

Prevenção do suicídio e políticas públicas entre o contexto de pandemia e pós-pandemia de covid-19: reflexões de uma pesquisadora implicada

Heloisa Wanick

Apresentação

Dado o cenário nebuloso de uma específica sindemia,¹⁴⁵ aquele que mescla a não findada pandemia de covid-19, aguda nos anos de 2020 e 2021 no Brasil, e a pandemia crônica de adoecimento mental, que se alonga no “pós-pandemia”, este texto¹⁴⁶ se origina de uma reflexão elaborada a partir de minha participação na 33ª Reunião Brasileira de Antropologia (RBA), ocorrida entre 28 de agosto e 3 de setembro de 2022.

Em agosto de 2019, comecei o curso de doutorado em antropologia do Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Paraíba (PPGA/UFPB) e, sob a orientação da professora

¹⁴⁵ O termo “foi cunhado pelo antropólogo médico americano Merrill Singer na década de 1990 para explicar uma situação em que ‘duas ou mais doenças interagem de tal forma que causam danos maiores do que a mera soma dessas duas doenças’”. Disponível em: [https://cee.fiocruz.br/?q=node/1264#:~:text=O%20termo%20sindemia%20\(um%20neologismo,mera%20soma%20dessas%20duas%20doen%C3%A7as%E2%80%9D](https://cee.fiocruz.br/?q=node/1264#:~:text=O%20termo%20sindemia%20(um%20neologismo,mera%20soma%20dessas%20duas%20doen%C3%A7as%E2%80%9D). Acesso em: 20 ago. 2022.

¹⁴⁶ Agradeço à minha orientadora, professora Dra. Ednalva Maciel Neves; ao PPGA/UFPB; à Rede de Pesquisas Antropo-Covid; à 33ª Reunião Brasileira de Antropologia e às coordenadoras do Grupo de Trabalho 58 (GT 58), “Pandemia silenciosa: o impacto do novo coronavírus na saúde mental em tempos de pandemia e pós-pandemia de covid-19”, Érica Quinaglia Silva e Sônia Weidner Maluf, que me receberam e incentivaram a redação deste texto.

Dra. Ednalva Maciel Neves,¹⁴⁷ desenvolvi uma pesquisa sobre políticas públicas de prevenção ao suicídio. Escrevo este artigo como parte da pesquisa de campo realizada e trabalho com temáticas que integram a tese de doutoramento (suicídio, prevenção ao suicídio e políticas públicas), contextualizadas no e em torno dos anos pandêmicos.

Com o atravessamento da pandemia, novas demandas e caminhos de investigação emergem. A pesquisa, antes vinculada apenas ao Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura (Grupessc),¹⁴⁸ passou a ser ancorada pelo guarda-chuva do projeto “Estado, populações e políticas locais no enfrentamento à pandemia de covid-19 da Rede Antropo-Covid”¹⁴⁹

O projeto supracitado dialoga com o propósito do GT 58 da 33ª RBA, do qual se origina este texto; e com o respectivo projeto de doutoramento, no que diz respeito às políticas públicas, serviços e ações do Estado no campo da saúde mental, particularmente do sofrimento mental em torno do suicídio.

Ainda, ressalto a potência do apoio, da colaboração e de possibilidades de trocas dialógicas oportunizadas através da participação em uma rede de pesquisa. Antes mesmo de sermos impactados pela pandemia de covid-19, Neves e Nascimento (2018, p. 25) chamavam a atenção para o efeito positivo de “estar em casa”, ou seja, entre os “nossos” e fazer antropologia com o acolhimento de uma rede de pesquisa, tal qual se deu com a participação do Grupessc na Rede Antropo-Covid e com a minha através desta.

Neste artigo, apresento ponderações a partir de três tópicos. No primeiro, “Entre uma pesquisadora observante participante e uma

¹⁴⁷ Doutora em antropologia pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGAS/IFCH/UFRGS). Professora titular aposentada, docente permanente do PPGA/UFPB.

¹⁴⁸ Grupo vinculado ao Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes (CCHLA) da UFPB e inscrito no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Para saber mais, conferir: <http://dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/7349665315680733>. Acesso em: 18 jul. 2025.

¹⁴⁹ 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 de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 44876821.7.1001.5540.

pesquisadora implicada: a ‘saia justa’ de pesquisar um campo de atuação profissional”, trago elementos contextuais e teóricos sobre o entrar e estar num campo de pesquisa onde se dá o exercício profissional. No segundo, “O compartilhar de uma micro-história na busca de elementos para construir uma macropolítica”, exponho o contexto disparador de minha pesquisa, o Grupo de Trabalho de Prevenção do Suicídio, discorro sobre a observação participante junto ao respectivo grupo e o circunscrevo como o espaço da micro-história de onde desenvolvo as tessituras antropológicas expostas aqui. Para o terceiro, “O impulso para a construção de uma macropolítica”, reservo questões antropológicas socializadas no GT da 33ª RBA que impulsionaram a elaboração de uma macropolítica para o município de João Pessoa, a Linha de Cuidado Integral de Prevenção às Violências Autoprovocadas (tentativas de suicídio e automutilação), e discorro sobre ela. Nesse tópico, ainda compartilho questões sobre o silêncio/silenciamento do GT de Prevenção do Suicídio nos tempos pandêmicos. Para finalizar este texto, aponto considerações de uma pesquisadora implicada relativas a como a sensibilidade antropológica possibilitou olhar uma micro-história e impulsionar a construção e a apresentação de uma proposta de macropolítica de prevenção ao suicídio.

Entre uma pesquisadora observante participante e uma pesquisadora implicada: a “saia justa”¹⁵⁰ de pesquisar um campo de atuação profissional

Desde 2012, estou na função de sanitarista da Seção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), vinculada à Vigilância Epidemiológica (VIEP) da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (SMS-JP), uma servidora pública em atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse lugar, tenho a responsabilidade pelo monitoramento epidemiológico dos óbitos por suicídio e das violências interpessoal e autoprovocada, entre estas, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2016), as assim também consideradas tentativas de suicídio.

¹⁵⁰ Termo tomado para subtítulo e redação de “Entre saias-justas e jogos de cintura: gênero e etnografia na antropologia brasileira recente”, organizada por Bonetti e Fleischer (2006).

Tendo as políticas de prevenção ao suicídio como objeto de pesquisa para o doutoramento, enxerguei os locais de trabalho e de trânsito em seu entorno como um espaço de campo promissor para desenvolvimento de pesquisa. A escolha estava dada, e eu, em uma “saia justa”: como pesquisar em um campo do qual sou membro enquanto representante institucional?

Devido ao conteúdo deste texto, situo minha posição de pesquisadora: doutoranda em antropologia e sanitarista em exercício, na mistura entre o espaço acadêmico-científico e o de cotidiano profissional; em outros termos, sou uma pesquisadora implicada profissionalmente no campo investigado; além de observá-lo, vivo o dia a dia pesquisado; tanto sou implicada e convocada por ele como o implicado, na busca política de mobilizá-lo.

Como pesquisadora implicada, busco aportes teóricos e reflexivos que colaborem para compreender a questão metodológica sobre estar em um campo de pesquisa enquanto pesquisadora observadora, no qual tenho 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 dia a dia na gestão pública ou as do compromisso, como sujeito social, de enfrentamento aos incômodos rotineiros do fazer profissional.

Na busca de compreender a antropologia implicada e ajustar a saia para dar continuidade à pesquisa, a revisão primorosa da literatura realizada por Nunes (2014) me faz vislumbrar um horizonte ampliado; possibilidades de a pesquisa de doutoramento gerar elementos e debates sobre as políticas públicas no Brasil, “para dentro e para fora” (Nunes, 2014, p. 417), especificamente aquelas relacionadas à prevenção ao suicídio. Com Martins Filho e Narvai (2013), ganho incentivo para pensar o cenário próximo; alimento-me de reflexões sobre produção de conhecimento na condição de sujeito implicado do primeiro autor à época de seu doutoramento, o que guarda semelhança com a minha condição de pesquisadora implicada. De Magnani (2002), tomo de empréstimo a ideia de “estar de perto e de dentro” (Magnani, 2002, p. 14) para me acompanhar nesta escrita.

