

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DOUTORADO**

VITOR HUGO BUENO FOGAÇA

**ENTRE TABUS E RUPTURAS: TERCEIRO SETOR, POLÍTICAS PÚBLICAS E OS
CAMINHOS DA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO BRASIL**

**PONTA GROSSA
2019**

VITOR HUGO BUENO FOGAÇA

**ENTRE TABUS E RUPTURAS: TERCEIRO SETOR, POLÍTICAS PÚBLICAS E OS
CAMINHOS DA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa como requisito parcial para obtenção do título de doutor em Ciências Sociais Aplicadas.

Área de Concentração: Cidadania e Políticas Públicas

Linha de Pesquisa: Estado, Direitos e Políticas Públicas

Orientadora: Prof.^a Dra. Márcia Helena Baldani Pinto

Coorientadora: Prof.^a Dra. Silmara Carneiro e Silva

PONTA GROSSA
2019

F655 Fogaça, Vitor Hugo Bueno
Entre tabus e rupturas terceiro setor, políticas públicas e os caminhos
da prevenção do suicídio no Brasil / Vitor Hugo Bueno Fogaça . Ponta
Grossa, 2019.
301 f.

Tese (Doutorado em Ciências Sociais Aplicadas - Área de
Concentração: Cidadania e Políticas Públicas), Universidade Estadual de
Ponta Grossa.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Helena Baldani Pinto.
Coorientadora: Profa. Dra. Silmara Carneiro e Silva.

1. Suicídio. 2. Política pública. 3. Prevenção. 4. Saúde mental. I. Pinto,
Márcia Helena Baldani. II. Silva, Silmara Carneiro e. III. Universidade
Estadual de Ponta Grossa. Cidadania e Políticas Públicas. IV.T.

CDD: 362.1

Ficha catalográfica elaborada por Maria Luzia Fernandes Bertholino dos Santos- CRB9/986

TERMO DE APROVAÇÃO

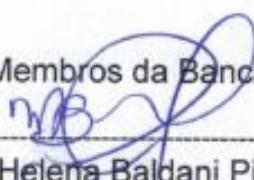
Vitor Hugo Bueno Fogaça

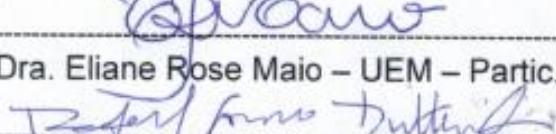
ENTRE TABUS E RUPTURAS: TERCEIRO SETOR, POLÍTICAS PÚBLICAS E OS
CAMINHOS DA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO BRASIL

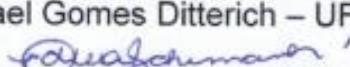
Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, pela seguinte banca examinadora:

Ponta Grossa, 22 de fevereiro de 2019.

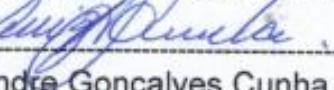
Assinatura pelos Membros da Banca:

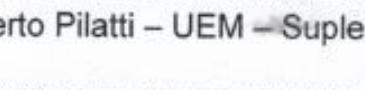
Prof.ª Dra. Marcia Helena Baldani Pinto – UEPG – Presidente


Prof.ª Dra. Eliane Rose Maio – UEM – Partic. Externo


Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich – UFPR Partic. Externo


Prof.ª Dra. Edina Schimanski – UEPG – Partic. Interno


Prof. Dr. Luiz Alexandre Gonçalves Cunha – UEPG - Partic. Interno


Prof. Dr. Luiz Alberto Pilatti – UEM – Suplente Externo


Prof.ª Dra. Dircéia Moreira - UEPG – Suplente Interno


Dedico este trabalho à minha querida amiga Claudia Colla, professora dedicada e com sede de vida, cuja ausência inesperada revestiu nossos corações de saudade. Que esta tese também represente a sua, infelizmente inacabada. Que possa encontrar a paz merecida e o descanso eterno, na certeza do reencontro.

AGRADECIMENTOS

Começo pelo pouco usual, agradecendo à Universidade Estadual de Ponta Grossa. Aqui, fiz minha graduação em Direito entre os anos de 2007 e 2011, meu mestrado em Ciências Sociais Aplicadas entre 2013 e 2014, e agora encerro meu doutorado, iniciado no ano de 2015. Posso dizer, sem sombra de dúvidas, que a UEPG me tornou o que sou hoje, pessoal e profissionalmente, e isso não há agradecimento que lhe faça justiça.

Seria injusto, também, não agradecer minha orientadora, Professora Dra. Márcia Helena Baldani Pinto, já nesse momento inicial, pois sem ela esta tese não seria construída. Fui verdadeiramente amparado por essa profissional exemplar, cuidadosa e com verdadeira vocação para a docência em um difícil momento de minha pesquisa. Mais uma vez, tal como nos agradecimentos de minha dissertação de mestrado, faltam-me palavras para descrever meu reconhecimento.

Aos meus pais, Roseli e Antonio João, o meu amor diário. A ela, o agradecimento por ter acreditado desde o início que valia a pena estudar. Que esta tese represente a oportunidade de estudo que ela não teve, mas que a mim foi concedida. A ele, por compreender, dia após dia, que a distância entre nós, por mais difícil que fosse, era por uma grande causa.

À Nara Luiza Valente, meu amor, pela paciência e compartilhamento diário de conhecimentos em todos esses anos de pós-graduação. Agradeço e reconheço sua ajuda em todas as leituras e revisões em que me ajudou. Que nossa luta pelos direitos sociais seja diária e permaneça acesa por todos os anos de nossas vidas. Esta tese também é sua.

Aos meus queridos professores da graduação e da pós-graduação, verdadeiros exemplos de vocação e dedicação ao ensino: Zilda Mara Consalter, Igor Sporch da Costa, Jussara Ayres Bourguignon, Édina Schimanski, Renata Ovenhausen Albernaz. À Prof. Dra. Silmara Carneiro e Silva, em especial, pela leitura do material e valiosa colaboração como coorientadora.

Aos voluntários do Centro de Valorização da Vida (CVV), por abrirem as portas de seus centros e por colaborarem com esta pesquisa. O meu agradecimento especial ao presidente Robert Paris, que colaborou não apenas com sua entrevista, mas por me ajudar a compreender os caminhos do voluntariado e do terceiro setor no Brasil.

Aos gestores entrevistados, por se disporem a participar desta pesquisa acadêmica.

À Michele Machado, pelo acolhimento, atenção e zelo dispensados aos pós-graduandos do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas.

Ao Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas, seus professores, funcionários e discentes, especialmente meus colegas de turma, pelo companheirismo e amizade durante todos esses anos de doutorado.

“Eu acho que há uma espécie de proibição de retrocesso na linha do que disse Albert Einstein, de quando a mente humana se abre a uma nova ideia, é impossível retornar ao tamanho original. Quando a sociedade se abre para imprescindibilidade de certos princípios, ninguém segura. É viagem de qualidade sem volta. A democracia tem esse mérito apetrechado à coletividade. Porque, na democracia, não há tema que seja tabu, nem Deus. Nenhum tema pode blindar-se a si mesmo.”

**(Carlos Ayres Britto,
Ex-ministro do Supremo Tribunal Federal)**

RESUMO

A problemática da presente tese consiste em verificar a existência de políticas públicas voltadas à prevenção do suicídio no âmbito do Estado brasileiro, considerando-se o compromisso firmado pelo Brasil no Plano de Ação Sobre Saúde Mental 2013-2020, da Organização Mundial de Saúde, em reduzir as taxas de suicídio no país em ao menos 10% até o ano de 2020. Cumulativamente, pretende-se analisar o nível de implementação de eventuais políticas, bem como dos atores externos ao Estado que participem de tal processo. Nesse sentido, o estudo apresenta como objetivo geral identificar a existência e a implementação de políticas públicas nacionais preventivas, buscando identificá-las por meio de análise junto às três esferas da federação, bem como o papel atualmente exercido nessa seara por segmentos organizados da sociedade civil. A tese defendida é a de que o Estado brasileiro tem se mostrado frágil no processo de implementação de políticas públicas de prevenção ao suicídio, relegando tais cuidados a segmentos organizados da sociedade civil, fazendo emergir entidades que acabaram por ocupar o vazio perpetrado pelo Estado nos últimos anos, como é o caso do Centro de Valorização da Vida (CVV). A metodologia utilizada é constituída fundamentalmente como um estudo quanti-qualitativo, exploratório e descritivo, desenvolvida à luz do método científico lógico-dedutivo. A pesquisa exploratória foi realizada por meio de levantamento bibliográfico, bem como através de pesquisa documental indireta, servindo-se do acervo eletrônico da Hemeroteca Digital Brasileira da Biblioteca Nacional. Os procedimentos descritivos se deram a partir de pesquisas junto ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), presente no DATASUS - Departamento de Informática do SUS, e ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ainda, com vistas à construção da pesquisa empírica, foram utilizados questionários e entrevistas semiestruturadas como instrumentos de coleta de dados junto aos gestores públicos e ao voluntariado do terceiro setor. Como conclusões foi possível identificar a presença da problemática do suicídio na agenda de políticas do Estado brasileiro, em que pese sua implementação não tenha se concretizado por meio de um plano nacional de prevenção. Diante desse cenário de omissão, alguns segmentos organizados da sociedade civil passaram a ocupar o lugar do próprio Estado na prestação desses serviços públicos, gerando-se um processo de refilantropização das prestações de saúde.

Palavras-chave: Suicídio; política pública; prevenção; saúde mental.

ABSTRACT

The problem statement of this thesis consists in verifying the existence of public policies aimed to prevent suicide within the framework of the Brazilian State, considering Brazil's engagement in the OMS 2013-2020 Mental Health Action Plan to reduce suicide rates in the country to at least 10% by the year of 2020. Additionally, this work intends to analyze the level of implementation of such policies, including the external actors to the State that are involved in this process. In this regard, this study presents, as its general objective, the identification of the existence and implementation of national public preventive policies, seeking to identify them through the analysis of the three spheres of the federation, as well as the current role played, in this aspect, by organized segments of civil society. The thesis put forward is that the Brazilian State has failed to implement public policies preventing suicide, relegating its responsibilities to organized segments of civil society, which leads to the emergence of entities that end up playing the empty role left by the State for the last years, as in the case of the CVV – "Centro de Valorização da Vida" (Suicide Prevention Centre). The approach applied consists mainly of a quantitative-qualitative, investigatory and descriptive study conducted in light of a logical and deductive scientific method. The exploratory research was conducted through the study of bibliographical survey, as well as an indirect document search of the Brazilian Digital Library. The descriptive study was developed through researches in the Mortality Information System (SIM – DATASUS), the Computer Department of SUS and the Brazilian Institute for Geography and Statistics (IBGE). Furthermore, in order to build an empirical research, surveys and semi-structured interviews were applied as tools for data collection to public administrators and volunteers in the third sector. The findings of this research indicates the presence of the suicide issue in the Brazilian State political agenda, although its implementation has not been carried out by a national prevention plan. In the face of such an omission scenario, some organized segments of civil society took up the central role of the State in the supply of such public services, redesigning the philanthropic process of healthcare provisions.

Keywords: Suicide; public policies; mental health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1	Nota do Jornal do Brasil em 04 de julho de 1960	126
Ilustração 2	Matéria da Revista O Cruzeiro de 12 de abril de 1958	127
Ilustração 3	Matéria da Revista Realidade do mês de maio de 1969	132
Ilustração 4	Matéria do Jornal do Brasil em 08 de julho de 1977	133
Ilustração 5	Cinco estágios do ciclo político e sua relação com a resolução aplicada de problemas	177
Quadro 1	Sistematização das iniciativas do Ministério da Saúde para prevenção do suicídio no Brasil	190
Quadro 2	Categorização do material coletado na pesquisa empírica por meio de entrevistas semiestruturadas e questionário	201

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número de suicídios no Brasil entre os anos de 2006 e 2015, em razão do sexo da vítima	146
Tabela 2	População brasileira entre os anos de 2006 e 2015, em razão do sexo	147
Tabela 3	Coeficiente de mortalidade por suicídio no Brasil para cada 100 mil habitantes, entre os anos de 2006 e 2015, em razão do sexo	147
Tabela 4	Número de suicídios no Brasil entre os anos de 2006 e 2015, em razão da região do país	149
Tabela 5	População brasileira entre os anos de 2006 e 2015, em razão da região do país	149
Tabela 6	Coeficiente de mortalidade por suicídio no Brasil para cada 100 mil habitantes, entre os anos de 2006 e 2015, em razão da região do país	150
Tabela 7	Número de suicídios no Brasil entre os anos de 2006 e 2015, em razão da faixa etária da vítima	152
Tabela 8	Coeficiente de mortalidade por suicídio no Brasil para cada 100 mil habitantes, entre os anos de 2006 e 2015, em razão da faixa etária da vítima	152
Tabela 9	Número de suicídios no Brasil entre os anos de 2006 e 2015, em razão do local de óbito da vítima	155
Tabela 10	Número de suicídios no Brasil entre os anos de 2006 e 2015, em razão das categorias presentes na CID-10 (Classificação Internacional de Doenças)	156
Tabela 11	Número de suicídios no estado do Paraná entre os anos de 2006 e 2015, em razão do sexo da vítima	159
Tabela 12	População do estado do Paraná entre os anos de 2006 e 2015, em razão do sexo	159
Tabela 13	Coeficiente de mortalidade por suicídio no Paraná para cada 100 mil habitantes, entre os anos de 2006 e 2015, em razão do sexo	160
Tabela 14	Número de suicídios no estado do Paraná entre os anos de 2006 e 2015, em razão do local de óbito da vítima	161
Tabela 15	Número de suicídios no estado do Paraná entre os anos de 2006 e 2015, em razão das categorias presentes na CID-10 (Classificação Internacional de Doenças)	162
Tabela 16	Número de suicídios na cidade de Ponta Grossa/Paraná entre os anos de 2006 e 2015, em razão do sexo da vítima	164
Tabela 17	População do município de Ponta Grossa/Paraná entre os anos de 2006 e 2015	164
Tabela 18	Coeficiente de mortalidade por suicídio no município de Ponta Grossa/Paraná para cada 100 mil habitantes, entre os anos de 2006 e 2015	165
Tabela 19	Número de suicídios na cidade de Ponta Grossa/Paraná entre os anos de 2006 e 2015, em razão do local de óbito da vítima ...	166
Tabela 20	Número de suicídios na cidade de Ponta Grossa/Paraná entre os anos de 2006 e 2015, em razão das categorias presentes na	

Tabela 21	CID-10 (Classificação Internacional de Doenças)	166
	Número de tentativas de suicídio na cidade de Ponta Grossa/Paraná entre os anos de 2010 e 2018, em razão do sexo	168

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASEC	Associação pela Saúde Emocional de Crianças
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
BNH	Banco Nacional de Habitação
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CF/88	Constituição Federal de 1988
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONEP	Comissão de Ética em Pesquisa
CVV	Centro de Valorização da Vida
DACC	Departamento de Atenção às Condições Crônicas
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DVSAM	Divisão de Saúde Mental
EC	Emenda Constitucional
EUA	Estados Unidos da América
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FIORUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBICT	Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia
IFOTES	<i>International Federation of Telephone Emergency Services</i>
IML	Instituto Médico Legal
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MS	Ministério da Saúde
MSB	Movimento Sanitário Brasileiro
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial da Saúde
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PIB	Produto Interno Bruto
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PRODASEN	Centro de Informática e Processamento de Dados do Senado Federal
PSB	Promoção da Saúde Bucal
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores

REBRAPS	Rede Brasileira de Prevenção do Suicídio
SAS	Superintendência de Atenção à Saúde
SESA	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
UPF	Utilidade Pública Federal
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
US	Unidade de Serviço
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	16
1 <i>ITER METODOLÓGICO: PREMISSAS, INSTRUMENTOS E VOZES DE UMA PESQUISA EM SUICIOLOGIA</i>	23
1.1 DO PROCESSO DE PROBLEMATIZAÇÃO E CONSTRUÇÃO DA TESE	24
1.1.1 Pesquisa bibliográfica e revisão inicial de literatura	25
1.1.2 Coleta de dados quantitativos: Instituto Médico Legal e Delegacia de Polícia Civil – Ponta Grossa/Paraná	27
1.1.3 Da observação participante: construção e atuação do voluntariado no Centro de Valorização da Vida (CVV) e o despertar da problemática de pesquisa	29
1.2 DA ETAPA QUALITATIVA: ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS E QUESTIONÁRIOS	31
1.2.1 Autorização, contato e coleta de dados com os gestores em nível municipal, estadual e federal	32
1.2.2 Contato e coleta de dados com o voluntariado do Centro de Valorização da Vida (CVV)	34
1.2.3 Destaques necessários acerca da pesquisa documental	35
1.3 O PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS	37
1.3.1 A análise de conteúdo como instrumento de análise dos dados qualitativos	37
2 <i>MATAR E MORRER NA PRIMEIRA PESSOA DO SINGULAR: O FIM ANTECIPADO DA EXISTÊNCIA HUMANA E AS CONSTRUÇÕES TEÓRICAS ACERCA DA MORTE E DO SUICÍDIO</i>	42
2.1 BREVES REFLEXÕES ACERCA DA MORTE E DO MORRER	42
2.2 APROXIMAÇÕES CONCEITUAIS SOBRE O SUICÍDIO	49
2.3 O SUICÍDIO ENQUANTO FENÔMENO SOCIAL E A OBRA DE DAVID ÉMILE DURKHEIM	54
3 <i>TROPEÇOS, RETROCESSOS E A CONSTRUÇÃO DO ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL NO BRASIL: UMA BREVE EXPOSIÇÃO DA GARANTIA DO DIREITO SOCIAL À SAÚDE</i>	66
3.1 EM BUSCA DE UMA TEORIA PARA O <i>WELFARE STATE</i> : HISTÓRICO E CONCEITOS GERAIS	67
3.2 A CONSTITUIÇÃO DE UM ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL NO BRASIL: RETRATOS DE UMA CIDADANIA INCONCLUSIVA	80
3.3 O DESENVOLVIMENTO DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE NO BRASIL E SUA NEGAÇÃO INSTITUCIONAL POR UM ESTADO SOCIAL	99
4 <i>REFORMA GERENCIAL DO ESTADO, TERCEIRO SETOR E VOLUNTARIADO: UMA ANÁLISE DAS AÇÕES DO CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA (CVV) E DA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO BRASIL</i>	109

4.1	A INEFICIÊNCIA DO ESTADO NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS E O ADVENTO DO TERCEIRO SETOR: O CASO DAS ENTIDADES DE UTILIDADE PÚBLICA	109
4.2	O RESSURGIMENTO DO VOLUNTARIADO FACE À INÉRCIA ESTATAL: O CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA (CVV) E SEUS ASPECTOS HISTÓRICOS E CONSTITUTIVOS	124
4.3	O VOLUNTARIADO, OS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS E A FILOSOFIA DO CVV	133
5	O MAPA DA MORTE E A DIMENSÃO DO PROBLEMA NAS TRÊS ESFERAS DA FEDERAÇÃO: A INCIDÊNCIA DO SUICÍDIO NO BRASIL, NO ESTADO DO PARANÁ E NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA/PARANÁ	144
5.1	A INCIDÊNCIA DO SUICÍDIO NO BRASIL ENTRE OS ANOS DE 2006 E 2015	146
5.2	A INCIDÊNCIA DO SUICÍDIO NO ESTADO DO PARANÁ ENTRE OS ANOS DE 2006 E 2015	159
5.3	A INCIDÊNCIA DO SUICÍDIO NA CIDADE DE PONTA GROSSA/PARANÁ ENTRE OS ANOS DE 2006 E 2015	163
5.3.1	Tentativas de suicídio notificadas no município de Ponta Grossa entre os anos de 2010 e 2018	168
6	POLÍTICAS PÚBLICAS E PERCEPÇÕES DOS AGENTES PÚBLICOS E DOS INTEGRANTES DO TERCEIRO SETOR ACERCA DA PREVENÇÃO AO SUICÍDIO NO BRASIL	172
6.1	ASPECTOS GERAIS ACERCA DA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	173
6.2	A ESTRATÉGIA NACIONAL E AS DIRETRIZES NACIONAIS PARA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO BRASIL	183
6.3	O “PLANO DE AÇÃO DE SAÚDE MENTAL 2013-2020” (“MENTAL HEALTH GAP ACTION PROGRAMME”) DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE E AS METAS PARA DIMINUIÇÃO DO SUICÍDIO	191
6.4	PERCEPÇÕES DOS AGENTES PÚBLICOS E DOS INTEGRANTES DO TERCEIRO SETOR ACERCA DA PREVENÇÃO AO SUICÍDIO NO BRASIL	197
6.4.1	Categoria 1. Políticas Públicas de prevenção ao suicídio no Brasil ...	201
6.4.2	Categoria 2. O papel do terceiro setor na prevenção do suicídio no Brasil	219
6.4.3	Categoria 3. Estado e terceiro setor: aproximações, relações e financiamento	233
CONSIDERAÇÕES FINAIS		243
REFERÊNCIAS		253
APÊNDICE A	MODELO DE CESSÃO GRATUITA DE DIREITOS DE DEPOIMENTO ORAL	265
APÊNDICE B	ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM OS GESTORES	267
APÊNDICE C	ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM O VOLUNTARIADO ..	269

APÊNDICE D	QUESTIONÁRIO DIRIGIDO À SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ	271
APÊNDICE E	CATEGORIZAÇÃO E SISTEMATIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS	274
ANEXO A	PARECERES CONSUBSTANCIADOS DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	290
ANEXO B	OFÍCIO 209/2018 DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ	300

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

“Se ficam doentes é porque não foram resolutos e engenhosos o bastante ao seguirem o regime de saúde. Se ficam desempregados, é porque falharam ao aprender as habilidades para se saírem bem numa entrevista, porque não tentaram com afinco ou porque estão, pura e simplesmente, envergonhados de trabalhar. Se não estão seguros a respeito de suas carreiras futuras e se angustiam quanto ao futuro, é porque não são bons o suficiente para fazer amigos e influenciar pessoas, e porque falharam em aprender como deveriam as artes da autoexpressão e de impressionar os outros. É isso que lhes é dito, e o que eles chegaram a acreditar, de modo que se comportam “como se” essa fosse de fato a verdade sobre a questão”

(BAUMAN, 2008, p. 64).

Em ensaio filosófico, Albert Camus construiu o chamado *Mito de Sísifo*, narrativa que anuncia a história de um homem que, buscando vencer a morte, acabou sendo exemplarmente punido pelos deuses. Como castigo, condenaram Sísifo a rolar durante toda a eternidade um rochedo até o cimo de uma montanha, incessantemente, de onde a pedra caía de novo por seu próprio peso. Os deuses acreditaram, com as suas razões, que não existiria punição mais terrível do que o trabalho inútil e sem esperança, como forma de envergonhá-lo pela sua esperteza em querer enganar a própria morte e o seu destino (CAMUS, 1942).

Ao tratar a sociedade enquanto produtora de destinos, Bauman (2008, p. 08) sentencia que “todas as sociedades são fábricas de significados. Até mais do que isso: são as sementeiras da vida com sentido”. Os reflexos que essa sociedade sementeira pode depositar sob o indivíduo perpassam, certamente, por fatos sociais dos mais banais – sob olhares externos – até conjunturas econômicas e sociais extremamente complexas.

Nessa esteira, o pensamento de Émile Durkheim (2012, p. 40) desenha fatores que poderiam influir no chamado destino, visto que o sociólogo considerava o fato social todo ato “capaz de exercer sobre o indivíduo uma coerção exterior; ou ainda, que é geral na extensão de uma dada sociedade que tem existência própria, independente de suas manifestações individuais”¹. Assim, depreende-se que o contexto social consistirá, sob um viés sociológico, no caminho,

¹ “As Regras do Método Sociológico” (em francês: *Les règles de la méthode sociologique*) foi primeiramente publicado em 1894, por Émile Durkheim.

nas atitudes – e, porque não, nos obstáculos – pelos quais a existência humana deverá caminhar e desviar-se com vistas à plena satisfação de suas necessidades e aspirações mundanas.

A partir das breves reflexões que insculpem um cenário existencial predeterminado, ou passível de construção, busca-se dar os passos introdutórios de uma tese que debate a problemática do suicídio, especialmente no que tange ao seu aspecto preventivo.

O título do trabalho justifica-se ao passo em que a discussão sobre o suicídio permaneceu marcada em muitos contextos pelo estigma do silêncio e pela condenação moral e social da prática em diversos agrupamentos sociais, como a família e a religião. Além disso, ao se falar em rupturas, faz-se referência aos entraves identificados pela pesquisa empírica, notadamente no que se refere ao processo de elaboração e implementação de políticas públicas de prevenção por parte do poder público, bem como e de sua interface com segmentos organizados da sociedade civil.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2016), mais de 800 000 pessoas morrem por suicídio todos os anos, sendo a segunda principal causa de morte entre jovens com idade entre 15 e 29 anos, atrás apenas da chamada violência interpessoal. Mais de 75% dos suicídios no mundo ocorrem em países de baixa e média renda, como é o caso do Brasil, que ocupa a 8^a posição no ranking de países com maior incidência de suicídios, ultrapassando o número de 12 mil casos por ano. No estado do Paraná, os dados oficiais indicam que apenas no ano de 2015 morreram 716 pessoas em decorrência do suicídio, o que representa praticamente duas mortes por dia no estado (BRASIL, 2017).

Diante desse cenário, a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou entre os dias 21 e 26 de maio de 2012, em Genebra (Suíça), a 65^a. Assembleia Mundial da Saúde, contando com a participação de representantes e delegados de 194 Estados-membros, incluindo o Brasil. A Assembleia Mundial adotou a Resolução WHA65.4, considerando o número mundial de transtornos mentais e a necessidade de uma resposta integral e coordenada dos setores sanitário e social dos países. Na Resolução, determinou-se, dentre outras coisas, que os países membros preparassem um plano de ação integral sobre saúde mental, o qual abarcasse serviços, políticas, leis, planos, estratégias e programas. A Resolução advoga energicamente pela continuidade dos esforços para reformar os

serviços de saúde mental, estratégia que coincide plenamente com as linhas de trabalho desenvolvidas na Região (OMS, 2013).

A partir da mencionada Resolução, a OMS criou o *Plano de Ação Sobre Saúde Mental 2013-2020*, elaborado mediante consultas aos Estados Membros, à sociedade civil e aos associados internacionais. O Plano tem um enfoque integral e multissetorial, dando especial atenção à promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, atenção e recuperação, estabelecendo ações evidentes para os Estados, inclusive propondo indicadores e metas que servirão para avaliar a aplicação, o progresso e o impacto do Plano, que tem como princípio fundamental a máxima que “*no hay salud sin salud mental*” (OMS, 2013).

O item número 72 do Plano de Ação Sobre Saúde Mental 2013-2020 traz que a prevenção do suicídio é uma das prioridades a serem trabalhadas pelos Estados, sendo que muitas pessoas que intentam por fim às suas próprias vidas advêm de grupos vulneráveis e marginalizados pelo próprio Estado. O Plano considera que, em geral, as taxas de suicídio encontram-se subestimadas, devido às carências dos sistemas de vigilâncias e a atribuição errônea de certos suicídios a causas acidentais, bem como o processo de criminalização da prática existente em muitos países (OMS, 2013).

Diante dessa conjuntura, ficou estabelecido no Plano em sua meta 3.2 que Estados Membros, dentre os quais o Brasil se inclui, reduzirão, mediante estratégias de prevenção, a taxa de suicídio em ao menos 10% até o ano de 2020, quando será aferida a eficácia das políticas adotadas. O item 74 do Plano de Ação traz como ações propostas aos Estados a elaboração e execução de estratégias nacionais integrais de prevenção ao suicídio, prestando especial atenção aos coletivos em que se tenha detectado um maior risco, como os gays, lésbicas, bissexuais e transexuais, jovens e outros grupos vulneráveis de qualquer idade em função do contexto local (OMS, 2013).

Inserido nesse cenário, a tese busca responder às seguintes problemáticas: Considerando-se o compromisso firmado pelo Brasil no *Plano de Ação Sobre Saúde Mental 2013-2020*, existem políticas públicas específicas de prevenção ao suicídio no país? Havendo a previsão da política pública, a mesma está sendo implementada pelo Ministério da Saúde? Além do Poder Público, existem outros setores envolvidos nesse processo preventivo?

Como hipótese verificável construída a partir da revisão inicial de literatura e de pesquisa documental, defende-se que, a partir dos dados crescentes entabulados e ora apresentados, o Estado brasileiro tem se mostrado frágil no processo de elaboração e implementação de políticas públicas de prevenção ao suicídio, relegando tais cuidados a segmentos organizados da sociedade civil – ou terceiro setor – fazendo emergir entidades que acabaram por ocupar o vazio perpetrado pelo Estado nos últimos anos, como é o caso do Centro de Valorização da Vida (CVV), o qual exerce tal papel diante da problemática do suicídio.

Nesse sentido, a pesquisa apresenta como objetivo geral identificar a existência e o nível de implementação de políticas públicas nacionais e específicas de prevenção ao suicídio, buscando identificá-las por meio de análise junto às três esferas da federação, bem como o papel atualmente exercido nessa seara por segmentos organizados da sociedade civil.

Como objetivos específicos, os quais serão abordados nos capítulos do presente estudo, destacam-se:

- a) Analisar o fenômeno morte e seus reflexos nas diversas áreas do conhecimento para, ao final, compreender a particularidade da morte por meio do suicídio, analisando-se este enquanto um fenômeno social;
- b) Apresentar a conjuntura do suicídio sob o aspecto quantitativo no Brasil, no estado do Paraná e no município de Ponta Grossa;
- c) Identificar o processo constitutivo do Estado brasileiro, em especial a construção de um Estado Social para, posteriormente, compreender em tal cenário a efetividade do direito fundamental à saúde;
- d) Elencar as eventuais políticas públicas federais existentes com vistas à prevenção do suicídio, considerando-se tal fenômeno passível de superação;
- e) Apresentar as iniciativas sociais que visam à prevenção do suicídio de maneira extraestatal, dando especial enfoque ao processo de criação e atuação do Centro de Valorização da Vida (CVV) no Brasil.

A metodologia utilizada é constituída fundamentalmente como um estudo quali-quantitativo, exploratório e descritivo, desenvolvida à luz do método científico lógico-dedutivo.

A pesquisa exploratória foi realizada por meio de levantamento bibliográfico com materiais que deram sustentação teórica à pesquisa, bem como a

realização de pesquisa documental indireta, por meio da análise da mídia impressa brasileira a partir da década de 1950. Nesse ponto, serviu-se do acervo eletrônico da Hemeroteca Digital Brasileira da Biblioteca Nacional, buscando-se em seu sítio eletrônico, a partir de diversos descritores, notícias e reportagens que remontassem ao surgimento e atuação de entidades que militam pela prevenção do suicídio, especialmente o Centro de Valorização da Vida (CVV).

Os procedimentos quantitativos descritivos se deram a partir de pesquisas junto ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), presente no DATASUS, Departamento de Informática do SUS, segundo a Classificação Internacional de Doenças, 10^a revisão (CID-10), com as categorias compreendidas entre a X-60 e a X-84 (óbitos causados com intencionalidade pelo próprio indivíduo). Com a finalidade de se construir dados que considerassem as dinâmicas populacionais e suas características formadoras, foram utilizados, ainda, dados da projeção da população por sexo e grupos de idade, construídos e disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O percurso metodológico, a sistematização dos resultados e a análise dos dados se fazem presentes no transcorrer dos seis capítulos desenvolvidos na presente tese.

O capítulo 1 – ***Iter metodológico: premissas, instrumentos e vozes de uma pesquisa em suicidologia*** – busca apresentar os caminhos que levaram a pesquisa até a construção de sua problemática final, bem como dos processos de coleta, interpretação e análise dos dados, descrevendo-se, ainda que de modo breve, os aportes teórico-metodológicos empregados e os processos de aproximação com os sujeitos, de categorização das informações coletadas e dos eventuais entraves encontrados para a concretização do estudo.

O capítulo 2 – ***Matar e morrer na primeira pessoa do singular: o fim antecipado da existência humana e as construções teóricas acerca da morte e do suicídio*** – tem por objetivo traçar reflexões sobre a morte, abordando os principais pensamentos quanto ao fim da existência humana, com especial destaque ao suicídio e às teorias que o embasam enquanto fenômeno social, objeto do presente estudo.

O capítulo 3 – ***Tropeços, retrocessos e a construção do Estado de bem-estar social no Brasil: uma breve exposição da garantia do direito social à saúde*** – tem como objetivo situar conceitualmente, espacialmente e

cronologicamente o surgimento do chamado Estado Social, com ênfase para os debates doutrinários que permeiam sua constituição no transcorrer do tempo, especialmente no caso brasileiro. De modo complementar, apresenta-se um delineamento histórico do processo de luta e efetivação do direito fundamental à saúde no Brasil.

O capítulo 4 – Reforma gerencial do Estado, terceiro setor e voluntariado: uma análise das ações do Centro de Valorização da Vida (CVV) e da prevenção do suicídio no Brasil – tem como escopo promover uma análise do processo de descentralização administrativa promovida pelo Estado brasileiro a partir da década de 1990 – a qual foi nominada como reforma gerencial – com ênfase para as figuras do terceiro setor que passaram a ser legalmente tuteladas e a desempenharem serviços públicos e de interesse social. Cumulativamente, pretende-se apresentar um panorama histórico do surgimento do Centro de Valorização da Vida no Brasil, bem como de suas origens internacionais.

O capítulo 5 – O mapa da morte e a dimensão do problema nas três esferas da federação: a incidência do suicídio no Brasil, no estado do Paraná e no município de Ponta Grossa/Paraná – apresentou uma pesquisa quantitativa descritiva com a finalidade de indicar os índices de suicídios no Brasil, no estado do Paraná e no município de Ponta Grossa/Paraná entre os anos de 2006 e 2015.

A escolha do estado do Paraná e do município de Ponta Grossa, para além da justificativa teórico-metodológica oportunamente apresentada, se deu em decorrência do contexto no qual se insere o Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, o qual possui a preocupação de fomentar pesquisas que contemplem questões e demandas diretamente relacionadas à região em que se situa a Universidade.

O capítulo 6 – Políticas públicas e percepções dos agentes públicos e dos integrantes do terceiro setor acerca da prevenção ao suicídio no Brasil – tem como objetivo apresentar os aspectos gerais acerca das políticas públicas, bem como as iniciativas do Estado brasileiro no tocante à elaboração de políticas públicas de prevenção ao suicídio.

Ainda, busca-se apresentar os planos internacionais em matérias de saúde mental que o Brasil coloca-se signatário, identificando-se nos mesmos a

problemática do suicídio e as metas estabelecidas para redução das respectivas taxas de mortalidade.

Finalmente, com vistas à construção da tese proposta, o último capítulo objetiva promover uma análise qualitativa do conteúdo extraído das entrevistas realizadas, promovendo-se um processo de triangulação da análise dos dados coletados, especialmente no que tange à pesquisa bibliográfica, documental e de campo, com o objetivo de aferir a existência e implementação de políticas de prevenção ao suicídio pelo Estado brasileiro.

CAPÍTULO 1 – *ITER METODOLÓGICO: PREMISSAS, INSTRUMENTOS E VOZES DE UMA PESQUISA EM SUICIDIOLOGIA*

“A saúde mental, no trem, ele é o penúltimo vagão, porque o último é o sistema prisional. Então é o penúltimo vagão. Então quando você vai discutir saúde mental falam: mas porque quer profissional? Porque você quer mais profissional pra trabalhar com louco?”

(DIÁRIO DE PESQUISA, 2018)

A adoção de um capítulo eminentemente metodológico nem sempre se mostra usual no processo de construção do conhecimento científico; no entanto, acredita-se que para a presente tese justifique-se tal aporte teórico e procedural em decorrência de alguns fatores especiais.

É preciso indicar inicialmente que o estudo vincula-se a um Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas, com área de concentração em Cidadania e Políticas Públicas e linha de pesquisa em Estado, Direitos e Políticas Públicas. O objeto da produção que se espera, assim, é centrado na interdisciplinaridade das discussões que permeiam o Estado Moderno e suas Políticas Públicas, sob as mais variadas perspectivas teóricas.

Acredita-se, nesse aspecto, que o processo de problematização de pesquisas interdisciplinares encontra algumas particularidades e dificuldades que merecem registro, na medida em que o mesmo é construído com o auxílio de certa variedade de instrumentos metodológicos, seja em seu processo de coleta, sistematização e análise dos dados.

