação Brasileira de Engenharia Automotiva e do Instituto da Qualidade Automotiva.

11. MARIA CECÍLIA CORDEIRO DELLATORRE – Faculdade de Medicina de Marília – São Paulo.

Art. 3º A Secretaria Executiva do Comitê Técnico Científico será exercida por CLÁUDIA ARAÚJO DOS SANTOS, do Grupo Técnico para Acidentes e Violências, da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

ANEXO D

CÓPIA PORTARIA Nº 3.733/GM

POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

DOU n.º 199-E, Seção 2, pág., de 19.10.98

***Portaria n.º 3.733/GM** Em 14 de outubro de 1998

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e considerando o disposto nas Portarias MS nº 3.126 de 3 de julho de 1998 e 3.566 de 2 de setembro de 1998, resolve:

Art. 1º Instituir o Comitê de Prevenção de Acidentes e Violências na Infância e Adolescência vinculado ao Comitê Técnico Científico criado pela Portaria nº 3.566 de 02/09/98.

Art. 2º Designar, para compor o referido Comitê, sob a presidência do primeiro, os seguintes membros:

1. MARIA CECILIA DE SOUZA MINAYO – Antropóloga: Doutora em Saúde Pública; Coordenadora do Centro Latino Americano de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli da Fundação Oswaldo Cruz.

2. LUCIANA PHEBO – Médica Pediatra: Mestre em Saúde Pública/Johns Hopkins; Especialista em Saúde Internacional/OPAS, Programa de Epidemiologia Aplicada – Epidemic Intelligence Service (CDC-USA); Médica Pediatra e Epidemiologista da Secretaria Estadual e Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

3. RACHEL NISKIER SANCHEZ – Médica: Especialista em Pediatria e Saúde Pública do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz; Assessora para a Área de Saúde Pública da Associação Latino Americana de Pediatria.

4. SIMONE GONÇALVES DE ASSIS – Médica: Doutora em Saúde Pública; Pós-Doutorado na Universidade de Cornell/USA; Pesquisadora Adjunta do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz e do Centro Latino Americano de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli da Fundação Oswaldo Cruz.

5. JOSÉ AMÉRICO DE CAMPOS – Médico Pediatra Toxicologista: Presidente do Departamento Científico de Segurança da Criança e do Adolescente das Sociedades Brasileira e Mineira de Pediatria; Professor de Pediatria e Toxicologia do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

6. MARIA EUGÊNIA PESARO – Psicóloga: Mestre em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo; Técnica da Área da Saúde da

ANEXO D
CÓPIA PORTARIA Nº 3.733/GM (CONTINUAÇÃO)

POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

Criança e Aleitamento Materno da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde.

Art. 3º - A Secretaria Executiva do Comitê para a Infância e Adolescência será exercida por CLÁUDIA ARAÚJO DOS SANTOS do Grupo Técnico para Acidentes e Violências da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

* Republicada por ter sido com incorreção no Diário Oficial da União nº 197 E, de 15.10.98, Seção II, página 3.