Com Magnani (2002), retomo uma questão cara à antropologia contemporânea, a do distanciamento em relação ao objeto pesquisado. O contexto em que se desenrola a pesquisa de doutoramento desenha, talvez, a primeira saia a ser ajustada no viver o campo: como alcançar distância do objeto quando se está próxima a ele no cotidiano laboral? Busco espaços distantes, físicos ou virtuais, como na escrita deste texto,

ora em momentos física ou artificialmente solitários, arquitetados com aparatos tecnológicos que possibilitam o isolamento em um ambiente de entorno movimentado.

Aciono Strathern (2014) para pensar tanto a “saia justa” de fazer antropologia em espaço de trabalho – ou seja, “em casa” – quanto estratégias que permitam ajustar a saia pela via da tomada de distanciamento no processo de escrita etnográfica, enquanto um “segundo campo” na produção de “sentido à experiência de campo”. Esse procedimento possibilita “rearranjar” o material de pesquisa “para fazer sentido no contexto de argumentos e de análises dirigidos a outro público” (Strathern, 2014, p. 346), seja para o público da antropologia ou o público da área da saúde, a quem o produto da respectiva pesquisa também, e principalmente, se destina.

De qualquer forma, destaco a característica do duplo posicionamento e a importância da busca por uma terceira posição, a de alcance de um deslocamento, no exercício antropológico, para refletir sobre o(s) desencontro(s) e encontro(s) com o(s) estranhamento(s) disparador(es) da pesquisa e comigo mesma enquanto sujeito social.

No dia a dia de trabalho afim à prevenção do suicídio, enfrento limitações e entraves que causam incômodos e me impactam tanto como profissional quanto como sujeito social. Com a chegada da pandemia, tais angústias se intensificaram. Entre estas, elenco o fato de os retratos epidemiológicos (boletins epidemiológicos) sobre as tentativas de suicídio e mortes por suicídio, bem como a sinalização de alteração no cenário epidemiológico, com o aumento das ocorrências entre adolescentes de 10 a 14 anos, demonstrarem que os caminhos de prevenção ao suicídio que precisa(va)m ser trilhados eram e são pouco valorizados pelos gestores locais das políticas públicas. Tal fato era algumas vezes expressado pelo silêncio diante dos retratos; outras, através da eleição de prioridades pela gestão local que não incluíam o suicídio.

Como sanitaria, percebo que não dar às propostas de intervenção para a prevenção a mesma importância dada ao suicídio é um problema de saúde pública; ou seja; embora construídas, apresentadas e recebidas administrativamente pela gestão municipal, não se desdobram em decisões e avanços.

A perseguição a compreender os incômodos que me afligiam levou-me ao reencontro com a pesquisa acadêmica¹⁵¹ e a indagações

¹⁵¹ Marco como reencontro devido ao intervalo de 15 anos entre o fim do curso de mestrado e o início do movimento para ingresso no curso de doutorado, em 2018.

sobre o porquê do estranhamento desse conjunto de fatores. Enxerguei aí a potência teórica das ciências sociais para compreender tanto as limitações do fazer profissional e dos incômodos emersos deste quanto as formas de construir iniciativas para enfrentar problemas complexos de saúde pública, como o suicídio. Foi assim que, na continuidade da caminhada, me submeti à seleção para o curso de doutorado em antropologia e ingressei no PPGA/UFPB.

Em minha pesquisa, entre outros, procurei responder por que os retratos epidemiológicos sobre o aumento das tentativas de suicídio na última década – bem como a tendência de sua continuidade durante a pandemia, na mão dos alertas sanitários do advento de uma pandemia de sofrimento mental paralela à de covid-19 – geraram pouca ou nenhuma mobilização para a construção de medidas preventivas voltadas ao cenário anunciado. Trago aqui alguns resultados de tal investigação.

Em síntese, de lá para cá, fortaleço minha posição de uma pesquisadora implicada. Nesse lugar, lido com desafios, a exemplo do fato de a condição de sanitarista dificilmente se descolar da de doutoranda. Nesse ínterim, deparo-me com tensões éticas envolvendo o acesso a informações epidemiológicas privilegiadas e o jogo político de priorização de problemas de saúde que menospreza o suicídio.

O compartilhar de uma micro-história na busca de elementos para construir uma macropolítica¹⁵²

Na posição de servidora da SMS-JP, sou (fui) membro de um GT de Prevenção do Suicídio, do qual participo(ei) desde 2018. Trata-se de um GT 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. Ressalto o pertencimento ao grupo no tempo passado devido à suspensão “temporária” de suas atividades presenciais no início de 2020, dadas as recomendações de distanciamento social como medida de contenção da pandemia de covid-19 e, até o momento de escrita deste texto, em virtude da não retomada de suas atividades.

¹⁵² Subtítulo adotado a partir de “Micro-histórias para pensar macropolíticas” (Marques *et al.*, 2021).

O GT de Prevenção do Suicídio é (era) composto de representantes da referida SMS (entre estes, eu) e das instituições interinstitucionais parceiras, tidas como referências focais da rede local (municipal e estadual) de prevenção ao suicídio. O grupo se reúne (reunia) com um objetivo comum, o de pensar intervenções e políticas públicas afins à prevenção do suicídio. Além da coordenadora do grupo, uma promotora de justiça do Ministério Público da Paraíba, compõem (compunham) o GT representantes de instituições: da saúde; de segurança pública; de conselhos profissionais; de ensino e do terceiro setor. Todos atuavam em trabalho próximo à temática do suicídio, pelas vias de monitoramento e cumprimento de políticas públicas afins; regulação; ensino/pesquisa, elaboração propositiva de intervenções de prevenção ao suicídio ou de acolhimento e cuidado de pessoas que tentam suicídio.

Grupo de Trabalho de prevenção do suicídio: um espaço circunscrito de micro-história

Por ocasião da definição de campo para a pesquisa de doutoramento, vislumbrei o GT de Prevenção do Suicídio enquanto um espaço ideal como campo de partida. Nessa época, havia um cenário de morosidade e ruídos frente a posicionamentos controversos dos participantes do GT no que se refere a meios para conter suicídios. Foi esse o contexto que acionou minha desconfiança de que ali estavam as explicações sobre os incômodos que levaram uma então pesquisadora implicada a começar a pesquisar.

Naquela ocasião, por um lado, a constância da agenda de reuniões do GT de Prevenção do Suicídio fortalecia a escolha do espaço como campo profícuo de pesquisa, uma vez que, a princípio, permitiria um ritmo adequado de estada em campo. Por outro lado, ainda que restrita ao olhar de sanitarista, os debates correntes não me convenciam de que chegaríamos à construção de políticas e intervenções frutíferas para a prevenção do suicídio. O conjunto mantinha minha percepção sobre o GT como um potente espaço de pesquisa. Com essa convicção, continuei a caminhada.

À época, percebia uma disputa latente que brecava o progresso do grupo frente ao seu objetivo comum, a prevenção ao suicídio. De fato, como um desses membros, acreditava na capacidade desse GT para pensar e propor intervenções e políticas factíveis de prevenção

ao suicídio. Entre a crença, sua configuração e sua atuação real havia algo, ininteligível para mim, que o impedia de ir além das discussões de pauta. Até então, atribuía esse “algo” às controvérsias teóricas e técnicas dos participantes.

Com a chegada da pandemia de covid-19, o GT migra suas atividades presenciais para atividades remotas, sobretudo as reuniões de trabalho. Durante algum tempo, os membros do grupo mantiveram alguma troca de mensagens através da rede social WhatsApp até cessarem as reuniões e se estabelecer apenas o silêncio no grupo da rede. Hoje, digamos no pós-pandemia, o grupo não se decompôs, mas segue sem retorno às reuniões e sem troca de mensagens na rede social.

O GT “morto-vivo” de prevenção do suicídio, como costume adjetivar seu *status* da pandemia ao momento, carimbou a necessidade de rumar por outros caminhos de pesquisa para entender o contexto político de entraves à efetivação histórica das políticas de prevenção ao suicídio. Esses entraves dizem respeito, sobretudo, à articulação entre os três níveis de atenção à saúde (atenção básica, especializada e de urgência e emergência) e destes com outros setores e instituições ligados à temática, tais como os representados no GT de Prevenção do Suicídio.

A essa altura, por um lado, a perspectiva de que esse GT fosse um parceiro político para a efetivação de intervenções e das políticas de prevenção ao suicídio começava a minar. Por outro lado, a paralisação das reuniões, no lugar de estagnar a pesquisa, despertou-me para a riqueza do campo no qual eu estava. Aos poucos, crescia a convicção de que o GT se constituía como um espaço de produção política (ainda que morto-vivo), e passei a pensá-lo como a micro-história de uma política, em diálogo ou em silêncio com suas cercanias. Era a surpresa no percurso de pesquisa a apontar desdobramentos, uma possibilidade, como Strathern (2014) nos alerta.