Cumulativamente, o que se propõe aqui é discutir um tema transversalmente integrante daquilo que atualmente chama-se de suicidologia, ciência que se dedica ao estudo do comportamento e causas suicidas, o qual é notadamente realizado por profissionais da psiquiatria e da psicologia. Nesse sentido, adentrar a um novo campo de pesquisa, de forma interdisciplinar e a partir de uma formação inicial jurídica, exige-se certa dedicação exploratória de um ponto de vista bibliográfico e documental, bem como processos mais complexos de apreensão dos dados, sejam eles de natureza qualitativa ou quantitativa. Esse percurso é o que se propõe a descrever no presente capítulo.

Dessa forma, busca-se apresentar os caminhos que levaram a pesquisa até a construção de sua problemática final, bem como dos processos de coleta, interpretação e análise dos dados, descrevendo-se, ainda que de modo

breve, os aportes teórico-metodológicos empregados e os processos de aproximação com os sujeitos, de categorização das informações coletadas e dos eventuais entraves encontrados para a concretização do estudo.

1.1 DO PROCESSO DE PROBLEMATIZAÇÃO E CONSTRUÇÃO DA TESE

Segundo Maria Cecília de Souza Minayo (2013, p. 182), “o objeto ou problema é uma parte, um fragmento, um recorte de determinada totalidade que, para ser estudada em sua significação, deve conter relações essenciais e expressar especificidade”. Nesse sentido, depreende-se que o processo de construção de um problema de pesquisa não se dá de forma neutra ou apartada das ideações construídas pelo pesquisador no decorrer de sua trajetória acadêmica.

A pesquisa desenvolvida nessa tese encontra sua inspiração nos estudos desenvolvidos durante o curso de mestrado em Ciências Sociais Aplicadas nesse mesmo programa, quando se trabalhou com o processo de efetivação das políticas públicas de saúde via Poder Judiciário, bem como a partir do contexto de emergência da problemática do suicídio no Brasil.

Em dado momento da elaboração da dissertação de mestrado, ao se analisar as falas dos sujeitos de uma audiência pública organizada pelo Supremo Tribunal Federal², percebeu-se a dificuldade em se viabilizar condições de saúde básicas para aquelas pessoas que buscavam a todo custo a manutenção de uma vida com dignidade.

Em paralelo nesse contexto sanitário, os mais variados meios de comunicação alardeavam, já no ano de 2015, a emergência da problemática do suicídio no Brasil e da necessidade de criação de mecanismos de prevenção por parte do Estado.

Ainda sobre o aspecto midiático, a obra bibliográfica de Jay Asher – *13 reasons why* – inspirou a criação uma série homônima na televisão americana, cuja estreia se deu em 31 de março de 2017, sendo o texto inicial adaptado por Brian Yorkey para o serviço de streaming Netflix. A primeira temporada da série, composta por treze episódios, teve como atores Dylan Minnette, no papel de Clay

² O Supremo Tribunal Federal realizou Audiência Pública no ano de 2009 visando subsidiar o julgamento de demandas que envolvessem pedidos de prestações positivas como medicamentos e outros insumos médicos. O resultado dos estudos de tal audiência no mestrado em Ciências Sociais Aplicadas da UEPG deu origem à dissertação “O diálogo social no Supremo Tribunal Federal e a efetivação do direito à saúde via poder judiciário: vozes da Audiência Pública”.

Jensen e Katherine Langford, interpretando Hannah Baker (13 REASONS WHY, 2017).

O enredo desenrola-se a partir da construção do personagem Clay Jensen, um adolescente de 16 anos que se insere numa jornada de entendimento e autoconhecimento, cujo cerne é a compreensão dos reais motivos que levaram a garota de quem gostava a tirar sua própria vida. O protagonismo da obra é paradoxal, uma vez que é narrada em primeira pessoa por Clay, mas desenvolvida quase que exclusivamente a partir das motivações que levaram Hannah Baker a cometer suicídio (ASHER, 2009).

As obras bibliográfica e televisiva colocaram a questão do suicídio no centro dos debates familiares e sociais a partir de 2017, corroborando para a consideração da temática como um dos temas das agendas sanitárias em diversos países que as mesmas foram vinculadas.

Para além do aspecto ficcional, desde o início do ano de 2017, o chamado “desafio da baleia azul” passou a fazer parte do convívio escolar e familiar em diversos países. O desafio consistia em uma chamada veiculada pela internet, endereçada a adolescentes que, ao final de uma série de 50 etapas (ou desafios) comandadas virtualmente por um administrador, deviam suicidar-se. A emergência do jogo e a discussão dos meios de se combatê-lo também corroboraram para introduzir a temática do suicídio nos meios de discussão acadêmicos e sociais (BOUVILLE; IUCKSCH, 2017).

A partir desse contexto inicial e do cenário a partir do qual buscou-se construir a problemática do estudo, busca-se apresentar os primeiros procedimentos de coleta de dados, ainda em face da elaboração do projeto de pesquisa, que viabilizaram a delimitação da problemática do estudo e a proposição da presente tese.

1.1.1 Pesquisa bibliográfica e revisão inicial de literatura

A pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Tais pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições (GIL, 2010). Nesse sentido, utilizou-se da pesquisa exploratória já a partir do ano de 2015 com vistas à identificação de particularidades da temática do suicídio que pudessem ser problematizadas por ocasião da tese.

Nesse momento inicial a pesquisa exploratória consistiu na coleta e tabulação de dados bibliográficos, considerando-se a iminência da elaboração de uma pesquisa interdisciplinar que transcendesse a formação inicial do pesquisador, bem como de uma pesquisa de matriz documental. Sobre a pesquisa bibliográfica, aborda Antonio Carlos Gil (2010, p. 44):

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho dessa natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. Boa parte dos estudos exploratórios pode ser definida como pesquisas bibliográficas.

Nesse mesmo sentido, Minayo (2013, p. 184) afirma que a pesquisa bibliográfica “pode ter vários níveis de aprofundamento, mas deve abranger, minimamente, os estudos clássicos sobre o objeto em questão (ou sobre os termos de sua explicitação) e os estudos mais atualizados sobre o assunto”.

Fez-se, assim, um primeiro contato com obras e materiais que tratavam da questão do suicídio sob as mais variadas áreas do conhecimento, em que pese a maioria da produção a qual se teve contato propusesse um debate da temática a partir das ciências biológicas, trazendo uma contribuição reduzida para o debate social que se propunha a fazer. A partir desse processo, procedeu-se ao levantamento, ainda que de forma não exaustiva e sem a pretensão de realizar-se uma revisão de literatura aprofundada, do perfil da produção acadêmica que abordasse o suicídio como problemática central em bases de dados nacionais.

Dessa forma, empreendeu-se uma pesquisa junto ao banco de dados do IBICT – Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia - com a palavra “suicídio” na busca livre, sendo levantados 336 trabalhos. Delimitou-se a abrangência da pesquisa para o período correspondente entre os anos de 2005 e 2015, considerando-se o lapso temporal das pesquisas e mapeamentos sobre suicídio realizados pela Organização Mundial da Saúde. A partir de tal filtro, obteve-se um total de 286 trabalhos. Finalmente, visando identificar os trabalhos que pudessem relacionar-se ao tema do presente estudo, foram selecionados apenas os trabalhos que apresentavam a palavra “suicídio” em seu título, alcançando-se um total de 68 resultados.

O mesmo procedimento foi realizado junto ao Banco de Teses da CAPES, identificando-se, ao final, 14 trabalhos que atenderam aos parâmetros de

pesquisa e que não foram inicialmente encontrados na base de dados do IBICT. Buscaram-se, ainda, a partir dos mesmos critérios, trabalhos junto a Biblioteca de Teses e Dissertações da USP, não sendo encontrado nenhum trabalho que já não tivesse sido identificado nas pesquisas anteriores.

A partir da análise dos dados descritos, foram descartados os trabalhos com temáticas ou áreas que não apresentavam nenhuma afinidade com o objeto da presente pesquisa, sendo selecionadas 21 pesquisas que pudessem colaborar com a delimitação espacial e temporal do estudo, servindo, assim, como fontes secundárias para a pesquisa. Destaque-se que esse procedimento deu-se exclusivamente com vistas à delimitação da problemática do estudo, sendo que, ocasionalmente, pode-se utilizar de alguns resultados como fontes secundários do estudo.

1.1.2 Coleta de dados quantitativos: Instituto Médico Legal e Delegacia de Polícia Civil – Ponta Grossa/Paraná

Dando continuidade à pesquisa exploratória, passou-se a indagar o suicídio a partir de seu viés quantitativo, ou seja, de sua incidência em âmbito federal, estadual e municipal. Os dados quantitativos utilizados no corpo da tese, bem como os critérios de adoção do Estado do Paraná e do município de Ponta Grossa, encontram-se devidamente justificados e referenciados no momento de sua apresentação, tornando-se mais oportuna sua apresentação nos referidos capítulos.

Cumpre informar que foram coletados junto aos órgãos acima nominados dados iniciais para a pesquisa que, em decorrência da problemática posteriormente delineada, acabaram por não compor a parte analítica da tese, em que pese tenham contribuído para o seu processo de problematização, o que se justifica a menção nessa etapa metodológica inicial.

Nesse momento inicial da pesquisa, optou-se, ainda, pelo uso de um diário de pesquisa³, com a finalidade de registrar os procedimentos adotados para coleta inicial dos dados documentais que dariam suporte à pesquisa em sua fase exploratória. Sobre a importância do diário de pesquisa, destacam Araújo *et al.* (2013, p. 56):

³ Utiliza-se a expressão “diário de pesquisa” por compreender que a mesma possui uma concepção mais abrangente que o chamado “diário de campo”, abarcando-se não apenas os procedimentos de observação propriamente ditos, mas todo o processo de registro de ideias, processos e decisões acerca da pesquisa em desenvolvimento.

A pesquisa, em sua elaboração inicial que se aproxima mais de um esboço, conforma-se à medida de seu desenvolvimento, gradual e paulatinamente aprofundado, o que requer flexibilidade em sua condução de modo a comportar redirecionamentos de curso. Assim sendo, o pesquisador pode embrenhar-se em certos fios da meada da história contada sempre que considerar relevante para melhor compreensão do objeto estudado. Reforça-se, com isso, a vida como uma experiência em aberto e a pesquisa como elaboração e esforço compreensivo dos seus sentidos. Decorre, desse movimento, a riqueza do processo de pesquisar em saúde e, então, a necessidade de seu registro cuidadoso e detalhado no diário de pesquisa.

No dia 22 de junho de 2017 foi realizado contato telefônico junto ao Instituto Médico Legal do Município de Ponta Grossa, indagando-se acerca dos procedimentos e eventual tabulação de dados sobre o suicídio na base territorial atendida pelo órgão. Na mesma data, conforme orientações recebidas, foi formalizado o requerimento mediante o envio de e-mail à entidade, cuja resposta foi encaminhada no dia 27 de junho de 2017 (DIÁRIO DE PESQUISA, 2017).

Atendendo prontamente ao pedido do pesquisador, foram disponibilizados os dados de óbitos atendidos pelo IML de Ponta Grossa entre os anos de 2013 – quando a tabulação começou a ser realizada – e maio de 2017. Nas referidas tabelas, eram apresentados os óbitos nas 29 cidades⁴ atendidas e que compõem a base territorial da Polícia Científica do estado do Paraná em razão de sua *causa mortis*⁵ provável. É de se ressaltar que, conforme própria orientação prestada pela entidade, os dados fornecidos não expressavam necessariamente os índices de suicídio dos municípios, considerando-se que as mortes violentas passavam por uma triagem inicial pelo Instituto e as causas da morte passavam a ser incumbência de investigação da Polícia Judiciária (DIÁRIO DE PESQUISA, 2017).

Diante disso, de forma complementar, manteve-se contato inicial com a 13^a Divisão Policial do Município de Ponta Grossa, no dia 21 de junho de 2017, visando o levantamento de informações complementares, bem como a busca pelos dados de suicídio na sua base territorial de atuação.

⁴ Arapoti, Cândido de Abreu, Carambeí, Castro, Curiúva, Fernandes Pinheiro, Figueira, Guamiranga, Imbaú, Imbituva, Ipiranga, Iratí, Ivaí, Jaguariaíva, Ortigueira, Palmeira, Piraí do Sul, Ponta Grossa, Porto Amazonas, Rebouças, Reserva, Rio Azul, São João do Triunfo, São Mateus do Sul, Sapomema, Sengés, Teixeira Soares, Telêmaco Borba, Tibagi, Ventania.

⁵ As mortes eram catalogadas pelo IML a partir das seguintes categorias: Acidente de trabalho, afogamento, atropelamento, carbonização, eletroplessão, envenenamento, homicídio por arma branca, homicídio por arma de fogo, queda de objeto sob a pessoa, queda acidental, suicídio por arma de fogo, enforcamento, óbito por arma branca, suicídio por queimadura, suicídio por arma branca, acidente aéreo, homicídio por sufocamento, homicídio por enforcamento.

Foi procedido o contato direto com o Delegado de Polícia responsável pela Divisão Policial, sendo que o mesmo afirmou desconhecer a existência de qualquer tabulação de dados acerca do suicídio em sua base territorial, em que pese tenha se comprometido com o pesquisador em fazer essa busca. Na mesma data, o pesquisador foi contatado pela secretaria da 13^a Delegacia de Polícia, a qual prestou alguns esclarecimentos para esse processo de problematização.

Foi informado ao pesquisador que entre os anos de 2016 e 2017 haviam sido abertos 18 inquéritos policiais visando à investigação de mortes por suicídio, no entanto, ao se verificar tais situações, o processo de investigação é encaminhado ao Distrito Policial da região onde ocorreu o fato, para as devidas apurações (DIÁRIO DE PESQUISA, 2017).

Foi relatado, ainda, que não há qualquer tipo de organização dos dados acerca de mortes por suicídio, sendo que, nas palavras da secretaria da 13^a Divisão Policial, “o sistema parece esquecer-se das pessoas que cometem suicídio”, explicando que, ao se verificar tais situações, as mesmas são encaminhadas ao Ministério Público como “mortes a apurar”, passando nesse momento a compor um considerável banco de ocorrências que contemplam não apenas mortes por suicídio, mas atropelamentos, acidentes de trânsito, dentre outros (DIÁRIO DE PESQUISA, 2017).

Dessa forma, em que pese houvesse a tabulação dos dados recebidos no Instituto Médico Legal, bem como da ausência de dados concretos por parte da Divisão Policial, optou-se, em nome de uma maior segurança metodológica, trabalhar a partir dos dados disponibilizados pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), presente no DATASUS, Departamento de Informática do SUS, conforme descrição oportunamente trazida no respectivo capítulo da tese.

1.1.3 Da observação participante: construção e atuação do voluntariado no Centro de Valorização da Vida – CVV e o despertar da problemática de pesquisa

Depois de identificada a participação do Centro de Valorização da Vida no processo preventivo do suicídio, o que se deu por meio da pesquisa bibliográfica inicial, passou-se à nova etapa de pesquisa exploratória com vistas à descoberta de informações acerca de tal instituição. Nesse sentido, buscando maiores informações sobre o CVV, descobriu-se, no ano de 2016, que o grupo

localizado na cidade de Londrina promoveria no mês de julho daquele ano um curso para preparação de novos voluntários.

No dia 06 de julho de 2016 foi mantido contato via e-mail com o referido Centro, visando à inscrição na qualidade de participante do referido curso, que aconteceria no dia 17 daquele mesmo mês. Nesse sentido, adotou-se a pesquisa participante como instrumento inicial de coleta de dados, por meio da participação do pesquisador do curso de formação para novos voluntários.

Segundo Antonio Carlos Gil (2010, p. 56), a pesquisa participante “caracteriza-se pela interação entre pesquisadores e membros das situações investigadas”, o que justificaria a adoção de tal metodologia de pesquisa. Ainda, segundo o autor:

Em virtude das dificuldades para contratação de pesquisadores e assessores, para reprodução de material para coleta de dados e mesmo para garantir a colaboração dos grupos presumivelmente interessados, o planejamento da pesquisa tende, na maioria dos casos, a ser bastante flexível. Torna-se difícil, portanto, prever com precisão os passos a serem seguidos numa pesquisa participante. E também não há consenso por parte dos diversos autores em torno de um paradigma de pesquisa participante (GIL, 2010, p. 149).

Dessa forma, buscando-se uma aproximação inicial com os membros do CVV da cidade de Londrina, bem como da flexibilidade de regras metodológicas para o desenvolvimento da coleta participante, promoveu-se essa participação inicial junto ao curso de formação de voluntários.

É de se destacar que, em decorrência do próprio domicílio do pesquisador ser na cidade de Ponta Grossa, onde não há CVV, seria inviável o desenvolvimento da atividade voluntária propriamente dita na cidade de Londrina, o que foi inicialmente esclarecido aos membros da instituição durante a execução da primeira fase do curso. Dessa forma, desde logo foi clarificado aos mesmos que o pesquisador buscava, em verdade, informações sobre o funcionamento da entidade para a execução de sua pesquisa de doutorado.

Em que pese tenha disponibilizado tal informação ao grupo do CVV, foi autorizada a participação direta do pesquisador durante a realização do curso de preparação, ocorrido inicialmente no dia 17 de julho de 2016.

Durante a realização da primeira etapa do curso, a qual se deu em um único dia, foi possível verificar pela primeira vez a dimensão da atuação do CVV no Brasil, sendo repassada a informação de que existiam até aquele momento 72

postos de atendimento no país, espalhados por 18 estados e no Distrito Federal. No Paraná, existiam até aquela data dois postos de atendimento, sendo eles em Curitiba e em Londrina (DIÁRIO DE PESQUISA, 2016).

Apenas na cidade de Londrina havia no ano de 2016 o número de 18 voluntários, que, por sua vez, realizavam uma média de 600 atendimentos via telefone por mês (DIÁRIO DE PESQUISA, 2016).

Ainda nessa oportunidade, foram disponibilizados ao pesquisador, por parte dos voluntários do CVV, inúmeros documentos e manuais que versavam sobre o voluntariado e que foram oportunamente incluídos na pesquisa documental presente em capítulo próprio da tese.

De forma complementar, no dia 22 de setembro de 2016, o pesquisador, na qualidade de presidente da Comissão de Saúde da Ordem dos Advogados do Brasil, Subseção de Ponta Grossa, promoveu, em conjunto com o CVV da cidade de Curitiba, a palestra intitulada “A prevenção ao suicídio e o CVV - Centro de valorização da vida”. A realização do evento teve como finalidade, além da conscientização acerca da prevenção ao suicídio, promover uma aproximação junto ao CVV da capital paranaense, visando a delimitação da problemática da pesquisa, bem como a coleta de dados futura.

A escolha do CVV como um dos protagonistas deste estudo fundou-se em vários aspectos. Inicialmente foi possível perceber que o Centro de Valorização da Vida sempre foi chamado pelo poder público para participar de grupos de trabalho com vistas ao estudo e debate da problemática do suicídio no país, sendo a única entidade da sociedade civil identificada na pesquisa que possuía tal reconhecimento.

Além disso, constatou-se que a principal campanha publicitária com participação governamental de prevenção ao suicídio – Setembro Amarelo – também se dava por meio de uma parceria entre a entidade e o poder público.

Finalmente, ao se analisar o histórico do CVV, percebeu-se tratar da entidade que possui a maior longevidade – com mais de 50 anos de fundação – sendo, ainda, a que apresentava maior abrangência em seus atendimentos, com mais de oitenta postos espalhados no território brasileiro.

1.2 DA ETAPA QUALITATIVA: ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS E QUESTIONÁRIOS

Destaque-se inicialmente que, para que pudesse ser realizada a coleta de dados junto aos sujeitos delimitados para a pesquisa, foi procedida a submissão do projeto para apreciação ética junto ao CEP/Plataforma Brasil no dia 05 de abril de 2018, obtendo-se o parecer autorizativo da pesquisa no dia 25 de abril de 2018, o qual segue aos documentos anexos.

Considerando-se o aprimoramento do projeto e a ampliação dos sujeitos de pesquisa, conforme descrição trazida no respetivo capítulo, procedeu-se nova submissão do projeto para apreciação ética no dia 25 de junho de 2018, sendo o mesmo aprovado sem ressalvas no dia 25 de julho de 2018, conforme parecer presente nos documentos anexos.

Assim, passa-se a apresentar os instrumentos de coleta de dados utilizados após a concretização da fase exploratória da pesquisa e depois de realizada a qualificação do material de tese, momento em foi possível a delimitação final da problemática de pesquisa e da elaboração da proposta de tese.

1.2.1 Autorização, contato e coleta de dados com os gestores em nível municipal, estadual e federal

No dia 09 de abril de 2018 foi encaminhado ao Núcleo de Educação Permanente da Prefeitura Municipal de Ponta Grossa solicitação de autorização para a realização de entrevistas com gestores lotados junto à Secretaria de Saúde do Município de Ponta Grossa. O pedido foi apreciado e a autorização foi encaminhada ao pesquisador no dia 19 de abril de 2018, autorizando a realização da pesquisa por meio de entrevistas semiestruturadas.

Diante da autorização concedida, foi realizado contato telefônico no dia 26 de junho de 2018 com a diretora de saúde mental no município de Ponta Grossa, solicitando a realização de entrevista com a profissional, a qual foi agendada para o dia 04 de julho de 2018. Na data agendada, foi realizada entrevista semiestruturada, conforme roteiro presente nos apêndices da tese, sendo fornecida pela profissional, ainda, dados epidemiológicos sobre o suicídio em Ponta Grossa, os quais foram incluídos no capítulo pertinente do estudo.

Mediante protocolo junto à Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Superintendência de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção às Condições Crônicas, Divisão de Saúde Mental (DVSAM/DACC/SAS/SESA), no dia

09 de abril de 2018, solicitou-se autorização para realização de pesquisa junto aos gestores do órgão por meio da realização de entrevista semiestruturada.

O pedido foi apreciado e a resposta sobreveio no dia 20 de abril de 2018 por meio do ofício 209/2018, autorizando a realização da pesquisa; no entanto, foi solicitado pelo órgão que a mesma se desse mediante o envio de questionário, o qual seria respondido pela Divisão de Saúde Mental em conjunto com a área técnica da Vigilância Epidemiológica. Diante disso, adequou-se o roteiro inicial de entrevista semiestruturada para a confecção de um questionário, o qual foi encaminhado para o órgão no dia 07 de julho de 2018.

Segundo Minayo (2013, p. 268), o questionário é colocado “em um lugar de complementaridade em relação à técnicas de aprofundamento qualitativo”, considerando-se a impossibilidade de se promover um aprofundamento dos fatos e relações humanas diante de um roteiro com pouca flexibilidade e diante da ausência do pesquisador no momento da elaboração do dado propriamente dito.

O questionário foi respondido pela equipe técnica, conforme adiante será apresentado, sendo devolvido ao pesquisador no dia 16 de outubro de 2018.

Em nível federal, procedeu-se contato direto com o representante do poder público, considerando-se que o mesmo já não integra os quadros de servidores diante de sua aposentadoria, descartando-se a necessidade de autorização do órgão público. Deve-se frisar que tal sujeito foi selecionado utilizando-se o critério de relevância e autoridade, considerando-se que o mesmo foi responsável, no ano de 2005, pela coordenação do grupo que elaborou a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio. O entrevistado foi alocado no grupo referente aos gestores uma vez que o roteiro de entrevistas adotado foi o mesmo utilizado junto aos demais representantes do poder público, dada sua atuação profissional anterior.

O contato com o entrevistado foi realizado dia 10 de setembro de 2018 e a entrevista foi realizada em 24 de setembro de 2018, via Skype, considerando-se que o mesmo possui residência na cidade do Rio de Janeiro.

Tentou-se, ainda, em caráter complementar, a realização de entrevista junto a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, em 2018, porém não houve o retorno dos contatos realizados junto ao Ministério, inviabilizando a realização da mesma.

Destaque-se que para a realização da coleta de dados junto aos gestores em níveis municipal e federal, optou-se, com a concordância dos sujeitos, pela realização de entrevistas semiestruturadas.

Nessa abordagem de entrevistas o roteiro deve desdobrar-se em vários indicadores considerados essenciais e suficientes em tópicos que contemplam a abrangência das informações esperadas. Tal roteiro deve ser construído de forma que permita certa flexibilidade nas conversas e a absorver novos temas e questões trazidas pelo interlocutor como sendo de sua estrutura de relevância (MINAYO, 2013).

A opção por tal modalidade de roteiro e coleta de dados se deu na medida em que a problemática da pesquisa debruça-se ao processo de análise de políticas públicas desenvolvidas com vistas à prevenção do suicídio; sendo assim, poderia surgir, como de fato ocorreu, informações e dados não disponíveis em documentos públicos e que não seriam identificados em roteiros fechados de entrevistas. Tal situação foi verificada no procedimento de coleta junto ao gestor em nível estadual, cuja autorização de pesquisa trouxe a ressalva de que a mesma deveria se dar por meio de questionário enviado por e-mail à equipe responsável pela área de saúde mental da Secretaria Estadual de Saúde.

Após a realização das entrevistas e das respectivas transcrições, o material foi devolvido aos sujeitos de pesquisa para que os mesmos pudessem verificar o conteúdo e a fidedignidade dos dados que passariam a compor essa pesquisa.

1.2.2 Contato e coleta de dados com o voluntariado do Centro de Valorização da Vida (CVV)

Após a definição da problemática do estudo e de sua delimitação, passou-se à escolha dos sujeitos de pesquisa que poderiam colaborar no processo de coleta de dados. Como a amplitude do problema proposto exigia, passou-se a compreender o Centro de Valorização da Vida como uma entidade organizada hierarquicamente nos níveis federados, ou seja, em nível federal, estadual e municipal.

Deve-se destacar que essa divisão se deu exclusivamente para os fins de organização da coleta de dados da presente tese, na medida em que o CVV possui tão somente uma presidência em nível federal e suas direções em níveis

municipais, conforme se aferiu por meio das entrevistas realizadas (DIÁRIO DE CAMPO, 2018).

No entanto, considerando-se o aspecto espacial, como restará adiante apresentado, adotou-se como posto do CVV de referência para pesquisa em nível municipal o da cidade de Londrina, Paraná, considerando-se ser o mais antigo e melhor estruturado no interior do estado, conforme informações coletadas junto ao próprio voluntariado (DIÁRIO DE CAMPO, 2018).

O contato com o referido posto foi promovido no dia 27 de julho de 2018 e a entrevista realizada no dia 1º de setembro de 2018 com o coordenador local.

Como representatividade em nível estadual, selecionou-se o único posto existente na cidade de Curitiba, Paraná. Nesse caso a escolha se deu a partir do critério geográfico, considerando-se tratar da capital do estado. O contato com o coordenador do posto foi igualmente promovido no dia 27 de julho de 2018 e a entrevista realizada em 02 de agosto de 2018.

Finalmente, em nível federal, procedeu-se a entrevista com o presidente nacional do CVV, o qual se encontra vinculado ao posto de Santo André, São Paulo, em que pese a entrevista tenha se dado junto ao primeiro posto do CVV no Brasil (posto da Abolição), na capital paulista. O contato com o presidente nacional da entidade ocorreu inicialmente em 31 de julho de 2018, sendo a entrevista realizada no dia 06 de setembro de 2018.

Deve-se destacar que todas as entrevistas foram realizadas nos respectivos postos do CVV em suas cidades-sedes, viabilizando-se o contato, ainda que indireto, com os atendimentos prestados, cujas percepções foram objeto de registro no diário de pesquisa.

Para a realização da coleta de dados juntos aos voluntários optou-se, com a concordância de todos os sujeitos, pela realização de entrevistas semiestruturadas, conforme estruturação anteriormente apresentada. Após a realização das entrevistas e das respectivas transcrições, o material foi devolvido aos sujeitos de pesquisa para que os mesmos pudessem verificar o seu conteúdo.

1.2.3 Destaques necessários acerca da pesquisa documental

Foram realizados alguns contatos com órgãos públicos com vistas ao levantamento de dados que pudessem dar suporte à pesquisa, sendo que esse processo merece registro para fins de compreensão da estrutura final da tese.

Inicialmente deve-se ressaltar a dificuldade encontrada para aferição dos índices populacionais municipais, especialmente no tocante à faixa etária, cor e raça e estado civil. As projeções realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) não contemplam essas variáveis em níveis municipais, sendo considerados tais parâmetros apenas nos anos em que é promovido o censo demográfico ou contagens populacionais.

Assim, buscaram-se tais informações junto à Prefeitura Municipal de Ponta Grossa por meio de sua Central de Atendimento ao cidadão, mediante protocolo no dia 05 de julho de 2018. No dia 06 de julho de 2018 foi encaminhada ao pesquisador, por meio do Órgão Gestor Municipal, a resposta à solicitação, a qual afirmou:

A Prefeitura Municipal de Ponta Grossa não dispõe de todas essas informações, sendo assim sugerimos que entre no site do IBGE onde poderá encontrar várias informações através de resultados de censo e se necessário entrar em contato com o IBGE para maiores informações.

Visando a construção do trabalho de forma completa e abarcando categorias das mais diversas possíveis, promoveu-se no dia 07 de julho de 2018 protocolo junto ao Serviço de Informação ao Cidadão do Governo Federal, buscando-se as informações necessárias acerca da população do município de Ponta Grossa e do Estado do Paraná que, por sua vez, não se encontravam disponíveis em canais públicos de acesso à população.

O protocolo foi respondido no dia 11 de julho de 2018 com a apresentação dos links para acesso aos dados do censo populacional realizado pelo IBGE, bem como das projeções populacionais absolutas, considerando-se apenas a divisão por sexo em âmbito estadual.

Dessa forma, não foi possível a mensuração dos dados para determinadas categorias populacionais do estado do Paraná e do município de Ponta Grossa do mesmo modo que se procedeu em nível federal, considerando-se a ausência de dados oficiais quanto aos grupos populacionais de cada esfera da federação.

Sobre tais dados destaque-se que, durante o processo de coleta e busca pelos dados, houve pronto atendimento, tanto em nível municipal quanto em nível federal, demonstrando certa eficiência em se promover o retorno aos protocolos realizados.

Por outro lado, é imperioso registrar que a ausência de dados consideravelmente básicos acerca de projeções populacionais por categorias especiais inviabilizam a elaboração de políticas públicas de modo direcionado a grupos em condição de maior vulnerabilidade, na medida em que sequer se tem pleno conhecimento quantitativo de tais populações – especialmente em nível estadual e municipal – salvo nos anos em que há contagem populacional ou realização de censos demográficos.

1.3 O PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS

1.3.1 A análise de conteúdo como instrumento de análise dos dados qualitativos

A análise de conteúdo se define como um conjunto de técnicas de análise de comunicações que se constrói a partir de um rigor do método como forma de não se perder na heterogeneidade de seu objeto, buscando-se a ultrapassagem da incerteza e o enriquecimento da leitura para além do que está contido na comunicação (DEUSDARÁ; ROCHA, 2005). Trata-se, assim, não apenas de um processo de sistematização mas também como procedimento de análise dos dados coletados.

Assim, inicialmente, pode-se conceituar a análise de conteúdo, nas palavras de Laurence Bardin (2011, p. 48) como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo de mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

Para Bardin (2011, p. 44), “a intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)”. Assim, busca-se, para além da mera sistematização, a criação de categorias empíricas e sua problematização em consonância com os aspectos teóricos da pesquisa.

Em geral, pode-se apontar como objetivos principais da análise de conteúdo a superação de incertezas, transformando a leitura de determinada informação em algo válido e generalizável e o enriquecimento da leitura, aumentando sua produtividade e pertinência a partir de conteúdos e estruturas do que se procura demonstrar (BARDIN, 2011).

De início, para qualquer tipo de análise que se busque fazer, é indispensável a definição de seu campo, ou seja, o território a partir do qual a pesquisa será realizada. Nesse sentido, o presente estudo se enquadra, na proposta de domínios possíveis da aplicação da análise de conteúdo proposta por Bardin (2011, p. 40), no **Código e suporte linguístico Oral**, no **Grupo Restrito relativo às Discussões, entrevistas e conversas de grupo de qualquer natureza**.

Superado o campo meramente conceitual, devem-se destacar as diferentes fases do método da análise de conteúdo que, nas palavras de Bardin (2011), dividem-se em pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

A pré-análise é a fase de organização do material a ser coletado ou que já esteja em poder do pesquisador, onde se busca sistematizar as ideias iniciais e construir um esquema que possibilite o futuro processo de sistematização e análise dos dados. Nas palavras de Bardin (2011, p. 125), essa fase possui três missões: “a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação de hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final”.

A primeira fase de tal procedimento pode ser identificada como uma fase de organização. Nela estabelece-se um esquema de trabalho que deve ser preciso, com procedimentos bem definidos, embora flexíveis, contemplando as particularidades da pesquisa proposta (CÂMARA, 2013).

É nesse momento que o pesquisador terá o primeiro contato com o material coletado que, nas palavras de Bardin (2011), deve se dar por meio de uma leitura flutuante do material, a fim de se identificar, a partir de um procedimento de indução, as temáticas e conteúdo dos documentos disponíveis.

A pesquisa ora proposta teve como material de análise a transcrição das entrevistas realizadas, conforme anteriormente descritas. A partir de tal material, foi realizado por meio de uma leitura flutuante o primeiro contato com os discursos, a fim de se identificar os primeiros conteúdos nos argumentos trazidos pelos

entrevistados. Sobre o processo de análise de entrevistas, ensina Câmara (2013, p. 183):

Inicia-se o trabalho escolhendo os documentos a serem analisados. No caso de entrevistas, elas serão transcritas e a sua reunião constituirá o *corpus* da pesquisa. Para tanto, é preciso obedecer às regras de *exaustividade* (deve-se esgotar a totalidade da comunicação, não omitir nada); *representatividade* (a amostra deve representar o universo); *homogeneidade* (os dados devem referir-se ao mesmo tema, serem obtidos por técnicas iguais e colhidos por indivíduos semelhantes); *pertinência* (os documentos precisam adaptar-se ao conteúdo e objetivo da pesquisa) e *exclusividade* (um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria).

Na sequência, conforme ensina Bardin (2011, p. 130), foram estabelecidos os primeiros índices e indicadores temáticos, a fim de se possibilitar que o processo de análise e interpretação futura se dê de maneira correta.

Essa segunda fase do processo consiste na exploração do material, momento da aplicabilidade das decisões tomadas pelo pesquisador no momento da pré-análise, ou seja, quando serão confrontados os índices e indicadores com o material coletado, dessa vez por meio de leitura sistemática e precisa, e não meramente flutuante. Nas palavras de Bardin (2011, p. 131), “esta fase, longa e fastidiosa, consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas.”

Dessa forma, quando construída a etapa de pré-análise, de modo a considerar todos os elementos importantes do material coletado, a fase de exploração consistirá basicamente no confronto entre os documentos analisados e os índices desenvolvidos pelo pesquisador.

Sobre a presente pesquisa, o processo de codificação, utilizado como meio de facilitar a identificação dos discursos e seus respectivos entrevistados, deu-se inicialmente a partir da procedência dos sujeitos escolhidos. Nesse sentido, foram estabelecidos dois sistemas nos quais foram alocados cada um dos entrevistados: sistema político (SP) e sistema do voluntariado (SV).

O sistema político, que albergou 05 entrevistados, constituiu-se por atores pertencentes aos quadros do Poder Executivo, em todos os níveis da federação, bem como aqueles que se mostravam diretamente vinculados à gestão da saúde e, assim, à prevenção do suicídio. O sistema do voluntariado, por sua vez, compreendeu igualmente 03 entrevistados, e buscou alocar os representantes em

nível municipal, estadual e federal do Centro de Valorização da VIDA (CVV), conforme justificativas oportunamente indicadas.

A partir dessa classificação, cada sujeito passou a ser vinculado a um código que o identificará em todos os momentos do trabalho, facilitando o processo de sistematização e análise dos dados coletados.

A chamada categorização, dessa forma, constitui-se como um dos momentos mais importantes de uma pesquisa que adota como método de sistematização e interpretação da análise de conteúdo, porque é a partir de tal operação que o conteúdo anteriormente coletado passará pelo tratamento do pesquisador, de modo que seja possível, ao final, estabelecer as chamadas inferências.

Para que o processo de categorização se dê de maneira correta, é indispensável que a fase da pré-análise tenha sido construída de modo consistente e realmente adequado ao material disponível, pois na fase de exploração do material é imprescindível que a chamada leitura flutuante e construção dos índices coincidam com o conteúdo dos documentos analisados.

Sobre o processo de categorização, explica Laurence Bardin (2011, p. 147):

A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos.

Ou seja, entende-se por categorias, na análise de conteúdo, os grupos temáticos construídos a partir da prévia leitura do material, cujas características genéricas permitem que o pesquisador passe a classificar o conteúdo pesquisado de modo a se alcançar resultados que possibilitem, ao final, estabelecer interpretações a partir das sentenças agrupadas/categorizadas.

