



Uma Cartografia das Políticas Públicas de Prevenção ao Suicídio no Brasil

A Cartography of Public Policies for Suicide Prevention in Brazil

Una Cartografía de las Políticas Públicas de Prevención del Suicidio en Brasil

Une Cartographie des Politiques Publiques de Prévention du Suicide au Brésil

Edson Pilger Dias Sbeghen¹ e Inês Hennigen²

¹ Bacharel em enfermagem pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, especialista em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde, São Paulo, SP, Brasil.

 <https://orcid.org/0000-0001-7989-1819> E-mail: psicologo.edsonpilger@gmail.com

² Psicóloga e mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. Professora Associada no Departamento de Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

 <https://orcid.org/0000-0002-0973-5973> E-mail: ineshennigen@gmail.com

Resumo

O suicídio é um problema de saúde pública mundial e a OMS tem instigado os países membros a desenvolverem políticas públicas para prevenir esse tipo de morte. Este artigo aborda a construção e implementação das políticas públicas de prevenção ao suicídio no Brasil. Tendo como inspiração o método cartográfico, e tecendo considerações com o neoliberalismo e outras ferramentas conceituais de Michel Foucault, foram realizadas análises sobre os crescentes índices de suicídio da atualidade. Evidenciamos nesta investigação a Lei nº 13.819 (2019) que Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Constatamos, assim, a fragilidade da Lei, que propõe um serviço telefônico para pessoas que estão passando por sofrimentos e/ou pensando em colocar fim na vida. Entendemos que as políticas públicas de prevenção ao suicídio não devem limitar-se a disponibilização de um canal telefônico de atendimento, sendo necessária a implementações de estratégias de acompanhamento interdisciplinar, haja visto, que alguém que decide interromper a vida pode estar passando por uma situação de sofrimento intenso. Concluimos que a prevenção ao suicídio deve considerar a qualificação das condições de vida, pois, um projeto de prevenção ao suicídio que não leva em consideração o contexto neoliberal, desencadeador de sofrimentos, está fadado ao fracasso.

Palavras-Chave: Suicídio; Prevenção; Políticas Públicas; Neoliberalismo; Biopolítica.

Abstract

Suicide is a global public health issue and the WHO has urged member countries to develop public policies to prevent this type of death. This article addresses the construction and implementation of suicide prevention public policies in Brazil. Drawing inspiration from the cartographic method and incorporating considerations related to neoliberalism and other conceptual tools of Michel Foucault, analyses were conducted on the rising suicide rates in contemporary times. This investigation highlights Law No. 13,819 (2019) which establishes the National Policy for the Prevention of Self-harm and Suicide. The fragility of the law is noted, as it proposes a telephone service for individuals experiencing distress or contemplating ending their lives. We argue that suicide prevention public policies should not be limited to the provision of a telephone helpline but require the implementation of interdisciplinary support strategies. Recognizing that someone contemplating suicide may be undergoing intense suffering, we conclude that suicide prevention efforts should address the improvement of living conditions. A suicide prevention project that does not take into account the neoliberal context, a trigger for distress, is deemed destined for failure.

Keywords: Suicide; Prevention; Public Policy; Neoliberalism; Biopolitics.

Resumen

El suicidio es un problema de salud pública a nivel mundial y la OMS ha instado a los países miembros a desarrollar políticas públicas para prevenir este tipo de muerte. Este artículo aborda la construcción e implementación de políticas públicas de prevención del suicidio en Brasil. Inspirándose en el método cartográfico y tejiendo consideraciones sobre el neoliberalismo y otras herramientas conceptuales de Michel Foucault, se realizaron análisis sobre los crecientes índices de suicidio en la actualidad. Destacamos aquí la Ley N.º 13.819 que instituye la Política Nacional de Prevención de la Automutilación y del Suicidio. Observamos la fragilidad de la ley, que propone un servicio telefónico para personas que están experimentando sufrimientos y/o pensando en poner fin a sus vidas. Entendemos que las políticas públicas de prevención del suicidio no deben limitarse a la disponibilidad de una línea telefónica de atención, siendo necesaria la implementación de estrategias de seguimiento interdisciplinario, dado que alguien que decide interrumpir su vida puede estar experimentando una situación de sufrimiento intenso. Concluimos que la prevención del suicidio debe considerar la mejora de las condiciones de vida, ya que un proyecto de prevención del suicidio que no tenga en cuenta el contexto neoliberal, desencadenante de sufrimientos, está destinado al fracaso.

Palabras Clave: Suicidio; Prevención; Políticas Públicas; Neoliberalismo; Biopolítica.

Resumé

Le suicide est un problème de santé publique mondial et l'OMS a exhorté les pays membres à élaborer des politiques publiques pour prévenir ce type de décès. Cet article traite de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques publiques de prévention du suicide au Brésil. En s'appuyant sur la méthode cartographique et en intégrant des considérations sur le néolibéralisme et d'autres outils conceptuels de Michel Foucault, nous analysons l'augmentation des taux de suicide à l'heure actuelle. Nous soulignons ici la loi n° 13.819 qui institue la politique nationale de prévention de l'automutilation et du suicide. Nous constatons la fragilité de la loi qui propose un service téléphonique pour les personnes en souffrance et/ou qui pensent à mettre fin à leur vie. Nous comprenons que les politiques publiques de prévention du suicide ne doivent pas se limiter à la mise à disposition d'une ligne téléphonique et que la mise en œuvre de stratégies de suivi interdisciplinaire est nécessaire, étant donné que la personne qui décide de mettre fin à ses jours peut vivre une situation de souffrance intense. Nous concluons que la prévention du suicide doit prendre en compte l'amélioration des conditions de vie, car un projet de prévention du suicide qui ne prend pas en compte le contexte néolibéral, déclencheur de souffrance, est voué à l'échec.