De maneira simplificada, a leitura dessa experiência etnográfica como uma micro-história se inspirou na ideia de que o GT de Prevenção do Suicídio “pode se revelar representativo, seja negativamente – porque ajuda a precisar o que se deva entender, numa situação dada [...] –, seja positivamente – porque permite circunscrever as possibilidades latentes de algo [...]” (Ginzburg, 2006, p. 21). Essa é também a leitura de Fleischer (2011), quando traz Dona Dorca para pensar a singularidade da experiência etnográfica no Melgaço. Na minha compreensão, o GT me reportava a uma possibilidade de debates políticos acerca da prevenção ao suicídio e, ao mesmo tempo, se constituiu como um espaço de não atuação quando não manteve seu objetivo na pandemia.

Aos incômodos iniciais da sanitarista, nessa altura compreendidos como estranhamentos de uma antropóloga diante de seu campo de pesquisa, somou-se outro: qual era a explicação sobre a inércia da gestão em saúde pública frente às evidências do curso de uma sindemia, a emergência de adoecimento mental paralela à de covid-19?

Neste artigo, objetivo dialogar sobre os hiatos e vazios entre a normativa e a implementação da política pública de prevenção ao suicídio e as disputas ideológicas e de poder, imersas no processo de negociação de propostas no âmbito do referido GT. Para tal, procurei apontar como esses mecanismos se deram entre o tempo imediatamente anterior, o curso e o pós-pandemia de covid-19, à semelhança dos espaços temporais apontados por Sônia Maluf durante sua comunicação oral no III Seminário da Rede Antropo-Covid,¹⁵³ os “tempos 1, 2 e 3 da pandemia”.

Na falta de anotações detalhadas daquele dia de GT no seminário, arrisco-me a tomar emprestadas tais caracterizações temporais, de tempos marcados pela evolução da pandemia, independentes de uma ordem cronológica medida por datas, e, ainda que incorrendo em fazê-lo de forma insuficiente¹⁵⁴ e certamente reduzida, traduzo-os da seguinte forma:

Lembrando-me da fala de Sônia Maluf, retomo o tempo 1 da pandemia: vivíamos um período de incerteza, de nebulosidade frente à pandemia que nos atingia a todos (mesmo que de maneira diferenciada). Fomos chamados ao isolamento social (“Fica em casa”) e à recomendação de quarentena, caso estivéssemos contaminados; mais uma vez, de maneira desigual, algumas pessoas conseguiam cumprir essa diretriz, e muitas outras, classificadas como trabalhadores essenciais, circulavam pela cidade ou, em suas casas, cuidavam de pessoas contaminadas. Ademais, trabalhadores e moradores das e nas ruas continuavam a tocar suas vidas. A chamada “Fica em casa” nada tinha de democrática, impossibilitando o cumprimento das recomendações por toda a população. De “casa”, acompanhávamos as curvas ascendentes das internações, dos leitos ocupados, das mortes.

¹⁵³ O seminário ocorreu nos dias 26 e 27 de setembro de 2022, na UFPB, em João Pessoa (PB).

¹⁵⁴ Sobre o tema, encontrei o dossiê: “Cronotopos e Covid-19: aproximações e leituras antropológicas sobre tempo, espaço durante e após pandemia”, organizado por Mônica Franch, Rosamaria Giatti Carneiro e Sônia Weidner Maluf, na *Ilha – Revista de Antropologia*, vol. 26, n. 3, 2024.

O adoecimento por covid-19 chegava próximo ou nos atingia em cheio. Com ele, a possibilidade de morte era iminente. Outros adoecimentos não tinham lugar entre as prioridades, nem mesmo de profissionais de saúde, sobrecarregados e exaustos. Solidão, aflição, medo, tristeza e luto estavam ali. Era o tempo das urgências (Maluf, 2022); de urgência no fazer ciência e também de esperar que aquilo tudo passasse, inclusive o então presidente da República, Jair Messias Bolsonaro, e seu negacionismo¹⁵⁵ à ciência.

Na contramão do desgoverno negacionista e da avalanche de *fake news* circulantes, a corrida dos cientistas para aprender a enfrentar e conter a pandemia e evitar mortes era inevitável. Ainda que insuficiente para lidar com toda a desigualdade de impactos, as vacinas contra a covid-19 começaram a ser disponibilizadas, e, aos poucos, ainda que com muitos lutos e seguindo como sobreviventes, retomávamos vidas, trabalhos e afetos estancados. Outras doenças e aflições de saúde continuavam à margem de nossos cuidados e dos cuidados dessa área – entre essas, para o que interessa aqui, as aflições relacionadas à saúde mental. Estávamos no tempo 2 da pandemia.

Foi nesse tempo 2 que vivemos o evento do qual tento compartilhar, se não a fala de Sônia Maluf, sua ideia à época. Apelidado de “novo normal”, seguíamos com um pouco mais de segurança diante das descobertas científicas afins à covid-19, ainda que com muitas incertezas e com os primeiros indícios sobre a ocorrência de inúmeras consequências negativas – fossem físicas, biológicas, de saúde mental etc. ou todas juntas – e também sobre os desdobramentos por sofrimento individual e coletivo. De formas diferenciadas, continuávamos a caminhada enquanto sobreviventes e esperando, renovando formas de solidariedade e de resistência, bem expressadas por *slogans* que viralizaram nas redes sociais durante a pandemia, a exemplo de “ninguém solta a mão de ninguém”¹⁵⁶ e “ano passado morri, mas esse ano eu não morro”.¹⁵⁷

¹⁵⁵ Sobre o assunto, conferir Maluf (2024), no texto “Ciência com aspas: os dilemas do campo científico em tempos de pandemia”.

¹⁵⁶ “Ninguém solta a mão de ninguém” é resultado do trabalho da tatuadora Thereza Nardelli. O *slogan*, compartilhado através de sua rede social após as eleições de 2018, se tornou capa e inspirou o título do livro *Ninguém solta a mão de ninguém: manifesto afetivo de resistência e pelas liberdades*, organizado por Tainá Bispo e publicado pela Editora Claraboia em 2019.

¹⁵⁷ Para saber mais sobre a história do verso consagrado na voz de Belchior, ler matéria de Phelipe Caldas (2021). Disponível em: <https://g1.globo.com/pb/paraiba/>

Sobre o tempo 3, poucas certezas tínhamos à época da fala de Sônia Maluf, mas vislumbrávamos a descendência das curvas de morte e adoecimento por covid-19 e, com isso, de fato, a volta aos tempos de “normalidade” – que, sabíamos, jamais retomaria a vida anterior ao tempo 1. Foi quando a Organização Mundial da Saúde decretou o fim da emergência sanitária de covid-19, porém seguimos, enquanto cientistas, já mais distantes do calor da hora, a busca de compreender tanto o vírus quanto os meandros políticos, sociais e culturais do rastro que a enfermidade deixou e que marca a vida na Terra, a exemplo da pandemia de adoecimento mental enquanto herança da de covid-19.

Ao escrever este artigo, penso que o tempo 3 passou, mas não ficou para trás; ele convive com o atual, carregamos os tempos 1 e 2 na memória, no afeto, no corpo e nas vidas individual e coletiva e mantemos incertezas sobre o amanhã.

Primeiro retorno ao tempo pré-pandemia. Naquela ocasião, minhas inquietudes frente às reuniões do GT de Prevenção do Suicídio giravam em torno das disputas que emergiam, por um lado, a partir de discursos defensores de ações e intervenções medicalizantes, reducionistas, marcadas pela lógica biomédica patologizante, e, por outro, de discursos defensores de uma rede de atenção e cuidado ampliada.

Com o ingresso no doutorado e minha (re)apresentação ao GT de Prevenção do Suicídio, na condição de também pesquisadora, meu olhar empírico de trabalhadora do SUS somado ao de recém-doutoranda, com sede de ver o oculto, ganhou amplitude. Passei a perceber os incômodos como relacionados aos limites de universalidade e resolutividade das ações do grupo. Já no tempo 1 da pandemia de covid-19 e nos seus tempos subsequentes, estranhei o silêncio ou o silenciamento no/do referido GT durante e entre as reuniões de 2020, que ocorriam de forma remota e irregular, até sua paralisação em setembro do mesmo ano, na fase aguda da pandemia, quando justamente se falava sobre a ocorrência paralela de uma pandemia de adoecimento mental.