Nesse sentido, após realização da leitura inicial, e em fase de exploração do material sistematizado, foram selecionadas categorias e subcategorias de análise. O procedimento de categorização se deu a partir de critério semântico (BARDIN, 2011), na medida em que as categorias temáticas foram selecionadas por meio de junção das expressões que sintetizavam as mesmas ideias.

Finalmente, a terceira fase – tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação – trata, em síntese, do processo de análise da pesquisa, onde o investigador, a partir dos resultados colhidos na fase anterior, poderá responder suas hipóteses e satisfazer seus objetivos, inclusive ultrapassando as dimensões teóricas inicialmente propostas. “O analista, tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode, então, propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos – ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas” (BARDIN, 2011, p. 131).

Assim, a partir de determinada informação prestada por um entrevistado, podem ser obtidas verbalizações que, por sua vez, podem ter induzido as respostas sobre determinados indicadores ou inferências acerca de determinado tema (CÂMARA, 2013).

Sobre o processo de inferência, ensina Bardin (2011, 165) que análise de conteúdo “fornece informações suplementares ao leitor crítico de uma mensagem [...] que deseja distanciar-se da sua leitura “aderente”, para saber mais sobre esse texto.”

Em síntese, o processo de inferência consiste na indução criada pelo pesquisador a partir da interpretação dada aos resultados de sua pesquisa, ou seja, a partir das respostas dadas às suas hipóteses e aos seus objetivos iniciais, o pesquisador poderá, por meio de processo de indução, compreender informações e valorações que se encontram para além dos documentos analisados, ultrapassando a dimensão puramente escrita.

CAPÍTULO 2 – MATAR E MORRER NA PRIMEIRA PESSOA DO SINGULAR: O FIM ANTECIPADO DA EXISTÊNCIA HUMANA E AS CONSTRUÇÕES TEÓRICAS ACERCA DA MORTE E DO SUICÍDIO

“Que a força do medo que tenho
 Não me impeça de ver o que anseio;
 Que a morte de tudo em que acredito
 Não me tape os ouvidos e a boca;
 Porque metade de mim é o que eu grito,
 Mas a outra metade é silêncio...
 [...]”

Que essa minha vontade de ir embora
 Se transforme na calma e na paz que eu mereço;
 E que essa tensão que me corrói por dentro
 Seja um dia recompensada;
 Porque metade de mim é o que penso
 Mas a outra metade é um vulcão...
 [...]”

E que a minha loucura seja perdoada
 Porque metade de mim é amor
 E a outra metade... também.”

(Oswaldo Montenegro, 1997)

A todo ser vivente não é estranho pensar em sua própria morte e o dia em que a mesma chegará. Em verdade, a existência humana perpassa seu caminhar pautada por pensamentos acerca do momento em que a própria vida alcançará seu ponto final, ao menos quando se pretenda que isso se dê involuntariamente, com o transcorrer natural do tempo.

Nesse sentido, o capítulo que se inicia tem por objetivo percorrer algumas reflexões teóricas sobre a morte, abordando os principais pensamentos quanto ao fim da existência humana, com especial destaque ao fenômeno do suicídio no transcorrer do tempo e às teorias que o analisaram enquanto fenômeno social, sendo, inclusive, um dos primeiros objetos de estudo da sociologia enquanto ciência.

2.1 BREVES REFLEXÕES ACERCA DA MORTE E DO MORRER

Sob um aspecto conceitual, morte é o antônimo de vida, sendo que enquanto há vida, não há morte. Vida é o ciclo vital que tem origem na fecundação e que, se não vier a ser interrompido, desenvolve-se naturalmente até o evento morte. Pode-se dizer que a vida é o movimento contínuo e incessante de composição e de decomposição que se passa no interior dos tecidos do ser vivo colocado em um

meio conveniente à sua manutenção. Obstado o movimento, sobrevém a morte (NALINI, 2014).

A palavra morte traz consigo muitos atributos e associações: dor, ruptura, interrupção, desconhecimento, medo, tristeza, luto. Numa posição antagônica, a morte coexiste com a vida e com o viver, o que não a impede de ser angustiante, incutir medo e, ao mesmo tempo, ser musa inspiradora de filósofos, poetas e profissionais da saúde. Por ser terrificante, é costume indicar a morte por meio de eufemismos como “fim”, “passagem”, “encontro”, “destruição”, “encerramento” (FRANÇA; BOTOMÉ, 2005).

Paralelo ao fascínio e às dúvidas instaura-se, por vezes, o medo da morte, a repugnância ao cadáver e a interdição do olhar. A humanidade durante séculos conseguiu dominar o medo da morte e traduzi-lo em palavras. A sociedade permitia os ritos familiares e a brevidade melancólica de um fim anunciado era tratada com dignidade sem fugas ou falsificações (MEDEIROS, LUSTOSA, 2011).

Nas palavras de Flávia Pinhal de Carlos e Marta Regina de Leão D'Agord (2016, p. 48), atualmente “a morte é mostrada com turbação ou na contramão, a imagem fixa de uma morte próxima é deslocada para uma morte distante, sendo muitas vezes transmitida ao vivo, através das imagens de guerras, crimes, catástrofes”.

Sob um ponto de vista histórico, na transição da chamada Pré-história para a chamada Idade da pedra (6000 a.C. a 2500 a.C.), a morte chegava subitamente na maioria das vezes, sendo raras as mortes lentas, por infecção, câncer ou doenças cardíacas que seriam tão comumente observadas nas sociedades posteriores. Para a maior parte da história humana, os mundos das mortes caracterizaram-se por um acontecimento repentino, embora não necessariamente inesperado, considerando-se os aspectos inóspitos das sociedades daquele tempo (KELLEHEAR, 2016).

O advento da morte imediata e a própria ausência de uma consciência comunitária impediam que fossem criadas preparações para o momento da partida ou que a morte pudesse ensejar qualquer movimentação naquela sociedade ainda em fase embrionária. Embora precária sob o aspecto das interações comunitárias no processo do morrer, percebe-se que a própria compreensão da morte como um ritual de passagem e continuidade, e não propriamente de finalização, tem sua gênese nas primeiras formas de organização

humana que se tem notícia, onde o grupo a qual pertencia o morto já delineava uma compreensão inicial do conceito de morrer e das necessidades de se delinear um processo interpretativo da passagem, ainda que pós-morte.

Na Idade Média, entre os séculos V e XV d.C., os humanos se assentaram por meio do trabalho e da convivência, sendo que tais assentamentos incluíam a criação e o pastoreio de animais, além da agricultura em certa combinação com a caça que ainda se fazia presente. O mundo da morte desses primeiros agricultores e camponeses tinham menos óbitos sem aviso prévio e significativamente mais falecimentos previsíveis, as quais passaram a ser relacionadas com a epidemiologia das doenças infecciosas, como a varíola, a malária, a peste bubônica e a outros males que levavam a uma morte vagarosa (KELLEHEAR, 2016).

A pessoa desse tempo já era profunda e imediatamente socializada. A família não intervinha para atrasar a socialização da criança. Por outro lado, a socialização não separava a pessoa da natureza, na qual só podia intervir por milagre. A familiaridade com a morte era uma forma de aceitação da ordem da natureza, aceitação ao mesmo tempo ingênuas na vida quotidiana e sábia nas especulações astrológicas. Com a morte, sujeitavam-se a uma das leis da espécie e não cogitavam em evitá-la, nem em exaltá-la. Simplesmente a aceitavam, apenas com a solenidade necessária para marcar a importância das etapas que cada vida devia sempre transpor (ARIÈS, 2012).

Nesse momento é possível identificar alguns aspectos de sociabilidade na construção social do morrer, visto que a possibilidade da vida efetivamente chegar ao final, e de que esse final pudesse ser minimamente mensurável, fez com que surgissem novas práticas dentro do grupo social que antecediam ao momento em que efetivamente algum membro deixava de fazer parte da comunidade em decorrência de sua morte.

Além de se perceber o nascimento de um elemento religioso enquanto instrumento de atenuação face aos mistérios e medos que envolviam a morte, há que se notar o surgimento de um elemento econômico construído a partir da previsibilidade do morrer e que se mantém até os dias atuais: mesmo no leito de morte o doente assimilava a necessidade de organizar o seu patrimônio de modo que a comunidade e, em especial, seu núcleo familiar, pudesse dar seguimento ao

trabalho e ao processo de subsistência face à diminuição de seus membros constitutivos.

Nessa conjuntura inaugurada, Allan Kellehear (2016, p. 157) apresenta esse novo cenário de relevância social da morte:

Pela primeira vez na nossa história, os morrediços puderam ter voz ativa sobre as coisas que haviam de acompanhá-los: que armas, víveres ou objetos de estimação desejavam “levar” consigo. Puderam expressar a preferência por um lugar de sepultamento. Passaram a ter tempo para se despedir de vários parentes. Agora os próprios moribundos podiam participar dos preparativos religiosos do morrer. Os camponeses, para os quais a terra, a sucessão familiar, a honra e o nome são importantes, teriam tempo de se preparar para fazer essas relevantes transferências. Em toda parte, homens e mulheres puderam fazer pela primeira vez algo que lhes era impossível, como mortentes, durante o longo e imprevisível período da Idade da Pedra: puderam se preparar para a morte.

Foi nesse período, assim, que se tem o nascimento da expressão “boa morte”, que no período era materializada como o processo de morrer com moralidade e dignidade, acompanhado pela família e após um minucioso planejamento quanto aos haveres mundanos que seriam deixados aos sucessores e para comunidade como um todo. Dessa forma, havia uma preparação para a morte na medida em que a mesma consistia em um ritual de passagem que deveria ser cumprido, não apenas pelo morrente, mas por toda a comunidade da qual ele pertencia.

Já na era das cidades, a começar pela nobreza, e depois também se propagando para a classe média, a boa morte cedeu espaço à chamada “morte administrada”, a qual era uma morte tornada boa com o concurso de profissionais adequados para atender a pessoa durante o morrer e na hora certa, dando origem para a natureza assistida do final da vida. Alguns profissionais da época tornavam-se essenciais à experiência do morrer: o médico, que passava a acompanhar a pessoa quando o desconforto ficava excessivo e insuportável; o advogado, para preservar os desejos do moribundo, e quanto mais cedo melhor, antes que a doença o privasse das escolhas feitas sob sua lucidez; e o padre, para assistir, aconselhar, orientar e facilitar a viagem à outra sociedade e seus desafios (KELLEHEAR, 2016).

O agrupamento de pessoas nos centros urbanos e a transferência da economia do campo para a cidade fez com que houvesse um processo de profissionalização das práticas sociais que envolviam a morte até aquele momento. Os aspectos meramente comunitários que permeavam o momento da partida deram

lugar para profissionais típicos dos centros urbanos, como o médico e o advogado. Se por um lado o profissional da saúde passou a ser visto com importância para se tentar evitar os óbitos e, quando não possível, minimizar os eventuais sofrimentos, o advogado passou a legitimar e a garantir que os negócios de cunho patrimonial sob a responsabilidade do morto pudessem ter a continuidade por meio de seus herdeiros.

Dessa forma, a exploração da atividade profissional e econômica encontrou na morte, com o surgimento das cidades, um objeto de lucro e de criação de serviços até então inexistentes, como a tutela e administração dos bens do falecido e os serviços funerários e de apoio psicológico aos moribundos e as famílias que, por sua vez, passaram a conceber de modo mais acentuado o conceito de luto e de ausência familiar, o que ensejou a criação, a partir de então, de conduções psíquicas aos sobreviventes, por meio de profissionais cada vez mais especializados e capacitados na área da saúde mental.

Verifica-se, assim, que o elemento presente em ambos os períodos anteriormente analisados era a previsibilidade da morte e a viabilidade de sua “preparação”. Se no período antecessor, buscava-se um planejamento comunitário e familiar para que a morte não trouxesse efetivamente impactos econômicos ou mesmo psicológicos para os membros da família, no segundo momento busca-se profissionalizar esse processo de transição, especialmente em decorrência da mutação da produção econômica do campo para os centros urbanos, onde a profissionalização das condutas humanas ganha maior destaque.

Finalmente, no período cosmopolita, onde o morrer prolongado passa a ser possível, a preparação para a morte constitui-se em uma tarefa comunitária, sendo que a riqueza e a posição social mais elevada tendem a promover preparativos mais complexos, alguns dos quais envolvem pessoas não diretamente amigas ou parentes. A prevalência de certas enfermidades e expectativas de vida associadas ao viver urbano podem promover diferentes tipos de ansiedade com a eventual deterioração e violência a esperar do corpo físico durante o processo de morrer (KELLEHEAR, 2016).

Barbosa, Francisco e Efken (2008, p. 33) apresentam o novo cenário no qual se constrói os ideários de morte na atualidade:

O adoecimento é vivido com um verdadeiro ‘golpe do destino’, sinaliza a possibilidade de, prematuramente, romper ou nos separar do real e chega a

nos interrogar sobre o que fazemos, fizemos e/ou poderíamos ter feito da nossa vida. Resgatar o humano, nesse contexto, nos convoca a encarar a nossa 'curta' vida e refletir sobre o hoje para que o amanhã não seja apenas preenchido de 'nunca mais', paralisando, impedindo ou limitando a existência. Assistimos na contemporaneidade, a emergência de um projeto de dominação e controle de toda a espécie humana.

Nesse sentido, o conceito inicial de boa morte, compreendendo aquela como um processo gradativamente desenvolvido junto à família e à comunidade é parcialmente suprimido em tal período, onde há, por vezes, um processo de negação da morte e do morrer, havendo, em verdade, um ciclo inverso, onde se busca por todos os meios possíveis mecanismos de permanência na vida mundana por meio das mais variadas estratégias médicas e científicas.

O tema da morte se tornou interdito no século XX em muitas sociedades, especialmente no ocidente, algo que não deveria mais ser pensado e falado, sendo banido da comunicação entre as pessoas. Paradoxalmente, nesse mesmo século, a morte esteve e continua estando, no início do século XXI, cada vez mais próxima das pessoas, em função, principalmente, do desenvolvimento das telecomunicações. A TV, a internet e os aplicativos para celular introduzem diariamente, em milhões de lares e comunidades, cenas de morte, de violência, de acidentes, de doenças, sem a mínima possibilidade de elaboração, dado o ritmo propositalmente acelerado e irreparável desses veículos. Dessa forma, ao mesmo tempo em que é interdita, a morte torna-se companheira cotidiana, invasiva e sem limites, e, embora essas estejam tão próximas (real ou simbolicamente), reina uma conspiração do silêncio em toda a sociedade urbana (KOVÁCS, 2005).

Entre 1930 e 1950, a evolução vai se precipitar devido a um fenômeno material: o deslocamento do lugar da morte. Já não se morre em casa, em meio aos seus, mas sim no hospital, sozinho. Morre-se no hospital porque este se tornou o local onde se presta os cuidados que já não se podem prestar em casa. Antigamente era o asilo dos miseráveis e dos peregrinos; primeiro tornou-se um centro médico, onde se cura e onde se luta contra a morte. Continua tendo essa função curativa, mas começa-se também a considerar certo tipo de hospital como o lugar privilegiado da morte. Morre-se no hospital porque os médicos não conseguiram curar (ARIÈS, 2012).

Percebe-se, assim, que a sociedade atual acabou por colocar um fim ao conceito tradicionalmente construído de boa morte, onde o que mais se

destacava em um viés comunitário era a possibilidade de se prever o momento da passagem e se promover efetivamente uma transição de maneira serena e racional, minimizando-se os abalos em todas as esferas do meio social. Na contramão dessa previsibilidade e ritualística, a sociedade contemporânea optou por buscar mecanismos de prolongação de uma vida que nem sempre tem condições de ser gozada em sua plenitude e dignidade, neutralizando-se todos os possíveis procedimentos de finalização do viver que historicamente foram construídos e que se mostravam absolutamente necessários e viáveis à plena compreensão da morte e superação do luto.

O que se denota, afinal, é que a sociedade cosmopolita certamente avançou quanto aos insumos e técnicas de superação de doenças e malefícios que lograram êxito em matar bilhões de pessoas no transcorrer da histórica humana. No entanto, esse processo de obstinação terapêutica pelo fim do morrer e pela permanência terrena de maneira indistinta, fez com que se anulassem valores e práticas sociais que se mostravam como elementos indissociáveis da morte e do morrer. Assim explica Philippe Ariès (2012, p. 86):

A morte no hospital não é mais ocasião de uma cerimônia ritualística presidida pelo moribundo em meio à assembleia de seus parentes e amigos, a qual tantas vezes mencionamos. A morte é um fenômeno técnico causado pela parada dos cuidados, ou seja, de maneira mais ou menos declarada, por decisão do médico e da equipe hospitalar, inclusive, na maioria dos casos, há muito o moribundo perdeu a consciência. A morte foi dividida, parcelada numa série de pequenas etapas dentre as quais, definitivamente, não se sabe qual a verdadeira morte, aquela em que se perdeu a consciência ou aquela em que se perdeu a respiração... Todas essas pequenas mortes silenciosas substituíram e apagaram a grande ação dramática da morte, e ninguém mais tem forças ou paciência de esperar durante semanas um momento que perdeu parte de seu sentido.

Desta feita, parece notório que a medicina, em que pese tenha alcançado níveis de excelência louváveis, acabou, ainda que involuntariamente, por criar um vácuo nas práticas ritualísticas da morte, na medida em que transferiu da comunidade para o ambiente hospitalar, na maioria das vezes, o momento de transição entre a vida e a morte. Assim, isolou-se a figura do morrente em um meio não apenas profissional, mas afastado de sua comunidade, que por sua vez, passou a ignorar a compreensão da morte enquanto um *iter* inevitável e pertencente ao próprio conceito de vida, construindo-se, a partir de então, uma interpretação social do morrer como ato de fracasso e de incapacidade humana em sua superação.

Mas, diante de todo o processo histórico de construção e evitabilidade da morte, restam indagações: quando é o tempo certo de morrer? Quem pode determinar o tempo da morte? Quem pode limitar a vida e antecipar a morte? O problema de programar o fenômeno de morrer é antigo, visto que pode ser encontrado em todos os períodos e lugares da história, conforme foi brevemente exposto. Fato é que o tempo da morte nem sempre ficou adstrito aos aspectos comunitários e médicos, realocando-se, ainda que de forma inesperada e, porque não, indevida, dentro do próprio indivíduo, o qual historicamente fez uso de sua autonomia para determinar o seu próprio fim sem qualquer ritual ou preparação comunitária, mediante uma prática: o suicídio.

2.2 APROXIMAÇÕES CONCEITUAIS SOBRE O SUICÍDIO

O suicídio pode ser considerado como um ato deliberado, intencional, de causar a morte a si mesmo, ou, em outras palavras, um ato iniciado e executado deliberadamente por uma pessoa que tem a clara noção (ou forte expectativa) de que dele pode resultar a morte, e cujo desfecho fatal é esperado (BERTOLOTE, 2012).

Chama-se de suicídio, assim, toda morte que resulta mediata ou imediatamente de um ato positivo ou negativo realizado pela própria vítima⁶, e que ela sabia que produziria esse resultado. A tentativa, por sua vez, também é o ato assim definido, mas interrompido antes de resultar em morte (DURKHEIM, 2014).

Dessa forma, concebe-se o suicídio como o mecanismo por meio do qual a vítima pratica atos com a finalidade exclusiva de acabar com a própria existência, obtendo-se êxito e alcançando sua morte ou sendo interrompida por atos alheios à sua própria vontade, não se consumando a morte (tentativa).

⁶ No presente trabalho, adotar-se-á a expressão “vítima” para referir-se às pessoas que praticaram suicídio, seja ele consumado ou tentado. Justifica-se o uso de tal expressão a partir de dois motivos essenciais. Inicialmente parte-se do pressuposto histórico de que a questão do suicídio deve ser socialmente discutida, afastando-se os tabus que durante os séculos permearam tal fenômeno e superando-se a expressão “suicida”, que remeteria a uma condição imodificável. Dessa forma, busca-se com a expressão substitutiva humanizar o debate para que o mesmo se dê de forma científica e sem a influência de preconcepções inadequadas para a produção acadêmica. Em um segundo momento, prefere-se a expressão “vítima” para designar o sujeito que foi acometido de um mal passível de prevenção, equiparando-se o fenômeno do suicídio não apenas a uma doença, mas a um completo quadro de desfalecimento físico e psicológico totalmente inviável de ser combatido e superado exclusivamente pelas forças do indivíduo, necessitando o mesmo de ajuda e acompanhamento profissional.

Sob o ponto de vista fenomenológico, o suicídio materializa-se como um processo que se inicia com considerações mais ou menos vagas sobre o morrer (ideação suicida), as quais podem adquirir consistência, evoluir para elaboração de um plano (plano suicida) e culminar num ato suicida, cujo desfecho pode ser fatal (suicídio) ou não (tentativa de suicídio) (BERTOLOTE, 2012).

Apresente-se, nesse aspecto, que o suicídio, em geral, não se constitui como um ato isolado que leva a morte da vítima de imediato. Na verdade, a prática suicida se mostra como um complexo de atos pensados e praticados pela pessoa com vistas a alcançar sua morte, como ideações, planejamentos e práticas suicidas propriamente ditas. Assim, sob um aspecto social e comunitário, é possível que as ideações ou planejamentos suicidas venham a ser identificadas pelo agrupamento no qual a vítima se insere, fazendo-se possível a implementação de medidas preventivas à sua consumação.

De um ponto de vista histórico-teológico, o suicídio era condenado pela lei judaica, impondo que as vítimas fossem enterradas de modo apartado dos demais mortos, sinalizando aqueles que desistiram de viver; segundo o budismo, atentar à própria vida seria o mesmo que afrontar ao primeiro preceito de tal religião, embora a mesma não o condene de forma voraz; a Bíblia Sagrada não condena expressamente a morte autoprovocada, embora a Igreja Católica tenha considerado no século VI o suicídio como um pecado mortal e imperdoável, o que foi seguido por religiões de matrizes cristãs, como a católica romana e os protestantes das mais variadas denominações; o alcorão, por sua vez, condena consistentemente a prática do suicídio, considerando-a como uma heresia a destruição de algo criado por Alá (BERTOLOTE, 2012).

Sobre a influência da religião no processo de discussão acerca do suicídio, afirma Neury José Botega (2015, p. 40) que “muitas crenças e comportamentos influenciados pela religião e pela cultura aumentam o estigma em relação ao suicídio e podem desencorajar a procura por assistência médica”.

Sobre esse processo de estigmatização, Pinhal de Carlos e D'Agord (2016, p. 52) apresentam as dificuldades em se discutir a temática do suicídio em âmbito social diante de um histórico de condenações morais acerca de tais práticas:

As múltiplas interpretações e versões para um suicídio ocorrem quando o saber torna-se impotente, o que faz com que o enigma aumente. O enigma com relação ao suicídio sempre permanece porque ele está relacionado com o irredutível do real, uma vez que há algo aí que escapa da palavra.

É por isso que o suicídio é tomado como um tabu, algo que é proibido, interdito por ser considerado impuro. Todavia, fala-se sobre o suicídio, já que se tenta dar conta do horror que ele evoca e, ao mesmo tempo, do desejo, desejo de saber que é sustentado pela impossibilidade. Assim, como um quadro, o suicídio também pode fascinar e provocar a irrupção do olhar.

Assim, ressalta-se que, conforme sabido, a discussão sobre o suicídio, inclusive quanto a viabilidade de seu processo preventivo, causa certo estranhamento social a partir da ideia de que a morte autoprovocada ainda se constitua em um tabu a ser superado, em especial para a inclusão da problemática no âmbito da saúde coletiva. É possível afirmar, nesse ponto, que a própria condenação da prática suicida pelas mais variadas religiões se constituiu, no transcorrer da história, como um dos elementos impeditivos para a realização de um debate social que vise a implementação de políticas de prevenção ao suicídio.

Pinhal de Carlos e D'Agord (2016, p. 52) afirmam a existência de uma valoração comunitária do suicídio como algo obsceno, o qual não deve ser discutido:

O suicídio, enquanto obsceno, é algo que molesta, que não se deixa encadear com a morada familiar. Molesta pela impossibilidade de se dar conta desse ato. O suicídio convoca o olhar, contudo o rechaça em seguida, pois, como sustentar o olhar diante da exibição de algo que não se conseguiria ver? O suicídio presentifica o que não se pode representar, que é a própria morte. Logo, o espectador olha esforçando-se para não ver, para não ver o nada que é velado. O obsceno é o que permite jogar com a morte mediante imagens. Essa imagem obscena do suicídio remete ao que não está aí, ao que não tem imagem, logo ele evoca a falta. Diante do suicídio, há uma necessidade de ver, de saber, de buscar a palavra. “Por quê?”, “Como?”. O que resta é, diante da ruptura absoluta, da ausência da cena, cobrir esse horror com uma tela. Tela essa que encobre o vazio, vela o encontro com a origem.

Sob um aspecto histórico, o termo “suicídio” foi criado em 1643 pelo médico inglês Thomas Browne, primeiramente em grego (*autófonos*), traduzido para o inglês em 1645 como “*suicide*”. Além de nominar o fenômeno com a palavra que passou a ser utilizada em praticamente todo o mundo ocidental, a obra abriu as portas para que o suicídio passasse a ser alvo de interesse da medicina, em especial para a psiquiatria (BERTOLOTE, 2012).

Em 1801, o psiquiatra francês Philippe Pinel (1745-1826) afirmou que haveria uma ligação entre o suicídio e a lesão de determinados órgãos, em especial o cérebro, o que causaria uma sensação dolorosa pelo simples fato de existir. Em 1838, Jean-Étienne Esquirol (1772-1840), considerou todos aqueles que

cometiam suicídio como mentalmente insanos. Em 1845, Claude Bourdin (1815-1886) afirmava que o suicídio sempre era uma doença e sempre um ato de insanidade mental. Finalmente, embora diante de uma obra vastíssima, Sigmund Freud (1856-1939) se dedicou relativamente pouco ao estudo do suicídio, sendo que no contexto de sua teoria psicanalítica, o suicídio era entendido como o resultado do predomínio do impulso de morte sobre o impulso vital, o clímax do autoerotismo negativo e um ato de defesa do ego normal contra a psicose (BERTOLOTE, 2012).

A prática suicida, assim, tem sido interpretada das mais variadas formas no decorrer dos séculos, embora tenha havido, inicialmente, uma compreensão geral de que o fenômeno estaria relacionado, necessariamente, a um aspecto mental, ou seja, apenas cometeria suicídio aquelas pessoas que apresentassem distúrbios psíquicos insolúveis.

Embora se atribua à Émile Durkheim a quebra do paradigma médico – o qual relacionava necessariamente o suicídio à loucura – para se compreender o suicídio, trazendo-se o elemento social que até então se mostrava ausente, foi Karl Marx, em obra pouco analisada e difundida, que abordou as primeiras ideações de que a prática suicida poderia estar relacionada, também, a elementos sociais alheios às doenças de ordem mental.

Em ensaio intitulado “Sobre o suicídio”, Marx descreve, ainda no ano de 1846, o fenômeno da morte autoprovocada como algo que não estaria originariamente vinculado de forma definitiva às doenças de ordem mental. Karl Marx (2006, p. 24), ao analisar quatro casos de suicídio da época, explica que o fenômeno poderia ter diversas causas, para além dos problemas de ordem individual, dentre as quais destaca:

O número anual dos suicídios, aquele que entre nós é tido como uma média normal e periódica, deve ser considerado um sintoma da organização deficiente de nossa sociedade; pois, na época da paralisação e das crises da indústria, em temporadas de encarecimento dos meios de vida e de invernos rigorosos, esse sintoma é sempre mais evidente e assume um caráter epidêmico. A prostituição e o latrocínio aumentam, então, na mesma proporção. Embora a miséria seja a maior causa do suicídio, encontramo-lo em todas as classes, tanto entre os ricos ociosos como entre os artistas e os políticos. A diversidade de suas causas parece escapar à censura uniforme e insensível dos moralistas.

As doenças debilitantes, contra as quais a atual ciência é inócuia e insuficiente, as falsas amizades, os amores traídos, os acessos de desânimo, os sofrimentos familiares, as rivalidades sufocantes, o desgosto de uma vida monótona, um entusiasmo frustrado e reprimido são muito seguramente razões de suicídio para pessoas de um meio social mais abastado, e até o próprio amor à vida, essa força enérgica que impulsiona a

personalidade, é frequentemente capaz de levar uma pessoa a livrar-se de uma existência detestável.

Veja-se que o autor indica causas sociais que poderiam remeter à prática suicida, deixando de lado o elemento médico até então dominante nas discussões que permeavam os estudos acerca do suicídio. Embora traga a miséria humana como a principal causa para o suicídio, o autor apresenta que as influências de uma sociabilidade poderão se fazer presentes em todas as classes. É bem verdade que em tal obra Marx tenha se dedicado menos aos aspectos essenciais do próprio suicídio, voltando seus escritos à promoção de uma crítica radical da sociedade burguesa como forma de vida “antinatural”, sendo que o suicídio aparece como sintoma de uma sociedade doente e que necessita de uma transformação radical.

Sobre a influência daquela sociedade na prática do suicídio, bem como da criação de uma visão pejorativa em face desse fenômeno, Marx (2006, p. 26) descreve:

Tudo o que se disse contra o suicídio gira em torno do mesmo círculo de ideias. A ele são contrapostos os desígnios da Providência, mas a própria existência do suicídio é um notório protesto contra esses desígnios ininteligíveis. Falam-nos de nossos deveres para com a sociedade, sem que, no entanto, nossos direitos em relação a essa sociedade sejam esclarecidos e efetivados, e termina-se por exaltar a façanha mil vezes maior de dominar a dor ao invés de sucumbir a ela, uma façanha tão lúgubre quanto a perspectiva que ela inaugura. Em poucas palavras, faz-se do suicídio um ato de covardia, um crime contra as leis, a sociedade e a honra. Como se explica que, apesar de tantos anátemas, o homem se mate? É que o sangue não corre do mesmo modo nas veias de gente desesperada e nas veias dos seres frios, que se dão o lazer de proferir todo esse palavrório estéril.

Como já adiantado, o autor apresenta uma verdadeira crítica social a partir do número de suicídios da época, fazendo com que a problemática se desloque para as relações sociais, especialmente entre Estado e cidadãos, de forma que a imposição de deveres sem a prévia garantia de direitos seriam uma das chaves para se compreender a morte autoprovocada. Assim, encerra afirmando que a prática suicida não pode ser condenada legal ou moralmente pela sociedade, na medida em que o desespero humano causado pela sociedade da época poderia ensejar o suicídio em toda uma população explorada e sem condições efetivas de vida.

Após o enfrentamento do suicídio enquanto uma doença durante os séculos XVII e XVIII efetiva-se no século XIX, por meio da obra de David Émile Durkheim (1858-1917), uma nova via para a sua compreensão, conforme já inaugurado na obra de Karl Marx. A obra "O suicídio – estudo de sociologia" foi originalmente publicada no ano de 1897 e trazia a prática suicida como fenômeno cujas origens encontravam-se fundamentadas na própria sociedade. Na obra, Durkheim propõe um rompimento com relação ao entendimento de ser o elemento psicológico o princípio primordial desencadeador e gerador do suicídio, demonstrando ser possível estudá-lo de maneira mais ampla a partir da compreensão da sociedade e de toda sua estruturação.

2.3 O SUICÍDIO ENQUANTO FENÔMENO SOCIAL E A OBRA DE DAVID ÉMILE DURKHEIM

A obra *O Suicídio* foi publicada pela primeira vez em 1897, quando Durkheim tinha 39 anos de idade e já havia escrito dois trabalhos fundamentais em sua carreira de pesquisador: as duas teses de doutorado, que datam de 1893 – *De la Division du Travail Social: Étude sur l'Organisation des Sociétés Supérieures* e *La Contribution de Montesquieu a la Constitution de la Science Sociale* –, e ainda *Les Règles de la Méthode Sociologique*, de 1895, conjunto de uma série de artigos surgidos no ano anterior e que saiu como livro com ligeiras modificações e prefácio (NUNES, 1998).

A obra dedicada ao suicídio é inaugurada por uma introdução onde se situa a necessidade de se determinar o objeto e o campo de estudo, definindo objetivamente o que é suicídio, a fim de pesquisar apenas as condições que virão constituir o fato determinado que o autor chama de "taxa social dos suicídios". Na primeira parte o autor descreve os fatores extrassociais para a prática da morte premeditada, caminhando para a segunda parte ao descrever as causas sociais e tipos sociais de suicídios. Finalmente, como arremate para a obra, traz na terceira parte o debate do suicídio como fenômeno social em geral. As pretensões da obra são descritas pelo autor em sua abertura:

Esse é o objeto do presente trabalho, que conterá três partes:
 O fenômeno a ser explicado só pode se dever a causas extrassociais de uma grande generalidade ou a causas propriamente sociais. Para começar, questionaremos qual é a influência das primeiras, e veremos que é nula ou muito restrita.

Em seguida, determinaremos a natureza das causas sociais, a maneira como produzem seus efeitos, e suas relações com as situações individuais que acompanham os diferentes tipos de suicídio.

Feito isso, estaremos em melhores condições de especificar em que consiste o elemento social do suicídio, ou seja, a tendência coletiva de que acabamos de falar, quais são suas relações com os outros fatos sociais e por que meios é possível agir sobre ela (DURKHEIM, 2014, p. 25).

Em que pese esteja apresentando o debate que se seguirá, o autor indica de imediato a tese segundo a qual o suicídio se constitui em um fato social, eliminando-se as causas externas que, segundo ele, seriam de influência praticamente nula no processo autodestrutivo. Nesse sentido, Durkheim (2014, p. 14) abre sua obra temática a partir da construção do conceito do que viria ser o suicídio a partir de sua perspectiva:

Ora, entre as diversas espécies de morte, há aquelas que apresentam o traço particular de terem sido causadas pelas próprias vítimas, de resultarem de um ato cujo paciente é o autor; e, de outro lado, é certo que essa mesma característica está na própria base da ideia que comumente fazemos do suicídio. Pouco importa, aliás, a natureza intrínseca dos atos que produzem esse resultado. Embora, em geral, se represente o suicídio como uma ação positiva e violenta que implica certo emprego de força muscular, pode acontecer de uma atitude puramente negativa ou uma simples abstenção terem a mesma consequência. Alguém se mata tanto recusando-se a comer quanto destruindo-se a ferro e fogo. Não é nem mesmo necessário que o ato emanado do paciente tenha sido o antecedente imediato da morte para que ela possa ser considerada seu efeito; a relação de causalidade pode ser indireta, o fenômeno não muda de natureza por isso.

Para o sociólogo francês, a prática suicida constituía um exemplo suficientemente significante para estabelecer a compreensão científica da sociologia como uma disciplina independente e cientificamente válida. Explicar sociologicamente um evento individual que parecia depender quase exclusivamente de fatores pessoais, psicológicos, mas que expressava uma forma de dissolução dos laços que unem os homens possibilitaria entender quais os laços que os levam a se associarem, culminando com a morte do indivíduo (NUNES, 1998).

Ao se analisar o suicídio a partir de seu elemento social, Émile Durkheim (2014, p. 295) empresta nova interpretação ao fenômeno, acabando por verdadeiramente criar um viés sociológico para explicação de fenômenos humanos até então analisados exclusivamente a partir da medicina:

Ora os homens que se matam passaram por problemas familiares ou tiveram seu orgulho ferido, ora sofreram com a miséria ou com a doença, ora ainda se recriminam por alguma falta moral etc. Mas vimos que tais particularidades individuais não podem explicar a taxa social de suicídios,

pois ela varia em proporções consideráveis, ao passo que as diversas combinações de circunstâncias, que servem assim de antecedentes imediatos aos suicídios particulares, conservam mais ou menos a mesma frequência relativa. Portanto, elas não são as causas determinantes dos atos a que precedem. O papel importante que às vezes desempenham na deliberação não é uma prova de sua eficácia. Sabemos, com efeito, que as deliberações humanas, tais como as percebe a consciência refletida, com frequência não passam de pura forma e têm como objetivo apenas corroborar uma Resolução já tomada por razões que a consciência desconhece.

O autor defende, a partir do exposto, que as taxas elevadas de suicídio não podem ser atribuídas a particularidades humanas presentes em determinados indivíduos que, em verdade, se encontrariam inseridos em uma mesma comunidade, ou seja, seriam os elementos comuns presentes nas vivências comunitárias que ensejariam as elevadas taxas de suicídio nas mais variadas regiões, considerando-se não as características eminentemente pessoais, mas sim de toda uma coletividade capaz de influenciar na prática da morte autoprovocada.