Mots-Clés: Suicide; Prévention; Politiques Publiques; Néolibéralisme; Biopolitique.

Introdução

O presente artigo busca analisar o campo da construção e implementação das políticas públicas de prevenção ao suicídio no Brasil, numa perspectiva cartográfica, a partir da caixa de ferramentas conceituais de Michel Foucault, tecendo considerações sobre as estratégias adotadas para a prevenção e/ou intervenção diante de comportamentos suicidas. Esse escrito é um recorte da tese defendida pelo primeiro autor em 2022, sob a orientação da segunda autora.

O suicídio é reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um problema de saúde pública mundial (OMS, 2014). Aproximadamente 700 mil pessoas se suicidam todos os anos (OMS, 2021), e para cada uma destas mortes efetivadas, estima-se que haja aproximadamente 20 outras pessoas tentando interromper a vida (OMS, 2014).

O Brasil possui um alto índice de suicídio, ocupando o 8º lugar no rank mundial em números absolutos desse tipo de morte (OMS, 2014). Entre 2010 e 2019, ocorreram 112.230 mortes por suicídio, com um aumento de 43% no número anual, de 9.454 em 2010, para 13.523 em 2019 (Brasil, 2021a). E esse número segue crescendo. Em 2022, 16.262 pessoas morreram por suicídio no Brasil, um aumento de 11,8%, em comparação ao ano anterior (FBSP, 2023).

Assim como a OMS, o Ministério da saúde (MS) reconhece o suicídio como “um fenômeno complexo e multicausal de impacto individual e coletivo, que pode afetar indivíduos de diferentes origens, sexos, culturas, classes sociais e idades” (Brasil, 2021b: s/p). Afirma ainda que esse ato está etiológicamente relacionado a uma “gama de fatores, que vão desde os de natureza sociológica, econômica, política, cultural, passando pelos psicológicos e psicopatológicos, até biológicos” (Brasil, 2021b: s/p). Muitos aspectos estão circunscritos no ato de interromper a vida. No entanto, o MS em consonância com a OMS afirma que: “a imensa maioria das pessoas que tenta ou comete suicídio é acometida por algum transtorno mental, sendo o mais comum a depressão” (Brasil, 2021b: s/p). De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e o Conselho Federal de Medicina (CFM), “sabemos hoje que praticamente 100% dos suicidas tinham uma doença mental, muitas vezes não diagnosticada e não tratada” (ABP & CFM 2015: 46). Assim, naturalizou-se, no campo da prevenção ao suicídio, que esse tipo de morte está ligado diretamente com algum transtorno mental individual.

A OMS, além de reconhecer o suicídio como uma questão de saúde pública, afirma que, em muitos casos, pode ser prevenido. Para tanto, tem desenvolvido há várias décadas, ações para a prevenção desse tipo de morte. Em 1999, lançou o primeiro programa de prevenção ao suicídio, o *Suicide Prevention Program* (SUPRE): uma iniciativa mundial para os cuidados acerca do ato de interromper a vida, que objetivava reduzir a mortalidade e morbidade devido a comportamentos suicidas, quebrar o tabu em torno do suicídio e reunir autoridades e o público para superar este desafio (OMS, 2000).

Esse programa colocou em circulação uma série de cartilhas e materiais destinados aos mais variados públicos (profissionais de saúde, educadores, serviços sociais, governos, legisladores, membros da comunicação social, magistrados, famílias e comunidades) com a finalidade de divulgar a problemática e provocar a conscientização (ou melhor, produzir a consciência, a compreensão) de que o suicídio é uma morte evitável. O material destinado aos profissionais da comunicação, por exemplo, orientou como se deve noticiar, falar sobre esse tipo

de morte nos meios de comunicação para não desencadear outras mortes por imitação (OMS, 2000).

Os dados divulgados na ocasião do lançamento do SUPRE indicavam que, no período de 45 anos, as taxas de suicídio haviam aumentado em 60% em alguns países (OMS, 2000a). Na última metade do século XX, os índices de suicídio elevaram-se e continuaram a crescer em escala global (OMS, 2006; Botega 2014; Brasil, 2017a). Em 2019, a OMS divulgou uma análise do período de 2000 a 2019, onde constatou um aumento de 17% na taxa de suicídios nas Américas (OMS, 2021).

No contexto brasileiro, como resposta às ações solicitadas no SUPRE, foi lançada a Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, que instituiu as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todo o território nacional. Tais diretrizes também consideram a importância epidemiológica e a relevância do quadro de comorbidades e transtornos associados ao suicídio e suas tentativas em populações vulneráveis. Entende-se por ‘vulneráveis’:

(...) 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 outras. (Portaria Nº 1.876 de 14 de agosto do Ministério da Saúde, 2006)

A citação demonstra como a vulnerabilidade para o comportamento suicida abrange vários grupos sociais, de diferentes contextos e condições de vida. Abrange uma variedade de pessoas, incluindo aquelas com sofrimento mental, histórico de tentativas de suicídio, abuso de substâncias, condições precárias de vida e outros fatores de risco. A vulnerabilidade está inter-relacionada às condições em que as pessoas vivem, abrangendo questões econômicas, meio ambiente, política, cultura, histórico de vida.

Em 2017, dois acontecimentos deram maior visibilidade à temática do suicídio no Brasil: o jogo *Baleia Azul* e a série *13 Reasons Why*. O jogo *Baleia Azul* ganhou repercussão no início do mês de abril, quando uma adolescente de 16 anos foi encontrada morta dentro de uma represa no Mato Grosso. Em seus pertences foram encontrados escritos que falavam das regras do jogo. A partir deste acontecimento, uma série de informações passou a circular em redes sociais e espaços on-line sobre os desafios do jogo (Garcia, 2018). A forma como o jogo chegou ao Brasil é incerta, bem como sua origem. Em meio a um mar de “falsas notícias” e lendas, o jogo ganhou notoriedade no país.