Apesar da presença de disputas por modos de fazer e pensar antagônicos entre os membros do GT de Prevenção do Suicídio – a exemplo da defesa por uns da eletroconvulsoterapia no SUS (“bastam cinco minutinhos, e a pessoa não tenta mais”)¹⁵⁸ *versus* a defesa por

noticia/2021/01/31/ano-passado-eu-morri-mas-esse-ano-eu-nao-morro-verso-absurdo-une-paraibanos-a-novas-geracoes.ghtml. Acesso em: 18 jul. 2025.

¹⁵⁸ Fala recorrente de um dos membros do GT de Prevenção do Suicídio.

outros de uma rede de cuidado e acolhimento ampliada – e, ainda, dos não ditos em relação a iniciativas de grupos de apoio mútuo como uma via de cuidado “alternativa ao SUS”, há momentos em que o GT se apresenta como protagonista coeso na construção e proposição de ações e de intervenções públicas de forma coletiva. Um exemplo disso foi a elaboração da Nota Técnica Conjunta nº 01/2019,¹⁵⁹ que orienta os gestores e demais profissionais sobre as diretrizes para ações de prevenção, assistência e posvenção em situações que envolvam suicídio e tentativa de suicídio na Paraíba, um documento construído com a participação da maioria dos membros do GT.

Com a chegada da pandemia de covid-19, o posterior silêncio do grupo e, em consequência, o meu distanciamento (no caso não como estratégia metodológica, mas como necessidade sanitária), para além de estar atenta às disputas entre os membros do GT de Prevenção do Suicídio, suspeito da existência de “um sujeito” responsável pelo silenciamento do grupo. A meu ver, a suspeita procede e evidencia a disputa entre os componentes do grupo, na medida em que se alteram os sujeitos ocupantes de posições de poder estatal, como por ocasião da(s) mudança(s) de governo municipal e nomeações de novos cargos de confiança após as eleições de 2020. Do cenário, penso as seguintes questões: o que teria provocado o silenciamento do GT? Seriam os novos arranjos políticos municipais e a consequente rotatividade de pessoas da gestão?

Em 2021, uma gestão posicionada mais “à esquerda” sai da cena política da SMS-JP e entra uma gestão marcadamente de centro-direita, com claros interesses na indústria da saúde, encabeçada pelo seu representante hierárquico mais alto, o secretário de saúde, empresário no mercado da indústria de saúde privada. Estávamos no tempo 2 da pandemia de covid-19.

Ainda que o negacionismo não fosse explícito, o cenário e os fazeres de intervenção pragmática, de caráter marcadamente biomédico, patologizante e de muito “oba-oba” midiático da nova gestão mostravam

¹⁵⁹ Sobre a Nota Técnica Conjunta nº 01/2019, ver: <https://www.mppb.mp.br/index.php/pt/comunicacao/noticias/22-saude/21345-mppb-divulga-nota-tecnica-conjunta-sobre-as-aco-es-de-prevencao-assistencia-e-posvencao-em-suicidios-e-tentativas> ou <https://www.mppb.mp.br/index.php/pt/comunicacao/noticias/22-saude/21520-nota-tecnica-sobre-suicidio-entra-em-vigor-e-deve-orientar-atuacao-de-servicos-de-saude-e-orgaos-como-ipc>. Acesso em: 10 maio 2023.

interesses dissonantes dos princípios e diretrizes do SUS.¹⁶⁰ Acendiam, portanto, algum alerta.

Por outro lado, na ocasião, via com bons olhos e esperançosa a atuação da, então e recentemente composta, equipe técnica de saúde mental da SMS-JP, lotada na Diretoria de Atenção à Saúde da secretaria. A equipe trabalhava e construía planos de forma horizontal, em parceria com outras áreas técnicas, entre estas com a Seção de DANT/VIEP, onde atuou. Eram profissionais, sobretudo, comprometidos com os sujeitos em sofrimento social, até começarem a “aparecer demais”. Entre outras ocasiões, destaco a de organização da campanha “Setembro Amarelo”¹⁶¹ de 2021, levada a cabo através da parceria entre as duas áreas técnicas¹⁶² e das reuniões e conferências locais preparatórias para a IV Conferência Municipal de Saúde Mental, em 28 de abril de 2022, e para sua Etapa Complementar, em 19 de maio de 2022, necessária devido ao episódio brevemente descrito a seguir.

No íterim da finalização da IV Conferência Municipal de Saúde Mental, coordenada pela equipe da Área Técnica de Saúde Mental da SMS-JP, um representante da gestão financeira da SMS-JP adentrou as salas da maioria dos diferentes grupos de eixos de trabalho (que se estendiam além do horário programado para término) e, em alto e ríspido tom, ordenou a finalização imediata do trabalho em andamento: “Vocês ficam moendo aí. Eu não vou pagar mais nenhum centavo por essas salas”.¹⁶³ O fato se deu diante de todos, inclusive de pessoas com transtornos mentais usuárias de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), participantes como ouvintes ou delegadas que durante horas haviam contribuído para a formulação de propostas e participavam das discussões para a votação em plenária.

¹⁶⁰ Sobre os princípios e diretrizes do SUS, sugiro Paim (2018). DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>. Ver também Matta (2007). Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39223>. Acesso em: 15 abr. 2023.

¹⁶¹ Sobre a campanha Setembro Amarelo, cf.: <https://setembroamarelo.org.br/>. Acesso em: 10 set. 2022.

¹⁶² A exemplo das atividades, ver: <https://www.joaopessoa.pb.gov.br/noticias/secretaria-de-saude-promove-nesta-quina-feira-live-sobre-prevencao-ao-suicidio/>.

¹⁶³ O episódio resultou em Nota de Repúdio, lida ao final da conferência, cujo relatório não foi disponibilizado até o momento, bem como em outra Nota de Repúdio, publicada pelo Coletivo de Residentes de Saúde Mental. Disponível em: <https://cresspb.org.br/noticias/coletivo-de-residentes-de-saude-mental-de-joao-pessoa-publica-nota-de-repudio-ao-cms-jp/>. Acesso em: 10 jun. 2023.

Ainda no curso da conferência, o ocorrido descrito e outros que omito por razões éticas resultaram no desmonte da então Área Técnica de Saúde Mental, a começar pela exoneração de seu coordenador, seguida, aos poucos, dos demais colaboradores. Tratava-se de uma equipe alinhada com a temática de saúde mental; de forma bastante explícita, com a luta antimanicomial e, sobretudo, pragmática politicamente no dia a dia dos serviços.

O conjunto dos acontecimentos levou à paralisação da conferência em curso no dia 28 de abril e à ocorrência de uma Etapa Complementar 21 dias após – no entanto, não mais sob a coordenação da Área Técnica de Saúde Mental da SMS-JP, e sim sob a coordenação do Conselho Municipal de Saúde (CMS-JP). Manteve-se o local, porém com a duração de um único turno e o objetivo exclusivo de votação e encaminhamento para plenária final, sem discussão. Com um número reduzido de pessoas, as coordenações dos eixos de trabalho foram assumidas por representantes do CMS-JP.

Sentia minha esperança de sanitarista – de ter um produto positivo de propostas de intervenções no campo da saúde mental saindo daquela conferência – se esvair. De qualquer forma, meu olhar de pesquisadora captava os episódios descritos como mais um momento em que o campo real se sobrepõe ao ideal: era o campo se desenhando durante meu caminhar. Segui.

Entre as tantas questões discutidas no âmbito da Conferência de Saúde Mental, a temática do suicídio foi uma delas. Assim como eu estava presente enquanto representante da VIEP/SMS-JP e, portanto, do GT de Prevenção do Suicídio, outros membros do GT estavam lá. No entanto, não houve manifestação, a não ser indiretamente, quando a moção elaborada por mim foi aprovada por unanimidade – primeiro, na conferência distrital preparatória para a IV Conferência Municipal de Saúde Mental e, em seguida, nesta. A moção propunha:

Criar e instituir normativa que estabeleça o fluxo de notificação, monitoramento, acompanhamento, referência e contrarreferência das pessoas tentantes de suicídio e, ou, com ideação suicida com e entre vigilância epidemiológica, distritos sanitários, atenção básica, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e regulação.¹⁶⁴

¹⁶⁴ Observação pessoal da autora durante a conferência.