Durkheim (2014, p. 97) passa a defender na obra uma explicação sociológica para a prática do suicídio:

De todos esses fatos, decorre que a taxa social de suicídios só se explica sociologicamente. É a constituição moral da sociedade que fixa a cada instante o contingente das mortes voluntárias. Existe, pois, para cada povo, uma força coletiva, de energia determinada, que impele os homens a se matar. Os movimentos que o paciente realiza, e que, à primeira vista, parecem exprimir apenas seu temperamento pessoal, são, na realidade, a sequência e o prolongamento de uma situação social que eles manifestam exteriormente.

Ao afirmar que é a constituição moral da sociedade que determina os índices de suicídios, o autor acaba por neutralizar as condições individuais na prática da morte voluntária, relegando à sociedade a responsabilidade pela inviabilidade da vida humana para determinadas pessoas que se encontrassem em descompasso com a dinâmica social previamente instalada.

Na construção desse novo paradigma, o autor acaba por compreender que cada grupo social tem, ao tratar do suicídio, uma inclinação mais pronunciada ou menos pronunciada à prática, sendo uma propensão coletiva que lhe é própria e da qual derivam as propensões individuais, não sendo ela o resultado dessas últimas. O autor defende que determinadas condições sociais podem ser consideradas como verdadeiras barreiras à prática suicida, funcionando como instrumentos preventivos de considerável eficácia:

Estabelecemos, sucessivamente, portanto, as três proposições seguintes:

1º. O suicídio varia na razão inversa do grau de integração da sociedade **religiosa**.

2º. O suicídio varia na razão inversa do grau de integração da sociedade **doméstica**.

3º. O suicídio varia na razão inversa do grau de integração da sociedade **política**.

Essa comparação demonstra que, se essas diferentes sociedades têm sobre o suicídio uma influência moderadora, não é em consequência de características particulares à cada uma delas, mas em virtude de uma causa comum a todas. [...] A causa só pode ser encontrada em uma mesma propriedade que todos esses grupos sociais possuem, ainda que, talvez, em graus diferentes. Ora, a única que satisfaz a essa condição é que todos são grupos sociais, solidamente integrados. Chegamos, pois, a esta conclusão geral: o suicídio varia na razão inversa do grau de integração social dos grupos sociais de que o indivíduo faz parte (DURKHEIM, 2014, p. 201). (destaques no original)

Na obra, há a exposição do argumento de que fatores religiosos, familiares e políticos podem servir como entraves a ideações e práticas suicidas, não apenas em decorrência dos valores éticos ou morais defendidos dentro de tais agrupamentos, mas pelo simples fato de se fazer presente um nível de integração social capaz de despertar na pessoa um sentimento de pertencimento, o qual é defendido pelo sociólogo como fator determinante à plena existência humana.

Para o autor, a inexistência dessa integração entre os membros da sociedade propiciaria o início de um processo de isolamento, pautado por fatos que atormentam a sociedade, como correntes de egoísmo, de altruísmo e de anomia, com suas consequências diretas, que são as tendências à melancolia ou à renúncia ativa da existência. Seriam essas características da coletividade que, penetrando nos indivíduos, os determinam a se matar.

Inicialmente, ao construir a abordagem do chamado suicídio egoísta, Durkheim (2014, p. 202) apresenta o ideal de uma sociedade colaborativa, pautada em ações individuais que deveriam ser voltadas aos interesses comuns:

Os laços que os liga à sua causa comum vincula-os à vida, e, além disso, o objetivo elevado no qual fixam os olhos impede-os de sentir tão intensamente as contrariedades privadas. Enfim, em uma sociedade coerente e vivaz, há, de todos para cada um e de cada um para todos, uma troca contínua de ideias e sentimentos, e como que um mútuo apoio moral, que faz com que o indivíduo, em vez de ser reduzido a suas meras forças, participe da energia coletiva e venha a fortalecer a sua quando estiver no fim.

Assim, a pessoa manteria um vínculo colaborativo com a sociedade na qual está inserida fazendo com que as partes envolvidas se dedicassem com

vistas ao desenvolvimento de todos, tanto no plano individual quanto no plano coletivo. Isso faria com que os indivíduos pudessem encontrar amparo social para superar os entraves comuns à existência, sendo que, de modo proporcional, viabilizaria que toda a coletividade também conseguisse manter-se de modo saudável e solidário face aos demais membros.

O rompimento desse processo de solidariedade daria voz a um sentimento egoístico que, por sua vez, inviabilizaria a continuidade de uma existência que necessariamente seria pautada em valores comunitários. Nesse sentido, afirma Durkheim (2014, p. 207):

O egoísmo não é um mero fator auxiliar, é sua causa geradora. Se, nesse caso, o vínculo que liga o homem à vida afrouxa, é porque o vínculo que o liga à sociedade também afrouxou. Quanto aos incidentes da vida privada, que parecem inspirar imediatamente o suicídio e são considerados suas condições determinantes, na realidade são apenas causas ocasionais. Se o indivíduo cede ao menor choque de circunstâncias, é porque o estado em que se encontra a sociedade fez dele uma presa na medida para o suicídio.

A vítima do suicídio egoísta seria, segundo Durkheim, aquele indivíduo que se afastou da dinâmica social e dos agrupamentos que o fazia pertencente a uma coletividade, levando-o ao pleno isolamento e a morte. A adjetivação egoística é atribuída a essa vítima na medida em que sua morte autoprovocada impacta não apenas no fim de uma vida, mas em toda a coletividade que tinha nesse indivíduo uma parcela colaborativa dentro de um valor de solidariedade.

Ocorre que em uma sociedade integrada, os indivíduos dependem desta e tem deveres perante estas, razão pelo qual não podem simplesmente dispor de si, já que estão sob o manto da autoridade dessa sociedade. Ademais, presente a solidariedade dentro de um grupo, há assistência mútua entre os pertencentes a esse grupo, e uma causa comum pela qual lutar, e, portanto, maior é o empenho para viver. Ao passo que, desestruturada essa sociedade, o indivíduo passa a ser dono de seu próprio destino, podendo colocar um fim a sua vida, além de lhe faltarem razões para permanecer diante das vicissitudes da existência (DURKHEIM, 2013).

Nesse contexto, Durkheim também pontua que essa situação não afeta apenas o indivíduo isolado, mas a sociedade como um todo – a partir da desintegração dessa sociedade, verificam-se ondas de sentimentos obscuros e de

tristeza que abalam todo o coletivo. E a partir dessas ondas, surgem novas morais coletivas, que incentivam o suicídio, sob o fundamento de que não haveria mais razões para se viver, e exatamente por se tratarem de sistemas coletivos, são dotados de autoridade sobre o indivíduo, concluindo-se, assim, que mesmo quando o indivíduo se desvincula da sociedade, dada sua desintegração, continua a ser influenciado pela mesma (DURKHEIM, 2013).

É possível concluir, assim, a defesa de Durkheim de que, a partir do momento em que o indivíduo torna-se pertencente a uma sociedade, o mesmo não tem plena autonomia sobre sua vontade, considerando-se que existe um número expressivo de pessoas que dependem de suas atitudes para alcançarem igualmente um nível de sociabilidade e bem-estar. Ao romper com esse vínculo obrigacional para com o grupo, essa vítima de suicídio deveria ser considerada egoísta em face de interesses maiores e superiores à sua individualidade.

Em oposição ao suicídio egoísta, compreendendo este como decorrente de um valor absolutamente individualista, Durkheim (2014) apresenta o suicídio altruísta, onde há o pressuposto de que o indivíduo “seja quase totalmente absorvido no grupo, e, por conseguinte, que esse seja profundamente integrado”. Nesse sentido, indica Durkheim:

Para que a sociedade possa, assim, forçar alguns de seus membros a se matar, é preciso que a personalidade individual não tenha quase nenhuma importância. Pois, assim que ela começa a se constituir, o direito de viver é o primeiro a lhe ser reconhecido; pelo menos ele é suspenso apenas em circunstâncias muito excepcionais, como a guerra. [...] Por isso, chamaremos de *suicídio altruísta* aquele que resulta de um altruísmo intenso. Mas, por além disso ele apresenta a característica de ser realizado como um dever, é importante que a terminologia adotada exprima essa particularidade. Daremos, pois, o nome de *suicídio altruísta obrigatório* ao tipo assim constituído (2014, p. 215)

Dessa forma, emerge da obra que, dentro da divisão terminológica proposta por Durkheim, surge um novo gênero, qual seja o suicídio altruísta. Nesse aspecto, segundo o autor, determinados indivíduos pautariam suas vidas baseadas em um valor de integração e solidariedade com seu agrupamento social que relegariam sua individualidade em um plano quase nulo, onde a sua existência poderia ser encerrada em benefício da coletividade ou em cumprimento de valores e regras socialmente construídas e aceitas.

O autor exemplifica com as sociedades inferiores, primitivas, nas quais os suicídios ocorriam, geralmente, nos seguintes contextos: indivíduos

doentes ou que beiravam a velhice; mulheres que se suicidavam em razão da morte dos maridos; ou servidores, em razão da morte de seus chefes. Nessas situações, Durkheim pontua, o indivíduo não se mata por se achar no direito de fazê-lo, mas por ter o dever, sob pena de ser castigado ou desonrado – a sociedade prescreve o suicídio (DURKHEIM, 2013).

Marcelo Martins Barreira (2017, p. 304) descreve a figura do suicídio altruísta defendida na obra de Durkheim:

Em algumas tradições religiosas, porém, isso seria classificado como “suicídio altruísta” ou “heroico”, o único aceitável pelo Estado para Durkheim. Nomeou desse modo esse tipo de morte porque seria o oferecimento não egoísta da vida para o “bem-estar de terceiros.” Assemelha-se ao que se observa com soldados na proteção da soberania de seu país e de seus habitantes – em que pese a estranheza quanto ao uso da palavra “suicídio” para assinalar a opção de se alistar para combate militar, em que vários elementos contribuem para essa escolha.

Assim, segundo Barreira (2017, p. 308), Durkheim defendera que “os casos comumente classificados como “suicídio” não são aceitos pelo Estado e sua normatividade jurídica, por não se referirem a ações conceituadas como justas”.

Pinhal de Carlos e D'Agord (2016, p. 49), ao analisarem essa figura suicida, afirmam que a sociedade “prescreve as condições e circunstâncias para o abandono da vida. Entende-se, por conseguinte, que nesse tipo de suicídio há uma valorização ao não apego à existência, à renúncia e abnegação irrestrita”.

A modalidade de suicídio altruísta, por sua vez, poderia apresentar variações. A primeira delas se constituiria em um altruísmo obrigatório, verdadeiramente imposto pelos valores sociais, citando o autor como exemplos a situação de homens que chegaram ao limite da velhice ou que foram acometidos por alguma doença; mulheres viúvas; clientes ou servidores diante da morte de seus chefes (DURKHEIM, 2014). Tais indivíduos apresentariam tamanha dependência ao grupo ou a situações impostas pelo convívio coletivo que, diante de dissabores ou eventos inesperados, poderiam encontrar no suicídio uma forma excluir-se da ordem social de maneira reconhecidamente digna pelos seus semelhantes.

Segundo Neury José Botega (2015, p. 18), esse altruísmo era marca de determinadas sociedades primitivas:

Em certas sociedades nômades primitivas, o suicídio de idosos ocorria de forma ritualística e com certo grau de coerção social, ainda que velada. A pessoa idosa se matava em um ato de suprema honra e altruísmo, a fim de não se transformar em um ônus para seu povo. Fazia-o, também, para

poupar os membros mais jovens da tribo do trabalho e da culpa de matá-los.

A segunda variação do suicídio altruísta seria o seu aspecto facultativo. Nesse caso, “é preciso simplesmente entender por essa palavra que eles são menos expressamente exigidos pela sociedade do que quando são estritamente obrigatórios” (DURKHEIM, 2014, p. 215). Diante de tal situação, não há a presença de qualquer desonra ou evento socialmente desagradável, como na primeira variação, mas um sacrifício e desprendimento da vida pela simples alegria da renúncia e da ausência de valores individuais.

Finalmente, a última variação do suicídio altruísta seria o seu caráter agudo ou místico, decorrente de práticas religiosas aceitas pelos seus integrantes e que enxergam o fim da existência como elemento necessário ao cumprimento dos ditames sobrenaturais.

A última modalidade de suicídio que completa a tríade desenvolvida por Durkheim, ao lado da morte egoísta e altruísta, diferencia-se das motivações anteriormente expostas e constitui-se no suicídio anônimo, o qual, segundo o autor:

é, em nossas sociedades modernas, um fator regular e específico de suicídios; é uma das fontes na qual se alimenta o contingente anual. Estamos, por conseguinte, em presença de um novo tipo que deve ser distinguido dos outros. Ele difere dos outros por depender não da maneira como os indivíduos são vinculados à sociedade, mas pelo modo como ela os regulamenta. O suicídio egoísta provém do fato de os homens já não perceberem razão de ser na vida; o suicídio altruísta, do fato de essa razão lhes parecer estar fora da própria vida; o terceiro tipo de suicídio, cuja existência acabamos de constatar, decorre do fato de sua atividade ser desregrada e de eles sofrerem com isso. Devido à sua origem, daremos a esse último tipo o nome de *suicídio anônimo* (DURKHEIM, 2014, p. 254).

Assim, alega o autor que “quando a sociedade é transformada, seja por crises dolorosas, seja por transformações ditosas, mas demasiado repentinhas, ela é provisoriamente incapaz de exercer essa ação” (DURKHEIM, 2014, p. 248), qual seja, a possibilidade de criar um nível adequado de regulamentação e regramento da vida humana, de maneira que a pessoa não se depare com frustrações para além das que sejam costumeiras e incapazes de causar quaisquer danos irreparáveis.

Assim, segundo a defesa apresentada na obra, o ser humano deve ter uma vida pautada por regramentos tidos por naturais, impostos pela própria sociedade na qual está inserido. Para além dessas regras morais construídas no próprio seio da coletividade, não caberia à pessoa nutrir quaisquer pretensões que

eventualmente não pudesse alcançar, frustrando-se de maneira despropositada. Segundo Durkheim (2014, p. 245), as opções de vida estariam minimamente predestinadas para cada pessoa, não havendo margens de desenvolvimento ou regressões humanas:

Segundo os lugares comuns há, por exemplo, certa maneira de viver vista como o limite superior que o trabalhador pode propor-se nos esforços que faz para melhorar sua existência, e um limite inferior abaixo do qual dificilmente se tolera que ele desça se não cometeu nenhuma falta grave. Ambos são diferentes para o trabalhador da cidade e do campo, para o doméstico e para o jornaleiro, para o empregado de comércio e para o funcionário público etc. Do mesmo modo, recrimina-se o rico que vive como pobre, mas ele também é recriminado se busca com excesso os requintes de luxo.

É possível constatar a defesa de diferenciações naturais dentro da ordem social, sendo que tais situações deveriam ser absorvidas e respeitadas por todos que, em última análise, saberiam os limites de suas pretensões e ambições, considerando-se a existência de determinadas classes e de seus benefícios e privilégios tidos por naturais.

Diante desse quadro de conformismo face ao que fora socialmente estabelecido, não haveria rompimentos econômicos, religiosos ou familiares capazes de afrontar o equilíbrio humano (visto que tudo estaria predeterminado em uma margem de limites estabelecidos), inexistindo, desta feita, motivações para práticas suicidas.

Diante da proposição de uma verdadeira estagnação social em castas preestabelecidas, Durkheim ressalva como válida a iniciativa humana com vistas ao seu desenvolvimento dentro da ordem social, desde que condicionada a um regramento moral anteriormente aceito:

De resto, nem por isso o homem está condenado a uma espécie de imobilidade. Ele pode procurar adornar sua existência; mas as tentativas que faz nesse sentido podem não ter êxito sem o deixar desesperado. Pois, como ele ama o que tem e não coloca toda sua paixão na busca do que não tem, as novidades às quais lhe acontece de aspirar podem não atender a seus desejos e a suas esperanças sem que tudo lhe falte a um só tempo. Ele permanece com o essencial. O equilíbrio de sua felicidade é estável porque é definido, e algumas decepções não são suficientes para abalá-lo (2014, p. 246).

Com isso, quando houvesse um regramento social das atitudes moralmente possíveis a serem perseguidas, as pessoas não se frustrariam diante do fracasso e da ausência de desenvolvimento, visto que isso seria normal e

premeditado. Por outro lado, se forças estranhas às sociais proporcionassem benefícios, os mesmos também não abalariam a dinâmica coletiva considerando-se que os demais membros saberiam exatamente como comportarem-se face o novo, eis que o mesmo seria exercido dentro de uma margem aceitável.

No entanto, como apresentado pelo autor, todo esse regramento e a imposição de rotinas e realidades intransponíveis mostram-se difíceis de serem construídas, especialmente em um cenário de alterações econômicas e morais.

O suicídio anônomo seria decorrente, então, do rompimento dessa rotina moral, econômica ou social na qual a pessoa está inserida e não espera dela ser subitamente retirada. Quando ocorre esse rompimento na ordem coletiva ou individual, defende o autor que as taxas de suicídio apresentariam consideráveis propensões a aumentar, visto que as existências humanas não estariam preparadas para suportar situações afora de um regramento preestabelecido.

Sobre essa construção suicida, Pinhal de Carlos e D'Agord (2016, p. 49) afirmam:

Isso ocorre porque se trata de crises que perturbam a ordem coletiva, assim como as crises de prosperidade. O que impele à morte voluntária, então, é a ruptura de equilíbrio. O suicídio anônomo, portanto, não está relacionado com a maneira pela qual o indivíduo está ligado à sociedade, mas sim com a forma pela qual a sociedade regulamenta o indivíduo. Uma vez que a atividade se desregra, o indivíduo sofre com isso e se vê impelido a se matar.

Assim, esse desregramento trazido por Durkheim poderia ocorrer tanto em um aspecto macro quanto em situações pontuais, como na dinâmica familiar ou nos ambientes de trabalho. Situações de desemprego, viuvez, divórcios ou mortes de entes próximos causariam, por vezes, rompimentos inesperados para as vítimas em potencial, as quais poderiam buscar no suicídio um instrumento de superação definitivo para as anomalias dessa nova realidade.

Diante da exposição apresentada, o autor conclui a obra respondendo suas proposições iniciais e defendendo as premissas já indicadas na introdução do estudo:

De todos esses fatos, decorre que a taxa social de suicídios só se explica sociologicamente. É a constituição moral da sociedade que fixa a cada instante o contingente das mortes voluntárias. Existe, pois, para cada povo, uma força coletiva, de energia determinada, que impele os homens a se matar. Os movimentos que o paciente realiza, e que, à primeira vista, parecem exprimir apenas seu temperamento pessoal, são, na realidade, a

sequência e o prolongamento de uma situação social que eles manifestam exteriormente.

Assim, encontra-se resolvida a questão que nos fizemos no início deste trabalho. Não é metaoricamente que se diz de cada sociedade humana que ela tem uma inclinação mais pronunciada ou menos pronunciada ao suicídio: a expressão tem fundamento na natureza das coisas. Cada grupo social realmente tem, para esse ato, uma propensão coletiva que lhe é própria e da qual derivam as propensões individuais, não sendo ela o resultado dessas últimas. O que a constitui são as correntes de egoísmo, de altruísmo e de anomia que atormentam a sociedade considerada, com suas consequências, que são as tendências à melancolia langorosa ou à renúncia ativa ou à lassidão exasperada. São essas tendências da coletividade que, penetrando os indivíduos, os determinam a se matar (DURKHEIM, 2014, p. 297).

Diante do que fora brevemente exposto, em que pese o aspecto médico-individual do indivíduo possa contribuir para ideação e prática suicida, não é possível descartar a existência de uma força social que pode ser decisiva, tanto em seu aspecto preventivo quanto em seu aspecto motivacional para a prática estudada. Nesse sentido é o que compreendem Claudio Alberto Dávila-Cervantes e Ana Melisa Pardo-Montaño (2017, p. 48):

Son necesarias acciones de prevención del suicidio que aborden tanto los factores de riesgo individuales como programas, planes y políticas orientados a diminuir la desigualdad en el acceso a los factores de acumulación de riqueza, en el acceso y la acumulación de capital humano, en el acceso a servicios y bienes públicos y, en general, en los estándares de vida. Se debe implementar, además, políticas de salud pública encaminadas a realizar acciones de identificación y atención oportuna y con una estrategia integral que incluya una mejor capacitación del personal de salud para el reconocimiento temprano y el tratamiento de calidad ante desórdenes psiquiátricos.⁷

Diante disso, pode-se concluir que a existência da prática suicida enquanto elemento social não se delineia de forma absoluta – visto que o elemento individual também pode se fazer presente –, mas constrói-se como uma das possibilidades para tais práticas diante de um espectro de situações proporcionadas nos moldes da vida contemporânea.

Nesse sentido, ao se compreender o fenômeno do suicídio enquanto problemática a ser enfrentada em âmbito social passa-se a reconhecer o mesmo

⁷ Tradução livre do autor: “São necessárias ações de prevenção ao suicídio que abordem tanto os fatores de risco individuais quanto os programas, planos e políticas que visam reduzir a desigualdade no acesso e os fatores de acumulação de riqueza, no acesso e acúmulo de capital humano, no acesso aos serviços e bens públicos e, em geral, aos padrões mínimos de vida. Devem ser implementadas, ainda, políticas públicas de saúde voltadas à realização de ações de identificação e cuidados oportunos e uma estratégia abrangente que inclua uma melhor capacitação do pessoal de saúde para reconhecimento precoce e tratamento de qualidade diante de transtornos psiquiátricos”.

como uma questão de saúde pública a ser enfrentada pelo próprio Estado, sendo este o mediador legítimo das demandas de ordem social.

Com isso, mostra-se imperiosa a compreensão da construção do Estado em suas mais variadas formulações, especialmente no que se refere ao caso brasileiro, objeto da presente análise, cuja responsabilidade pela garantia de direitos sociais – portanto, do direito à saúde – possui uma ampla e histórica construção social, a qual se passa a expor.

CAPÍTULO 3 – TROPEÇOS, RETROCESSOS E A CONSTRUÇÃO DO ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL NO BRASIL: UMA BREVE EXPOSIÇÃO DA GARANTIA DO DIREITO SOCIAL À SAÚDE

“Um galo sozinho não tece uma manhã:
ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito que ele
e o lance a outro; de um outro galo
que apanhe o grito de um galo antes
e o lance a outro; e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzem
os fios de sol de seus gritos de galo,
para que a manhã, desde uma teia tênue,
se vá tecendo, entre todos os galos.
E se encorpando em tela, entre todos,
se erguendo tenda, onde entrem todos,
se entretendendo para todos, no toldo
(a manhã) que plana livre de armação.
A manhã, toldo de um tecido tão aéreo
que, tecido, se eleva por si: luz balão”.

(João Cabral de Melo Neto, *Tecendo a Manhã*, 1966)

Quaisquer pretensões de análise acerca da origem e evolução do *Welfare State*, seu processo histórico de construção no Brasil e dos notórios enlaces com o processo de garantia e efetividade do direito fundamental à saúde renderiam, por si só, relevantes trabalhos para as Ciências Sociais; no entanto, não é essa a pretensão do presente estudo. O que se busca neste capítulo, em verdade, é situar conceitualmente, espacialmente e cronologicamente o surgimento do chamado Estado Social, com ênfase para os debates doutrinários que permeiam sua constituição no transcorrer do tempo. De modo complementar, o estudo clama por uma apresentação, ainda que de maneira pontual, das experiências brasileiras no sentido de construir um projeto de *Welfare State* para além da mera disciplina legal de garantia de direitos, as quais carecem muitas vezes de eficácia social.

Em um segundo momento, a partir dos pressupostos conceituais apresentados, passa-se a análise histórica do processo de luta e efetivação do direito fundamental à saúde no Brasil, parcela considerável no processo de implementação de um Estado Social e suporte teórico indispensável às futuras discussões propostas no presente estudo.

3.1 EM BUSCA DE UMA TEORIA PARA O *WELFARE STATE*: HISTÓRICO E CONCEITOS GERAIS

O contratualismo é a primeira filosofia política da modernidade que busca explicar sistematicamente a origem, evolução e a necessidade de um Estado formalmente constituído. Essa filosofia fundamenta-se a partir da afirmação de que a pessoa pode ser concebida em uma condição natural, em que ela desfrutaria de liberdades e igualdades absolutas.

Em 1793, foram regulamentadas as atividades das associações de mútuo socorro, que no século seguinte se espalhariam por toda a Europa. Geraldo Di Giovanni (2005, p.16) ressalta:

Ao lado destas medidas, os países europeus foram codificando sistemas de proteção social, de natureza variada, que cobriam parte de seus habitantes (creio que neste período não se pode falar ainda de cidadãos), seja através de grupos específicos, voluntários ou compulsórios – como por exemplo os empregados assistidos por seus patrões –, seja por meio de uma assistência àqueles considerados de qualquer forma inabilitados diante dos padrões culturais de avaliação da capacidade produtiva das pessoas.

Nesse ínterim, os momentos históricos da Reforma, do Iluminismo e da Revolução Francesa resultaram em notáveis efeitos sobre as concepções de proteção social. A Constituição Francesa de 1793 incluiu um princípio no qual é dever da sociedade a manutenção daqueles considerados desafortunados, cabendo a ela proporcionar trabalho ou meios de subsistência quando a pessoa estiver incapacitada (DI GIOVANNI, 2005).

A fase absolutista e a fase constitucional representam dois momentos diferentes do Estado Moderno. Essa ruptura que ocorreu com Revolução Francesa possibilitou a passagem de uma sociedade de condições para uma sociedade de classes; é o momento de abandono do naturalismo racionalista dos séculos XVII e XVIII para o positivismo liberal do século XIX, quando se tem, efetivamente, o Estado de Direito (SHONS, 1999).

A partir de uma análise breve das concepções contratualistas, é possível notar como o Estado deixou seu caráter natural e assumiu sua personalidade civil, por meio do contrato social. Nesse novo Estado – Estado Moderno – os indivíduos passaram a ser vistos como seres detentores de deveres e direitos, isto é, investidos de uma cidadania até então inexistente em seu aspecto natural. E é com base nessa formação histórica que, no século XXI, faz-se necessário discutir a figura da pessoa humana nesse Estado que sofreu mutações

ao longo do tempo e passou a ser condição primeira para que os conceitos de justiça, direito e outras ciências relacionadas entre si e partes de um mesmo sistema tomassem como meta a valorização do cidadão enquanto sujeito de direitos (ARRUDA, 2013).

Com base nesse desenvolvimento histórico, e a partir de uma perspectiva contratualista, pode-se afirmar que o Estado Moderno apresenta como traço característico a concentração do poder de coordenar e conduzir a sociedade, que se traduz num poder dentro de uma perspectiva governamental. Em outras palavras, uma das características que se evidencia no Estado Moderno é a existência de uma autoridade com poder sobre todas as pessoas e sobre a maioria das ações que aconteçam na área de sua jurisdição (TEIXEIRA, 2008).

Di Giovanni (2005, p.18) descreve o processo de crescimento demográfico e a industrialização como fatores responsáveis por um impacto nas condições de vida da população e uma necessidade de alteração na lógica organizacional do Estado:

Quanto à questão demográfica, basta dizer que, ao atingir seu auge, na segunda metade do século XIX, num período variando entre 50 e 80 anos, em quase todos os países da Europa Central, a população duplicou. O superpovoamento dos campos teria como contrapartida a migração para as cidades. No final do século, a concentração urbana atingira 25% em todo o continente. Isto significou uma revolução nas necessidades de segurança das populações citadinas. Em primeiro lugar, tornando crônicos e agravados os chamados problemas urbanos, tais como saneamento, higiene etc. Em segundo lugar – e isto é de extrema importância – abriu-se espaço para uma nova forma de sociabilidade, impessoal e desarraigada das instituições tradicionais, como a família, a vizinhança, os laços corporativos. Gerou-se, portanto, uma grande debilidade nos vínculos de proteção social vigentes até então. Desmoronavam-se o parentesco e a assistência mútua, típicas das pequenas comunidades rurais. Tais mecanismos desapareceram no meio urbano onde a perda do emprego e dos rendimentos se constituía em dramáticas situações de pobreza e desamparo.

A partir do desenvolvimento do Estado Moderno e de suas particularidades, um novo tipo de atuação estatal surge na Alemanha no final do século XIX e início do século XX e, posteriormente, após a Segunda Guerra Mundial, na Inglaterra. Essa nova roupagem da atuação estatal visava criar um vínculo de maior dependência entre as necessidades sociais e a atuação pública, notadamente no que diz respeito aos trabalhadores assalariados, que se viam expostos aos riscos de uma economia de mercado. Ao analisar os mais variados modelos protetivos,

Célia Lessa Kerstenetzky (2012, p. 05) apresenta as origens históricas do modelo de Estado de bem-estar:

Um novo tipo de intervenção pública surge na Alemanha conservadora na virada no século XIX para o XX e, com algumas décadas de defasagem, na Inglaterra trabalhista do pós-Segunda Guerra Mundial. No primeiro caso, a novidade veio a se inserir no experimento de unificação e construção do Estado nacional liderado por Otto von Bismarck; no segundo, ela se seguiu ao prolongado esforço de revisão crítica das leis dos pobres e da reconstrução nacional do pós-guerra britânico. A nova linha de ação compromete o Estado com a proteção da sociedade, em especial dos trabalhadores assalariados, contra certos riscos associados à participação em uma economia de mercado.

Outra experiência de implementação parcial desse novo modelo foi a dos Estados Unidos após a Grande Depressão de 1929, o que ficou conhecido como *New Deal* no governo de Franklin Roosevelt (1933-1945). Tal iniciativa não passou de um conjunto de medidas de políticas econômicas e sociais na tentativa de salvar os Estados Unidos de sua maior crise econômica da história. Entre as diversas medidas, destacaram-se: criação de um sistema de segurança social, com benefícios para os trabalhadores em termos de aposentadorias; criação de um sistema de seguro-desemprego; e fornecimento de auxílio financeiro às famílias menos abastadas e com filhos em idade de dependência. Até os dias atuais, a estrutura de proteção social norte-americana não superou o quadro característico dos anos 1930, ou seja, de um Estado com poucas atribuições institucionais quando diz respeito às políticas de bem-estar social (GOMES, 2006).

A ressalva de tal programa americano enquanto instrumento de efetividade de garantias sociais deve ser apresentada na medida em que políticas econômicas, em diversos casos, apresentam medidas e soluções de impacto no mercado, não sob a ótica da segurança social – o que se espera no modelo de Estado sob análise – mas sim a partir de uma perspectiva econômica e de inclusão da classe trabalhadora e assalariada na lógica da produção e do consumo enquanto instrumentos de prosperidade do mercado.

Ao longo dos anos de 1930 e 1940 também surgiram em outros países modelos que poderiam ser enquadrados como de bem-estar, citando-se como exemplo a Aliança *Red Green* sueca, em 1933. Ao final dos primeiros 30 anos do pós-guerra praticamente toda a Europa já apresentava modelos de Estados com políticas sociais mais acentuados, assim como também ocorreu em alguns países da

América Central e América do Sul, como Chile, Uruguai, Costa Rica e Brasil. (KERSTENETZKY, 2012)

Analisando especificamente o surgimento desse modelo estatal na América Latina, explicam Draibe e Riesco (2011, p. 238) que:

desde os anos 1920, mais especialmente depois da Grande Depressão de 1929, numerosos Estados assumiram explicitamente o duplo desafio de trazer o desenvolvimento econômico e o progresso social a sociedades até então predominantemente agrárias. Desde logo, não se tratava – nem poderia ser – de replicar processos tais como se deram nos países já desenvolvidos, até porque estavam ausentes do cenário latino-americano os atores primordiais, líderes daqueles processos originários, as massas de trabalhadores assalariados e o empresariado. Aqui, coube ao Estado substituir aqueles atores, ao mesmo tempo em que os “criava” e nutria.

Para que se possam adentrar as discussões quanto às particularidades do chamado Estado de bem-estar social é plausível que se construa de antemão um conceito analítico para tal modelo, ainda que de modo provisório e sem a pretensão de ser exauriente.

Uma definição inicial para o *Welfare State* deve necessariamente perpassar pela noção da construção de um conjunto de serviços e benefícios sociais, de alcance universal ou focalizado (a depender da natureza da prestação), promovidos pelo Estado com a finalidade de garantir um patrimônio mínimo de direitos residente entre o embate do avanço das forças de mercado e de uma estabilidade social. Esse patrimônio mínimo de direitos teria como escopo fundamental a tutela de benefícios sociais que viabilizasse segurança física e jurídica aos cidadãos para manterem um mínimo material e de dignidade, em oposição a uma estrutura de produção capitalista desenvolvimentista e excludente.

Assim, pode-se conceber o *Welfare State* atual como uma evolução do Estado protetor clássico concebido pelos contratualistas, quando as noções de proteção da propriedade e da vida humana sofrem uma ampliação, vinculada aos direitos civis e sociais. Outro ponto que pode ser destacado é a coesão social que sempre foi buscada ao firmarem-se tais pactos, seja para preservação da vida, da ordem, da propriedade ou da manutenção da mão de obra. Os pactos de outrora eram firmados entre os indivíduos e serviam para garantir antes de tudo os seus interesses; hoje o que se vê são pactos firmados unilateralmente, onde a maior parte da população assume apenas o papel de súditos, que, de acordo com Rousseau, é o sujeito passivo que obedece à lei. A diferença do súdito de Rousseau com o atual súdito, é que o primeiro obedecia a uma lei a qual ajudou a construir e, portanto,

obedece a si mesmo. Atualmente, embora haja a presença no país de uma democracia representativa é bom explicar que a maioria dos cidadãos está à margem das decisões e os pactos visam, principalmente, à manutenção do capital (GOYENECHE; SILVA e SILVA, 2009).

De modo a complementar a construção conceitual para o Estado de bem-estar social, são os ensinamentos de Sônia Draibe e Manuel Riesco (2011, p. 234):

O Estado de Bem-Estar é um fenômeno histórico moderno; melhor dito, corresponde às modernas instituições da política social que acompanharam o processo de desenvolvimento e modernização capitalistas e em um sentido preciso. Sabidamente, as ondas de migração de grandes massas humanas do campo para a cidade tendem a introduzir, ou ser acompanhadas, por fortes desequilíbrios sociais, envolvendo muitas vezes a destruição das comunidades locais, de seus sistemas culturais e familiares. Mas trazem consigo, também, formas institucionais novas que, no longo prazo, evitam ou reduzem a anomia nas sociedades que se modernizam. Típicas da segunda metade do século passado, as instituições do moderno sistema de proteção social constituem, em países de desenvolvimento tardio, juntamente com o assalariamento, um dos principais “instrumentos” de compensação ou reequilíbrio, no sentido em que, mediante seus sistemas de segurança social, educação e outros serviços sociais, viabilizam o trânsito e a incorporação social das massas rurais à vida urbana e à condição salarial.

A partir das premissas descritivas e conceituais apresentadas, deve-se apontar, ainda, que o meio pelo qual os diversos países constroem os seus sistemas garantidores de direitos mostra-se revelador do próprio processo de amadurecimento de suas democracias e da força normativa dos textos jurídicos que compõem os ordenamentos jurídicos pátrios. As origens e desenvolvimento dos sistemas de proteção social em diferentes países foram capazes de demonstrar que a emergência da pobreza, enquanto uma questão social, nos marcos de um processo de transformação econômica e social de constituição do Estado-nação, foi capaz de justificar o fenômeno geral de constituição dos sistemas públicos de proteção, mas não é capaz de identificar as diferenciações existentes no seu interior (FLEURY, 1994).

De acordo com Christopher Pierson (1998), há três fases marcantes no nascimento de um Welfare State. O primeiro deles é a introdução de um sistema de Seguridade Social, que é quando o bem-estar público supera a referência assistencial, passando a se comprometer com a garantia de que as pessoas não percam sua capacidade de gerar renda. Essa garantia conecta o cidadão com o Estado, sendo parte dos direitos e deveres de cada um. O segundo diz respeito à

introdução do sufrágio universal masculino, quando os recipientes da assistência pública passam a ter acesso à franquia política. Por fim, o terceiro diz respeito ao gasto social do Estado, o qual deve alcançar o patamar de 3% do produto, sinalizando a contrapartida material do novo compromisso público.

Assim sendo, ainda acompanhando o pensamento de Di Giovanni (1998, p. 28) “não há um, mas sim vários arranjos possíveis de *Welfare State*, que se configuram a partir de circunstâncias históricas e lutas políticas particulares a cada nação”, e o fato é que conhecer esses diferentes tipos de arranjo de proteção social contribuem para “explicitar limites e virtudes dos vários modelos, assim como permitir uma comparação entre eles”.

Denota-se, assim, a impossibilidade em se criar um padrão conceitual ou temporal para a compreensão do desenvolvimento do Estado Social nos mais variados locais, especialmente na América Latina, a qual possui notórias particularidades em seus processos históricos de colonização e independência. Para além da mera análise conceitual, a maior complexidade reside em definir as linhas de atuação estatal em cada país que passa a adotar uma lógica de segurança compatível com a superação de um Estado meramente liberal, considerando-se o seu grau de desenvolvimento e seu histórico democrático e social.