Esse jogo resultou na morte de adolescentes e jovens no Brasil e no mundo, bem como na tentativa de suicídio de outros, tornando-se alvo de investigações pela justiça e gerando grande repercussão na sociedade em geral (Bedinelli & Martín, 2017; Garcia, 2018). Isso desencadeou reflexões sobre a influência da internet no comportamento de autodestruição, autolesão e comportamento suicida, principalmente em crianças e adolescentes.

Em março desse mesmo ano, foi lançada na Netflix a série *13 Reasons Why*, dirigida por Brian Yorkey, baseada na obra literária com o mesmo nome, de Jay Asher. A série conta com

quatro temporadas, a segunda lançada em maio de 2018, a terceira em agosto de 2019, e a última estreou em cinco de junho de 2020. Várias críticas e acusações foram feitas à série que, dentre os temas abordados, trata da depressão, *bullying*, isolamento, abuso sexual e suicídio. Na ocasião do lançamento houve iniciativas de manifestação de repúdio e sugestão de boicote por conter cenas impactantes, como o suicídio de Hannah Baker, uma adolescente protagonista.

Antes da estreia, um dos autores principais, Dylan Minette, disse em conversas com Beatriz Amendola do UOL: “Eu espero que a série dê início a uma discussão, que as pessoas possam vê-la juntas e discutir quando acabarem” (Amendola, s/d: s/p). Muitas foram as conversas e controvérsias que a série e o jogo provocaram na sociedade brasileira. É nesse contexto que é proposta a Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

Depois de contextualizar o campo da prevenção ao suicídio no Brasil, apresentamos o caminho metodológico que esta pesquisa percorreu. Posteriormente, abordamos a compreensão do suicídio, como sendo uma morte evitável, para a qual se devolve políticas públicas visando sua prevenção. Por fim, analisamos os percursos da prevenção ao suicídio no Brasil, e a Lei de prevenção instituída em 2019.

1. Caminho Metodológico

A cartografia serviu de inspiração metodológica para a pesquisa. Este método foi proposto por Guattari & Deleuze (1995) e desenvolvido no Brasil por um grupo de pesquisadores, que propuseram “pistas”, para esse tipo de pesquisas. O método da cartografia tem como objetivo “desenhar o plano de forças ao qual o objeto ou fenômeno em questão se encontra conectado, dando conta de suas modulações e seu movimento permanente” (Barros & Kastrup, 2012: 57). Ou seja, busca explorar e mapear os territórios subjetivos, levando em consideração as complexidades e multiplicidades das experiências humanas.

De acordo com Kastrup (2007), o método cartográfico visa acompanhar um processo de produção e não apenas representar um objeto, visto que, não seleciona previamente o que vai encontrar, ao contrário, se lança no campo, deixando ser afetado, impregnado pelos acontecimentos. Para tanto, “o cartógrafo deve pautar-se sobretudo numa atenção sensível, para que possa, enfim, encontrar o que não conhecia, embora já estivesse ali, como virtualidade (Kastrup, 2007: 21).

O primeiro autor encontrava envolvido em várias frentes de trabalho no campo da prevenção ao suicídio, trabalhando como psicólogo clínico, professor universitário, voluntário do CVV, palestrante. Imerso nesse campo, deixou-se afetar pelos movimentos da pesquisa, e foi cartografando as “linhas de composição, incluindo a diversidade de interesses, as alianças e os dissensos” (Kastrup & Passos, 2013: 271) que habitam o campo da prevenção ao suicídio no Brasil.

Dentre as forças que tensionam a temática desta pesquisa emergiram as seguintes questões: o que é tomado como prevenção? Como se articulam os serviços para prevenir o suicídio? Aceitando, por um instante, a afirmação de que o suicídio é consequência (está associado) de uma doença mental, como a Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019 se propõe acolher essa demanda? Como se concebe o sofrimento/doença que leva ao suicídio, ao instituir um número de telefone como estratégia de enfrentamento? Como o serviço telefônico se articula com o Sistema Único de Saúde (SUS)? O suicídio sempre está associado à doença mental? E se o adoecimento (certo *pathos*) está vinculado à sensibilidade/emoção provocada por certas condições e modos de vida? Tais questionamentos deslocaram e mobilizaram os pesquisadores a olhar e analisar o campo da prevenção ao suicídio no Brasil.

Em 2015, o primeiro autor sentiu-se convocado a desenvolver alguns trabalhos no âmbito da prevenção ao suicídio, acreditando que se as pessoas soubessem interpretar os “sinais”, “os pedidos de ajuda”, poderiam impedir que esse tipo de morte acontecesse. Isso o levou a ministrar palestras, realizar rodas de conversas em diversos ambientes (escolas, universidades, empresas, igrejas, dentre outros), com os mais variados públicos (adolescentes, universitários, profissionais da saúde, professores, religiosos, entre outros), falando alinhado às orientações da OMS, de como identificar sinais de comportamento suicida. Nesse período, também se tornou voluntário do Centro de Valorização da Vida (CVV). Quando iniciou o doutorado, exercia a função de coordenador de um posto de atendimento desta instituição.

O CVV foi fundado em São Paulo, em 1962, enquadrando-se como uma associação civil sem fins lucrativos, filantrópica e, desde 1973, obtém reconhecimento de Utilidade Pública Federal na prestação de “serviço voluntário e gratuito de apoio emocional e prevenção do suicídio para todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo e anonimato” (CVV, 2021: s/p).