Abro três parênteses: primeiro, com a moção, intentava fomentar a importância da Linha de Cuidado de Prevenção do Suicídio (LIVITS) e reunir argumentos para seu *advocacy* no futuro.

Segundo, da Conferência Municipal de Saúde saí eleita delegada suplente para a conferência estadual. Porém, ao solicitar autorização para participar na respectiva conferência, obtive resposta negativa (“Você não precisa ir. ‘Fulana de tal’ já vai nos representar”). O veto veio ainda que eu tenha noticiado à gestão o resultado da votação para delegada e a aprovação da moção – diga-se, de importância para o serviço de vigilância epidemiológica e para a prevenção do suicídio. A justificativa não convenceu. Como resultado, desconheço se a moção proposta por mim e aprovada obteve o mesmo sucesso na Conferência Estadual e mesmo se seguiu para a 17ª Conferência Nacional de Saúde. Questionei “Fulana de tal”. Ela não soube responder.

Terceiro, sobre a situação relatada, considero que, além do prejuízo institucional, dada a “perda” de proposição elaborada por uma servidora pública, tive meu direito de cidadã rechaçado. Fora o motivo relativo às vaidades, comuns no dia a dia dos pequenos poderes de chefia, fica a impressão da presença do exercício de poder para controle sobre a exposição da temática do suicídio. Anoto como mais uma surpresa de campo, um pontinho do mosaico sobre os estranhamentos mencionados. Fecho os parênteses.

Retorno ao contexto da IV Conferência Municipal de Saúde Mental. Depreendo do constrangimento descrito e do debate sobre suicídio que as considerações trocadas durante o evento seriam suficientes para impulsionar a retomada dos encontros do GT de Prevenção do Suicídio. Passados dois anos, já no tempo pandêmico 3, o GT segue em silêncio no momento de finalização deste artigo (maio de 2024).

Para facilitar o entendimento da sucessão dos tempos propostos, estruturei um quadro contextual político temporal à medida que destaco questões afins. Ainda que eu marque 2019 como ponto inicial em que fixo meu olhar para a pesquisa, ressalto que, com o Golpe de 2016 no Brasil, houve, no nível do Ministério da Saúde, o desmonte da então Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, formada por uma equipe comprometida com a prevenção do suicídio. Na ocasião, saíram da cena ministerial pessoas ímpares que teceram a história da construção e da proposição da Política Nacional de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Brasil, 2001), na qual em consequência se inserem a

formulação e a implementação das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio (Brasil, 2006).

Em abril de 2019, teve-se a aprovação da Lei nº 13.819, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (Brasil, 2019). Caracterizada como a “Lei que Salva Vidas”, o fato foi amplamente comemorado pelo Conselho Federal de Medicina e pela Associação Brasileira de Psiquiatria.¹⁶⁵ A lei destaca a notificação como a primeira etapa para a prevenção do suicídio.

Fruto do trabalho da mencionada equipe do MS, golpeada juntamente com a ex-presidenta Dilma Rousseff, a notificação já fazia parte da política do Ministério da Saúde desde 2012, inclusive recebendo o *status* de compulsória através da Portaria MS nº 1.271/2014 (Brasil, 2014). É de se destacar que a mesma equipe procedeu com um movimento para pactuação interministerial e para os desencadeamentos dos procedimentos burocráticos em 2015 e 2016, na finalidade de ampliação de sua obrigatoriedade para estabelecimentos de educação, assistência social e conselhos tutelares. A não concretude da pactuação, traduzida como “retrocesso” por Marta Maria Alves da Silva, informante desta pesquisa e à frente do dito movimento à época, deixa o sentimento de “decepção”, que “tem nome e lugar”:

consequimos pactuar com oito ministérios, e só não foi lançada a ficha [...], infelizmente, porque foi interna, no setor saúde, e aí tem nome: Conass e Conasems, por motivos distintos. Então, ela não passou na tripartite, porque tudo que é política tem que ser aprovada na tripartite, quando você tem um governo democrático. Agora é um atropelo. A posição era diferente dos dois conselhos, e os dois foram contrários. E foi uma grande decepção.¹⁶⁶

A despeito de todo um desprezo ao arcabouço teórico-político construído anteriormente, a aprovação da Lei nº 13.819 (Brasil, 2019) é, a meu ver, uma das evidências do descompasso acerca da construção da política de prevenção ao suicídio e da ausência de sua convergência com as iniciativas de prevenção; em síntese, houve entraves e chancelas oficiais. Ressalto que a aprovação da lei, com aplausos do CFM, põe em relevo a articulação da deslegitimação do conjunto de políticas e

¹⁶⁵ Disponível em: <https://www.abp.org.br/post/lei-que-salva-vidas>. Acesso em: 20 jun. 2019.

¹⁶⁶ Entrevista realizada de forma remota com Marta Maria no dia 20 de janeiro de 2022.

normativas construídas por uma equipe de *expertise* reconhecida nacional e internacionalmente, o que foi acatado pelo GT de Prevenção do Suicídio sem problematização.

O menosprezo e a não valorização da temática do suicídio enquanto problema de saúde pública a ser encarado no curso da pandemia de covid-19, apesar dos alertas de órgãos internacionais – como a Organização Mundial de Saúde (OMS) – e nacionais – como a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) –, reverberou nas instâncias institucionais locais. Em 2020, com a presença de poucos membros, ocorreram a última reunião presencial e a última reunião remota do GT de Prevenção do Suicídio. Em ambas, apresentei dados epidemiológicos e chamei a atenção para o aumento das tentativas de suicídio nos últimos anos e, sobretudo, para as alterações do perfil de ocorrências entre crianças e adolescentes. No entanto, o GT permaneceu em silêncio.

Entre 2020 e 2021, todas as forças da saúde se voltaram para a pandemia de covid-19. Positivamente, talvez contra a corrente negacionista, o novo governo local investiu nas testagens e no olhar sobre os aparatos biomédicos de intervenção.

Por outro lado, apesar dos alertas para a ocorrência de uma onda de adoecimento mental paralela às ondas da pandemia de covid-19, o problema, quando valorizado, o era (e continua sendo) pela ótica biomédica, principalmente como consequência de depressão. Se, com a socialização dos retratos epidemiológicos, indicando aumento das ocorrências, eu me alimentava da esperança de que a temática do suicídio fosse trabalhada paralelamente à corrida contra a covid-19, abraçada por um olhar de grupo, aos poucos isso tanto não se efetivou como ganhou distância, até se afastar completamente com o episódio do desmonte da Área Técnica de Saúde Mental da SMS-JP.

Embora a Nota Técnica Conjunta nº 01/2019, elaborada pelo GT de Prevenção do Suicídio, orientasse para a intervenção ampliada, e a IV Conferência Municipal de Saúde Mental apontasse para a necessidade da não exclusividade de medicalização do suicídio e, de forma convergente, para a prerrogativa de um cuidado ampliado em saúde, em todos os níveis do território o governo local investe na institucionalização do sofrimento mental e inaugura um Centro de Referência do Cuidado à Vida.¹⁶⁷

¹⁶⁷ Inaugurado em junho de 2022, o centro segue disponível, segundo noticiário veiculado pela SMS-JP. Nota-se a alteração da chamada inicial. A chamada atual apresenta o centro como um “serviço de promoção ao bem-estar e saúde mental”.

Divulgado como um “novo equipamento”, disponibilizado a partir de “um gesto de sensibilidade”, o centro propõe a oferta de um serviço especializado, por demanda espontânea, para tratamento de depressão e de pessoas que tentam tirar suas próprias vidas. A despeito da “boa intenção”, torna-se notório o desprezo ou desconhecimento da temática e, a reboque, de toda a lógica histórica de construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPs), a qual prevê a integração dos serviços do território com a qualificação do cuidado, e não pontos isolados de atenção e acolhimento.¹⁶⁸

No tempo 3 da pandemia, o silêncio do GT de Prevenção do Suicídio permanece. Apenas dois membros se desligaram; um, por passar a não representar sua instituição de origem, e outro, coincidentemente, logo após a Conferência Municipal de Saúde Mental.

Como dito, tomei o GT de Prevenção do Suicídio (e suas cercanias) como uma micro-história. Durante a escrita deste texto, me reabasteço de esperar e, assim, vislumbro o alcance de elementos que permitam compor a construção de uma macropolítica de prevenção do suicídio, ainda que diante de tantas saias justas.