Em um panorama histórico, o surgimento de um *Welfare State* é apresentado por Sônia Fleury (1994, p. 114):

As origens do *Welfare State* são encontradas no conflito de classes e no crescimento da classe trabalhadora, como resultado da organização e ação das massas, diretamente ou através da representação. Neste sentido, identifica que as lutas pelo sistema de proteção social, em seus primórdios, confundiram-se com a luta pela democracia política. Com a introdução do sufrágio universal e outros instrumentos da democracia liberal, foram criados canais através dos quais se poderia obter melhorias das condições sociais. Embora os direitos sociais algumas vezes tenham sido consequência da democracia e em outros casos uma alternativa a ela, o autor identifica na pressão das organizações dos trabalhadores - partidos operários, partidos de massa e sindicatos – e na relativa autonomia do Estado, os fatores cruciais na emergência das políticas sociais.

Nesse sentido, o fenômeno da pobreza acabou por intensificar a necessidade e a busca por um modelo estatal protetivo que visasse a garantia das mais variadas dimensões de direitos, passando tal processo garantidor por escalas assecuratórias nem sempre similares entre os mais variados países. Diante desse cenário passa-se a cultivar a dificuldade em se estabelecer um conceito conclusivo

para o chamado *Welfare State*, bem como a multiplicidade de determinações para esse modelo de proteção, o qual vem a ser trabalhado por Sônia Fleury (1994, p. 102) nos termos que seguem:

Os esforços de teorização e abstração de elementos comuns ou diferenciadores dos modelos de *Welfare State* levou ao desenvolvimento de alguns esquemas classificatórios, através dos quais se pretende organizar a diversidade de experiências, tornando-as passíveis de comparação. Neste sentido, foram desenvolvidas tipologias, algumas já consideradas clássicas, cuja utilidade tem sido provada tanto pela possibilidade de maior desenvolvimento teórico e explicativo, quanto pela capacidade de predição das possibilidades de evolução dos sistemas atuais, considerados em tais estudos.

Dessa forma, é possível apontar inicialmente que a teorização acerca de modelos tidos por ideais de um estado social mostra-se relevante na medida em que seu formato idealizado poderá ser utilizado em face das realidades sociais encontradas em diversos países, os quais por óbvio não se mostram condizentes, com vistas a avaliação e compreensão dos níveis de proteção social desenvolvidos em cada estado de maneira particularizada.

A diversidade de formas de relacionamento público/privado, os tipos de programas oferecidos, as condições de acesso aos serviços, os critérios utilizados no cálculo dos benefícios, a definição da população a ser coberta e aquela que será excluída, as formas de financiamento e gestão do sistema, bem como o controle social sobre ele exercido, são critérios capazes de se consubstanciarem em modelos distintos capazes de interferirem na construção da relação Estado/cidadãos. Essa variedade de tipologias vai demonstrar, eventualmente, o privilegiamento de um ou outro critério organizador, e não verdadeiramente uma diversidade do fenômeno (FLEURY, 1994).

A pontuação da autora mostra-se cabível, uma vez que cada Estado adotará determinados processos de constituição dos níveis de bem-estar a partir de valores e perspectivas inerentes ao seu próprio projeto de desenvolvimento e de sua realidade econômica e social. Desse modo, programas absolutamente focalizados poderão sobrepor-se a programas universais, da mesma forma que o financiamento das políticas sociais poderá ser feito diretamente com recursos públicos advindos do processo de tributação ou por meio da implantação de seguros sociais, com financiamento advindo diretamente da população interessada para tal finalidade.

Pontue-se que o processo dinâmico de garantias sociais de nação para nação não descharacteriza, por si só, a construção de um *Welfare State*, sendo que tal modelo poderá ser constituído face aos mais diversos sistemas de organização política e administrativa, bem como apresentar coberturas de proteção com amplitudes diferenciadas e, por vezes, incipientes, diante da realidade social calcada em cenários de precariedades e total ausência de elementos mínimos necessários à sobrevivência humana.

Percebe-se que o surgimento do chamado Estado Social remete-se a um cenário de aproximação do poder estatal e de seus cidadãos, onde estes serão assistidos em seus direitos mais elementares, e nos mais variados níveis protetivos, destacando-se, por evidente, que o surgimento de tal modelo ainda remonta-se a um processo protetivo focalizado e insuficiente do ponto de vista social, encontrando no trabalhador assalariado formal o primeiro sujeito de direitos dessa nova dinâmica organizacional.

Importante a ressalva de que a escolha da classe trabalhadora formal enquanto primeiros tutelados por essa nova ordem em um nível mundial não se deu de modo imparcial ou ao mero acaso, mas em verdade adveio de modo associativo aos próprios interesses do processo produtivo, que necessitava de uma força de trabalho minimamente assegurada, especialmente face aos possíveis e constantes acidentes decorrentes do padrão produtivo da época.

Sob tal ótica, alguns autores defendem a tese de que o processo de lutas por reformas, especialmente por parte dos trabalhadores, implicaria apenas em melhorar os mecanismos de funcionamento do capitalismo, não se constituindo em lutas pró-socialismo. A concessão de direitos econômicos, sociais e políticos seria uma forma de os representantes do capital buscarem apoio das forças opostas, evitando, com isso, que insurgissem processos de rupturas. Assim, as mudanças ou reformas eram interpretadas como movimentos que partiam dos interesses dos capitalistas com o objetivo de integrar os trabalhadores às relações de produção. Nesse sentido, a classe capitalista realizava concessões com o objetivo de legitimar sua hegemonia e assegurar o controle sobre a produção, fazendo do chão de fábrica o espaço onde as reformas emergiriam, contribuindo para assegurar a reprodução capitalista e a continuidade do processo de exploração (GOMES, 2006).

Vê-se, a partir de tal cenário histórico descortinado, que a gênese de um estado social remonta a duas premissas básicas, dentre as inúmeras que podem

ser apresentadas: o Estado passa de uma postura de abstenção para uma conduta minimamente proativa, de garantias de direitos fundamentais capazes de viabilizar a sobrevivência humana; em segundo plano, busca-se proteger, primordialmente e em um momento inicial, a classe assalariada, sob a alegação de que os trabalhadores estariam diante de determinados riscos mais evidentes ao se fazerem presentes em uma economia de mercado.

O primeiro elemento destacado justifica-se a partir da constatação de que o povo de determinada nação, em um momento imediatamente anterior, buscava tão somente os seus direitos de liberdade sonegados face à opressão do Estado. Depois de asseguradas tais garantias mínimas, passa-se a perceber que as mesmas não eram suficientes à plena satisfação das necessidades humanas o mero afastamento do poder constituído, mas também a tutela de um núcleo mínimo de direitos e prestações a serem amparadas e executadas pelo próprio estado em benefício de determinados grupos.

Sobre essas origens do Estado de bem-estar social, apresenta Paulo Bonavides (2011, p. 188) que:

O velho liberalismo, na estreiteza de sua formulação habitual, não pôde resolver o problema essencial de ordem econômica das vastas camadas proletárias da sociedade, e por isso entrou irremediavelmente em crise. A liberdade política como liberdade restrita era inoperante. Não dava nenhuma solução às contradições sociais, mormente daqueles que se achavam às margens da vida, desapossados de quase todos os bens.

As lições do autor corroboram com o entendimento de que consideráveis níveis de desigualdade social e de miséria física e psíquica não poderiam ser superados – ou, ao menos, minimizados – a partir dos pilares do então liberalismo, que propugnava o devido afastamento do Estado das questões tocantes aos direitos sociais. Tais contradições chamaram o Estado a sair da inércia da ideologia liberal para começar a galgar passos rumo a um projeto de organização que garantisse prestações positivas em face de determinados grupos.

Com isso, o novo Estado passa a ser enxergado não apenas como um ente público que deve organizar a dinâmica social sob um aspecto civil e político, mas como um núcleo provedor de direitos até então sonegados em um processo ainda inicial e incipiente de construção de um conceito mínimo de dignidade humana que passa a ser objeto de praticamente todas as constituições democráticas que surgiram naquele século.

Paulo Bonavides (2011, p. 186) apresenta elementos capazes de delinear, ainda que em um plano de idealismo, os contornos próprios de um Estado de bem-estar social, em antagonismo aos ideais do liberalismo até então vigente:

Quando o Estado, coagido pela pressão das massas, pelas reivindicações que a impaciência do quarto estado faz ao poder político, confere, no Estado constitucional ou fora deste, os direitos do trabalho, da previdência, da educação, intervém na economia como distribuidor, dita o salário, manipula a moeda, regula os preços, combate o desemprego, protege os enfermos, dá ao trabalhador e ao burocrata a casa própria, controla as profissões, compra a produção, financia as exportações, concede crédito, institui comissões de abastecimento, provê necessidades individuais, enfrenta crises econômicas, coloca na sociedade todas as classes na mais estreita dependência de seu poder econômico, político e social, em suma, estende sua influência a quase todos os domínios que dantes pertenciam, em grande parte, à área de iniciativa individual, nesse instante o Estado pode, com justiça, receber a denominação de Estado-social.

Como já aventado, a existência de um Estado que tenha superado, ainda que parcialmente, os ideais rígidos do liberalismo, não depende inevitavelmente da presença de uma tutela/efetividade de todo e qualquer direito social, mas que, em verdade, apresente níveis mínimos de proteção àquele que se encontra em uma situação de desigualdade capaz de macular sua própria existência. Dessa forma, o modelo descrito pelo autor parece trazer, em síntese, a maioria dos elementos idealizados e que poderão vir a formar um Estado que se coloque na persecução de valores promotores de uma realidade socialmente justa, ou minimamente adequada, quando observados os seus níveis de justiça social e desigualdade.

Por certo que a cumulatividade exaustiva de todas as garantias apresentadas pelo autor criariam um cenário ideal de proteção social do qual ainda não se tem conhecimento, sendo que, como já anteriormente delineado, caberá a cada nação a eleição daquelas garantias que se tornarão marcas não apenas de programas governamentais isolados, mas da própria lógica protetiva que se fará presente em cada estado.

O que se denota, ainda, é que o surgimento de direitos sociais e, por consequência, do próprio estado social, remete-se de modo direto às lutas por um sistema participativo e democrático, onde o cidadão passará a ser interpretado não apenas como objeto de proteção, mas como elemento norteador das lutas por novas garantias e proteções. Acerca da democracia e das lutas sociais durante a vigência de um Estado liberal, explica Esping-Andersen (1991, p. 86):

A democracia tornou-se o calcinhar de Aquiles de muitos liberais. Enquanto o capitalismo se mantivesse com um mundo de pequenos proprietários, a propriedade em si pouco teria a temer da democracia. Mas, com a industrialização, surgiram as massas proletárias, para quem a democracia era um meio de reduzir os privilégios da propriedade. Os liberais temiam com razão o sufrágio universal, pois era provável que este politizasse a luta pela distribuição, pervertesse o mercado e alimentasse ineficiências. Muitos liberais concluíram que a democracia usurparia ou destruiria o mercado.

Luigi Ferrajoli (2009, p. 363) demonstra a importância da insurgência dos cidadãos em face das constantes opressões sofridas e o papel das lutas sociais para a concretização das garantias fundamentais:

De hecho, puede afirmarse que, históricamente, todos los derechos fundamentales han sido sancionados, en las diversas cartas constitucionales, como resultado de luchas o revoluciones que, en diferentes momentos, han rasgado el velo de normalidad y naturalidad que ocultaba una opresión o discriminación precedente: desde los derechos de las mujeres a los derechos sociales. Estos derechos han sido siempre conquistados como otras formas de tutela en defensa de sujetos más débiles, contra La ley Del más fuerte – Iglesias, soberanos, mayorías, aparatos policiales o judiciales, empleadores, potestades paternas o maritales – que regía en su ausencia. Y han correspondido, en cada uno de estos momentos, a un contra-poder, esto es, a la negación o a la limitación de poderes, de otro modo absolutos, a través de la estipulación de um <<nunca más>> pronunciado ante su violencia y arbitrariedad [...]. En efecto, el hecho de que los derechos humanos y con ellos todo progreso en la igualdad, se hayan ido afirmado cada vez más, primero como reivindicaciones y después como conquistas de los sujetos más débiles dirigidos a poner término a sus opresiones y discriminaciones, no se ha debido a la causalidad sino a la creciente evidencia de violaciones de la persona percibidas como intolerables.

Assim, deve-se concluir que a consolidação dos direitos fundamentais sempre partiu das constantes lutas sociais, que se opunham aos mais diversos tipos de opressão, fosse ela cometida pelo Estado, pela igreja ou mesmo dentro do próprio núcleo familiar. Luigi Ferrajoli (2009, p. 372)⁸ aponta que as

⁸Tradução livre do autor: De fato, pode-se afirmar que historicamente todos os direitos fundamentais têm sido sancionados, nas diversas cartas constitucionais, como resultado de lutas e revoluções que, em diferentes momentos, rasgaram o véu da normalidade que ocultava uma opressão e uma discriminação precedente: desde a liberdade de expressão até outras liberdades fundamentais, desde os direitos políticos até os direitos dos trabalhadores, desde o direito das mulheres e os direitos sociais como um todo. Esses direitos têm sido sempre conquistados como outras tantas formas de tutela em defesa dos sujeitos mais fracos contra a lei do mais forte – igrejas, soberanos, maioria, aparatos policiais ou judiciais, empregadores, poderes paternos ou maritais – que regiam em sua ausência. Eles têm correspondido, cada um em seu momento, a um contra poder, isto é, a negação a limitação dos poderes através da estipulação de um ‘nunca mais’ pronunciado contra a violência e a arbitrariedade. [...] Com efeito, os direitos humanos juntamente com o progresso e a igualdade, tem se firmado cada vez mais, primeiro com reivindicações e depois com conquistas dos sujeitos mais fracos com o fim de encerrar as opressões e as discriminações, de forma que não foi fruto do acaso ter se tornado crescente a evidência de que violações da pessoa devem ser percebidas como intoleráveis.

necessidades sociais e as lutas populares seriam os próprios fundamentos dos direitos fundamentais e, em consequência, do surgimento de um Estado social:

[...] el fundamento axiológico de los derechos fundamentales reside no ya en alguna ontología ética o en una racionalidad abstracta, sino más bien – por una convergencia, también ésta contingente, repito, en el plano lógico e teórico, pero no ciertamente en el político y sociológico – en los valores y necesidades vitales que se han venido afirmando históricamente a través de las luchas y revoluciones promovidas por las diversas generaciones de sujetos excluidos u oprimidos, que, en cada momento, han reivindicado su tutela como condiciones de unos niveles mínimos de igualdad, democracia, integración y pacífica convivencia.⁹

Dessa forma, os direitos fundamentais sociais, elementos indispensáveis à concretização do Estado social, encontram sua própria afirmação e justificação no processo histórico de lutas sociais em prol de direitos que visavam garantir minimamente a inviolabilidade do cidadão em face de qualquer sistema opressor, em especial o Estado. Deve-se destacar que esse processo histórico de lutas e de afirmação do ser humano vai influenciar casuisticamente na mudança do papel do Estado, que passará a ser cobrado também pela efetivação de prestações positivas em benefício do cidadão, e não somente por sua conduta de abstenção, que inicialmente fora objeto dos pleitos populares.

Nesse mesmo sentido, Sônia Fleury (1994, p. 125) comprehende que o *Welfare* assenta-se, inicialmente, “sobre um compromisso de classes, possibilitando a redistribuição da riqueza social para as classes menos favorecidas, cuja participação estava garantida institucionalmente e cuja mobilização requeria uma resposta social integradora”.

A relevância do surgimento desse novo modelo social também é apresentado por Paulo Bonavides (2011, p. 59):

Em face das doutrinas que na prática levaram, como levaram, em nosso século, ao inteiro esmagamento da liberdade formal, com a atroz supressão da personalidade, viram-se a Sociologia e a Filosofia do liberalismo burguês

⁹ Tradução livre do autor: [...] o fundamento axiológico dos direitos fundamentais reside não em alguma ontologia ética ou em uma racionalidade abstrata, mas sim – por uma convergência, também contingente no plano lógico e teórico, mas não certamente num plano político e sociológico – nos valores e necessidades vitais que foram se firmando historicamente através de lutas e revoluções promovidas pelas diversas gerações de sujeitos excluídos e oprimidos, que, em cada momento, tem reivindicado sua tutela como condições de níveis mínimos de igualdade, democracia, integração e convivência pacífica. Esses processos históricos, desde o ponto de vista dos direitos fundamentais podem ser entendidos como a história de uma expansão progressiva da lei dos mais fracos e do ponto de vista dos poderes pode-se ler como a história de uma vasta luta contra o absolutismo, contra a liberdade selvagem, fonte de guerra, desigualdade e onipotência do mais forte – ao que Kant se refere como o próprio estado de natureza.

compelidas a uma correção conceitual imediata da liberdade, um compromisso ideológico, um meio-termo doutrinário, que é este que vai sendo paulatinamente enxertado no corpo das Constituições democráticas. Nestas, ao cabo de cada uma das catástrofes que ensanguentaram o mundo no presente século, testemunhamos o esforço de fazer surdir a liberdade humana resguardada em direitos e garantias. Direitos que se dirigem para o teor material da mesma liberdade, enriquecida, aí, com as conquistas operadas na esfera social e econômica, e garantias que se orientam no sentido de preservar o velho conceito formal de liberdade.

Passa-se a observar, assim, a necessidade de se garantir as doutrinas tradicionais de liberdade no sentido de se proteger o cidadão em face das típicas opressões estatais, criando obrigações negativas do ente público. Aliado a tal processo libertário, passa-se a perceber a real necessidade de se estabelecer um processo de prestações positivas por parte do Estado, de tal forma a construir um sistema protetivo, abancando obrigações de prestar e de não fazer por parte do Estado.

Sobre os ideais que inspiraram o novo modelo de estado social, superando-se a mera garantia de liberdade clássica, ensina Paulo Bonavides (2011, p. 62) que

tanto a filosofia política da esquerda como a da direita chegaram a esse resultado comum: a superação da liberdade qual a conceituava outrora o liberalismo, sem a consideração dos fatores econômicos, reconhecidos, hoje, como indispensáveis à prática da verdadeira liberdade humana. Vã, por conseguinte, a esperança de reprimir a rotação idealista do progresso, a busca necessária de uma liberdade e de uma democracia esteada em postulados de justiça social e econômica. O liberalismo de nossos dias, enquanto liberalismo realmente democrático, já não poderá ser, como vimos, o tradicional liberalismo da Revolução Francesa, mas este acrescido de todos os elementos de reforma e humanismo com que se enriquecem as conquistas doutrinárias da liberdade. Recompõ-lo em nossos dias, temperá-lo com os ingredientes da socialização moderada, é fazê-lo não apenas jurídico, na forma, mas econômico e social, para que seja efetivamente um liberalismo que contenha a identidade do Direito com a justiça.

Percebe-se, dessa forma, que esse novo liberalismo surgido passa-se a aliar aos ideais humanísticos e democráticos das novas Constituições, criando-se e efetivando-se, ainda que timidamente, um processo de justiça social baseado na garantia de prestações ligadas não apenas às liberdades individuais, mas a um processo de efetivação da dignidade humana por meio da atuação do Estado na tutela de direitos mínimos.

3.2 A CONSTITUIÇÃO DE UM ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL NO BRASIL: RETRATOS DE UMA CIDADANIA INCONCLUSAS

A análise do surgimento de um Estado Social no Brasil perpassa necessariamente por pontuar, tal como em âmbito mundial, a passagem de um cenário marcado pelo amplo liberalismo de um Estado regulador de relações civis e políticas para uma ordem protetiva de determinados indivíduos quanto aos seus direitos sociais, a qual se fazia necessária diante da própria ordem econômica até então vigente.

Tal como no cenário internacional, a Constituição de 1891, que consagrava o já anacrônico espírito liberal, relegava as relações entre o trabalho e o capital ao âmbito dos contratos voluntários celebrados entre as partes, em notório caráter privatista das relações trabalhistas, intervindo o Estado apenas em situações que ameaçassem a ordem pública.

Ou seja, em tal cenário vigorava de modo imperativo a supremacia das negociações individuais e privatistas, não havendo que se falar em qualquer direito público que apresentasse eventuais bases principiológicas protetivas aos necessitados na acepção mais ampla do termo.

É necessário destacar que, com a crise do sistema político e econômico oligárquico-exportador e o processo de industrialização restringida até a década de 1930, fazia com que parte da população brasileira ainda se concentrasse nas zonas rurais. Nesses espaços, os conflitos se davam sob o jugo das características dos séculos XVIII e XIX, em um contexto de um sistema social escravagista e semifeudal. Apesar do rápido processo de urbanização, graças à crise do sistema primário-exportador e do desenvolvimento da manufatura, os trabalhadores ainda não reuniam condições concretas e objetivas que fossem responsáveis pelo amadurecimento de lutas e movimentos políticos e engendrassem situações de ruptura contra as condições de exploração e apropriação da riqueza capitalista (GOMES, 2006).

Assim, as respostas do Estado às pontuais reivindicações operárias por melhores salários e condições de trabalho se limitavam a uma intermediação da negociação entre as partes em momentos de crise, ou seja, não se criava qualquer tutela jurídica estatal, mas mera observação das condições contratuais entre empregados e empregadores, paralelamente à intervenção policial

opressora de manifestações operárias que eventualmente violassem a supremacia de uma ordem social que deveria se manter pacífica.

Ao se analisar a constituição de um Estado de bem-estar social no Brasil deve-se considerar, tal como aconteceu em inúmeros outros países que seguiram tal caminho, que as primeiras iniciativas de proteção social foram dirigidas justamente aos servidores civis e militares do Estado, nas últimas décadas do século XIX, sendo lentamente estendidas aos trabalhadores da indústria e do comércio ao longo da primeira metade do século XX, limitando-se a seguros coletivos para a manutenção da renda desses grupos de trabalhadores e, por extensão, de suas famílias (KERSTENETZKY, 2012).

Sobre as garantias asseguradas aos trabalhadores nesse período, explica Celia Lessa Kerstenetzky (2012, p. 189-190) que:

pontos proeminentes da agenda do trabalho são atendidos rapidamente ao longo dos anos de 1930, dentre os quais a limitação da jornada de trabalho a oito horas; o repouso remunerado; a regulamentação do trabalho de mulheres, inclusive com remuneração igual para trabalho igual; a proibição do trabalho de crianças e a regulamentação do trabalho de menores; a definição de um salário-mínimo; a estabilidade no emprego; a regulamentação das condições de trabalho quanto à segurança e higiene; a regulamentação o salário em atividades insalubres; e a regulamentação da sindicalização. [...] É de se notar ainda que, na medida em que interfere nas relações eminentemente contratuais entre o trabalho e o capital, a legislação trabalhista acaba se justificando com base no status de cidadania, garantindo aos cidadãos economicamente ativos direitos sociais desvinculados das remunerações contratuais.

A chamada Lei Eloy Chaves, criada em 1923 e tida como marco inicial do sistema previdenciário no Brasil, obrigava as empresas do setor ferroviário a estabelecer para os empregados um fundo para aposentadoria (Caixa de Aposentadoria e Pensão) por idade, invalidez e tempo de serviço, pensão para sobreviventes dependentes e assistência médica, fundo esse a ser provido por contribuições de empregados e empregadores e administrado por representantes das duas partes.

Observe-se que, embora proveniente de fonte estatal, a referida lei encontrava o seu financiamento na própria contribuição de empregados e empregadores, sem qualquer contraprestação do Estado no sentido de se garantir ao então trabalhador condições mínimas de vida em casos de acidentes e incapacidades para o trabalho, eximindo-se totalmente o poder público de eventuais gastos financeiros efetivos em um âmbito laboral.

A preocupação da manutenção da integridade física e financeira do trabalhador e de suas famílias mostrou-se presente também na construção social brasileira, a qual necessitava proteger, ainda que minimamente, uma força de trabalho elementar para o desenvolvimento econômico e o processo de industrialização que ainda dava seus primeiros passos em solo nacional. Ainda, protegia-se o trabalhador de eventual incapacidade sobrevinda de acidentes, de modo que não se criasse de modo vitalício ao estado a incumbência de zelar por pessoas que não mais conseguissem adentrar ao seleto mercado de trabalho formal e assalariado.

Destaque-se que a introdução inicial de um seguro social resultou de uma combinação complexa de iniciativa autoritária por parte do governo com a demanda operária, que promoveu deslocamento perceptível da atividade sindical de uma atividade contestatória independente para uma interação colaborativa com o poder público e, portanto, do exercício de uma cidadania política – ou cidadania sindical – antes mesmo da garantia universal e igualitária dos direitos políticos (KERSTENETZKY, 2012).

Não há que se falar, dessa forma, em qualquer processo efetivo de lutas sociais ou revoluções de massas populares para garantia inicial de direitos à classe trabalhadora, efetivando-se em um primeiro momento uma possível cidadania sindical ou representatividade na batalha por direitos. O que houve, em verdade, foi o sincronismo de aspirações estatais e sindicais no sentido de se promover, de modo conjunto e harmônico, uma legislação inicial de proteção àqueles que se encontrassem em condições precárias advindas de atuações malsucedidas no mercado de trabalho.

A maneira negociada e o aparente paradoxo pelo qual se deram os primeiros direitos sociais – notadamente de cunho trabalhista – conquistados no Brasil são apresentados por José Murilo de Carvalho (2013, p. 128):

Apesar de tudo, porém, não se pode negar que o período de 1930 a 1945 foi a era dos direitos sociais. Nele foi implantado o grosso da legislação trabalhista e previdenciária. O que veio depois foi aperfeiçoamento, racionalização e extensão da legislação a número maior de trabalhadores. Foi também a era da organização sindical, só modificada em parte após a segunda democratização, de 1985. Para os beneficiados, e para o avanço da cidadania, o que significou toda essa legislação? O significado foi ambíguo. O governo inverteu a ordem do surgimento dos direitos descrita por Marshall, introduzira o direito social, antes da expansão dos direitos políticos. Os trabalhadores foram incorporados à sociedade por virtude das

leis sociais e não de sua ação sindical e política independente. Não por acaso, as leis de 1939 e 1943 proibiam as greves.

Conforme bem explica o autor, o Estado brasileiro em nenhum momento reconhece nesse episódio inicial a luta sindical enquanto um processo legítimo de reivindicação por melhores condições de vida para os cidadãos. Ao contrário, acaba por limitar a atuação política por meio de um Estado timidamente democrático, garantindo-se direitos sociais enquanto mecanismo de pacificação da ordem social, onde sequer os movimentos grevistas – essência de qualquer democracia social – poderia se fazer presente enquanto questionador das atividades estatais.

Sobre esse primeiro momento do surgimento de um ainda pacato Estado Social no Brasil, explica Celia Lessa Kerstenetzky (2012, p. 179):

Naturalmente a atenção se dirige à específica configuração assumida pela distribuição de direitos sociais inaugurada pelo experimento Vargas. Esta se caracteriza por uma estratificação social corporativista (baseada na institucionalização das categorias profissionais no núcleo urbano-industrial) e a dinâmica de reivindicação de direitos que lhe é conexa (sempre por categorias, sempre direitos afetos aos riscos do trabalho mercantilizado). Dentre as implicações positivas estão a inédita intervenção legislativa nas relações entre capital e trabalho, que eram então reguladas exclusivamente por contratos individuais de trabalho e pelo direito privado. [...] Dentre as implicações problemáticas, ressaltam-se, para além das propriedades limitadamente universais de tal esquema de distribuição de direitos, o não reconhecimento de situações de informalidade e a exclusão de indivíduos ativos em condição “pré-mercantil” (os rurais), o que resultava em massa considerável – a esmagadora maioria dos brasileiros – em situação “pré-cívica”.

Embora construído sob um pilar eminentemente econômico e de interesses inicialmente alheios à seara social – além do caráter absolutamente pacifista – é inegável que o processo protetivo dispensado aos trabalhadores nesse período inicial deve ser reconhecido como um primeiro caminhar desenvolvido pelo Estado brasileiro na construção e posterior consolidação de um tímido Estado Social, especialmente se considerada a notória dimensão dos direitos trabalhistas delineados em tal período e que se fazem presentes até os dias atuais na ordem jurídica brasileira. Nesse mesmo sentido, ensina José Murilo de Carvalho (2014, p. 114) que:

Se o avanço dos direitos políticos após o movimento de 1930 foi limitado e sujeito a sérios recuos, o mesmo não se deu com os direitos sociais. Desde o primeiro momento, a liderança que chegou ao poder em 1930 dedicou grande atenção ao problema trabalhista e social. Vasta legislação foi

promulgada, culminando na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), de 1943. A CLT, introduzida pelo Estado Novo, teve longa duração: resistiu à democratização de 1945 e ainda permanece até hoje em vigor com poucas modificações de fundo¹⁰. O período de 1930 a 1945 foi o grande momento da legislação social. Mas foi uma legislação introduzida em ambiente de baixa ou nula participação política e de precária vigência de direitos civis. Este pecado de origem e a maneira como foram distribuídos os benefícios sociais tornaram duvidosa sua definição como conquista democrática e comprometeram em parte sua contribuição para o desenvolvimento de uma cidadania ativa.

A República que se inicia em 1930 com o golpe liderado por Getúlio Vargas e que se encerrou em 1945 com sua deposição introduziu uma extensa pauta de direitos sociais, atendendo especialmente os pontos principais da lista de frágeis reivindicações do movimento operário, expandindo e modificando qualitativamente o padrão de proteção social até então vigente. Pela primeira vez em sua história, o país teve contato com políticas sociais nacionais, que abarcaram tanto a legislação trabalhista quanto a segurança social, as quais foram devidamente constitucionalizadas nas Cartas de 1934 e 1937 (CARVALHO, 2014).

No período que vai do segundo governo Vargas ao golpe militar de 1964, não houve muitos avanços rumo à construção de um sistema de segurança social, sendo que o fortalecimento do ideário desenvolvimentista eclipsou as tentativas de formulação e implementação de políticas nesse sentido.

Até início dos anos de 1960, o debate econômico centrou-se na problemática do desenvolvimento das forças produtivas, deixando-se em plano secundário as questões mais diretamente sociais, como distribuição de renda e da propriedade, tampouco as políticas de benefícios sociais se ampliaram. Após a morte de Vargas, em 1954, os rumos da economia e da sociedade brasileira foram traçados sob fortes pressões e tensões políticas, onde a classe trabalhadora tinha pouco poder de reivindicação para promover mudanças institucionais importantes e continuava atrelada aos imperativos do Estado burguês (GOMES, 2006).

Como já anteriormente aventado, é notório que o início da constituição de Estados Sociais perpassa por políticas de desenvolvimento econômico, onde a lógica de mercado é o fator primordial a ser protegido. Em verdade, quando se percebe que o elemento social pode se transvestir como instrumento de fomento à economia, passa-se a fomentar políticas sociais, ainda

¹⁰ Deve-se ressaltar que a edição da obra de José Murilo de Carvalho é anterior ao texto da Lei 13.467/2017, a qual instituiu no Brasil a chamada Reforma Trabalhista, que por sua vez alterou substancialmente diversos direitos previstos na CLT.

que em nível rudimentar, com vistas à inserção de determinadas camadas na lógica de mercado, seja enquanto mão de obra, seja como elemento na lógica de consumo.

O desenvolvimento do Estado de bem-estar social a partir desse episódio inaugurador apresenta inúmeros momentos a serem destacados, podendo-se citar: escasso ativismo estatal em termos quantitativos na área social no período compreendido entre 1946 e 1964; em termos qualitativos destacam-se a uniformização dos esquemas de previdência social e assistência médica com a Lei Orgânica da Previdência Social (1960); recuperação significativa do valor real do salário-mínimo; promulgação do Estatuto do Trabalhador Rural (1963) (KERSTENETZKY, 2012),

Assim, nesse período posterior, já sob a égide do regime militar, há certo avanço no tocante à proteção aos trabalhadores, na medida em que já passa a existir alguma proteção previdenciária ao trabalhador rural, às empregadas domésticas e aos autônomos, até então desamparados pela legislação vigente.

No entanto, se o período Vargas é marcado pela introdução de políticas sociais, principalmente corporativas, o novo período ditatorial inaugurado é mais bem identificado por certo tipo de universalismo básico, em que a incorporação de uma gigantesca clientela aos serviços sociais não se fez acompanhar por uma expansão proporcional da provisão dos mesmos, tendo como resultado a segmentação dos serviços de saúde e educação e a residualização da proteção social (KERSTENETZKY, 2012).

Um dos primeiros passos do regime militar na tentativa de construir um sistema de segurança social foi remodelando e unificando os aparelhos previdenciários, com destaque para a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966. Outra política nesse sentido foi a de habitação popular, a partir da criação do Banco Nacional de Habitação (BNH), em fins da década de 1960. No entanto, apesar de tais iniciativas, o que destoa nesse processo é a ausência de bases democráticas para sua construção, não expressando o resultado de uma luta de classes e, como de costume, instituídas de forma autoritária e arbitrária para atender a certos requisitos estabelecidos pelo projeto industrializante, dessa vez sob a lógica de um capitalismo moderno e integrado, mais do que nunca, às redes de acumulação internacionais (GOMES, 2006).

O que desponta no período analisado é uma supressão frontal de direitos de liberdade, em total descompasso com uma tendência de consolidação, ainda que no plano legislativo, de garantias sociais, considerando-se, erroneamente, que estas não teriam aqueles direitos como pressupostos de existência. Destaca-se, ainda – e mais uma vez – a ausência de diálogo e luta social no processo de construção e execução de políticas públicas no âmbito da seguridade social, reduzindo-se, consideravelmente, qualquer interpretação de legitimidade que se queira dar ao período em matéria jurídica.

Assim, no período ditatorial a seguridade social é ampliada, ainda que não legitimamente, para incluir novos segmentos sem capacidade contributiva, embora oferecendo a eles cobertura inferior à recebida pelo trabalhador urbano formal. Somado ao segmento contributivo, na área da saúde passa a existir uma provisão pública residual para os pobres e um vigoroso sistema privado para os estratos médios e altos de renda. Esse conjunto de políticas pode ser conceituado como um “universalismo básico”, na medida em que há um processo de massificação sem universalização efetiva, com ampliação desigual de proteção e oportunidades (KERSTENETZKY, 2012).

A realidade da proteção social durante o regime militar brasileiro é abordada por José Murilo de Carvalho (2014, p. 176), ao apresentar que:

não ficaram aí as inovações no campo social. As duas únicas categorias ainda excluídas da previdência – empregadas domésticas e trabalhadores autônomos – foram incorporadas em 1972 e 1973, respectivamente, tudo ainda no Governo do General Médici. Afora ficavam de fora apenas os que não tinham relação formal de emprego. Outras medidas ainda podem ser mencionadas. O primeiro governo militar, para atender a exigências dos empresários, acabara com a estabilidade no emprego. Para compensar, foi criado em 1966 o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), que funcionava como um seguro-desemprego. O fundo era pago pelos empresários e retirado pelos trabalhadores em caso de demissão. Criou-se também um Banco Nacional de Habitação (BNH), cuja finalidade era facilitar a compra de casa própria aos trabalhadores de menor renda. Como coroamento das políticas sociais, foi criado em 1974 o Ministério da Previdência e Assistência Social.

É de se destacar, no entanto, que nesse período, foram as classes média e alta as beneficiadas do ponto de vista econômico e social, desenvolvendo um padrão de consumo semelhante ao dos estratos equivalentes em países desenvolvidos. Assim, a despeito da elevação do gasto social, que praticamente triplicou entre 1960 e 1980, o modelo econômico adotado gerou considerável

aumento na desigualdade, na medida em que a razão entre a renda dos 1% mais ricos e a dos 40% mais pobres praticamente dobra no mesmo período (KERSTENETZKY, 2012).

Além dos pontos já mencionados, Celia Lessa Kerstenetzky (2012, p. 206) destaca como ponto essencial da proteção social do período ditatorial brasileiro:

É bem provável que, em seus impactos, a principal “política social” do período (1964-1980) tenha sido o crescimento econômico ineditamente experimentado pelo país: o PIB real cresce a uma taxa média anual de 8% (o ineditismo é em relação à experiência histórica brasileira e também à experiência internacional). A redução da pobreza supera a marca dos 40% entre 1970, quando quase 70% da população estão em situação de pobreza, e 1980, quando esta condição se abate sobre pouco menos de 40% dos brasileiros. Nesse momento, a pobreza deixa de ser um fenômeno principalmente rural para se tornar um traço identitário das cidades brasileiras, já que 70% da população vivem em cidades, marcando nossa modernização como de certo modo falhada. De todo modo, junto com o crescimento vertiginoso, vieram os baixos índices de desemprego, em torno de 2,5%, e também os relativamente baixos níveis de informalidade, pelo menos frente aos que caracterizariam as décadas seguintes.