Ao transitar por esses espaços, ao longo do processo de doutoramento, o primeiro autor foi cartografando suas vivências. Como voluntário do CVV, acompanhou o processo de implementação do número telefônico (188) em parceria com o Ministério da Saúde, proporcionando abrangência gratuita e nacional aos serviços do CVV de prevenção ao suicídio. O “diário de bordo”, no qual o primeiro autor cartografou suas vivências, serviu também como fonte para o presente estudo.

2. Suicídio como Morte Evitável: prevenção como questão de saúde pública

O conceito de prevenção, genericamente, refere-se a medidas tomadas para evitar que algo aconteça. José Manoel Bertolote (2012), um dos pioneiros nos estudos sobre a prevenção ao suicídio no Brasil, afirma que, no âmbito da saúde, a prevenção diz respeito à adoção de medidas que busquem interceptar a causa de uma doença antes que ela atinja um indivíduo, evitando, portanto, sua ocorrência.

Para pensar estratégias de prevenção ao suicídio, é de suma importância levar em consideração a multiplicidade de fatores que estão envolvidos no ato de interromper a vida. Desse modo, a médica psiquiatra Alexandrina Meleiro, argumenta que o suicídio envolve “fatores neurobiológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais, religiosos, filosóficos, ambientais, epidemiológicos e individuais tanto intrapsíquicos quanto interpessoais” (Meleiro, 2021: 10). Apesar de arrolar fatores de múltiplas ordens, a autora, em sintonia com a compreensão corrente e majoritária, aponta que “a doença [mental] aumenta a vulnerabilidade e está presente em quase todos os casos de suicídio. Transtorno mental é condição necessária, mas não suficiente para o comportamento suicida”. (Meleiro, 2021: 10). Todos esses fatores evidenciam a complexidade presente no campo da prevenção do suicídio.

Berardi (2017), filósofo italiano que frequentou cursos de Michel Foucault e trabalhou junto com Félix Guattari, analisa que não pode ser por acaso o fato de que, nos últimos quarenta anos, esse tipo de morte tenha crescido enormemente (em particular entre os jovens), e nos convida a olhar para as transformações nos modos de vida da sociedade. Em sua compreensão, o crescimento dos índices de suicídio está interligado com o neoliberalismo, “arte de conduzir condutas”, contemporâneo.

Para além de uma teoria econômica, o neoliberalismo produz um modo de habitar o mundo, uma subjetividade humana, pela sua forma de racionalidade governamental que se concentra na gestão da vida e da sociedade. Michele Foucault, analisa no curso de 1979, “O Nascimento da Biopolítica”, como esse modo de condução de conduta, influência na organização da sociedade. Vale lembrar que, o referido autor, se propõe a pensar a temática, quando ele era uma proposta político-econômica, preste a sua efetivação no Chile, e posteriormente no Reino Unido com Margaret Thatcher e nos Estados Unidos com Ronald Reagan. No entanto, Foucault já visualizava como essa governabilidade iria abarcar toda a existência humana.

Nesse sentido, concordamos com Silva, Safatle & Dunker (2021: 06), ao afirmarem “cabe compreender o neoliberalismo como uma forma de vida nos campos do trabalho, da linguagem e do desejo”, que molda as nossas vidas, e extrai a máxima produtividade dos sujeitos. Essa governamentalidade, exige que os sujeitos se reinventem constantemente, diante das ameaças, competições, pressões, inseguranças intensas. Dessa forma, compreendemos que o neoliberalismo influência de modo significativo no desenvolvimento de problemas de saúde mental, da sociedade contemporânea.

Em sintonia com esses autores, pensamos que a compreensão desse tipo de morte exige que se busque um olhar mais amplo nos diversos espaços culturais e existenciais que influenciam a constituição de quem nós somos. Ou seja, o crescente aumento dos índices de suicídio pode ser analisado como um sintoma social, que deixa para muitos, a morte como uma forma de aliviar a dor, frente a desesperanças. Entendemos que é necessário olhar os distintos cenários, espaços culturais e sociais onde o suicídio passa a ser uma saída, mas também uma denúncia de um modo de vida.

Silva, Safatle e Dunker (2021), analisam que não é ao acaso, que com o desenvolvimento do neoliberalismo, houve uma reformulação da “gramática do sofrimento psíquico”, na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, nos anos 1970.

Há relações profundas entre os experimentos de engenharia social do neoliberalismo e a reconstrução das estruturas categoriais clínicas, reconstrução que se expressa, principalmente, com o apagamento das neuroses,

com a hegemonia da depressão, com a redução da psicose à forma unitária da esquizofrenia, com a consolidação dos transtornos borderline e, finalmente, com a substituição da clínica tradicional, restrita ao tratamento de doenças, pela lógica do “enhancement”, que começa a explorar cada vez mais os fármacos, inicialmente concebidos para o sofrimento psíquico, em um novo objetivo, aquele da potencialização de performances no trabalho.

Botega (2015: 24) aponta que foi no final da década de 1960 que as Nações Unidas (ONU) definiram o comportamento suicida como sendo “um fenômeno multifatorial, multideterminado e transaccional que se desenvolve por trajetórias complexas, porém identificáveis”; logo, passível de prevenção. O autor supracitado afirma que na década de 1990 o suicídio passou a ser considerado “um problema a ser enfrentado também na área da saúde pública” (Botega, 2015: 24). Analisa ainda que, a prevenção do suicídio foi iniciada e gerida por organizações não governamentais, sob inspiração religiosa e filantrópica. A partir de então, passa a fazer parte da agenda da saúde pública. Foi em 2005 que os primeiros passos foram dados no Brasil ao se lançar um plano nacional de prevenção ao ato de tirar a própria vida. A política nacional de prevenção ao suicídio emerge associando o ato de interromper a vida ao adoecimento mental.