O impulso para a construção de uma macropolítica

Os vazios e hiatos entre a política de prevenção do suicídio, suas diretrizes e as práticas no cotidiano dos serviços de saúde não se explicam apenas pela disputa por intervenções díspares como as que aparecem no GT de Prevenção do Suicídio. Na margem de outros agravos de saúde, a temática é desvalorizada como um problema de

Para acesso às notícias veiculadas, *cf.*: <https://www.joaopessoa.pb.gov.br/noticias/prefeitura-de-joao-pessoa-inaugura-centro-de-referencia-do-cuidado-a-vida/>. Acesso em: 17 jun. 2022; e <https://www.joaopessoa.pb.gov.br/noticias/prefeitura-de-joao-pessoa-oferece-servicos-de-promocao-ao-bem-estar-e-saude-mental/>. Acesso em: 5 jan. 2023.

¹⁶⁸ Com o registro sobre a inauguração do centro, intenciono apenas socializar mais um estranhamento advindo do contexto de pesquisa. Ressalto que, dados a ausência de convite à colaboração/participação na empreitada, enquanto membro do GT de Prevenção do Suicídio ou da Área Técnica afim à temática, e o fato de informações e notícias sobre suas atividades chegarem tão somente através da mídia e dos bastidores por onde passo enquanto pesquisadora implicada, não possuo condições empíricas de realizar qualquer tipo de avaliação sobre o serviço.

saúde pública. Inspirada na ideia de fato social de Marcel Mauss (2003) – em que o social só é real na medida em que esteja integrado em um sistema – e nas considerações de Claude Lévi-Strauss na “Introdução” da obra *Sociologia e antropologia* (Lévi-Strauss, 2003, p. 11-46), penso que o que vejo no contexto de minha pesquisa diz menos sobre a disputa entre legisladores e executores de políticas públicas e mais sobre o que está por trás da complexidade do suicídio.

Inegavelmente, a causalidade multifatorial do suicídio é complexa, inclusive porque traz consigo fatores sociais dificilmente indissociáveis, diferentemente de outros “agravos” também impactados por fatores sociais, para os quais são valorizados, de modo preponderante, os fatores biológicos e/ou fisiológicos, pronta e artificialmente isoláveis pela via farmacológica de forma minimamente segura e eficaz, como na hipertensão e no diabetes. Deixo a discussão sobre essa observação para outro texto.

Meu objetivo com a rasa comparação é somente ressaltar a contradição quando o corpo social da farmacologização insiste em incluir os suicídios (e suas tentativas) no rol de anomalias biológicas ou fisiológicas, para as quais, com certeza, os tratamentos farmacológicos seriam bem-vindos. Com isso não quero dizer que medicamentos como ansiolíticos e antidepressivos – apenas para citar dois tipos – não possam ser opções terapêuticas nos casos de tentativas de suicídio e na prevenção do desfecho de suicídio. Apenas quero registrar dois pontos de vista: um, contrário a tal insistência – a meu ver, as estratégias medicamentosas não devem ser a medida mágica de proteção às ocorrências de suicídio; e outro, na direção de apontar o “alargamento dos campos do patológico e da medicamentação no contexto das políticas de saúde mental”, conforme observado por Maluf (2018, p. 16) diante das pesquisas coordenadas pela autora.¹⁶⁹

Ainda que a discussão sobre modos de intervenção direcionados a alguns tipos de “agravos” seja interessante, atendo-me ao suicídio e ao fato de sua reconhecida complexidade, pelo menos para os cientistas sociais, a exemplo da defesa clássica primeira de Durkheim (2004). O suicídio traz consigo um emaranhado de fatores sociais, culturais,

¹⁶⁹ Na tese, debruço-me sobre a discussão de Maluf (2018, p. 15-22) para, a partir desta e das suas referências, refletir sobre como a presença do biopoder enquanto dispositivo de biogitimidade impacta a construção de políticas públicas de prevenção do suicídio com a marca de sua patologização.

econômicos, religiosos, morais e outros na configuração de um fato social total, insuficientemente valorizado como tal.

Na saúde, quando a complexidade do suicídio é teoricamente aceita, na prática prevalece uma justificativa unicausal e individualista. No dia a dia dos serviços e setores diversos da saúde, inclusive no âmbito da vigilância epidemiológica (onde está, também, a vigilância do óbito), é comum escutar explicações referentes às ocorrências de tentativas de suicídio e mortes por suicídio: “terminou com o namorado”, “estava devendo”, “a mãe não dava atenção”, “era *gay*”, “não tinha a palavra [Deus/Jesus] no coração”, entre tantas outras (re)imposições causais, provenientes de moralidades individuais ou coletivas reduzidas, somadas a racismo, sexismo, discriminações de gênero e religião, explicações tecidas a partir de julgamentos morais.

Contraditoriamente, diante das causalidades morais, religiosas, econômicas etc., a estabilização da normalidade do sujeito é buscada pela via farmacológica, embora a origem dessas “outras” atribuições seja correntemente transferida para os sujeitos tentantes de suicídio e suas famílias, adjetivando-os como “culpados”.

Se, no cotidiano, explicações causais reduzidas afetam de forma negativa a vida das pessoas e das famílias de pessoas tentantes de suicídio, seu impacto é ainda maior quando carregadas para a atuação profissional nas áreas da saúde, da educação, da justiça, da segurança e outras instâncias que lidam com a temática, bem como quando chegam às entrelinhas do planejamento e da construção, desconstrução ou não construção das intervenções e políticas de prevenção do suicídio.

Para um(a) dos(as) interlocutores(as) de minha pesquisa, a respeito do acolhimento recebido nos dias de internação após uma tentativa de suicídio:

[...] situação que é muito comum é o funcionário do hospital... Eu fiquei internad[o(a)], [...] e tinha um funcionário [...]. Todo santo dia esse homem ia pregar a palavra do senhor pra mim. Todo santo dia! [...] tá bem-intencionado, mas não vem me falar de Deus quando eu tô em ideação suicida, porque a primeira coisa que eu vou pensar é [que] Deus não vai me perdoar e eu vou pro inferno, porque é um pecado que não tem, não tem perdão.¹⁷⁰

¹⁷⁰ Entrevista realizada de forma remota com interlocutor(a) de pesquisa, tentante de suicídio, no dia 25 de outubro de 2021.

Com essas reflexões, retomo dois cenários: 1) o da pesquisadora implicada, no contexto de produção de dados epidemiológicos e da elaboração e apresentação da proposta de uma Linha de Cuidado de Prevenção do Suicídio; e 2) o do silêncio do GT de Prevenção do Suicídio à medida que a pandemia de covid-19 se agudizava.

A construção e a apresentação de uma linha de cuidado e prevenção do suicídio

Com algum tom de denúncia, próprio do fazer antropologia em tempos “extremos”, da condição de pesquisadora implicada e do convite para redigir este texto, vi uma oportunidade de socializar a construção de uma proposta de operacionalização de política de prevenção ao suicídio, a LIVITS. Com o objetivo de institucionalizar a proposta junto à SMS-JP e, conseqüentemente, de que viesse a se tornar uma macropolítica local, durante o tempo 3 da pandemia a elaborei e a apresentei à gestão em exercício à época, conforme narro a seguir.

Faço questão de registrar o não ineditismo da proposta. Tomei como referência a LIVITS original, construída em Goiânia (GO) pela equipe de *experts* atuantes no MS até 2016, desmontada por ocasião do *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff. Conheci a LIVITS através de Marta Silva, interlocutora de minha pesquisa e uma das protagonistas da Política de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Brasil, 2001), a quem acompanho há cerca de uma década.

A LIVITS original, para além de considerar a organização do cuidado e do acolhimento nos serviços, traz a prerrogativa da importância do olhar ampliado para o contexto local e das suas diferenças sociais e culturais diante da temática do suicídio. Embora tenha me apoiado em sua excelência técnica, foi sua amplitude quanto ao tema o que impulsionou a construção de uma linha à sua semelhança.

Inspirada nesses “mestres” da vida macro e de vida miudinha, que me antecedem intelectual e produtivamente com o assunto, diante do GT morto-vivo, do fim dos tempos agudos da pandemia de covid-19 e das suas demandas específicas, pensei estar frente a um momento contextual ímpar para sugerir intervenções à gestão local.