Em síntese, sobre tal período, é de se destacar que, apesar do projeto de Brasil-potência dos militares, financiado com abundante crédito externo, responsável pelo endividamento em divisas estrangeiras, que ampliou as possibilidades de investimentos no país (infraestrutura, sistema educacional, notadamente as universidades, telecomunicações etc.), o país não dispôs de um sistema de segurança social de cobertura universal durante todo o período militar. O que restou de benefícios sociais, principalmente em termos de educação e saúde, foi direcionado, em sua maioria, para a demanda das classes médias em consolidação no país, sendo que parte da massa trabalhadora, tanto do campo quanto aquela concentrada nos rincões de pobreza urbanos, ficou novamente excluída (GOMES, 2006).

É possível compreender, acerca do período dominado pela lógica ditatorial, que as garantias sociais apresentaram, de fato, algum avanço focalizado e não universal, em que pese a total afronta a valores constitucionais mínimos como legalidade, liberdades e dignidade daqueles que se opunham à lógica do regime instalado. Embora a mera descrição de dados de modo acrítico possa levar à falsa compreensão de que o chamado Estado Social se materializou de modo mais contundente em tal período, é imperioso que se pontue a total ausência de legitimidade das políticas de segurança, visto que, tal como toda a lógica do regime,

as mesmas foram absolutamente impostas a uma população até então inerte politicamente, que pouco tinha a perder em matéria de direitos.

Sucessivamente ao período militar, a década de 1980 foi marcada por profundas transformações de ordem política, econômica e social, embora nem sempre inclusivas. A primeira delas foi o lento e gradual fim do regime militar em 1985 e a redemocratização do país após movimentações da sociedade civil, processo que teve como pontos mais relevantes a Constituição de 1988 e a primeira eleição para presidente da República em 1989.

Sobre tal lapso temporal, explicam Sônia Draibe e Manuel Riesco (2011, p. 239), ao analisaram a situação dos países da América Latina:

Por volta de 1980, muitos países, sob a liderança estatal, tinham já construído instituições básicas da regulação capitalista, infraestrutura e as bases da acumulação industrial, deixando para trás o passado exclusivamente exportador das suas economias. Mais importante ainda, os Estados Desenvolvimentistas foram especialmente ativos na transformação das estruturas socioeconômicas da região. Sob sua égide, o empresariado e os trabalhadores assalariados urbanos, juntamente com as novas classes médias, emergiram e passaram a ocupar lugar proeminente na nova etapa de desenvolvimento. Massas camponesas foram conduzidas às cidades, tornaram-se letradas e experimentaram melhorias na sua saúde. O fato de que as políticas sociais cumpriram essencial papel nestes processos costuma ser ignorado.

O conteúdo da Constituição Federal de 1988 demonstra o compromisso do legislador constituinte em construir um Estado Democrático onde o cidadão seja o real destinatário de todas as manifestações do poder, sendo a promoção e a preservação de sua dignidade os maiores objetivos do novo Estado constitucional instituído.

A construção desse novo projeto democrático ultrapassou a simples representação política e dos círculos acadêmicos, inserindo-se verdadeiramente na sociedade por meio da participação popular. Inúmeras entidades civis elaboraram cartilhas sobre o processo constituinte, incentivando a participação do cidadão nas discussões das principais reivindicações da sociedade, dentre as quais se destacam a Secretaria Nacional do Movimento dos Sem Terra, o Movimento Popular de Mulheres do Paraná, o Movimento de Defesa dos Direitos dos Favelados e o Diretório Regional do Partido dos Trabalhadores (SALGADO, 2007).

Ainda sobre a participação popular, o Senado brasileiro, por meio de seu Centro de Informática e Processamento de Dados do Senado Federal (PRODASEN), criou o “Projeto Constituição”, que distribuiu 5 milhões de formulários

para reunir sugestões dos cidadãos para os constituintes. Essa distribuição foi realizada por meio das agências dos Correios, das Prefeituras, casas legislativas e partidos políticos (SALGADO, 2007).

Quanto à elaboração da Constituição de 1988, é importante guardar destaque ao diálogo social que precedeu ao texto final da nova Carta Constitucional, fato esse que pode ser considerado como a inauguração desse processo dialógico enquanto instrumento democrático de lutas por garantias e direitos de ordem especial social.

Sobre a importância do momento histórico da promulgação da Constituição Federal de 1988, bem como da Assembleia Nacional Constituinte, disserta Luís Roberto Barroso (2005, p. 5):

Sob a Constituição de 1988, o direito constitucional no Brasil passou da desimportância ao apogeu em menos de uma geração. Uma Constituição não é só técnica. Tem de haver, por trás dela, a capacidade de simbolizar conquistas e de mobilizar o imaginário das pessoas para novos avanços. O surgimento de um sentimento constitucional no País é algo que merece ser celebrado. Trata-se de um sentimento ainda tímido, mas real e sincero, de maior respeito pela Lei Maior, a despeito da volubilidade de seu texto. É um grande progresso. Superamos a crônica indiferença que, historicamente, se manteve em relação à Constituição. E, para os que sabem, é a indiferença, não o ódio, o contrário do amor.

Dessa forma, no Título II (Dos Direitos e Garantias Fundamentais) da Constituição Federal de 1988, o legislador brasileiro incluiu os direitos sociais (Capítulo II, artigos 6º a 11), sendo que o seu artigo 6º define, de forma ampla, como direitos sociais “a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”, ao passo que no artigo 7º se concentram os direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, num total de 34 incisos (BRASIL, 1988).

Explica Celia Lessa Kerstenetzky (2012, p. 181), ao analisar o período posterior à promulgação da Constituição de 1988:

Representou mudança qualitativa em relação aos regimes de bem-estar precedentes. A Constituição de 1988 assegurou uma série de novos direitos sociais aos brasileiros, que, uma vez garantidos, nos aproximariam das realizações de bem-estar social do regime social-democrata, em direção alternativa à do universalismo básico e à do bem-estar corporativo dos períodos anteriores. Eles envolveram, dentre outros, a universalização da previdência (universalização do acesso no meio rural), a assistência social a quem dela necessite, a universalização da educação fundamental e média e da saúde em todos os níveis – esta se convertendo em direito do cidadão e dever do Estado –, a designação do salário-mínimo como o valor piso para os benefícios constitucionais, a descentralização das políticas sociais com

garantia de repasses e de capacidade arrecadatória própria para os níveis subnacionais, a introdução do critério *per capita* para o repasse de recursos, a participação e o controle social.

Assim, segundo a autora, “é desse período a definição do novo perfil do Estado do bem-estar brasileiro, vinculando as políticas de proteção e promoção social a direitos sociais exigíveis pelos cidadãos e a princípios universais” cumulados, ainda, com o início de “novas dinâmicas de descentralização e participação, rumo ao que denominamos ‘universalismo estendido’” (KERSTENETZKY, 2012).

Sobre os chamados direitos fundamentais sociais ou de *status positivus*, destaques no processo de evolução do Estado Social, trazidos pela Constituição de 1988, ensinam Dimoulis e Martins (2014, pp. 52-53):

A categoria dos direitos de *status positivus*, também chamados de direitos “sociais” ou a prestações, engloba os direitos que permitem aos indivíduos exigir determinada atuação do Estado, no intuito de melhorar suas condições de vida, garantindo os pressupostos materiais necessários para o exercício da liberdade, incluindo as liberdades de *status negativus*. [...] A expressão *direitos sociais* se justifica porque seu objetivo é a melhoria de vida de vastas categorias da população, mediante políticas públicas e medidas concretas de política social. Mas isso não o torna um direito coletivo. Enquanto direitos públicos subjetivos, os direitos fundamentais não são só individualizáveis; são também, e primordialmente, direitos individuais (dimensão subjetiva).

Embora visem atender as demandas individuais dos cidadãos, tais direitos possuem notório caráter social, na medida em que o descumprimento de tais garantias gera efeitos que recaem sobre a sociedade de forma geral, agora em sentido coletivo, na medida em que a efetivação dos mesmos é indispensável para o exercício de outros direitos e liberdades fundamentais, como já exposto.

Apesar de a Constituição ser notadamente progressista em relação ao período anterior, bem como rezar pela garantia de um modelo de segurança social aos cidadãos, incorporando todos os trabalhadores (informais, marginalizados e rurais) ao sistema de proteção social, as condições deterioradas do financiamento do setor público inviabilizaram a ampliação dos gastos sociais e execução de políticas públicas, que sequer foram imediatamente implementadas.

Outro fator, responsável pelo retrocesso no processo de construção de um sistema mais amplo de segurança social no Brasil entre as décadas de 1980 e 1990, tal como previsto constitucionalmente, foi o drástico movimento de desmonte do aparelho estatal federal realizado pelo governo Collor de Mello, onde as

principais vítimas desse processo foram as áreas de assistência social e os programas públicos de universalização dos direitos sociais explícitos na Carta Magna. No período, o gasto com o conjunto dos benefícios assistenciais, dirigidos aos mais pobres, reduziu-se em cerca de 50%. Tal movimento não se mostrou isolado, ao passo que fazia parte de um processo maior de reestruturação produtiva do capitalismo que já vinha ocorrendo gradualmente na década de 1980, notadamente na Inglaterra e EUA (GOMES, 2016).

Frise-se tal momento de tropeço e resiliência da democracia brasileira, onde o presidente mais jovem da história do Brasil, eleito por voto direto aos quarenta anos de idade, após o Regime Militar (1964/1985), foi também o primeiro a ser afastado por um processo de *impeachment*, situação política que acabou por gerar um considerável processo de recessão econômica no país.

Outro entrave considerável foi o esgotamento do modelo de crescimento econômico que remontava à década de 1930, com o início de um longo período de baixo nível de atividade econômica, inflação galopante (até 1994), elevado endividamento externo e interno e sucessivos ajustes fiscais. A terceira e grande transformação foi o avanço nas políticas e gastos sociais no país nos 20 anos que decorreram entre a promulgação da Constituição de 1988 e o ano de 2008, onde os gastos sociais reais praticamente triplicaram, garantindo uma série de novos direitos sociais e inaugurando uma era de novas prioridades (KERSTENETZKY, 2012).

Sobre a prática democrática no período, houve frustrações, mas também notórios avanços, como o surgimento de inúmeros movimentos sociais, como é o caso do Movimento dos Sem Terra (MST), com amplitude nacional. O MST representou no período a incorporação à vida política de parcela importante da população, tradicionalmente excluída pela força do latifúndio secularmente sacralizado no Brasil. Nesse cenário, milhares de trabalhadores rurais passam a se organizar e pressionar o governo em busca de terra para cultivar e o financiamento de suas safras (CARVALHO, 2014).

Sucessivamente, e em linhas gerais, o governo de Fernando Henrique Cardoso (PSDB) foi marcado pelo esforço e considerável sucesso em se estabilizar a moeda e a economia como um todo, por meio de um forte ajuste fiscal, sobretudo ao longo do segundo mandato (1999-2002), com efeitos consideráveis sobre as políticas sociais do país.

A despeito da evolução institucional observada, da melhor distribuição espacial dos recursos e da consolidação do regime democrático por meio de eleições diretas e sucessivas, o período chama atenção pelo limitado avanço dos serviços sociais, a desatenção a investimentos estratégicos e a iniquidade na cobertura previdenciária. Em termos de efetividade do conjunto de medidas aplicadas e prioridades concedidas, destaca-se o pequeno progresso sobre a pobreza e sobre a desigualdade (KERSTENETZKY, 2012).

Apesar do cenário, é de se destacar que tal período de FHC contribuiu para a construção de um projeto social posterior, considerando-se a existência, depois de muitos anos, de uma moeda forte e de uma economia parcialmente estabilizada. Acrescente-se a isso a existência, ainda que absolutamente focalizados, de programas sociais regionais e voltados a pequenas parcelas da população.

Na era Lula (PT), a novidade principal está na experimentação de novos modos de interação entre as políticas sociais e as políticas econômicas, em um modelo de crescimento redistributivo e de caráter universalizante. O país testemunhou uma aceleração do crescimento baseada em boa medida na expansão das políticas e dos gastos sociais, especialmente as transferências governamentais de renda e a valorização do salário-mínimo. Sobre tal período, apresenta José Murilo de Carvalho (2014, p. 237):

Há consenso em que a marca principal dos últimos doze anos sob governo petista foi a expansão da inclusão social, ou, nos termos que venho usando, dos direitos sociais. Iniciada no governo anterior com programas como a Comunidade Solidária e o Bolsa Escola, a política social expandiu-se e diversificou-se de maneira pronunciada. [...] A de maior alcance e viabilidade é, sem dúvida, o Programa Bolsa Família (PBF), criado em 2004. Trata-se de transferência direta de renda para os pobres. [...] Em 2006, dois anos após sua criação, o programa cobria 11 milhões de famílias, num total aproximado de 45 milhões de pessoas. Em 2013, as famílias somavam 13,8 milhões, ou cerca de 50 milhões de pessoas, 26% da população do país.

A inovação principal se traduziu em uma aposta na possibilidade de o gasto social contribuir não apenas para o alcance de direitos, como também para relaxar suas próprias condições de financiamento. No subconjunto de políticas sociais economicamente orientadas, destacam-se a ampliação das transferências governamentais – como as aposentadorias dos trabalhadores do setor privado urbano e rural, as políticas e programas assistenciais, como o BPC/LOAS e a

programa Bolsa Família, o seguro-desemprego e o abono salarial – e a valorização do salário-mínimo (KERSTENETZKY, 2012).

Esse novo cenário iniciado no início dos anos 2000 e que permaneceu em crescimento por praticamente uma década é passível de ser definido como um passo para consolidação de um Estado social para os países da América Latina:

Mudanças recentes nas economias, na vida política e nos modos de pensar autorizam o analista a acreditar estar próximo o esgotamento do ciclo de hegemonia neoliberal na América Latina. E muitos o têm feito. Na verdade, a região parece encontrar-se, outra vez, frente a escolhas de novos paradigmas de crescimento econômico e de desenvolvimento social. A crescente recusa do modelo neoliberal enraíza-se em movimentos sociais e políticos de grande amplitude, expressos em resultados eleitorais da última década assim como na ampliação do debate sobre as possibilidades de retomada do crescimento, sob padrões socialmente mais igualitários. Estaria emergindo, na região, um novo círculo virtuoso entre crescimento econômico, *Welfare State* e democracia, uma nova onda de política desenvolvimentista progressista, enfim, um neodesenvolvimentismo presidido por um Estado Neodesenvolvimentista de Bem-Estar? (DRAIBE; RIESCO, 2011, p. 247)

Considerando-se o período de Luiz Inácio Lula da Silva junto à Presidência da República, é possível identificar um pacto político, social e econômico com vistas ao pleno desenvolvimento social do país, fazendo com que tal década tenha sido absolutamente significativa para a construção de um projeto de bem-estar pautado pela lógica da transferência de renda, em que pese não tenha sido consolidada uma redistribuição efetiva de riquezas, ao passo que o empresariado também encontrava amplo espaço para a exploração econômica e obtenção de lucro, facetas típicas do regime capitalista.

Além dos programas de transferência direta de renda, merece destaque a cobertura de acesso à educação superior no período. No ano 2000, estavam matriculados na graduação 2,7 milhões de pessoas, 67% dos quais em universidades particulares. Em 2011, esse número tinha subido para 6,7 milhões, respondendo as particulares por 74%. Um dos fatores de aumento foi o Programa Universidade para Todos (Prouni), introduzido em 2005, o qual consiste na distribuição de bolsas integrais ou parciais a alunos a partir do Exame Nacional do Ensino Médio (Enem) (CARVALHO, 2014).

Sônia Draibe e Manuel Riesco (2011, p. 240) trazem reflexão sobre a lógica do sistema educacional no processo de construção de um Estado social na América Latina e no Brasil:

Sistemas públicos de educação e, em menor grau, de saúde, foram estabelecidos, embora, por muito tempo, com coberturas limitadas. A educação básica, diga-se de passagem, ocupou quase sempre lugar central nas ex-colônias espanholas e, em quase todos os países, a universidade precedeu mesmo a expansão da educação básica. Contrariamente, em países de tradição e legado escravistas como o Brasil, a educação básica e a média foram sistematicamente relegadas às margens da política social, em geral restrita ao atendimento da elite e de setores médios.

Tal como descrito, o processo de inclusão e ampliação do ensino superior, promovido pelo governo petista, não logrou o mesmo êxito para a educação em seus níveis iniciais, seguindo uma lógica excludente já perpetrada a décadas no país. Em verdade, se por um lado é plenamente louvável a busca por uma igualdade material de oportunidades por meio do acesso ao ensino superior, por outro resta absolutamente estagnada a qualidade do ensino básico enquanto uma possível via de ascensão social e promoção de uma formação crítica e participativa à população brasileira.

Em que pese tenha permanecido praticamente durante toda década imerso em escândalos de corrupção, o governo petista de Lula encerrou seu segundo mandato com arrebatadora aprovação popular, o que levou o então presidente a eleger sua sucessora – Dilma Rousseff –, recém-chegada à agremiação petista e braço forte do então presidente durante suas gestões.

O governo Dilma, desde 2011, sofreu as consequências da mudança do cenário econômico internacional, marcado pela redução do crescimento dos países emergentes, notadamente China e Índia, a crise do euro e a frágil recuperação americana. Adicionalmente, o consumo das famílias também desacelerou no referido ano, não gozando o governo da mesma estabilidade anteriormente encontrada pelo governo sucedido. Como resposta ao cenário descrito, o governo Dilma tenta aumentar o estímulo ao investimento privado que já vinha sendo estimulado pelas ações do BNDES (Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social). A tentativa foi de conferir maior consistência à política econômica através do aumento dos investimentos privados, tornando o setor produtivo mais parceiro das mudanças em curso (CARLEIAL, 2015).

Embora tenha apresentado avanços em seus primeiros quatro anos, ainda que imersa em uma crise econômica, Dilma Rousseff foi reeleita em uma eleição absolutamente disputada, com projetos de governo frontalmente opostos. Nesse mesmo cenário, o segundo mandato da presidente Dilma foi marcado, do

ponto de vista das políticas sociais, por algumas alterações nas regras de programas como o seguro-desemprego, o abono salarial e a pensão por morte, além de ter apresentado um considerável aumento no desemprego quando admitida a comparação com o governo petista imediatamente anterior.

No mês de agosto de 2016, confirmou-se no Senado da República o processo de impedimento de Dilma Rousseff, que viria a ser a segunda presidente afastada em mais um tropeço após a recente redemocratização brasileira. A alegação de criação em sua gestão de créditos suplementares envolvendo instituições do Estado, aliada a uma crise de apoio político e diminuição de apoio popular foram decisivos para a consolidação desse processo, que ainda gera dúvidas quanto à sua legitimidade e legalidade.

Depois de figurar como vice-presidente nas duas gestões de Dilma Rousseff, bem como após uma série de desentendimentos públicos com a então Presidente da República, Michel Temer (PMDB) articulou pessoalmente o apoio de seu partido e aliados ao afastamento de Dilma. Com a concretização do processo de *impeachment* em 31 de agosto de 2016, assumiu, definitivamente, as atribuições presidenciais, passando a ser o 37º Presidente do Brasil.

O governo do peemedebista mostrou-se refratário a avanços significativos na área social. No período, promoveu considerável congelamento dos gastos sociais pelos próximos anos; aprovou no Senado a chamada Reforma do Ensino Médio, a qual não contou com o devido diálogo social; aprovou o projeto que autoriza a terceirização irrestrita do trabalho no Brasil; promoveu e sancionou a reforma nas normas trabalhistas, reduzindo consideravelmente as regras de proteção ao trabalhador; além da consumação ainda em trâmite da chamada reforma da Previdência, com imposição de critérios mais rígidos para concessão de benefícios.

Acerca do congelamento de gastos com direitos sociais, implementado pelo Governo de Michel Temer por meio da Emenda Constitucional 95/2016, avalia Lenir Santos (2018, p. 2050):

Ao impor à sociedade a EC 95, de 2016, ignorando todas as demais necessidades sanitárias nos próximos 20 anos, nosso Estado afronta os objetivos fundamentais da República, colocando em risco o direito à saúde. A saúde fiscal não pode ocasionar dano moral e físico; tampouco pode afetar apenas as políticas sociais, devendo ser discutido de modo amplo, transparente e com responsabilidade, qualquer medida fiscal que afete a vida das pessoas. Os impostos altamente regressivos que punem a

população pobre; as renúncias fiscais que são consideradas gasto público, sem o devido controle, em especial quanto ao seu retorno à sociedade, quanto à sua efetividade social e econômica precisam ser discutidas com a sociedade.

É possível perceber que o processo de garantia de direitos – notadamente os direitos sociais – não tem se mostrado uniforme no transcorrer da história brasileira, sendo que nos dias atuais é possível compreender iniciativas que visam ao desmonte e a subutilização de algumas estruturas públicas e, em consequência disso, do abalo na prestação de serviços essenciais, o que poderá ser mais bem mensurado, no caso do congelamento dos gastos públicos, a partir dos próximos anos, caso tal normatização permaneça vigente.

Sobre esse processo nem sempre linear de desenvolvimento dos direitos sociais no Brasil, explica Celia Lessa Kerstenetzky (2012, p. 181) que:

Em suma, é possível reconhecer três ondas longas de inovação institucional e difusão de direitos sociais no Brasil: os anos de *bem-estar corporativo*, entre 1930 e 1964, nos quais se desenharam e implementaram as legislações trabalhistas e previdenciárias, fase que se estende de modo principalmente inercial e incremental entre 1946 e 1964; o período *universalismo básico*, compreendido entre os anos 1964 e 1984, quando se unificou e estendeu, de modo diferenciado, a cobertura previdenciária para estratos sociais tradicionalmente excluídos e se criou um segmento privado simultaneamente a um público na saúde, este último voltado para os não cobertos pelos segmentos contributivo e privado; e o período pós-1988, com a institucionalização da assistência social, a fixação e um mínimo social, a extensão da cobertura previdenciária não contributiva, a criação do Sistema Único de Saúde e, mais recentemente, a política de valorização do salário-mínimo, prenunciando não sem percalços um *universalismo estendido*.

Decorridas quase três décadas da Constituição Cidadã, o Brasil parece finalmente se dirigir para universalização de seu Estado de bem-estar social, ainda que com obstáculos e de maneira não homogênea, especialmente no último período brevemente descrito.

Com todas as limitações demonstradas, o aumento do gasto público social brasileiro gerou uma redistribuição que pode ser considerada relevante. O Estado do bem-estar brasileiro se situaria na região como moderadamente redistributivo, se comparado com os mais bem posicionados estados sociais argentino, mexicano e peruano. Dados os ainda elevados níveis de desigualdade, a questão que se coloca é como aumentar a redistributividade da intervenção política (KERSTENETZKY, 2012).

Nitidamente, o nível de gasto social no Brasil ainda está aquém do necessário para cobrir seu déficit social, além de mostrar-se inferior ao da maioria

dos países desenvolvidos. Entretanto, a evolução do mesmo é notável, além do que é preciso ter em mente o desenvolvimento tardio do sistema de proteção social brasileiro, que torna razoável termos um menor nível de gasto nessa área. O Brasil, inclusive, destaca-se na América Latina: Em 2005, a média do gasto público social para os países da América Latina e do Caribe girava em torno de 13%, enquanto o Brasil gastou em 2005 mais de 22% do PIB na área social, sendo ultrapassado somente por Cuba, que gastou 34% do PIB nesse mesmo ano (CEPAL *apud* BENEVIDES, 2011).

A partir de uma análise regional e conjuntural percebe-se que o Brasil efetivamente alcançou certo nível de sucesso ao promover a construção, ainda que permeado por percalços e retrocessos, inclusive no atual cenário político nacional. Dessa forma, parece correta a análise que comprehende as políticas sociais enquanto resultado de lutas e construções coletivas no transcorrer de décadas de incipiente produção legislativa e eficácia social de programas em áreas específicas, como saúde e educação.

No tocante à saúde, o gasto público vem aumentando de maneira lenta e gradual, sendo que o SUS (Sistema Único de Saúde) ainda mostra-se absolutamente dependente do setor privado – em alguns casos, em sua integralidade –. Programas como o Saúde da Família (PSF), Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde Bucal (PSB), introduzidos por FHC e aprofundados no Governo Lula, fizeram com que a prestação dos serviços públicos ampliassem consideravelmente sua cobertura; no entanto, ainda de modo insuficiente e desigual, na medida em que boa parte dos serviços ainda se encontram concentrados nos grandes centros urbanos (KERSTENETZKY, 2012).

Em 2003, o volume do gasto tributário em saúde foi de R\$ 7,1 bilhões; em 2011 alcançou R\$ 15,8 bilhões. Nessa conta, estão presentes os recursos que o Estado deixou de recolher no setor a partir das desonerações do Imposto de Renda de Pessoa Física, do Imposto de Renda de Pessoa Jurídica, da indústria farmacêutica e de hospitais filantrópicos. Os gastos com planos de saúde foram os que mais pesaram: entre 2003 e 2011, respondiam por 40% ou mais do gasto tributário em saúde; em 2011, atingiram quase 50%, envolvendo cerca de R\$ 7,7 bilhões dos R\$ 15,8 bilhões – ou seja, boa parte dos gastos destinaram-se ou desenvolveram-se a partir da iniciativa privada (DOMINGUEZ, 2013).

Percebe-se que o atual Estado de Bem-Estar Social Brasileiro possui um histórico marcado pela tradição e pelo conservadorismo. O sistema de proteção social caracterizou-se, ao longo de muitos anos, como pontual e fragmentado, resistindo em reconhecer a proteção social como um direito a ser garantido pelo Estado aos indivíduos. Somente com a Constituição da República de 1988 é que a proteção social passou a ser concebida sob a perspectiva de um direito de cidadania, configurando-se, portanto, em um Estado de Bem-Estar que incluiria os programas e medidas necessários ao reconhecimento, implementação e exercício dos direitos sociais reconhecidos em uma dada sociedade como incluídos na condição de cidadania, gerando, por conseguinte, uma pauta de direitos e deveres (BENEVIDES, 2011).

Sobre o atual modelo de Estado Social delineado no Brasil, apresenta José Murilo de Carvalho (2014, p. 201):

Os direitos políticos adquiriram amplitude nunca antes atingida. No entanto, a estabilidade democrática não pode ainda ser considerada fora de perigo. A democracia política não resolveu os problemas econômicos mais sérios, como a desigualdade e o desemprego. Continuam os problemas da área social, sobretudo na educação, nos serviços de saúde e saneamento, e houve agravamento da situação dos direitos civis no que se refere à segurança individual.

Embora com os avanços apresentados, os graus de exclusão social tenderam a permanecer em patamar elevado. Embora com variações e particularidades, pode-se dizer que, em geral, a população rural, os pobres urbanos e a massa de integrantes do crescente mercado informal de trabalho permaneceram às margens dos modernos sistemas de proteção social e mesmo dos programas básicos universais de educação e saúde (DRAIBE; RIESCO, 2011).

Doutrinas mais críticas, ao promover uma análise da história brasileira, mesmo considerando suas especificidades, não admite a existência de um sistema de seguridade social próximo do modelo que ficou conhecido como *Welfare State*. Nesse sentido, segundo tal teoria, talvez seja mais coerente considerar que, durante todo o processo histórico de formação e estruturação das formas do Estado moderno no Brasil, não se tenha implementado mais do que apenas algumas políticas de bem-estar social (GOMES, 2006).

Por outro lado, faz-se necessário destacar que a argamassa fundamental de um projeto desta magnitude – como a construção de um continente fundado na lógica de bem-estar – conformaria, sem dúvida, um novo contrato social,

baseado em um moderno Estado de Bem-Estar, capaz de impulsionar a coesão social regional e estabelecer as bases de uma cidadania além-fronteiras, como tem se tentado sem sucesso nas últimas décadas. Aqui, talvez, estivessem delineadas as bases de um Estado Neodesenvolvimentista de Bem-Estar Latino Americano (DRAIBE; RIESCO, 2011).

A construção de um Estado Social certamente passa por processos coletivos de resistência, lutas e retrocessos, o que no Brasil não se mostrou de forma diversa, conforme brevemente apresentado. Uma cultura eminentemente patrimonialista, excludente e corrupta como a que se fez presente na história do país evidentemente não consegue ser apagada em poucas décadas ou até mesmo séculos, e certamente se coloca como um dos principais entraves à plena consolidação de direitos em solo nacional.

O que se deve pautar para discussão de um projeto constante de consolidação e aperfeiçoamento das bases sociais duramente construídas nos últimos cem anos do Brasil é a superação de uma doutrina liberal e conservadora em detrimento do interesse coletivo, especialmente quanto ao reconhecimento de novos direitos e à luta pela sobrevivência de garantias já efetivadas, mas que dia a dia são objetos de modificações anacrônicas e oportunistas, sem qualquer base legal ou de legitimidade.

3.3 O DESENVOLVIMENTO DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE NO BRASIL E SUA NEGAÇÃO INSTITUCIONAL POR UM ESTADO SOCIAL

A década de 1980, no Brasil, como previamente indicado no item anterior, se mostrou como um importante período da história política do país que, até então, via-se preso às amarras de uma ditadura militar por quase vinte anos. A opressão foi decisiva para o agrupamento de forças sociais que buscavam um objetivo comum: a eleição direta para Presidência da República, a consolidação de uma democracia que por anos parecia distante e a tutela de direitos sociais de modo efetivo.

Na saúde, a crise e a necessidade de redemocratização impulsionaram a crítica e o combate ao antigo padrão de intervenção estatal, caracterizado pela centralização de recursos na esfera federal, pela privatização da oferta de serviços curativos e pela exclusão de diversos segmentos sociais da política de saúde (pois o acesso dependia da vinculação do cidadão ao mercado

formal de trabalho). Cumulada a esses fatores, o país vivia uma crise econômica que provocou o encolhimento dos recursos para financiamento dos gastos com saúde, enfraquecendo e colocando em questão os modelos vigentes de atuação do Estado, bem como o seu poder de regulação e as possibilidades de financiamento das ações estatais (VIANA, 2014).

A transição democrática se deu de maneira lenta, perdurando por mais de 10 anos, sendo que apenas nos anos de 1983 e 1984, com o aumento das mobilizações populares que passaram a reunir milhões de pessoas nas ruas por todo o Brasil, foi possível estabelecer negociações políticas com as elites que detinham o poder e as forças de oposição, demonstrando mais uma vez o caráter pacifista de boa parte das conquistas democráticas e sociais perpetradas no Brasil (GERSCHMAN, 2004).

É de se destacar que a luta pela redemocratização fez emergir no país novos atores coletivos, sendo personificados por movimentos sociais que se proliferaram por todo o país, clamando pelo “resgate da dívida social”, resultante das políticas econômicas de alta concentração de renda do regime autoritário e que em verdade se faziam presentes desde o período colonial. Essa movimentação gerou um amplo debate dentro da sociedade brasileira, que discutia meios de reverter as acentuadas desigualdades sociais e a extrema extensão da pobreza no país, fazendo-se necessária a elaboração de propostas políticas concretas no sentido de se redefinir as políticas sociais (GERSCHMAN, 2004).

Se a busca pela democracia foi, em um primeiro momento, o principal pleito dos movimentos sociais, diversos outros temas passariam a ser integrados às discussões e manifestações de rua, na medida em que se passou a associar ao regime militar problemas estruturais graves que acabavam impedindo o desenvolvimento do país e a melhoria de vida das pessoas, como a concentração de poder e renda e a falta de políticas públicas eficientes que atendessem aos direitos sociais dos brasileiros.

Do ponto de vista do setor saúde, ao final dos anos de 1970, dezenas de municípios haviam constituído Unidades Básicas em seus territórios e acumulavam experiências de atenção integral, sendo que tais iniciativas antecipavam os princípios da universalidade, integralidade e igualdade que viriam a ser consagrados na Constituição de 1988. Até o final dos anos de 1980, haviam sido organizados dez encontros regionais e nacionais de Secretarias Municipais de

Saúde e de associações estaduais que apresentavam, à época, trocas de experiências em matéria de promoção de saúde. Durante os anos de 1980, essa dinâmica do setor saúde, centrada nas iniciativas das SMS convergiu para um movimento mais amplo de formulação de políticas públicas orientadas para os direitos de cidadania (SANTOS, 2018).

É nesse contexto que se insere o Movimento Sanitário Brasileiro, que tem início em meados dos anos 70, culminando com a proposta da Reforma Sanitária, que previa a reformulação do setor saúde no Brasil e a criação de um sistema universal e igualitário.

Os primeiros movimentos populares que reivindicavam melhores condições de saúde tiveram início nas periferias e favelas dos grandes centros urbanos, cujos moradores se agrupavam nas associações comunitárias buscando formas primárias de organização para pleitearem melhores condições de moradia, saneamento, transportes, etc. Um exemplo de êxito dos movimentos populares foi a luta pela erradicação da dengue, na década de 70, com a ampla difusão das manifestações populares nos meios de comunicação, em decorrência da gravidade e da extensão da epidemia (GERSCHMAN, 2004).

Silvia Gerschman (2004, p. 54) explica o nascimento do Movimento Sanitário e de suas aspirações iniciais:

A constituição do projeto reformador no âmago do Movimento Sanitário teve o primeiro impulso na década de 70, com a criação dos departamentos de medicina preventiva nas faculdades ligadas à área, a partir dos quais se difundiu o pensamento crítico da saúde. Vinculado a esse percurso acadêmico, houve também avanços progressivos na implementação de políticas de saúde alternativas às impostas pelo regime militar, à medida que a transição à democracia adquiria um perfil mais nítido.

[...]

O projeto reformador sustentou-se sobre uma ampla crítica ao modelo prevalecente, baseado no crescimento do setor privado à custa do setor público – o primeiro sendo financiado pelo segundo –, o que levou à falência, deterioração, ineficiência e crise do sistema público de saúde.

A partir da análise trazida por Silvia Gerschman, é possível afirmar que o enfraquecimento do regime militar também viabilizou a luta por uma reforma da saúde no Brasil, na medida em que foram surgindo práticas alheias às oficiais, as quais foram ganhando força dentro da academia e se espalhando para os movimentos que já vinham ganhando as ruas do país. Além disso, contrapunha-se o movimento aos ideais governamentais de supervalorização do sistema privado de

saúde em detrimento da criação e consolidação de mecanismos públicos de efetiva tutela sanitária.

Em verdade, o Movimento Sanitário representava um pensamento contra-hegemônico que buscava a reforma do modelo vigente, o qual era caracterizado pela “dicotomia das ações estatais, pela predominância da compra dos serviços privados, pela modalidade hospitalar de atendimento e pela corrupção normatizada pela forma de pagamento conhecida como Unidade de Serviço (US)” (ESCOREL, 2009).

Destaque-se que o Movimento mostrou-se como um instrumento de combate ao regime vigente, pautado pela incorporação de privilégios para os grandes empreendimentos privados e pela corrupção no sistema de compra de serviços prestados à população.

A busca por um novo sistema encontrou suas raízes em uma tendência já verificada em outros países. Em 1978 foi realizada a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata (Cazaquistão, antiga URSS), ficando estabelecida em seu documento final, nominado como Declaração de Alma-Ata, a participação efetiva dos Estados na saúde da população por meio da promoção de políticas de saúde que visassem o bem-estar físico, mental e social como direitos fundamentais, com ênfase aos cuidados primários (SOUZA; COSTA, 2010).

Sobre as influências internacionais no processo de discussão de um novo sistema de saúde para o Brasil, explica Viana (2014, p. 62):

Desde a segunda metade da década de 70, o cenário internacional tem se caracterizado pela formulação de novas concepções para a política de saúde, orientada pela necessidade concreta de um novo modelo assistencial e institucional para os serviços e de um novo padrão de financiamento para o setor.

[...]

Na metade dos anos 70, a crise parecia indicar a incapacidade do Estado de Bem-Estar Social de continuar financiando os serviços públicos essenciais, entre eles a oferta sanitária – o que exigiria limites à oferta, tanto do montante de recursos alocados como de seus custos. Em outros termos, esses Estados foram levados a repensar os esquemas de financiamento do sistema e também a melhorar o nível de eficiência e efetividade dos serviços.

O Movimento brasileiro era composto basicamente por três vertentes: o movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), que defendia uma teoria social da medicina; os movimentos de Médicos

Residentes e de Renovação Médica, que trouxe para o conjunto do Movimento Sanitário as relações de trabalho e as regras impostas pelo regime militar para exercer o seu controle e; finalmente, a academia, que construiu o marco teórico e ideológico do Movimento, dando suporte às propostas transformadoras (SCOREL, 2009).