A compreensão de que o suicídio está associado à doença mental foi proposta por Bertolote & Fleischmann (2002) a partir de uma revisão sistemática de 31 artigos científicos, publicados entre 1959 e 2001 ao redor do mundo, onde se fez uma análise englobando 15.629 suicídios na população geral, e se concluiu que em 97% dos casos caberia um diagnóstico de desordens mentais na ocasião da morte por suicídio. Esse estudo passou servir de referência para orientar a compreensão e as ações de prevenção ao suicídio, como morte evitável.

Meleiro (2021: 10) analisa que o estudo de Bertolote & Fleischmann (2002) “registrou um elo consistente entre os dois grupos de fenômenos: comportamento suicida e doença mental”. E adverte que “não se trata de afirmar que todo suicídio se relaciona a uma doença mental, nem que toda pessoa com transtorno mental irá se suicidar”.

Vale ressaltar que não há um consenso na compressão dos fatores que podem levar ao suicídio. E mesmo que majoritariamente os autores apontem para questões de adoecimento mental, há outros fatores envolvidos, o que nos faz questionar o que é considerado evitável, e quais serviços de saúde são mencionados na lei de prevenção ao suicídio.

3. Percursos da Prevenção ao Suicídio no Brasil

As políticas públicas de prevenção ao suicídio no Brasil, foram impulsionadas pelas diretrizes proposta no SUPRE. Um primeiro movimento ocorreu em dezembro de 2005, por meio da portaria 2.542, que convocou um grupo de trabalho para elaborar as Diretrizes Brasileiras do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, instituído pela portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Dentre as diretrizes estabelecidas estava a importância de “organizar uma

rede de atenção à saúde que garanta linha de cuidados integrais no manejo dos casos de tentativas de suicídio”. No entanto, essa proposta de cuidado integral não se efetivou como política pública.

Em 2007, Botega publicou um artigo intitulado: “Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção”, onde comenta sobre o processo de elaboração das diretrizes do plano nacional de prevenção ao suicídio (Botega, 2007). Passada uma década, em setembro de 2016, Botega participou do 1º Simpósio sobre Suicídio no Oeste Catarinense, organizado por duas profissionais de saúde, que contou com o apoio da prefeitura de Chapecó e do CVV. Após sua palestra, o primeiro autor deste artigo perguntou sobre que análise ele fazia da prevenção ao suicídio no Brasil, visto que já fazia 10 anos do lançamento das Diretrizes Brasileiras do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, obtendo como resposta a afirmação que efetivamente o plano não saiu do papel.

Em 2017, ano em que a temática do suicídio ganha destaque no Brasil, o Ministério da Saúde havia divulgado uma “Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil - 2017 a 2020”, a qual afirma que a “prevenção do suicídio é uma das prioridades do Ministério da Saúde e representa um desafio para a saúde pública por se tratar de um fenômeno complexo, multifacetado e de múltiplas determinações”. (Brasil, 2017a: 7).

A agenda foi elaborada conjuntamente com áreas técnicas da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS), além de ter incorporado contribuições de outros parceiros, como secretarias estaduais e municipais de saúde, associações e conselhos de classe e universidades e o CVV, que participaram da Oficina: “Panorama e estratégias para o enfrentamento do suicídio no Brasil”, em 30 de novembro e 1 de dezembro de 2016, e do Workshop: “Estabelecendo Diálogos sobre Prevenção do suicídio”, realizado de 30 a 31 de maio de 2017. (Brasil, 2017a: 7)

Na proposta apresentada, a vigilância ocupará uma posição estratégica; não somente a vigilância em Saúde, mas também a social, aquela que passa a perscrutar a vida nas redes sociais, nas escolas, para “identificar” possíveis comportamentos “suspeitos” e realizar a notificação. Nesse mesmo período, o Facebook fez uma atualização para que os usuários pudessem notificar as postagens que são “suspeitas”, que apresentam conteúdos vinculados ao suicídio. De acordo com Mariana Lenharo, em uma notícia publicada no G1¹ - São Paulo, em junho de 2016, os usuários do Facebook no Brasil tiveram acesso a uma nova ferramenta para prevenção do suicídio, a partir de um projeto desenvolvido em parceria com o CVV. Compreendem que “pessoas contemplando a ideia de suicídio podem emitir sinais de alerta em suas publicações nas redes sociais”.

Vigilância em todas as esferas da sociedade parece ser a principal estratégia biopolítica de fazer viver. Não é por acaso que vigilância vem antes de prevenção e promoção na agenda de

¹ Disponível em: <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2016/06/facebook-lanca-ferramenta-de-prevencao-ao-suicidio-junto-ao-cvv.html>

“Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil 2017 a 2020”. A referida agenda apresenta três eixos de ações estratégicas: I) Vigilância e Qualificação da Informação; II) Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde; III) Gestão e cuidado. O primeiro eixo se divide em quatro sub-eixos, versando sobre: a) Qualificação da notificação de tentativa de suicídio; b) Qualificação do diagnóstico e registro da causa de óbito; c) Qualificação das informações; d) Pesquisas e disseminação de informações.

Destacamos no sub-eixo a) “Qualificação das informações”, a participação do CVV, com o seguinte propósito: “C.4. Pactuar com o Centro de Valorização da Vida (CVV) o compartilhamento, com gestores das três esferas de gestão, dos dados provenientes dos atendimentos para formulação de estratégias locais de enfrentamento do suicídio”. (Brasil, 2017a: 07).