Para embasar a propositiva da LIVITS, me debrucei sobre o levantamento e a análise de dados para a construção de uma linha temporal de dez anos sobre as notificações de tentativas de suicídio

e suicídios de residentes em João Pessoa (2011-2021). Em agosto de 2022, submeti o produto da análise aos gestores da SMS-JP. De forma pragmática, ressaltai o aumento do número de notificações de lesões autoprovocadas entre os anos de 2011 e 2021, na ordem de 833,33% e de 365,52%, respectivamente, referentes a pessoas dos sexos feminino e masculino;¹⁷¹ nesse contexto, elaborei, justifiquei e apresentei a proposta.

Sucintamente, a LIVITS deve ser disparada pela notificação da tentativa de suicídio ocorrida em qualquer espaço do território, com imediata comunicação à DANT/VIEP e encaminhamento da pessoa tentante para a Rede de Atenção à Saúde. A conformação da linha se dá para além desses trâmites comuns aos serviços de vigilância epidemiológica. A proposta segue as recomendações da *Agenda Estratégica para Prevenção do Suicídio do Ministério da Saúde: 2017 a 2020* (Brasil, 2017) e o guia *Live life*,¹⁷² da Organização Mundial da Saúde, para a implementação de prevenção do suicídio, seus pilares e sugestões de intervenções-“chave” (WHO, 2021). Prevê a construção paulatina de uma estratégia local de prevenção ao suicídio articulada inter e intrassetorialmente que considere e trabalhe os elementos sugeridos pelo respectivo guia. A proposta inclui duas frentes intersetoriais, articuladas entres si – a LIVITS e o Núcleo de Prevenção às Violências¹⁷³ –, a serem implantadas de forma paralela, de maneira a se apoiarem e contribuir, juntas, para a efetividade do cuidado e da atenção à prevenção do suicídio. Na Figura 10, apresento uma síntese esquemática da proposta resumidamente descrita.

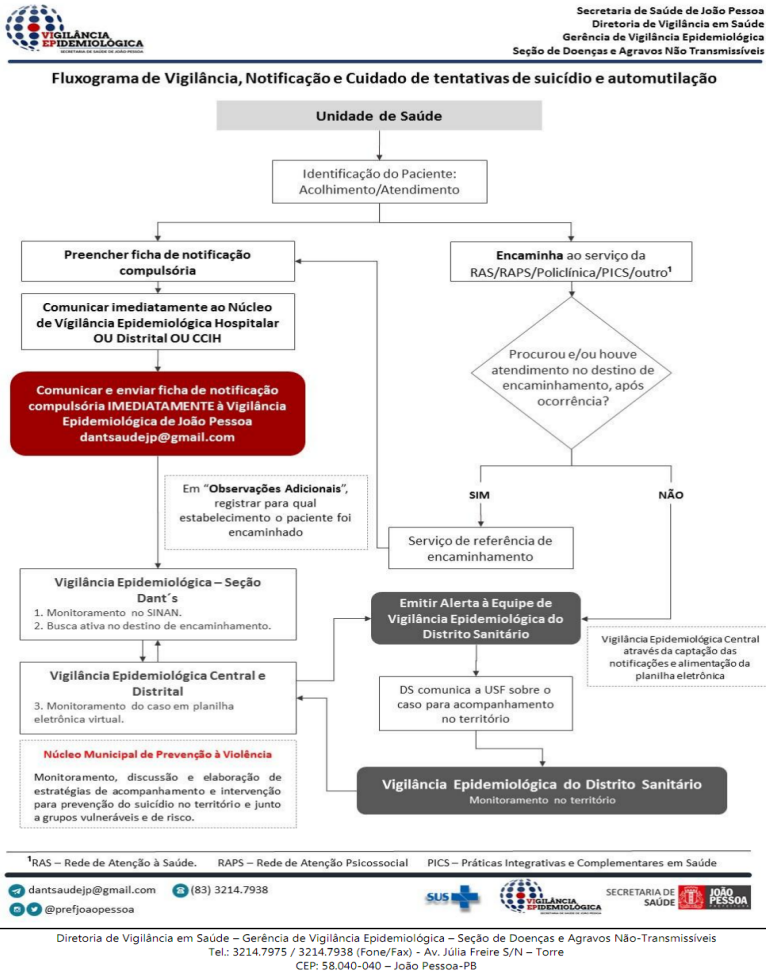
Até o momento da submissão deste texto, aguardo o posicionamento da gestão.

¹⁷¹ Para a série histórica (2011 a 2021), ainda sujeita a alterações, o número de notificações é ascendente. De 10 a 69 anos, todas as faixas etárias apresentam aumento percentual maior de 100% para as tentativas de suicídio. Chama a atenção o crescimento das tentativas de suicídio na ordem de 733% na faixa etária de 10 a 14 anos; de 1.283% entre 15 e 19 anos; de 500% entre 20 e 29 anos; e de 550% entre 50 e 59 anos. Uma análise mais detalhada poderá ser consultada em Wanick e Neves (2024).

¹⁷² WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators*. Genebra: WHO, 2018. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/279765/9789241515016-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 29 mar. 2022.

¹⁷³ Embora inexistente no município de João Pessoa, os Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios estão previstos pela Portaria nº 936, de 19 de maio de 2004, que dispõe sobre a sua implantação e implementação em estados e municípios.

Figura 10 – Proposta de fluxograma de vigilância, notificação e cuidado de tentativas de suicídio e automutilação para uma LIVITS, João Pessoa (PB)



Fonte: elaborado pela autora enquanto sanitária da Secretaria de Saúde de João Pessoa (2022)

Sobre o silêncio/silenciamento do GT de Prevenção do Suicídio

Anteriormente, coloquei em questão se, na paralisação das atividades do GT de Prevenção do Suicídio, a política estaria silenciando

o grupo. Minhas reflexões levam-me a acreditar que sim. Há uma política silenciadora, concebida por pessoas atreladas às suas esferas sociais e aos seus cargos de atuação na política; dito de outro modo, uma política construída por pessoas que a elaboram, a recebem para executá-la, e ainda por aquelas que acompanham a execução da política, na defesa da legitimação de interesses sociais. O conjunto me conduz a crer na instalação de um vácuo entre o GT de Prevenção do Suicídio e a SMS-JP, a exemplo do não posicionamento do grupo frente à proposta e à inauguração de um Centro de Referência do Cuidado à Vida.

Nessa micro-história, além do objeto comum, o suicídio, há pessoas em exercício posicionadas em diferentes espaços de atuação e poder, seja devido ao capital político, intelectual, cultural ou social. Embora essa questão seja importante, concentro-me no todo, isto é, no conjunto formado pelo objeto (a política de prevenção do suicídio) e pelas pessoas de seu entorno, o universo de minha pesquisa. Retomo a ideia de “fato social total” de Mauss (2003) para apoiar o raciocínio.

Ao tentar compreender os fatos inerentes à dinâmica desse espaço, me deparo com uma política resultante de fatores sociais, culturais, religiosos, políticos, normativos, reguladores, morais e outros, explícitos ou não, que objetiva regulamentar o Estado brasileiro no que compete à prevenção de suicídios e ao tratamento de seus condicionantes (Brasil, 2019), com as pessoas executoras, as conhecedoras técnicas (ou não) e todas aquelas que lidam direta ou indiretamente, ativa ou passivamente, profissionalmente ou não com a prevenção do suicídio.

Citei apenas alguns fatos sobre o tecido do conjunto do respectivo espaço para justificar por que o fato social total explica o oculto, aquilo por trás do silêncio/silenciamento do GT de Prevenção do Suicídio por ocasião da chegada da pandemia de covid-19, a marginalização da temática do suicídio (e da sua prevenção). Enfim, meu argumento se ancora na evidência da presença de um sistema simbólico construído e operado coletivamente, direta ou indiretamente, mas que, “despercebido ou não”, circula no cotidiano da sociedade. Como descreve Lévi-Strauss (2003, p. 17, grifo do autor):

É da natureza da sociedade que ela se exprima simbolicamente em seus costumes e em suas instituições; ao contrário, as condutas individuais normais *jamaís são simbólicas por elas mesmas*: elas são os elementos a partir dos quais um sistema simbólico, que só pode ser coletivo, se constrói.