É possível observar que os mais diversos setores da sociedade compunham o Movimento, o qual tinha representantes da sociedade civil com o movimento estudantil, a classe médica por meio de suas organizações, a academia, que deu inspiração e sustentação ao Movimento e os demais grupos sociais que já se encontravam engajados com a questão da redemocratização e passaram a discutir a questão da saúde no conjunto de suas reivindicações, considerando-se o seu caráter essencial para a formação de uma verdadeira cidadania aos cidadãos brasileiros.

O Movimento Sanitário intensificou suas ações a partir de 1983, cuja influência alcançou as instituições estatais de saúde, objetivando mudanças concretas em suas políticas, acompanhando a transição democrática que também chegava ao seu momento mais decisivo. O projeto de Reforma Sanitária fundou-se em um conceito ampliado de saúde, que abrangia condições gerais de vida, como moradia, trabalho, saneamento, alimentação, educação e lazer, ultrapassando o simples atendimento ao doente para se tornar efetivamente um direito do cidadão e um dever do Estado (GERSCHMAN, 2004).

O Movimento da Reforma Sanitária é considerado um dos principais atores sociais no processo de invenção do SUS e do direito universal à saúde no país, podendo ser entendido como um movimento social multissetorial, pois foi se compondo como um bloco político, conseguindo agregar diferentes grupos de interesse, com distintas origens sociais, gêneros e etnias em torno de um projeto comum: direito à saúde, SUS e democracia. Havia diferença de ênfase em relação a estratégias e formas de atuação, com agrupamentos priorizando o trabalho institucional; alguns setores praticando o “entrismo”, participando de governos favoráveis às políticas públicas; outros preferindo aproximar-se dos movimentos sociais e da sociedade, advogando a articulação da construção do SUS com a radicalização do processo democrático (CAMPOS, 2018).

As dimensões da reforma e o que ela representaria para os cidadãos e para o país foram bem explicadas por Jairnilson Silva Paim (2013, p. 156):

A democratização da saúde, na realidade, exigiria algo mais que a formulação de uma Política Nacional de Saúde ou a construção de um novo Sistema Nacional de Saúde. Significava a revisão crítica de concepções, paradigmas e técnicas, mas também mudanças no relacionamento do Estado e de seus aparelhos com a sociedade e dos funcionários com os cidadãos, podendo ser percebida de duas maneiras: como uma bandeira, corporificada no “Partido Sanitário”, e como processo político, que não se esgotava na unificação do sistema.

É imperioso destacar que a construção de um novo modelo de cuidados sanitários no Brasil está diretamente alinhada ao momento de lutas e de consolidação de um estado social no país, sendo que tal proposta acaba não apenas por se limitar aos antigos conceitos restritos de saúde – vinculados aos cuidados curativos – mas a compreendê-la como resultado da atuação em diversas outras áreas que passam a ser integradas ao conjunto de tutelas a serem prestadas pelo estado em benefício do cidadão. Essas propostas do Movimento Sanitário, bem como o projeto final da Reforma Sanitária Brasileira, foram objetos de discussão na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, evento que, por sua importância e por seus resultados, marcou a história da luta pelo direito à saúde e pela redemocratização definitiva no Brasil.

A Conferência se fundou em três eixos: a saúde enquanto um direito inerente à cidadania e essencial à sua plena existência; a reformulação de todo o sistema vigente e a questão do financiamento do setor saúde. A discussão de tais eixos deu-se a partir de estudos previamente elaborados por autores vinculados ao movimento sanitário e que também participaram das mesas-redondas do evento (PAIM, 2013).

O relatório final da VIII Conferência de Saúde (BRASIL, 1986, p. 02), realizada entre 17 e 21 de março de 1986, foi decisivo para o que viria a ser o novo projeto para organização sanitária no Brasil, conforme se verifica logo em sua apresentação:

Em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencionando chamar de Reforma Sanitária.

Assim, a Reforma trouxe para discussão o próprio conceito de saúde, que deixou de ser meramente curativa e medicamentosa, dando espaço para

conceitos como o de prevenção e promoção de saúde, por meio de um novo modelo assistencial que viria a ser materializado por meio do Sistema Único de Saúde – SUS.

O próprio conceito de saúde, que deixava de apresentar um caráter restritivo e ganhava uma interpretação ampliativa, foi amplamente debatido na VIII Conferência, passando a fazer parte de seu relatório final (BRASIL, 1986, p. 04):

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

[...]

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

A relevância do documento publicado reside, dentre outros pontos, no reconhecimento de que a saúde é produto das formas de organização social da produção, as quais perpassam pelas condições de trabalho, renda, lazer, liberdade e outras garantias que passariam a integrar a nova ordem jurídica brasileira, vinculando o estado a plena satisfação de tais demandas.

Ana Luiza d'Ávila Viana (2014, p. 58) sintetiza os pontos mais relevantes contidos no projeto da Reforma Sanitária:

Em linhas gerais, a intervenção do Estado na área de saúde sofreu uma série de modificações:

- na estrutura organizacional do sistema, com a formação de áreas descentralizadas de saúde;
- na forma de gestão, com a formação dos Conselhos de Saúde nos três níveis de governo (nacional, estadual e municipal) e com a presença dos vários segmentos participantes da política, inclusive os usuários;
- no modo de funcionamento, com a incorporação da assistência médica pelos centros de saúde pública, mediante ações de pronto-atendimento e de atendimento programado, possibilitando superar a dissociação entre ações preventivas e curativas;

Na relação público/privado na provisão de serviços, com preferência dada ao setor público na oferta de serviços de saúde, passando o setor privado a ter um papel complementar na atenção curativa ambulatorial;

- no perfil do financiamento e do gasto público em saúde, com a elevação da participação dos recursos fiscais dos estados e municípios para o gasto em saúde.

A partir da análise sobre o conceito de saúde extraída do relatório final da Conferência, é possível apontar inúmeras conclusões acerca do período histórico no qual o país se inseria, bem como da relevância política e social do Movimento Sanitário Brasileiro: 1) a saúde passou a centralizar diversas outras reivindicações da população brasileira, como a importância de acesso à moradia digna e, por consequência, de uma reforma agrária eficiente; 2) a própria liberdade passou a ser compreendida como um elemento indispensável ao desenvolvimento saudável do cidadão, regulando suas relações para com o estado; 3) a concentração de renda foi reconhecida como um empecilho decisivo ao desenvolvimento da nação e ao combate às desigualdades regionais e sociais; 4) a saúde passou a ser reconhecida como direito inerente à cidadania, cabendo ao Estado a sua guarda, promoção e recuperação; 5) a universalidade do acesso passou a integrar as discussões e pleitos do Movimento, o que acabaria por integrá-la ao próprio texto constitucional.

A 8ª Conferência, mais do que uma reunião de pessoas engajadas, mostrou-se como um dos mais marcantes eventos durante o período de redemocratização, com críticas aos problemas sociais que acometiam o país na época:

A sociedade brasileira, extremamente estratificada e hierarquizada, caracteriza-se pela alta concentração de renda e da propriedade fundiária, observando-se a coexistência de formas rudimentares de organização do trabalho produtivo com a mais avançada tecnologia da economia capitalista. As desigualdades sociais e regionais existentes refletem estas condições estruturais que vêm atuando como fatores limitantes ao pleno desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde e de uma organização de serviços socialmente adequada (BRASIL, 1986, p. 05).

A Conferência firmou-se, assim, como palco para o debate social e político que por anos se mostrou adormecido no país. A questão da saúde foi debatida a partir da realidade nacional, que naquele momento era marcada pela absoluta estratificação social, construída e mantida por meio de práticas ao mesmo tempo arcaicas e atuais, como a concentração de renda e da propriedade privada baseada em imensos latifúndios.

Após a realização de inúmeras discussões, o relatório da Reforma foi aprovado na VIII Conferência, sendo criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, na esfera do governo, e a Plenária Nacional de Entidades de Saúde,

formada pelos organismos da sociedade civil, com a finalidade de elaborar um projeto para ser apresentado à futura constituinte (GERSCHMAN, 2004).

A 8^a Conferência não chegou a elaborar uma proposta final para a futura Constituição, o que ficou a cargo dos debates promovidos pelo I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em 1986, sendo aprovado um texto que serviu de subsídio à constituinte, nos termos das discussões travadas na Conferência (PAIM, 2013).

Saulo Lindorfer Pivetta (2014, p. 123) traz destaque sobre a quebra de paradigma em matéria de saúde perpetrada pela Constituição de 1988, dando especial destaque ao conteúdo presente no artigo 196 do texto constitucional¹¹:

A Constituição Federal de 1988 modifica radicalmente o panorama da saúde pública brasileira. A começar pelo art. 196, que estatui inapelavelmente que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Tal dispositivo cristaliza o *princípio da universalidade*, que marca o sistema nacional público de saúde, distinguindo-o de todos os modelos constitucionais pretéritos. Vale dizer, com a Constituição Cidadã todos os indivíduos, independentemente de suas condições pessoais, são protegidos pelo sistema de saúde. Não é mais preciso, portanto, possuir carteira assinada e contribuir para o órgão previdenciário para ter acesso às políticas sanitárias. Todo e qualquer cidadão brasileiro, inclusive estrangeiro que resida no Brasil, tem direito de seu atendido pela rede do SUS.

O autor aponta, com inequívoca precisão, que o novo texto constitucional construído acaba por redefinir frontalmente o papel do Estado para com o indivíduo, especialmente quando analisado sob o prisma do direito fundamental à saúde. O poder público passa, agora, a não criar diferenciações negativas para inclusão do cidadão em suas políticas públicas sanitárias, dotando as mesmas de imprescindível universalidade no atendimento, dando efetividade, desde logo, aos princípios constitucionais da igualdade e da dignidade humana.

Ainda, sobre o tratamento dado à saúde pela constituinte e no texto da Constituição, explica Silvia Gerschman (2004, p. 58-59):

De fato, a articulação e organização das forças populares na Plenária Nacional possibilitou que o capítulo da saúde na Constituição contemplasse o direito universal à saúde e a criação de um sistema único de saúde, descentralizado, acessível e democrático. Incluiu a complementação das necessidades de saúde da população com serviços preferencialmente filantrópicos e estabeleceu com o setor privado, em geral, contratos regidos pelas normas do direito público.

¹¹ Art. 196 da Constituição de 1988. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Com a análise histórica sobre o Movimento e a Reforma Sanitária Brasileira, é possível afirmar que tais iniciativas, geradas e desenvolvidas no interior dos movimentos sociais, foram indispensáveis à concretização do direito à saúde no Brasil, em especial o seu caráter universal e descentralizado, o qual se mostrou viável a partir da criação do Sistema Único de Saúde. Assim como tantos outros direitos inaugurados pela nova Constituição, a saúde se mostrou como resultado de um amplo e organizado processo de discussões e embates com o sistema estabelecido com vistas a criação de um sistema mais justo e igualitário em todos os seus níveis. Ao analisar o advento dos 30 anos do Sistema Único de Saúde, em 2018, Lenir Santos (2018, p. 2044) afirma que:

Nesse cenário, a saúde foi deveras um avanço ímpar ainda que não tenha se consolidado plenamente, em diuturna luta pela universalidade do acesso à serviços públicos, financiamento adequado, qualidade e quantidade adequada às necessidades de saúde, combate às investidas de se vender o slogan de que direitos que custam, como a saúde, (todos custam pelos aparatos de sua proteção, conforme bem discorre Scaff), não cabem no orçamento público, criando o falso dilema do capitalismo pós-moderno de que a austeridade fiscal por si só é a mola propulsora do crescimento social e que a garantia de direitos advém tão só de seu resultado.

Assim, os ideais de saúde e democracia, ambos objetos de lutas sociais na década de 80, passaram a compor um único conceito dentro do novo sistema, oportunizando a participação social na discussão, criação e gestão das políticas públicas sanitárias, em que pese, chegado aos 30 anos de sua previsão legislativa o mesmo ainda enfrente um processo de resistência política à sua plena implementação.

De forma complementar a esse cenário histórico, busca-se no capítulo seguinte promover uma análise do processo de reforma gerencial experimentado pelo Estado brasileiro a partir da década de 1990. Com a ampliação do Estado e de suas atribuições em se promover direitos sociais, cumulado com a limitação de orçamento público, o Brasil passou a traçar estratégias de governança que viabilizassem uma redução do aparelho estatal sem aumento no déficit nos serviços, transferindo-se para a iniciativa privada parcela importante de suas obrigações constitucionais. Cumulativamente, de forma a exemplificar esse processo, bem como com vistas a delinear o debate empírico do estudo, apresentar-se-á o Centro de Valorização da Vida como um dos segmentos da sociedade civil que teve sua organização nas últimas décadas voltada para a prevenção do suicídio para além da esfera pública.

CAPÍTULO 4 – REFORMA GERENCIAL DO ESTADO, TERCEIRO SETOR E VOLUNTARIADO: UMA ANÁLISE DAS AÇÕES DO CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA (CVV) E DA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO BRASIL

“Should've stayed, were there signs I ignored?

Can I help you not to hurt anymore?

We saw brilliance when the world was asleep

There are things that we can have, but can't keep

If they say

Who cares if one more light goes out

In a sky of a million stars?

It flickers, flickers

Who cares when someone's time runs out

If a moment is all we are?

We're quicker, quicker

Who cares if one more light goes out?

Well, I do”

(Chester Charles Bennington, *One more light*, 2017)

Diante do já referido cenário de omissão estatal no tocante a prestação de serviços públicos e da efetivação de direitos fundamentais, o presente capítulo pretende promover uma análise do processo de descentralização administrativa promovida pelo Estado brasileiro a partir da década de 1990 – a qual foi nominada como reforma gerencial – com ênfase para as figuras do terceiro setor que passaram a ser legalmente tuteladas e a desempenharem serviços públicos e de interesse social.

Inserido nessa nova conjuntura, pretende-se apresentar, ainda, um panorama histórico do surgimento do Centro de Valorização da Vida no Brasil, bem como de suas origens internacionais. De modo específico, busca-se identificar as principais características do voluntariado de tal entidade, bem como expor a estrutura organizacional e os princípios norteadores da atuação do CVV. Para tanto, serviu-se a pesquisa do acervo eletrônico da Hemeroteca Digital Brasileira da Biblioteca Nacional buscando-se, em seu sítio eletrônico, informativos que remontassem ao surgimento e atuação de entidades que militam pela prevenção do suicídio, especialmente o Centro de Valorização da Vida (CVV).

4.1 A INEFICIÊNCIA DO ESTADO NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS E O ADVENTO DO TERCEIRO SETOR: O CASO DAS ENTIDADES DE UTILIDADE PÚBLICA

A Administração Pública existe para ser eficiente. Não é dada a ela a discricionariedade de optar por decisões que não sejam as mais viáveis ao bem coletivo, em especial quando se trata da prestação de serviços públicos ou de interesse social. Ademais, o serviço público se constitui em meio típico de efetivação das próprias atribuições e funções estatais, como destaca Cretella Júnior (1977, 308):

A Administração não pode parar. Os serviços públicos devem ser ininterruptos. A pirâmide administrativa é comparada a uma máquina em moto-contínuo, não podendo interromper-se sequer por um minuto. Do contrário, o próprio Estado ficaria paralisado.

Assim, além da impossibilidade de supressão do serviço público, deve-se impor que o mesmo seja eficiente. O ideal de eficiência dos serviços públicos apresenta, na realidade, dois aspectos essenciais a sua plena compreensão: pode ser considerado em relação ao modo de atuação do agente público, do qual se espera o melhor desempenho possível de suas atribuições, para lograr os melhores resultados; e em reação ao modo de organizar, estruturar, disciplinar a Administração Pública, também com o mesmo objetivo de alcançar os melhores resultados na prestação do serviço público (DI PIETRO, 2015).

Percebe-se, assim, que esse valor busca, em verdade, embasar todo o processo de tomada de decisões e de construção de serviços públicos por parte do Estado, não cabendo ao agente público invocar em seu benefício um caráter decisório discricionário capaz de macular o ideal de bem coletivo.

O chamado princípio da eficiência visa, dessa forma, o desenvolvimento da atividade administrativa do modo mais congruente, mais oportuno e mais adequado aos fins a serem alcançados, graças à escolha dos meios e da ocasião de utilizá-los, concebíveis como os mais idôneos para tanto. O princípio visa à solução que apresenta maior grau de excelência diante do caso concreto, dentre todas as alternativas possíveis. Trata-se de um dever estritamente jurídico (MELLO, 2016).

Deve-se perceber, nesse ponto, que o agente público, agindo em nome da própria Administração Pública, dispõe por vezes de inúmeras opções dentre as quais poderá escolher a que melhor se dirija ao fim pretendido, ou seja, o bem coletivo. Partindo-se do exposto, tal escolha, a qual pode ser considerada livre em um primeiro momento, encontra seu obstáculo no chamado princípio da

eficiência administrativa, que se impõe como uma conduta absolutamente pontual e obrigatória: a melhor possível em se tratando da finalidade a ser atingida.

Tamanha a importância de tal postulado fundante do Direito Administrativo que, em decorrência do mesmo, surge outra obrigação ao agente público: o dever – ou princípio – de motivação dos atos administrativos praticados. Tal instituto surge efetivamente como um instrumento garantidor dos ideais anteriormente informados de eficiência da Administração.

Dito princípio implica para a Administração Pública o dever de justificar seus atos, apontando-lhes os fundamentos de direito e de fato, assim como a correlação lógica entre os eventos e situações que deu por existentes à providência tomada, nos casos em que este último aclaramento seja necessário para aferir-se a consonância da conduta administrativa com a lei que lhe serviu de suporte e com a eficiência por certo esperada (MELLO, 2016).

O princípio da motivação exige que a Administração Pública indique os fundamentos de fato e de direito de suas decisões. Ele está consagrado pela doutrina e pela jurisprudência, não havendo mais espaço para as velhas doutrinas que discutiam se a sua obrigatoriedade alcançava só os atos vinculados ou só os atos discricionários, ou se estava presente em ambas as categorias. A sua obrigatoriedade se justifica em qualquer tipo de ato, porque se trata de formalidade necessária para permitir o controle de legalidade, moralidade e eficiência dos atos administrativos praticados (DI PIETRO, 2015).

A motivação deve ser prévia ou contemporânea à expedição do ato. Em algumas hipóteses de atos vinculados, isto é, naqueles em que há aplicação quase automática da lei, por não existir campos para interferência de juízos subjetivos do administrador, a simples menção do fato e da regra de Direito aplicada pode ser suficiente, por estar implícita a motivação. Naqueles atos tidos por discricionários (variedade de escolhas para o agente público) ou em que a prática do ato vinculado depende de aturada apreciação e sopesamento dos fatos e das regras jurídicas em causa, é imprescindível uma motivação detalhada (MELLO, 2016).

Assim, os atos praticados sem a tempestiva e suficiente motivação são ilegítimos e invalidáveis pelo Poder Judiciário, toda vez que essa fundamentação tardia ou infundada não possa oferecer segurança e certeza de que os motivos aduzidos efetivamente existiam ou foram aqueles que embasaram a providência contestada.

Nessa seara, compreendidos alguns valores norteadores da Administração Pública, como a busca pelos ideais de eficiência administrativa, o Estado tanto pode desenvolver por si mesmo as atividades administrativas que tem constitucionalmente a seu encargo (administração centralizada), como pode prestá-las por meio de terceiros. Nessa segunda hipótese, há uma transferência para particulares do exercício de certas atividades que lhe são próprias ou, então, cria outras pessoas, como entidades concebidas para desempenhar serviços de sua alcada. Por meio delas, há uma descentralização de suas atividades (MELLO, 2016).

Além da forma indireta de administrar, por meio de figuras administrativas criadas pelo próprio Poder Público, o Estado percebe que segmentos organizados da sociedade civil podem se materializar como um instrumento de efetivação de direitos e serviços públicos, ora auxiliando a Administração de forma focalizada e suplementar, ora ocupando o próprio lugar do Estado, o qual passa a figurar como mero fiscalizador e espectador.

Sob o aspecto dos segmentos organizados da sociedade civil, após a Segunda Guerra Mundial, a democracia permitiu o aumento das demandas sociais por serviços públicos, transformando o Estado Liberal em Estado Social, uma forma na qual o consumo coletivo relativamente igualitário mostra-se importante, bem como a efetivação da oferta de serviços básicos de proteção social aos que não se inserem socialmente, do ponto de vista do mercado. A atuação do Estado que emergiu a partir dos anos 1980 foi uma resposta à demanda por maior eficiência na oferta de serviços públicos para o consumo coletivo e serviu para legitimar o Estado Social (BRESSER PEREIRA, 2010).

Conforme já apresentado no estudo, em dado momento o Estado passa a ser compelido por demandas sociais a se tornar prestador de direitos fundamentais, agindo de forma proativa e superando-se a ausência até então defendida pelos ideais do liberalismo.

A partir de tais conceitos e cenários, percebe-se no Brasil, em determinado período (especialmente a partir do final da década de 1980), que o Estado deveria ser pontual na escolha e prestação dos seus serviços de forma direta, primando por um ideal de eficiência pautado na redistribuição das competências executivas em matéria de serviços públicos ou socialmente relevantes, deixando ao Estado apenas as competências típicas indelegáveis. Essa

direção adotada pelo Estado brasileiro perseguiu os ditames do receituário neoliberal, para o qual a execução de políticas sociais por parte do Estado deve ser residual e focalizada, restando à sociedade civil reassumir esse compromisso. De tal forma, assiste-se no Brasil o enfraquecimento do sistema de proteção social brasileiro, em face das imposições da política econômica internacional. Desta forma, a execução das políticas sociais no país se tornou refratária diante das demandas por serviços públicos, assumindo um caráter compensatório (ARRETCHÉ, 2000).

Nesse cenário, promoveu-se no Brasil a chamada Reforma Gerencial, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, chamado de Plano Diretor de Reforma do Estado, de responsabilidade do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), chefiado pelo então ministro Luiz Carlos Bresser Pereira. Como resposta a uma crise do Estado na efetivação de seus serviços essenciais, propôs-se o conceito de 'Administração Pública gerencial', caracterizada pela eficiência e qualidade, descentralizada e com foco no cidadão (CALEGARE; SILVA JÚNIOR, 2009).

Luiz Carlos Bresser Pereira (2010, p. 114) explica as origens históricas da Reforma Gerencial e o contexto em que a mesma busca sua justificativa:

Em meio a essa onda ideológica neoliberal, surgiu na Grã-Bretanha, na segunda metade dos anos 1980, a Reforma Gerencial do Estado – a segunda grande reforma do aparelho do Estado moderno, também chamada de Reforma da Gestão Pública. Inspirava-se nas estratégias de gestão das empresas privadas, e sua teoria foi chamada de Nova Gestão Pública; ou seja, uma série de ideias desenvolvidas a partir do final dos anos 1980 que buscavam tornar os administradores públicos mais autônomos e responsáveis, e as agências executoras dos serviços sociais mais descentralizadas. [...] Era preciso controlar o custo dos serviços realizados diretamente por servidores públicos estatutários que se revelavam altos demais. Esses custos refletiam não apenas o maior volume dos serviços, mas também a ineficiência neles embutida devido à rigidez da administração burocrática. A ineficiência da administração pública burocrática tornava-se uma ameaça para a legitimidade do Estado Social e, em consequência, abria espaço para o ataque da ideologia neoliberal.

Percebe-se que, como justificativa para a chamada reforma do Estado, destaca-se a ineficiência da Administração Pública – até então burocrática – no atendimento das demandas da sociedade de forma direta, fazendo surgir, cada dia mais, organizações que materializavam a insatisfação e a contestação de grupos sociais ditos excluídos de tais prestações. Nesse cenário, a sociedade civil ganha destaque inquestionável na articulação com a ordem estatal e esse novo modelo

vem nomear uma “promessa” para a sociedade e brindar o padrão de intervenção social (CALEGARE; SILVA JÚNIOR, 2009).

Conforme Montaño (2010), a adoção dessa postura levou o Estado no Brasil a se minimizar, diante do enfrentamento da questão social. Esta passa a ser refilantropizada, na medida em que a sociedade civil passa a reassumir esse papel, através das ações do ‘terceiro setor’. O debate em torno do ‘terceiro setor’ aparece

[...] tanto no plano legal quanto na esfera financeira, como contrapartida à retirada paulatina da responsabilidade estatal no trato à ‘questão social’. [...] O debate dominante sobre o ‘terceiro setor’ torna-se, assim, funcional ao processo de reformulação do padrão de resposta às sequelas da ‘questão social’, propiciado no interior da estratégia neoliberal de reestruturação do capital (MONTAÑO, 2010, p. 15).

Verifica-se que a participação da sociedade civil se dá por razões de caráter gerenciais e não políticas. Nas palavras de Nogueira (2005) esta forma de participação da sociedade civil surge como um *recurso gerencial*, contrapondo-se àquela participação de caráter cidadão, almejada pela sociedade quando do processo de redemocratização brasileiro. Nesse sentido, a relação entre Estado e sociedade civil nada tem de compromisso com a democratização da estrutura estatal, em vista da gestão popular das políticas públicas. Conquanto, demonstra a minimização do Estado em face das demandas do trabalho e de sua maximização frente às demandas de gestão do capital internacional (SADER, 1999).

Bresser Pereira (1998, p. 60) indica os componentes e processos básicos que, segundo o mesmo, irão compor o Estado Social-Liberal do século XXI:

- a) A delimitação das funções do Estado, reduzindo seu tamanho em termos principalmente de pessoas através de programas de privatização, terceirização e “publicização” (este último processo implicando a transferência para o setor público não-estatal dos serviços sociais e científicos que hoje o Estado presta);
- b) A redução do grau de interferência do Estado ao efetivamente necessário através de programas de desregulação que aumentem o recurso aos mecanismos de controle via mercado, transformando o Estado em um promotor da capacidade de competição do país em nível internacional ao invés de protetor da economia nacional contra a competição internacional;
- c) O aumento da governança do Estado, ou seja, da capacidade de tornar efetivas as decisões do governo, através do ajuste fiscal, que devolve autonomia financeira ao Estado, da reforma administrativa rumo a uma administração pública gerencial (ao invés de burocrática), e a separação, dentro do Estado, ao nível das atividades exclusivas de Estado, entre a formulação de políticas públicas e a sua execução; e, finalmente,
- d) O aumento da governabilidade, ou seja, do poder do governo, graças à existência de instituições políticas que garantam uma melhor intermediação de interesses e tornem mais legítimos e democráticos os

governos, aperfeiçoando a democracia representativa e abrindo espaço para o controle social ou democracia direta.

Assim, sob um primeiro aspecto, o Estado deixa de desempenhar uma função preponderante na chamada ordem econômica, utilizando-se especialmente de mecanismos como o da privatização para promover a transferência do patrimônio público que deveria ser administrado pelo Estado para a iniciativa privada, regulada pelas regras de mercado. Alinhado a isso, prega-se uma abertura comercial para o comércio internacional, fazendo com que a Administração Pública atue tão somente enquanto legisladora de novos mecanismos que viabilizem a solução de conflitos pelo próprio mercado, deixando de lado o enfoque protecionista, vigente no Brasil durante as décadas anteriores.

Sob o aspecto social, busca-se deixar ao Estado apenas competências residuais em matéria de políticas públicas, alocando em instituições não-estatais a responsabilidade pelo processo de elaboração e execução de serviços públicos. Tal iniciativa tem como justificativa, ao menos no âmbito teórico, de se maximizar a atuação do governo em áreas reconhecidas pela reforma como 'essenciais', compreendendo as mesmas como as que não poderiam ser delegadas, como a operacionalização da justiça e da segurança nacional. Nota-se, portanto, o caráter residual e focalizado das ações do Estado na área social (ARRETCHÉ, 2000), como consequência do modelo gerencialista.

Face às inúmeras transformações do cenário administrativo, econômico e social decorrentes da reforma da Administração, conforme já delineado, emerge no Brasil o chamado 'terceiro setor', expressão de um contexto em que o espaço público está cada dia mais esvaziado em virtude do afastamento do Estado na prestação de serviços até então eminentemente de competência pública e a reivindicação de direitos, que se torna o maior dos emblemas de um número cada vez maior de pessoas. Segundo Montaño (2010, p. 53), o termo 'terceiro setor'

[...] é construído a partir de um recorte do social em esferas: o Estado ("primeiro setor"), o mercado ("segundo setor") e a "sociedade civil" ("terceiro setor"). Recorte este, [...] que isola e autonomiza a dinâmica de cada um deles, que, portanto, desistoriciza a realidade social. Como se o "político" pertencesse à esfera estatal, o "econômico" no âmbito do mercado e o "social" remetesse apenas à sociedade civil, num conceito reducionista.

Esta definição revela a natureza formal das bases de formação do termo, o que é propício para uma compreensão gerencialista da realidade, de modo a definir funções particulares a cada um dos ditos ‘setores’ que a compõem, obscurecendo as mútuas relações estabelecidas entre eles, nos diferentes campos da vida social (político, econômico e social).

A definição formal desses campos prejudica a capacidade de interação democrática entre a sociedade civil e o Estado e vela as relações entre o Estado e o Mercado. Atribuir à sociedade civil a função de gerenciar o campo do ‘social’ lhe impele à mera executada de serviços públicos, de modo subordinado às diretrizes administrativas estatais e às demais normatizações de caráter regulatório nas distintas áreas afetas a esse processo de transferência das obrigações estatais para as organizações que lhe são afetas. Segundo Raichels (2009, p. 385), a sociedade civil é

[...] um conjunto indiferenciado de organizações, identificadas sob a denominação genérica de *entidades sem fins lucrativos*, passando por cima das clivagens de classe, da diversidade dos projetos políticos e das instâncias de representação política como sindicatos e partidos (RAICHELIS, 2009, p. 385).

Para que se tenha plena caracterização do conceito de terceiro setor e que este seja interpretado enquanto um termo afeto à dinâmica de desoneração do Estado e de responsabilização da sociedade civil por diversas obrigações de caráter públicas, é indispensável que se compreenda o fenômeno chamado de “terceirização” administrativa, o qual, segundo Celso Antônio Bandeira de Mello (2016), consiste na passagem para particulares de tarefas que vinham sendo desempenhadas pelo Estado, abrigando os mais variados instrumentos jurídicos, já que se pode repassar a particulares atividades públicas por meio de concessão, permissão, delegação, contrato administrativo de obras e prestação de serviços públicos.

Nesse contexto de refilantropização do enfrentamento da questão social (MONTAÑO, 2010), como consequência direta do processo de reforma gerencial do Estado Brasileiro, ressurge no âmbito do campo do chamado terceiro setor, a figura do voluntariado.

Historicamente presente na história de diversas instituições atuantes no campo da filantropia no Brasil e no mundo, o voluntariado ressurge, nesse contexto de desoneração das ações do Estado no campo das políticas sociais, como

um elemento presente na sociedade civil que se faz pertinente e propício ao desenvolvimento do modelo gerencialista no campo da proteção social brasileira, uma vez que mantém em operação um conjunto de ações e serviços sociais que, defendido sob o prisma de um Estado Social, deveria ser executado pelas instituições estatais e não por instituições civis.

O que se percebe, assim, é que essa nova forma de organização da Administração Pública que emerge especialmente durante a década de 1990, resultado de um processo internacional de diminuição do Estado face às demandas sociais, resulta em uma verdadeira transferência de responsabilidades: o Poder Público, responsável originário pelo processo de efetivação de direitos e da garantia do bem-estar comunitário afasta-se de tal ônus, transferindo-o aos próprios particulares, que deverão se organizar com vistas à efetividade social de garantias muitas vezes previstas na própria Constituição de 1988 como de responsabilidade estatal.

Sobre o conceito de terceiro setor e as práticas dele decorrentes, ensina Celso Antônio Bandeira de Mello (2016, p. 231):

Terceiro setor é outra inventiva da criatividade dos administradores ou economistas do período de apogeu do neoliberalismo entre nós. Designa entidades que não são estatais e também não são prepostas a objetivos mercantis, predispondo-se, ao menos formalmente, à realização de objetivos socialmente valiosos e economicamente desinteressados. Enquadram-se nesta categoria as Organizações Sociais, previstas na Lei 9.637, de 15.05.1998¹², e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), reguladas na Lei 9.790, de 23.3.1999¹³. [...] O que alimentou estas criações, filhas queridas do neoliberalismo, foi a assertiva corrente de que o Estado é mau prestador de serviços. Ocorre que o Estado é, sem dúvida alguma, *pior fiscalizador do que prestador de atividade*.

Constata-se, a partir desses ensinamentos, que a verificação de uma máquina estatal absolutamente ou parcialmente ineficiente no processo assecuratório de direitos e de serviços públicos levou ao ideário de extinção de tais responsabilidades, cabendo ao Estado tão somente o processo fiscalizatório dessas proteções “terceirizadas”.

¹² Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências.

¹³ Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências.

É evidente que essa nova prática administrativa não está desvinculada de um processo ideológico neoliberal de supressão de garantias ou, ainda, de prestação parcial de direitos enquanto fomentadores de políticas econômicas, os quais dependeriam de organizações nascidas dentre os próprios administrados pela Administração Pública, logrando esta o êxito em se promover uma acentuada diminuição do Estado e das tradicionais incumbências da máquina pública.

Bresser Pereira (1998, p. 90), ao analisar a reforma gerencial que viabilizou o aumento do chamado terceiro setor de forma definitiva no Brasil, expõe de modo claro o novo papel do Estado e do cidadão:

A Reforma do Estado nos anos 90 é uma reforma que pressupõe cidadãos e para eles está voltada. Cidadãos menos protegidos ou tutelados pelo Estado, porém mais livres, na medida em que o Estado que reduz sua face paternalista, torna-se ele próprio competitivo, e, assim, requer cidadãos mais maduros politicamente, cidadãos talvez mais individualistas porque mais conscientes dos seus direitos individuais, mas também mais solidários, embora isto possa parecer contraditório, porque mais aptos à ação coletiva e portanto mais dispostos a se organizar em instituições de interesse público ou de proteção de interesses direitos do próprio grupo.

Do conceito trazido pelo então ministro destaca-se, por certo, o reconhecimento de que os cidadãos estão diante de um processo de total afastamento do Estado quanto à proteção e tutela de suas necessidades básicas. Isso, sob a falsa alegação de um aumento de suas liberdades e garantias políticas. O que não se comprehende, em verdade, é que um direito fundamental figura-se como pressuposto existencial de outro, fazendo com que não haja efetividade de qualquer garantia constitucional quando outra se mostrar frontalmente violada.

Além disso, traz o autor ponto que merece destaque para a presente pesquisa, ou seja, busca-se com a reforma promover um cenário onde se crie uma predisposição dos cidadãos a se organizarem em instituições com vistas à prestação de serviços de natureza pública, até então de competência exclusiva da Administração Pública. Com isso, alega-se ao menos em um plano teórico, que ao Estado se viabilizaria uma atuação mais eficiente naqueles poucos pontos em que o mesmo se dedicasse, agora em um cenário de notório esvaziamento de suas atribuições.

A partir de tais construções históricas, Maria Sylvia Zanella Di Pietro (2015) argumenta que o terceiro setor pode ser concebido como aquele que é composto por entidades da sociedade civil de fins públicos e não lucrativos,

coexistindo com o primeiro setor, que é o Estado, e o segundo setor, que é o mercado. Essa modalidade caracteriza-se por prestar atividade de interesse público, por iniciativa privada e sem fins lucrativos e, precisamente pelo interesse público da atividade, recebe proteção e ajuda por parte do Estado. Para receber tais benefícios tem que atender a determinados requisitos impostos por lei, que variam de um caso para outro. Preenchidos os requisitos, a entidade recebe um título, como o de utilidade pública, o certificado de fins filantrópicos, a qualificação de organização social.

Desse modo, o Poder Público se desincumbiria do ônus de arcar sozinho com as estruturas a serem montadas para viabilização dos serviços públicos, passando o mesmo a atuar, nesse momento, como um incentivador e fomentador das atividades desenvolvidas pelas mais variadas instituições surgidas no âmbito da sociedade civil organizada, promovendo-se uma economia financeira para o Estado e diminuindo suas responsabilidades diretas.

Em que pese existirem leis que disciplinam as particularidades presentes em cada uma das entidades presentes no terceiro setor, como se demonstrará adiante, as mesmas se encontram, do ponto de vista de seus vínculos com o Estado, em uma mesma posição, apresentando como pontos comuns que merecem destaque: a) não são criadas pelo Estado, em que pese possam ter sua criação autorizada por lei; b) não desempenham serviço público delegado pelo Estado, mas atividade privada de interesse público (serviços sociais não exclusivos do Estado); c) recebem algum tipo de incentivo do Poder Público, como auxílios, subvenções e cessão de servidores públicos; d) têm vínculos jurídicos com o Poder Público, por meio de convênio, termo de parceria, contrato de gestão ou outros instrumentos similares; e) seu regime jurídico é de direito privado, parcialmente derrogado por normas do direito público; f) integram o terceiro setor porque nem se enquadram inteiramente como entidades privadas, nem integram a Administração Pública, sendo todas organizações não governamentais (DI PIETRO, 2015).