No CVV, as ligações são anônimas. Quando o primeiro autor esteve na coordenação do posto, uma das responsabilidades da função era alimentar uma planilha com os números de atendimentos realizados mensalmente e enviar à diretoria do CVV nacional. Não era possível, diante dos serviços prestados pelo CVV, informar a localidade de onde a pessoa falava; alguns postos atendiam por um número de telefone fixo (comercial) e outros pelo número 141. Esse número de três dígitos possuía uma cobertura apenas local, ou seja, não era possível que uma pessoa de outras cidades ligasse para o posto do CVV nesse número. Caso não houvesse um posto do CVV na cidade da pessoa que procurava o serviço, ela teria que ligar no número comercial. Assim, as ligações eram cobradas de acordo com o plano telefônico de quem ligava. Vale destacar que no número 141 as pessoas não conseguiam ligar de celulares, apenas de telefone fixo. Para melhor cobertura de atendimento, alguns postos do CVV possuíam então dois números, o 141 e o fixo.

Diante da grande repercussão da temática do suicídio em 2017, as reportagens, matérias, que abordavam a temática, passaram a divulgar no final, ou mesmo no corpo da reportagem, o número de atendimento do CVV, que naquela ocasião era o 141. Compreendemos como sendo uma forma de divulgação “ética”, uma vez que a OMS (2000) orienta que ao divulgar uma notícia de suicídio, é importante também falar onde as pessoas podem buscar ajuda, caso sintam necessidade, já que compreendem que as notícias podem influenciar o comportamento das pessoas. Também constatamos que muitas pessoas passaram a compartilhar em suas redes sociais o número de atendimento do CVV. O primeiro autor ouviu de um colega de CVV: “tivemos um marketing gratuito”.

A visibilidade desse tipo de morte nos meios de comunicação e nas redes sociais acelerou o processo de parceria que o CVV vinha pleiteando junto ao Ministério da Saúde. Em 8 de março de 2017, o Ministério da Saúde publicou no diário oficial o acordo de cooperação técnica para celebrar a continuidade da parceria que integra o Ministério da Saúde e o CVV na adesão à Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio (Brasil, 2017a).

A partir deste acordo, o CVV passou a ganhar maior protagonismo no campo da prevenção ao suicídio no Brasil. Há anos lutava por um número telefônico de três dígitos de cobertura nacional. O Rio Grande do Sul foi o estado “experimental” do número 188: começou a

funcionar em setembro de 2015. Dentre as razões da escolha deste estado encontra-se o incêndio na Boate Kiss², no dia 27 de janeiro de 2013, e por esse apresentar o maior índice de suicídio dentre os estados brasileiros. Com a celebração do acordo em março de 2017, foi desenvolvido um planejamento para que esse número tivesse cobertura nacional.

Com a expansão e a parceria, as ligações para o CVV pelo número 188 tornaram-se gratuitas e puderam ser realizadas por qualquer operadora, via linha telefônica fixa ou celular, provenientes de qualquer cidade do Brasil. Vale destacar que a cobertura do sinal para todo o território nacional ficou pronta antes da data prevista, junho de 2018. Os postos de atendimento precisaram se organizar para dar conta da demanda, visto que a parceria, bem como a temática da prevenção ao suicídio, tornou-se foco na mídia e, conseqüentemente, o número 188 ganhou visibilidade e a procura pelos serviços do CVV cresceu de modo substancial.

Em 2017, depois da celebração desta cooperação, os voluntários e os postos passaram a ser mais cobrados para alimentar as planilhas com os números de atendimentos e o CVV passou a disponibilizar em seu site relatórios de atividades em nível nacional. De acordo com as informações disponíveis em seu site, a instituição contava, no ano de 2021, com mais de 120 postos de atendimento, aproximadamente 4.000 voluntários, realizando, em média, 3 milhões de atendimentos por ano (CVV, 2021).

No terceiro eixo da agenda estratégica divulgada por Brasil (2017a), o CVV aparece como um parceiro do SUS, onde se propõe “articular com o CVV a expansão nacional do código gratuito 188 com os pontos de atenção do SUS locais, de modo a efetivar o acionamento do acompanhamento nas Redes de Atenção à Saúde”. Diante dos princípios da instituição, esse trânsito de informações entre CVV e SUS é impossível de acontecer, pois as ligações são anônimas e não diretivas, o que implica não dizer para a pessoa que liga buscar o serviço do SUS ou um profissional da saúde. O que acontece são campanhas, como o ‘Setembro Amarelo’, quando algumas vezes o CVV se articula com os municípios para desenvolver atividades com a comunidade, como panfletagem, palestras e outras ações.

Considerando o percurso do campo da prevenção ao suicídio no Brasil, apresentado anteriormente, observamos que as políticas públicas são frágeis e insuficientes para atender essa demanda, visto que, o suicídio envolve diversos fatores socioculturais, históricos, psicossociais, ambientais, entre outros. Nesse sentido, a prevenção deve levar em consideração a complexidade e os múltiplos atravessamentos que podem influenciar na decisão de interromper a vida, sendo que a escuta telefônica oferecida pelo CVV, ainda que tenha seu papel, não é suficiente para a promoção da saúde integral às pessoas em sofrimento psíquico.

²Disponível em: <https://memoriaglobo.globo.com/jornalismo/coberturas/incendio-da-boate-kiss/>. Acessado em 16 de novembro de 2021.

4. Lei de Prevenção ao Suicídio

Como apontado anteriormente, em 2017 a temática do suicídio ganhou visibilidade no Brasil devido as discussões sobre o “Jogo Baleia Azul” e a série “13 Reasons Why”, e entendemos ter sido um vetor importante para a proposição e aprovação da Lei de prevenção ao suicídio.