Penso que o “abandono do suicídio” estampa a opção do GT de Prevenção do Suicídio, enquanto grupo, por caracterizá-lo exclusivamente como uma patologia na sua concepção biomédica. Embora o grupo se disponha a discutir contrapontos relativos à compreensão das ocorrências do suicídio, ele admite uma posição de sujeito indeterminado e sua dificuldade de sujeito na práxis do (não) enfrentamento à complexidade do suicídio enquanto questão de pauta da saúde pública, contexto mais notabilizado na pandemia.

O resultado é o eco da batida surda de um martelo no bastidor de um grupo, a princípio tido como um espaço democrático, mas que demonstra uma democracia longe de ser para todos. O silêncio se instala, propostas não são apresentadas, os serviços de saúde também se silenciam, priorizando os desfechos “quase” finais, de emergência, e alguns casos “crônicos”. Nos tempos 1, 2 ou 3, a pandemia de covid-19 segue impactando a saúde mental das pessoas e tornando presentes as ocorrências de tentativas de suicídio.

Frente à tomada pela via do silêncio, a complexidade do fato social suicídio é inferiorizada pela sua condição de conduta individual, para a qual a medicalização é justificável e a única que resta. Se meu raciocínio procede, colocá-lo nas caixinhas do patológico permite que a temática ocupe o social, mas na esfera das doenças, como uma patologia classificável, comum às desordens mentais. Provavelmente, advém daí parte da dificuldade de lidar com esse tópico na prática dos serviços de saúde e em outros espaços férteis para o trabalho de prevenção do suicídio, quando se argumenta sobre este como um fato complexo. Por trás da disputa sobre condutas interventivas, sobressaem-se as centradas no modelo biomédico e um sistema simbólico que as aprova.

Considerações finais

Mesmo que enxergue desdobramentos reflexivos, teóricos e práticos, oportunizados pela condição de pesquisadora implicada – e tenha me apoiado em outros autores –, isso não elimina o ajuste de saias no caminho, o desafio de fazer pesquisa “de perto e de dentro”, retomando Magnani (2002, p. 14); pelo contrário, por vezes, exige costuras finamente acabadas para alcançar um produto, digamos, final.

Chegado o término desta escrita, apego-me à memória dos momentos após o GT da 33ª RBA, a de retomada do esperar. Não se trata *ipsis litteris* de um texto de autoria coletiva com a vivência e a

história das pessoas que, conosco, constroem nossas pesquisas, como as micro-histórias (re)contadas na coletânea de Marques *et al.* (2021), mas sim de uma micro-história, pinçada de um trabalho de campo de doutorado, a qual se soma à potência ativista e teórica impulsionada pela Rede de Pesquisas Antropo-Covid.

Ao selecionar e compartilhar alguns pontinhos da referida micro-história, busquei socializar reflexões sobre os estranhamentos e as angústias a partir da vivência como pesquisadora implicada em um espaço de atuação na saúde pública frente à temática do suicídio e às reflexões e práticas a partir daí.

Classifico a LIVITS como um pragmatismo esperançado advindo da pesquisadora implicada; e, diante do silêncio da gestão em exercício à época da elaboração e da apresentação da proposta, assim como da permanência do silêncio da gestão em exercício no momento em que escrevo estas linhas, penso que, apertada uma das saias justas – no caso, a de publicizar a proposta neste texto –, é possível vislumbrar desdobramentos profícuos, se não locais, em outros espaços.

Ainda que o campo tenha me surpreendido com o silêncio do GT de Prevenção do Suicídio, almejo renovação dos ciclos políticos de nível macro, a exemplo da nomeação, no terceiro governo Lula, de uma mulher tecnicamente capacitada como ministra da saúde, Nísia Trindade Lima, doutora em sociologia e mestre em ciências políticas, e sua reverberação em níveis micro, nos territórios onde a vida se dá.

Atenho-me à perspectiva da inclusão de uma abordagem antropológica no pensar a gestão do cuidado e da prevenção do suicídio, para o que, a meu ver, é bem-vinda, de forma macro, a tessitura da cultura de paz; de forma micro, a fomentação ao Núcleo Municipal de Prevenção da Violência (elemento da LIVITS), a participação de conselheiros de saúde e educação no Núcleo de Prevenção das Violências/Suicídio e a educação permanente com participação dos agentes comunitários de saúde como via de aumentar a sensibilidade dos protagonistas, profissionais das equipes de Saúde da Família, no cotidiano dos territórios onde as pessoas vivem, adoecem e morrem; perspectivas em alinhavo que, quiçá, poderei descrever nos próximos textos.

Intento que a micro-história compartilhada possa tanto apontar elementos que tragam fôlego para a continuidade da discussão pela comunidade acadêmica quanto emplacar a implementação da LIVITS como uma macropolítica local e fomentar o pragmatismo político

implicado de pesquisadores (especialmente o coletivo) com propostas de intervenção de prevenção ao suicídio e implantação de macropolíticas.

Como pesquisadora implicada, à medida que pesquiso, aumenta minha convicção de que a micro-história descrita comunica uma macroquestão; diz sobre como, na prática, a política pública de prevenção do suicídio ocorre.

Referências

BONETTI, A.; FLEISCHER, S. (org.). *Entre saias-justas e jogos de cintura: gênero e etnografia na antropologia brasileira recente*. Porto Alegre: EDUNISC, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001*. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 18 maio 2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html. Acesso em: 8 abr. 2022.

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: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em: 8 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. *Portaria nº 1.271, de 6 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: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 8 abr. 2022.

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, 2017. 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: 2 jun. 2022.

BRASIL. *Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019*. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Brasília: Presidência da República, 29 abr. 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/conselhos-e-comites/cgpnpas/atos-normativos/lei-no-13-819-de-26-de-abril-de-2019.pdf/view>. Acesso em: 8 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada>. Acesso em: 26 mar. 2023.

DURKHEIM, É. *O suicídio*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

FLEISCHER, S. *Parteiras, buchudas e aperreios: uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial em Melgaço, Pará*. Belém: Paka-Tatu; Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2011.

GINZBURG, C. *O queijo e os vermes: o cotidiano e as ideias de um moleiro perseguido pela Inquisição*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

LÉVI-STRAUSS, C. Introdução à obra de Marcel Mauss. In: MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. Tradução: Paulo Neves. São Paulo: Cosac Naify, 2003. p. 11-46.

MAGNANI, J. G. C. 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. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-69092002000200002>.

MALUF, S. W. Biogitimidade, direitos e políticas sociais: novos regimes biopolíticos no campo da saúde mental no Brasil. In: MALUF, S. W.; QUINAGLIA SILVA, É. (org.). *Estado, políticas e agenciamentos sociais em saúde: etnografias comparadas*. Florianópolis: EdUFSC, 2018. v. 1, p. 14-43.

MALUF, S. W. Antropologia em tempo real: urgências etnográficas na pandemia. In: RAMIRO, P.; FRANCH, M.; AMORIM, N. *Ciências sociais em debate: crise e crítica social em tempos da covid-19*. João Pessoa: Ed. UFPB, 2022. v. 1, p. 181-197.

MALUF, S. W. Ciência com aspas: os dilemas do campo científico em tempos de pandemia. In: MALUF, S. W. et al. (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: 5 maio 2024.

MARQUES, B. et al. (org.). *Micro-histórias para pensar macropolíticas*. São Carlos: Áporo Editorial, 2021. Disponível em: https://mundareu.labjor.unicamp.br/wp-content/uploads/2023/05/2021_MARQUES_etal_Orgs._Micro-historias.pdf. Acesso em: 13 maio 2023.

MARTINS FILHO, M. T.; NARVAI, P. C. 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.

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. (org.). *Políticas de saúde: organização*

e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 61-80. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39223>. Acesso em: 10 maio 2023.

MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. Tradução: Paulo Neves. São Paulo: Cosac Naify, 2003.

NEVES, E. M.; NASCIMENTO, P. Sobre o Grupessc: de uma perspectiva crítica sobre saúde, gênero e geração. *Áltera: Revista de Antropologia*, João Pessoa, v. 1, n. 6, p. 24-36, jan./jun. 2018.

NUNES, M. de O. 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.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018.

STRATHERN, M. Os limites da autoantropologia. In: STRATHERN, M. *O efeito etnográfico e outros ensaios*. São Paulo: Cosac Naify, 2014. p. 133-157.

WANICK, H.; NEVES, E. M. 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, S. W. et al. (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: 4 maio 2024.

WHO. *Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries*. Genebra: World Health Organization, 2021. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>. Acesso em: 29 mar. 2022.