Esse contexto proporcionou condições que possibilitaram que o Deputado Federal Osmar Gasparini Terra, do MDB/RS, apresentasse em 30/05/2018, o Projeto de Lei (PL) nº 10331/2018, para estabelecer a notificação compulsória de casos de violência autoprovocada, incluindo tentativas de suicídio e a automutilação. Vale destacar que a proposta se detém a estabelecer condutas para a notificação compulsória de casos envolvendo tentativas de suicídio e automutilação, não incluindo ações de prevenção, o que parece seguir a lógica de identificar os “vulneráveis”, crianças e adolescentes, que foram alvos do jogo e da série.

Em 09 de abril de 2019, foi aprovado no senado e, em 26 de abril, foi instituída pelo presidente da república, por meio da Lei 13.819, a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. O projeto foi aprovado na forma de substitutivo, propondo, além das medidas previstas no texto original, a inclusão e a criação de um sistema nacional, envolvendo estados e municípios, para prevenção da automutilação e do suicídio, bem como um serviço telefônico gratuito para atendimento do público. Deste modo, no Art. 3º da referida lei, são elencados os seguintes objetivos:

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

Os objetivos da referida Lei são amplos, e não é apontado o que será feito efetivamente, para que possam ser alcançados. Apesar dos objetivos enunciarem uma proposta de atendimento de saúde integral, o que se efetivou ficou a nível de mapeamento, produção de perfis de pessoas que tentam contra a vida, o que realça o suicídio como uma grande questão para a biopolítica, que tem por objetivo gerir a vida.

Um ponto a ser analisado na Lei, presente no Art. 4º, é que o poder público assume a responsabilidade de manter um serviço telefônico para recebimento de ligações, de modo gratuito e sigiloso para pessoas em sofrimento psíquico. Na referida Lei, não fica evidente que os serviços telefônicos mencionados serão os promovidos pelo CVV; entretanto, subtende-se que, perante as parcerias celebradas, trata-se dos atendimentos oferecidos por essa instituição não governamental.

Como analisado anteriormente, o CVV realiza “apoio emocional”. Compreendemos que pessoas em sofrimento psíquico precisam de atendimento especializado, e o CVV não oferece esse tipo de atendimento. Como bem apontou o voluntário e Presidente do CVV, Robert Paris, em uma entrevista dada ao Estadão Conteúdo, e publicada no site istoedinheiro³, em 11 de abril de 2017: o CVV “serve ‘para alívio das dores psíquicas dos que precisam conversar’, mas não promove terapia”. Alerta ainda sobre as barreiras que dificultam a prevenção ao suicídio, como os preconceitos e o tabu sobre essa temática. Em suas palavras: “não pode ter aquele tabu de que ajuda profissional é ‘coisa para louco’, aquelas coisas que se dizem popularmente. Esta é a maior barreira à causa de prevenção do suicídio. O assunto tem de ser tratado com naturalidade. Falar é terapêutico.”

Acreditamos que o CVV desenvolve um excelente trabalho no âmbito do ouvir, divulgar, conscientizar, disponibilizando-se a estar com as pessoas que podem precisar de um apoio emocional, o que é, de certa forma, uma estratégia de prevenção. Mas para pessoas que já se encontram em sofrimento agravado, como ideação suicida, planejamentos, ou até mesmo tentativa, esse serviço é insuficiente. Pessoas em sofrimento, muitas vezes, necessitam de um acompanhamento multiprofissional, o que muitas vezes é difícil de acessar na rede pública de saúde.

Considerações Finais

O ato de interromper a vida é uma atitude complexa, que envolve múltiplos fatores, logo, sua prevenção não se dá de modo simplificado. Embora nos últimos anos, as estatísticas desse tipo de morte tenham ganhado visibilidade, e sinalizado um crescimento, a compreensão desse fenômeno ainda é limitada, reduzida a consequências de patologias. O suicídio é um tipo de morte, em que a pessoa questionou o sentido de seguir vivendo, sobre a vida que gostaria de viver, as formas de vida que tinham acesso, e decidiu recusar seguir adiante, antecipando assim,

³ Disponível em: <https://www.istoedinheiro.com.br/serie-faz-crescer-em-445-busca-pelo-cvv/> Acessado em : 28 de novembro de 2021

o fim. Deste modo, tratar da prevenção ao suicídio vai além da saúde mental, passa pela via da promoção integral da vida, em suas múltiplas faces.

Questionamos a predominância da compreensão centrada em doenças mentais, pois os fatores envolvidos são diversos. É necessária uma abordagem mais ampla, considerando espaços culturais e existenciais que influenciam no desenvolvimento da vida e na vontade de morrer.

São muitas as situações que podem levar as pessoas ao adoecimento psíquico, dentre elas, destacamos as condições de vida, trabalho, gênero, moradia, violências e uma ação de prevenção eficaz, deveria levar isso em consideração. Nesse sentido, as políticas públicas de prevenção ao suicídio, mostram-se frágeis, diante da complexidade desse ato e fica evidenciado uma lacuna entre a realidade que proporciona adoecimento e/ou sofrimento psíquico, e as ações de prevenção propostas pela Lei de Prevenção ao Suicídio.

O cartógrafo acompanhou o processo de implantação nacional do número de atendimento 188 do CVV em parceria com o Ministério da Saúde. O CVV pleiteava há anos um número de utilidade pública, mas a efetivação só foi possível após a temática de prevenção ao suicídio ganhar visibilidade no Brasil, como o Jogo Baleia Azul e a série *13 reasons why*. A parceria entre o CVV e o SUS para atendimento telefônico parece ser contraditório com a própria compreensão que as instituições fazem desse tipo de morte, se o suicídio é consequência de adoecimento mental, as ações devem levar isso em consideração. O Trabalho do CVV tem seu valor, mas é insuficiente quando se fala de sofrimento psíquico, que muitas vezes exige um manejo multidisciplinar, terapêutico de intervenção e transformação da realidade.

Entendemos que a prevenção ao suicídio exige uma compreensão mais ampla, que as ações sejam pensadas também para os contextos socioculturais, históricos, político, que levam as pessoas ao sofrimento, e a concluir que a vida de determinada forma não faz sentido seguir adiante. É necessário, que as políticas públicas sejam ações integradas, que promovam e dê qualidade de vida às pessoas.

Todavia, a prevenção do suicídio não pode ser reduzida a um canal de escuta ou a intervenções apenas em saúde mental. Precisamos analisar cuidadosamente a influência de outros fatores da sociedade atual, que podem estar relacionados ao ato de tantas pessoas tentarem contra a vida. Um projeto de prevenção ao suicídio que desconsidera as estratégias de sofrimento desencadeadas pela governamentalidade neoliberal, está fadado ao fracasso em sua concepção.

Referências Bibliográficas

- Associação Brasileira de Psiquiatria/Conselho Federal de Medicina. (2015). *Comportamento suicida: conhecer para prevenir*. ABP/CFM. http://www.proec.ufpr.br/download/extensao/2017/abr/suicidio/manual_cpto_suicida_conhecer_prevenir.pdf
- Amendola, Beatriz. (s/d). As razões da polêmica: Como "13 Reasons Why", a série adolescente da Netflix, se transformou na mais controversa do momento. *UOL*. <https://www.uol/entretenimento/especiais/13-reasons-why.htm#as-razoes-da-polemica>
- Barros, Laura Pozzana de., & Kastrup, Virginia. (2012). Cartografar é acompanhar processos. Em Eduardo Passos, Virgínia Kastrup, & Liliana da Escóssia (Org.). *Pistas do método da Cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina.
- Bedinelli, Talita., & Martín, Maria. (2017, 02 maio). Baleia Azul: o misterioso jogo que escancarou o tabu do suicídio juvenil. *El País*. https://brasil.elpais.com/brasil/2017/04/27/politica/1493305523_711865.html
- Berardi, Franco Bifo. (2017, 27 de janeiro). Neoliberalismo, assexualidade e desejo de morte. *Outras Palavras*. <https://outraspalavras.net/tecnologiaemdisputa/neoliberalismo-assexualidade-e-desejo-de-morte/>
- Bertolote, José Manoel., & Fleischmann, Alexandra. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*, 1(3), 181-185. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489848/>
- Bertolote, José Manoel. (2012). *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo: Editora UNESP.
- Botega, Neury José. (2017). Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 29(1), 7-8. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462007000100004>
- Botega, Neury José. (2015). *Crise suicida: avaliação e manejo*. Artmed.
- Botega, Neury José. (2014). Comportamento suicida: Epidemiologia. *Psicologia USP*, 25(3), 231-236. <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>
- Brasil. Ministério da Saúde, & Secretaria de Vigilância em Saúde. (2021a, setembro). Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. *Boletim Epidemiológico*, 52(33), 1-10. https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2021b, 28 setembro). Brasil registra aumento de suicídios entre 2010 e 2019: Boletim publicado pelo Ministério considera casos registrados dois anos antes da divulgação dos dados. *Ministério da Saúde*. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/setembro/brasil-registra-aumento-de-suicidios-entre-2010-e-2019>
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, & Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2017a.). *Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020*. Brasília: Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_acoes_estrategicas_vigilancia_prevenca

[o suicidio promocao saude brasil 2017 2020.pdf](#)

- Brasil. Ministério da saúde. (2017b, 10 março). *Acordo do Ministério da Saúde com CVV garantirá ligações gratuitas ao serviço*. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2017/marco/acordo-do-ministerio-da-saude-com-cvv-garantira-ligacoes-gratuitas-ao-servico>
- Brasília: Ministério da Saúde. (2006, 14 de agosto). *Portaria Nº 1.876*. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html
- Centro de Valorização da Vida. (2021). *Relatório de Atividades Nacionais do CVV: 4º trimestre de 2021*. São José dos Campos: CVV. <https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2022/02/CVV-Relatorio-4-Trimestre-2021.pdf>
- Guattari, Félix., & Deleuze, Gilles. (1995). *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. (Vol I.). Editora 34.
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2023). *17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. São Paulo: FBSP. <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>
- Foucault, Michel. (2008). *O nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979)*. Martins Fontes.
- Garcia, Cleisla. (2018). *Sobre viver: como ajudar jovens e adolescentes a sair do caminho do suicidio*. Benvirá.
- Kastrup, Virgínia & Passos, Eduardo. (2013). Cartografar é traçar um plano comum. *Fractal: Revista de Psicologia*, 25(2), 263-280. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000200004>
- Kastrup, Virgínia. (2007, janeiro/abril). O Funcionamento da Atenção no Trabalho do Cartógrafo. *Psicologia & Sociedade*, 19(1), 15 - 22. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000100003>
- Meleiro, Alexandrina. (2021). Prefácio. Em Karen Scavacini, & Daniela Reis e Silva (Orgs.). *Atualizações em Suicidologia: Narrativas, Pesquisas e Experiências*. Instituto Vita Alere.
- Organização Mundial da Saúde. (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates*. Geneva: OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
- Organização Mundial da Saúde. (2019). *Suicide in the world: global health estimates*. Geneva: OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326948>
- Organização Mundial da Saúde. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
- Organização Mundial da Saúde. (2006). *Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiro*. Genebra: OMS. <https://nbccf.org/Assets/SuicideBrochure/Portuguese.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2000). *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia*. Genebra: OMS. <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-8885>
- Silva Junior, Nelson da., Safatle, Vladimir Pinheiro., & Christian, Dunker. (Orgs.). (2021). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Autêntica.

Recebido em 19/12/2023.

Revisado em 07/07/2024.

Aceito em 02/09/2024.