Verifica-se, de tal forma, que o Estado busca efetivamente um afastamento de atribuições que venham a gerar dispêndio consideravelmente excessivo ao erário público, sendo preferível que se incentive a prestação de serviços por terceiros através de meros auxílios, por vezes precários e burocratizados, para que supostamente possa se dedicar a atividades consideradas

pelo novo modelo de Administração Pública como de maior importância e eficiência para o cumprimento das atribuições estatais.

Assim, de modo a se individualizar as modalidades de entidades paraestatais, constitutivas do chamado terceiro setor, a Lei 9.637/1998 traz inicialmente em seu texto as chamadas “organizações sociais”, consideradas estas como entidades privadas, qualificadas livremente pelo Ministro ou titular do órgão supervisor ou regulador da área de atividade correspondente ao seu objeto social, desde que, não tendo fins lucrativos, suas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e a saúde, além de atender determinados requisitos formais e substanciais, travando contrato de gestão com o Poder Público (BRASIL, 1998).

Dessa forma, considera-se “organização social” a qualificação jurídica dada à pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, instituída por iniciativa de particulares, e que recebe delegação do Poder Público, mediante contrato de gestão, para desempenhar serviço público de natureza social. Destaque-se que nenhuma entidade nasce com o nome de “organização social”, sendo que a mesma é criada na forma de associação ou fundação e, habilitando-se perante o Poder Público mediante o cumprimento de uma série de requisitos, recebe o referido título jurídico outorgado e chancelado pelo Poder Público (DI PIETRO, 2015).

Verifica-se, assim, que as chamadas “organizações sociais” têm sua origem em pessoas jurídicas de direito privado que, inicialmente, não nutrem qualquer forma de vínculo com a Administração Pública. Em um segundo momento, verificando-se a observação de requisitos legais que envolvem o interesse do Estado, tais organizações passam a ser prestadoras de serviços de natureza social enquanto colaboradora direta do Poder Público, que por sua vez, começa a se desincumbrir gradativamente da construção direta de tais garantias aos administrados.

Recebida a qualificação de “organização social”, a entidade, após celebração de contrato com a Administração Pública, estará apta a receber bens públicos em permissão de uso e sem licitação prévia; ser beneficiária de recursos orçamentários; e receber servidores públicos cedidos a expensas do erário público. Por outro lado, caberá ao Poder Público fiscalizar o cumprimento do programa de

trabalho proposto, com suas metas e prazos para execução, verificado mediante critérios absolutos de qualidade e produtividade (MELLO, 2016).

Em âmbito federal, podem ser apontadas algumas notas características das “organizações sociais”: a) natureza de pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos; b) criada por particulares, deve se habilitar perante a Administração Pública, para obter a qualificação pretendida; c) pode atuar nas áreas de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde; d) seu órgão deliberativo deve apresentar membros do Poder Públicos e da comunidade; e) as atribuições, responsabilidades e obrigações do Poder Público e da “organização social” são definidos por meio de contrato de gestão, que será supervisionado pelo órgão ou entidade supervisora da área de atuação correspondente à atividade fomentada; f) a ajuda pelo Poder Público poderá abranger as seguintes medidas: destinação de recursos orçamentários e bens necessários ao cumprimento do contrato de gestão, cessão especial de servidores públicos e a dispensa de licitação nos contratos de prestação de serviços celebrados entre a Administração Pública e a “organização social”; g) a entidade poderá ser desqualificada como “organização social”, pela perda do título, quando descumprir as normas do contrato de gestão (DI PIETRO, 2015).

Percebe-se, dessa forma, que a “organização social” será mais que um simples colaborador do Poder Público, constituindo-se em um substituto no momento da prestação de serviços de natureza social. Em contrapartida, receberá do Estado incentivos e colaborações que, em que pese gerem dispêndios de recursos e servidores à máquina pública, mostra-se como uma medida absolutamente viável do ponto de vista administrativo e financeiro, especialmente em áreas que demandariam servidores especializados e que implicariam na montagem de estruturas complexas no âmbito da prestação direta dos serviços pelo Estado.

De modo cumulativo, para além da primeira modalidade apresentada, podem ser conceituadas como “organizações da sociedade civil de interesse público”, conforme a Lei 9.790/1999, as pessoas jurídicas de direito privado requerentes, para fins de habilitá-las a firmar *termos de parceria* com o Poder Público, com o qual se credenciam a receber recursos ou bens públicos empenhados neste vínculo cooperativo entre ambos, mediante cumprimento de tais requisitos: a) não tenham fins lucrativos; b) tenham sido constituídas e em

funcionamento regular há, no mínimo, três anos; c) sejam prepostas a determinadas atividades socialmente úteis; d) não sejam legalmente impedidas; e) cumpram regras legais específicas em seus estatutos (BRASIL, 1999).

Podem ser apontadas como características da “organização da sociedade civil de interesse público”: a) pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos; b) criação de iniciativa privada, devendo habilitar-se perante o Ministério da Justiça para obter a qualificação de OSCIP; c) deve atuar em pelo menos uma das seguintes áreas: assistência social; promoção da cultura; defesa e conservação do patrimônio histórico e artístico; promoção gratuita da educação ou da saúde; promoção da segurança alimentar e nutricional; defesa, preservação e conservação do meio ambiente e promoção do desenvolvimento sustentável; promoção do voluntariado; promoção do desenvolvimento econômico e social e combate à pobreza; experimentação, não lucrativa, de novos modelos socioprodutivos e de sistemas alternativos de produção, comércio, emprego e crédito; promoção de direitos estabelecidos, construção de novos direitos e assessoria jurídica gratuita de interesse suplementar; promoção da ética, da paz, da cidadania, dos direitos humanos, da democracia e de outros valores universais; estudos e pesquisas, desenvolvimento de tecnologias alternativas, produção e divulgação de informações e conhecimentos científicos; d) seu vínculo com a Administração Pública é estabelecido por meio de termo de parceria; e) a execução do termo de parceria será supervisionada pelo órgão do Poder Público da área de atuação correspondente à atividade fomentada e pelos Conselhos de Políticas Públicas das áreas correspondentes de atuação existente; f) a entidade poderá perder a qualificação a pedido ou mediante decisão proferida em processo administrativo, no qual será assegurada a ampla defesa e o contraditório (DI PIETRO, 2015).

As chamadas OSCIPs distinguem-se das “organizações sociais” nos seguintes pontos: a) a atribuição do qualificativo “organização” não é discricionária como naquelas, sendo aberta a qualquer sujeito que atenda aos requisitos indispensáveis; b) não celebram “contratos de gestão” com o Poder Público, mas “termos de parceria”; c) não prevê o trespasso de servidores públicos; d) o Poder Público não participa de seus quadros diretivos, ao contrário do que ocorre naquelas; e) o objeto da atividade delas é muito mais amplo, compreendendo, inclusive, finalidades de benemerência social, ao passo que as “Organizações Sociais” prosseguem apenas atividades de ensino, pesquisa científica,

desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde (MELLO, 2016).

Embora haja muitos pontos comuns entre essas entidades e as “organizações sociais”, resta claro que o objetivo pretendido pelo Governo é bem diverso nos dois casos: nas “organizações sociais”, o intuito evidente é o de que elas assumam determinadas atividades hoje desempenhadas, como serviços públicos, por entidades da Administração Pública, resultando na extinção dessas últimas. Nas “organizações da sociedade civil de interesse público”, essa intenção não resulta do mesmo modo, pois a qualificação da entidade como tal não afeta em nada a existência ou as atribuições de entidades ou órgãos integrantes da Administração Pública. No caso das OSCIPs, a atuação da Administração Pública enquadraria na função de fomento, ou seja, de incentivo à iniciativa privada de interesse público, de maneira que o Estado não está abrindo mão do serviço público (tal, como ocorre na “organização social”, para transferi-lo a iniciativa privada, mas fazendo parceria (DI PIETRO, 2015).

É evidente que esse processo de substituição do Estado pelos particulares na prestação de serviços públicos ainda encontra-se em fase de implementação no Brasil, considerando-se a contemporaneidade de seu surgimento tanto em nível internacional quanto nacional.

Entretanto, parece uma rota difícil de ser desviada, especialmente quando se percebe, em determinadas Administrações, que o serviço público essencial e as garantias em nível social mostram-se como um dos primeiros elementos a serem minimizados e “terceirizados” em tempos de crise econômica, sob a falsa motivação de uma estratégia de crescimento e pacificação econômica, além de critérios como o da eficiência.

Diante de todo o cenário descrito, e já em um plano específico, percebeu-se uma total ausência do Estado que, ao que parece, tende a ser perpétua, no processo de prevenção ao suicídio, prática essa que tem se mostrado efetivamente como um problema de saúde pública no transcorrer dos últimos anos. Dessa forma, emergiu na realidade brasileira, até mesmo antes do advento da Reforma Gerencial, entidades criadas pela sociedade civil que tinham por objetivo a proteção de um direito elementar para o cidadão tutelado pela ordem jurídica brasileira: o direito à vida.

Assim como em diferentes áreas no campo do social, o ressurgimento do voluntariado pode ser verificado no âmbito das ações e serviços de atendimento em saúde.

O caso das ações históricas de prevenção ao suicídio é exemplificativo desse processo, que de forma direta e indireta se repete em diferentes frentes de ação de proteção social no Brasil, em face da inércia do Estado e do real enfrentamento das expressões da questão social no país.

Nesta perspectiva, o histórico do Centro de Valorização da Vida (CVV) é apresentado em seus aspectos históricos e constitutivos, como um caso histórico no qual o voluntariado tem sido esse elemento de sustentação e que, no contexto da reforma gerencial do Estado, ressurge no contexto das ações de proteção social no Brasil, como expressão do desmonte sofrido pelo Estado Social Brasileiro, hodiernamente, inscrito no âmbito das ações do chamado terceiro setor.

4.2 O RESSURGIMENTO DO VOLUNTARIADO FACE À INÉRCIA ESTATAL: O CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA (CVV) E SEUS ASPECTOS HISTÓRICOS E CONSTITUTIVOS

Como se indicou anteriormente, alguns serviços de natureza social, prestados diretamente pelo Estado, foram gradativamente migrando para iniciativas da sociedade civil, mediante mobilizações face à inércia ou antagonismo da Administração Pública em compreender determinadas conjunturas sociais. A realidade do suicídio, como já abordado anteriormente, não se deu de forma diversa, ao menos no Brasil.

O século XX, conforme já apresentado, alimentou as ideologias conflituosas do século anterior, as quais negavam o valor da pessoa por meio da supervalorização do sujeito coletivo. Nesse período pós-guerra, com a perda de mais de 100 milhões de vidas, surge com ênfase o conceito de emergência da pessoa, sendo esta uma reação aos genocídios e ao desprezo pela autonomia da natureza humana (SANTOS, 2012).

Diante dessa realidade, foi a partir do término da 2^a Guerra Mundial que, na Europa e nos Estados Unidos, começaram a surgir novos agrupamentos de pessoas com a função primordial de trabalhar de maneira voluntária na prevenção ao suicídio. O tema da prevenção ao suicídio é debatido na Europa desde, pelo menos, o início do século XX. O que se registra como primeiro programa de

prevenção do suicídio foi criado nos Estados Unidos, em 1906, chamado de *National Save-A-Life League*. Em 1958 houve a criação do Centro de Prevenção de Los Angeles, filiado ao *National Institute for Mental Health*, e que inspirou outros centros criados posteriormente (MARTINS, 2016).

No continente europeu, o primeiro centro de prevenção ao suicídio foi criado em Viena, em 1928, e influenciou a criação de outros centros na Hungria, na Tchecoslováquia e na Alemanha. A Escola de Viena, na área da psiquiatria, participou da criação, em 1960, da *International Association for Suicide Prevention*, a primeira associação internacional sobre o tema. Em Portugal, a partir da década de 1970, foram implantados serviços telefônicos de apoio emocional. O primeiro foi o Telefone SOS – Voz Amiga, hoje Centro SOS – Voz Amiga, criado em 1978, em Lisboa (MARTINS, 2016).

Atualmente, na Europa, existem mais de quatro centenas de serviços telefônicos de apoio emocional voltados para a prevenção do suicídio. Duas associações internacionais articulam esses centros, através do compartilhamento de metodologias, da circulação de informações e do apoio institucional: a *International Federation of Telephone Emergency Services (IFOTES)* e a *Befrienders Worldwide – Volunteer Action to Prevent Suicide*. A *IFOTES*, federação à qual está vinculado o Centro SOS – Voz Amiga de Lisboa, foi fundada em 1967 e reúne federações nacionais de serviços telefônicos de emergência. A *Befrienders Worldwide* é uma rede, à qual está filiado o CVV, com propósitos e estrutura muito semelhantes à *IFOTES*. Ela define, como uma das suas principais tarefas, a redução dos suicídios (MARTINS, 2016).

Como principal entidade surgida no período indicado, destacou-se “Os Samaritanos”, fundada no início da década de 1950, em Londres, pelo Reverendo Edward Chad Varah.

Em verdade, as raízes de “Os Samaritanos” remontam ao ano de 1936, quando o jovem Reverendo Chad Varah, recém-formado pela Igreja Anglicana, fora designado para proceder ao ofício fúnebre de uma jovem de quatorze anos que, sem qualquer informação, se suicidara após os primeiros sinais de menstruação, pois pensava estar acometida de alguma doença grave. Após o enterro, o Reverendo Varah voltou para sua casa e escreveu para um pequeno jornal de Londres dizendo-se sempre disponível, em sua própria casa, para “ouvir

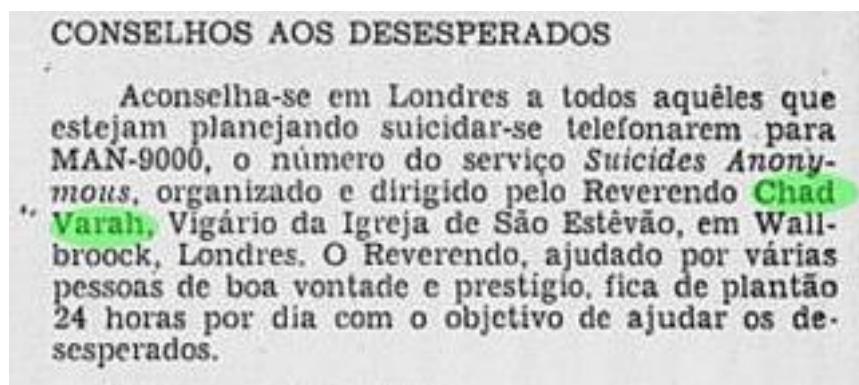
seriamente pessoas falarem de assuntos sérios" (CONCHO; LORENZETTI; FOCÁSSIO, 1989).

Dando continuidade a esse trabalho, na década de 1950, Chad Varah, com a colaboração de alguns amigos de sua comunidade religiosa, deu início ao plantão central de "Os Samaritanos", instalado inicialmente no porão da Igreja de Santo Estevão, a qual foi reconstruída pelo próprio Varah e seus companheiros após o término da 2^a Guerra Mundial. O Reverendo Chad passou a utilizar, ainda, o seu próprio telefone para atendimentos à distância, dando início as reconhecidas *hotlines*, com o objetivo de expandir cada dia mais o trabalho de apoio emocional iniciado por ele (CONCHO; LORENZETTI; FOCÁSSIO, 1989).

Vinte e cinco anos após a sua fundação oficial, "Os Samaritanos" já contava com mais de 120 postos de prevenção ao suicídio em toda a Inglaterra e em alguns outros países, reunindo mais de vinte mil voluntários (CONCHO; LORENZETTI; FOCÁSSIO, 1989).

O trabalho de Chad Varah repercutiu em todo o mundo, sendo objeto, inclusive, de uma nota no Jornal do Brasil, em 04 de julho de 1960, com a manchete "Conselhos aos Desesperados":

Ilustração 1 – Nota do Jornal do Brasil em 04 de julho de 1960



Fonte: Jornal do Brasil, ano LXX, número 155, 04 de julho de 1960, página 03.

Além do Jornal do Brasil, que trouxe no decorrer desse período diversas abordagens sobre a entidade, merece destaque dentro da mídia impressa brasileira uma ampla matéria trazida pela Revista O Cruzeiro, em 12 de abril de 1958, a qual afirmou em sua manchete, seguida de uma foto do Reverendo Chad Varah, "DISQUE MAM 9000 PARA NÃO MORRER" (BLAU, 1958):

Ilustração 2 – Matéria da Revista O Cruzeiro de 12 de abril de 1958



Fonte: Revista O Cruzeiro, ano XXX, número 27, 12 abr. 1958, página 43.

No texto da matéria, Tom Blau (1958, p. 43) descreveu brevemente o trabalho realizado pela entidade criada pelo Reverendo Varah:

O suicida em potencial disca o número “MAM 9000”. A voz calma, que responde, é a do Reverendo Chad Varah, Reitor de St. Stephen, Walbrook, na cidade de Londres. É ele o idealizador e criador de uma organização de voluntários, conhecida como “Os Samaritanos”, que tomou a si a tarefa de salvar as pessoas do suicídio. Para mais de 300 pessoas, que tencionavam matar-se, encontram alívio, hoje, dada a existência desses samaritanos do Século XX. Mais de 500 outras têm sido ajudadas a resolver angustiosos problemas pessoais. Qual é o segredo dos “Samaritanos”? A resposta de M. Varah é concisa e pronta: “Fé”!

A ampla divulgação na mídia impressa da época, bem como o seu conteúdo com avaliação nitidamente positiva quanto à iniciativa de Chad Varah, além de demonstrar a relevância da criação desse novo serviço, exerceu papel na disseminação da proposta e do surgimento de um voluntariado inspirado na obra de Varah para os mais diversos países do mundo.

Isis Ribeiro Martins (2016, p. 25) apresenta os valores a partir dos quais “Os Samaritanos” se originaram e disseminaram suas propostas e ideologias pelos mais variados lugares do mundo:

Escuta (por acreditarem que isso produz um alívio ao auxiliar a compreensão da própria situação do usuário); confidencialidade (para que os usuários se sintam seguros em falar); respeito à tomada de decisão das pessoas (porque creem que as pessoas têm o direito de encontrarem as próprias soluções para os seus problemas); ausência de julgamento (para permitir que as pessoas falem sem que sejam prejulgadas); e contato humano (porque dedicar o tempo às pessoas permite que elas tenham alívio para suas angústias).

Para que se possa dimensionar o trabalho desenvolvido pelos “Samaritanos”, em 2015 o serviço contava com 201 postos de atendimento e vinte mil voluntários no Reino Unido, os quais foram responsáveis por mais de 5,4 milhões de atendimentos apenas no referido ano. Desde 1984, quando passou a realizar a contabilidade das abordagens realizadas, a entidade já realizou mais de 68 milhões de atendimentos (THE SAMARITANS, 2016).

Maior que a relevância em seu país, “Os Samaritanos” acabaram por inspirar, por meio de um trabalho de divulgação e conscientização, a criação de entidades similares por todo o mundo, as quais passaram, desde a década de 1960, a realizar o atendimento de pessoas que se encontravam em situações de risco emocional que poderiam levar à prática do suicídio.

No Brasil, as bases daquilo que seria hoje o Centro de Valorização da Vida (CVV) surgiram de uma pequena turma da Escola de Aprendizes do Evangelho, criada na Federação Espírita do Estado de São Paulo em 1950. Tais alunos, a maioria jovens, partiam em ritmo de caravana para os bairros periféricos da capital de São Paulo, buscando conhecer as pessoas e suas dificuldades de vida, sendo que tal movimento passou a ser conhecido como Caravana Fraterna, a qual não possuía nenhuma preocupação institucional ou pedagógica (SANTOS, 2012).

Dalmo Duque dos Santos (2012, p. 53) faz um resgate histórico acerca do surgimento do Centro de Valorização da Vida no Brasil:

Nesse vai e vem de idas e vindas, surgem aqueles que se revelam os mais ousados e que influenciam seus companheiros, logo eleitos naturalmente como líderes desses grupos. Nessa turma [da Caravana Fraterna] o escolhido foi um jovem de 17 anos que, apesar da idade, revelava um pendor para condição e motivação daquele grupo desde as primeiras aulas. O dirigente da turma foi Dr. Milton Batista Jardim, médico que havia se formado alguns anos antes sob a direção de Edgard Armond, coronel aposentado da polícia militar e que havia criado essa escola iniciática na Federação. Armond era iniciado na escola humanista maçônica. Numa determinada altura do curso, o Dr. Milton abordou o jovem líder da turma e lhe entregou um envelope pardo com alguns recortes da revista Mundo Ilustrado. Dentro continha uma reportagem sobre um serviço de prevenção do suicídio, realizado por voluntários em Londres. Os voluntários eram Os

Samaritanos, liderado pelo sacerdote anglicano Chad Varah. Dentro do envelope também havia um pequeno bilhete anotado por Edgard Armond com os seguintes dizeres “Para quem deseja servir, aqui está uma boa oportunidade”. [...] O jovem percebeu que não se tratava apenas de uma simples sugestão, mas de um assunto de alta gravidade e não um modismo estrangeiro, tão comum no Brasil daquela época.

Jacques Conchon, o então menino de 17 anos, e alguns outros fundadores do CVV foram frutos desse ambiente de juventude e idealismo humanitário, podendo-se destacar como primeiros voluntários: Flávio Focássio, Mario Seki, Nelson de Oliveira, Mário Pinesi, Nicolau Rizzo, Jacques Conchon, Alice Monteiro, Renato Tonon, Elisabeth Alves de Melo, Misayo Ishioca, Alcebíades Olivieri, Marius Vieira Gonçalves, Lino Antonio, Lourival Bahia, Suely Conchon e Marinalva Garcia Lima (SANTOS, 2012).

Além de Conchon, Edgard Pereira Armond, oficial da Força Pública de São Paulo, foi a principal herança filosófica que deu origem ao CVV. Sua formação moral e intelectual estava vinculada a três tendências disciplinares: a educação militar, educação política e intelectual humanista e a educação iniciática, sendo que em cada uma dessas escolas formativas é possível encontrar as raízes do Centro de Valorização da Vida (SANTOS, 2012).

Dalmo Duque dos Santos (2012, p. 77) trata desse primeiro momento do voluntariado e dos apoiadores da implementação do projeto inicial do Centro de Valorização da Vida:

Quando esses jovens tomaram a decisão de realizar abertamente um trabalho de prevenção ao suicídio, contaram com o incentivo e o apoio de muitos que enxergavam a importância de abrir uma porta para que esse assunto pudesse ser encarado com menos receio e mais seriedade. Algumas dessas pessoas que o incentivaram eram profissionais especialistas e, ao contrário do discurso corporativista e do temor infundado de que a iniciativa poderia até estimular o suicídio, perceberam que essa ação poderia ser o grande diferencial que não existia com tanta intensidade nos segmentos profissionais. Wilson Ferreira de Melo, médico psiquiatra de grande prestígio na capital, logo percebeu que esse era exatamente o ponto que poderia mudar as coisas: o fator humanitário da atividade voluntária. Mesmo não sabendo claramente quais seriam as consequências daquela atitude ousada, ofereceu ajuda imediata ao grupo como conselheiro e suporte profissional. [...] Ary Lex, médico e professor da USP e da Universidade Mackenzie, muito preocupado com os obstáculos já citados, recomendou severamente aos jovens fundadores do CVV que não iniciassem as atividades sem antes conhecer todas as informações que pudessem ser úteis ao exercício da prevenção. [...] Pedro Martins, jovem médico que presidiu o CVV por mais de 20 anos, não somente emprestou seu nome para o grupo, mas também contribuiu para que a entidade evoluísse do caráter experimental para a existência e crescimento institucional.

É possível perceber, assim, que mesmo não se tratando de uma entidade especializada em saúde mental ou em tratamento de moléstias, o CVV já recebeu inicialmente, de maneira paralela às críticas, um apoio contundente de reconhecidos profissionais de saúde da época, que enxergaram a relevância dos serviços voluntários na medida em que tais iniciativas conseguiam adentrar em problemáticas e em grupos sociais até então inatingíveis pela psicologia e psiquiatria tradicionais.

A pessoa jurídica do Centro de Valorização da Vida foi formalmente constituída em 09 de fevereiro de 1968, na forma de associação privada.

Assim, constata-se que o CVV nasceu a partir de uma matriz religiosa espírita e, por motivos práticos e coerência filosófica, se desfez institucionalmente dessa característica, tornando-se com o tempo um programa areligioso, o qual passou a ser procurado por pessoas das mais variadas crenças ou sem nenhuma delas (SANTOS, 2012).

É evidente que, diante do caráter sanitário a ser percorrido pelo grupo em formação, se o CVV e seus voluntários dessem continuidade aos seus trabalhos a partir de uma matriz religiosa espírita – ou de qualquer outra religião – o receio e as resistências sociais ao serviço poderiam aumentar, acabando por inviabilizar a sua continuidade. Ainda, o próprio apoio de médicos e demais profissionais especializados por ocasião da origem desse voluntariado fizeram com que a proclamação da doutrina espírita enquanto pilar do CVV fosse superada de maneira gradativa e natural.

Nesse sentido, passou-se a compreender tal prática voluntária como algo totalmente desvinculado de igrejas ou dogmas religiosos, sendo que todas as pessoas, voluntários e atendidos, independente da fé que professavam, ou da ausência dela, poderiam atuar ou ser amparados pela entidade.

O Programa CVV de Prevenção do Suicídio, iniciado em 1962, na cidade de São Paulo, foi a primeira atividade desenvolvida pelo Centro de Valorização da Vida, nos mesmos moldes de “Os Samaritanos”, em Londres. (CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA, 2006).

A pessoa jurídica Centro de Valorização da Vida (CVV) é uma sociedade civil sem fins lucrativos, de caráter filantrópico, tendo sido reconhecida de Utilidade Pública Federal pelo Decreto-lei nº. 73.348, de 20 de dezembro de 1973. Tal reconhecimento foi mantido por meio de Decreto em 27 de maio de 1992. A Lei

nº. 91/35, que concedia tal título, foi revogada pela Lei nº 13.204 de 2015 e, assim, deixou de existir o título de Utilidade Pública Federal (UPF). Atualmente o CVV pode ser considerado como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), desde que promovida e deferida à solicitação junto ao Ministério da Justiça por cada um de seus postos, os quais possuem independência para tanto. Isso ocorre porque cada posto do CVV constitui-se em uma pessoa jurídica independente das demais e da organização em nível nacional.

Sobre sua estrutura organizacional, o Centro de Valorização possui vários departamentos, dentre os quais se destaca o Departamento CVV, que tem como objetivo o desenvolvimento do Programa CVV de prevenção do suicídio através do apoio fraterno às pessoas desesperadas. A coordenação de todos os trabalhos é da responsabilidade do Diretor do Centro de Valorização da Vida, eleito para o Departamento CVV e designado como Diretor do CVV. Os Postos CVV são os executores dos programas de trabalho desenvolvidos pelo CVV, sendo coordenados por um Posto Coordenador Regional (CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA, 2006).

Em que pese o fato do CVV e de toda a sua estrutura significarem o início de um processo de conscientização sobre a prevenção do suicídio enquanto um problema que deve ser discutido e superado dentro da sociedade, a temática se mostrava, na década de 1960, como um tabu difícil de ser ultrapassado, especialmente em decorrência da postura de doutrinas religiosas que condenavam a prática suicida enquanto um pecado imperdoável.

Na contramão dessa resistência ao debate do suicídio, a Revista Realidade, em sua edição número 38, no mês de maio de 1969, retratou a relevância do recém-criado serviço de prevenção ao suicídio em uma ampla reportagem (de 03 páginas), indicando que a entidade e seus voluntários seriam capazes de devolver a esperança perdida para aqueles que se encontravam em vias do cometimento de suicídio:

Este homem quer morrer. Vive um daqueles dramas íntimos que, cada ano, no Brasil, levam 3 mil pessoas ao suicídio. Antes de disparar o revólver, tomar veneno ou apertar o laço na forca, ele ainda tem uma oportunidade de viver. Em São Paulo, basta correr ao telefone e discar um número. Do outro lado da linha, uma voz amiga lhe devolverá a esperança perdida: 33-2050, PLANTÃO DA VIDA (GUEDES, 1969, p. 121).

Esse processo de divulgação na mídia impressa brasileira do Centro de Valorização da Vida, que teve sua origem brasileira na cidade de São Paulo, pode ser considerado como um importante marco para discussão na sociedade do suicídio enquanto problemática de cunho social e de saúde pública no Brasil:

Ilustração 3 – Matéria da Revista Realidade do mês de maio de 1969



Fonte: Revista Realidade, ano IV, número 38, maio 1969, página 121.

Nos anos subsequentes, a notória valorização dada pelos meios de comunicação ao CVV no decorrer de sua trajetória mostrou-se extremamente relevante para expansão dos serviços e do próprio conhecimento por parte dos usuários em potencial, ocupando espaço nas discussões públicas que versavam sobre o suicídio enquanto uma realidade a ser superada.

Nesse sentido, em 08 de julho de 1977, o Jornal do Brasil (CABALLERO; JACQUES, 1977) apresenta como manchete de um de seus principais cadernos a expressão “NÃO TE MATARÁS”, referindo-se às práticas suicidas, trazendo um contundente relato da situação do suicídio no Brasil na década de 1970, e indicando o Centro de Valorização da Vida como um dos meios eficazes de prevenção:

Ilustração 4 – Matéria do Jornal do Brasil em 08 de julho de 1977



Fonte: Jornal do Brasil, ano LXXXVII, número 91, 08 de julho de 1977.

No texto trazido pelo jornal, além de tratar do suicídio como resultado de uma conjuntura social, a reportagem transcreve um contundente apelo de Chad Varah, fundador de “Os Samaritanos” que, em visita ao Brasil, faz uma campanha pela ampliação do acesso ao CVV:

Se você deseja matar-se, espere um momento e dê uma chance a si mesmo. Disque 246-4356 ou 266-1629 (Rio de Janeiro), 32-8476 e 34-2121 (em São Paulo) e 25-0612 (em Porto Alegre). Alguém atenderá o telefone. Com voz suave, mas firme, tentará dissuadi-lo. Estabelecido o diálogo, a voz partilhará de sua solidão, compreenderá sua angústia e fará uma derradeira tentativa de salvá-lo de sua depressão e neutralizar o sentimento de autodestruição que o induz ao suicídio. É assim que o Reverendo Chad Varah, pastor anglicano de 63 anos explica, em Porto Alegre, o objetivo da organização Befrienders International, da qual é presidente, que reúne 165 Centros de Valorização da Vida em 30 países, com o apoio de 18.500 voluntários.

Diante dos recortes apresentados, verifica-se que, mesmo diante desse difícil cenário para discussão da temática, o impacto inicial do trabalho do CVV foi de tamanha relevância social que o seu surgimento passou a ser objeto de inúmeras abordagens em renomados veículos de comunicação, o que pode ser considerado como um passo para a superação, ainda em processo de amadurecimento, do preconceito quanto ao debate do suicídio enquanto problema de saúde pública que, como tal, deve ser alvo de campanhas de prevenção.

4.3 O VOLUNTARIADO, OS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS E A FILOSOFIA DO CVV

A emergência das primeiras associações voluntárias de caráter social se originou na Europa entre os séculos XIV e XVI; no entanto, somente no século XVIII a caridade adquiriu a conotação de virtude humana, apoiada nos ideais de fraternidade e solidariedade. A partir do século XIX, as organizações voluntárias tornaram-se importantes. (DOCKHORN; WERLANG, 2009)

O voluntariado busca alternativas para os problemas sociais colaborando com a recomposição da ética e da solidariedade e no fortalecimento da sociedade civil enquanto instrumento de solução de seus próprios problemas. Na sociedade atual, a forma como é organizado o voluntariado varia a partir da normatização de cada país, ou, ainda, de acordo com cada estrutura econômica, com a política social e com o nível de desenvolvimento das nações.

O trabalho voluntário existe no Brasil há muito tempo, ao passo que já era prestado na Casa de Misericórdia da Vila de Santos, capitania de São Vicente, em 1543. As igrejas usavam e continuam utilizando-se de serviços filantrópicos para consecução de suas finalidades essenciais. Na maioria das vezes, são serviços prestados por solidariedade a outras pessoas ou em benefício da comunidade. O serviço voluntário é uma doação do trabalho da pessoa, sem qualquer contraprestação pecuniária por parte do tomador dos serviços. São trabalhos humanitários, caritativos, desinteressados de qualquer retribuição pecuniária (MARTINS, 2016).

É interessante notar que, tal como na história do Brasil, o voluntariado do CVV também teve sua origem nas igrejas e nos trabalhos de evangelização, em que pese o fato de tal origem ter sido gradativamente superada para dar lugar a um trabalho alheio a qualquer tipo de profecia específica de fé.

Originadas a partir das desigualdades sociais, as ações voluntárias visam a colaborar com as questões primordiais da sociedade, como educação, saúde e bem-estar, fazendo parte de tais questões os principais problemas de saúde pública, como, por exemplo, os comportamentos violentos, em face de terceiros ou de si próprio, como no caso do suicídio (DOCKHORN; WERLANG, 2009).

Segundo normatização contida no ordenamento jurídico brasileiro, considera-se trabalho voluntário a atividade não remunerada prestada por pessoa física a entidade pública de qualquer natureza, ou a instituição privada sem fins lucrativos, que tenha objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos,

recreativos ou de assistência social, inclusive mutualidade (art. 1º da Lei nº 9.608/1998) (BRASIL, 1998).

A partir do texto legal, constata-se que a primeira característica que se sobressai do conceito de trabalho voluntário é a sua pessoalidade, ou seja, não há que se falar em voluntariado constituído por pessoas jurídicas ou instituições, sendo que o seu núcleo é a pessoa humana que, por óbvio, é a única capaz de desenvolver um real sentimento de solidariedade e caridade por seus semelhantes.

Nesse sentido, o voluntariado é o pilar fundamental de toda a estrutura do CVV, que é uma pessoa jurídica. A ele cabe não apenas o atendimento ao usuário, mas também a organização do Posto CVV ao qual é filiado, a seleção e treinamento de novos voluntários, a divulgação do serviço, bem como a sua própria atualização teórica e técnica. Além disso, são os voluntários que sustentam financeiramente o Posto com uma mensalidade paga à mantenedora – instituição de personalidade jurídica que comporta o Programa CVV (DOCKHORN; WERLANG, 2009).

O segundo elemento constitutivo do conceito de trabalho voluntário que deve ser destacado é a ausência de contraprestação pelos serviços prestados. Diferente das outras modalidades de trabalho, que possuem como elemento caracterizador a compensação pecuniária pela força laboral despendida, o voluntariado possui como fundamento de suas atividades uma solidariedade alheia a interesses patrimoniais e financeiros, em total compasso com um sentimento real de filantropia.

Segundo o Manual do Voluntário do CVV (CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA, 2006) o voluntário do Centro é a pessoa “com disponibilidade interior para acolher, ouvir e compreender as pessoas angustiadas que procuram o CVV. Deve ser uma pessoa flexível e não-sectária, disposta a superar suas dificuldades pessoais para aprender a ajudar o próximo”.

Assim, a disponibilidade não apenas interior, mas objetivamente de tempo e de condições materiais para se dedicar às atividades voluntárias sem prejuízo próprio de suas atividades ou de suas condições físicas e psicológicas, mostra-se como elemento indispensável na caracterização do voluntariado do Centro de Valorização da Vida.

O denso caráter emocional da atividade exige um forte envolvimento do voluntário, não apenas emocionalmente, mas também em termos do número de horas doadas ao CVV e aos seus atendidos.

Os plantões têm a duração de quatro horas e meia e são sempre semanais, com exceção do plantão que se inicia às 23 horas e termina às 07 horas, o qual, por ser de oito horas e não de quatro, ocorre quinzenalmente. Durante o plantão, toda a atenção do voluntário deve estar dirigida para a outra pessoa. Cumulativamente, mensalmente, os voluntários participam de uma reunião de grupo, cujo objetivo é viabilizar um espaço de troca de experiências, discussões administrativas, estudo e treinamento. Por fim, para proporcionar integração e coesão entre os voluntários, é realizada, bimestralmente, uma Reunião Geral de Voluntários, visando desenvolver e manter a noção de equipe com metas comuns (DOCKHORN; WERLANG, 2008).

Finalmente, o terceiro elemento constitutivo do trabalho voluntário é a prestação de serviços voltados a uma entidade pública de qualquer natureza, ou a instituição privada sem fins lucrativos, como é o caso do CVV. Deve-se frisar, a título de conceituação, que o Centro de Valorização da Vida não é vinculado ou mantido pelo Poder Público, em que pese possa vir a receber alguma contrapartida financeira para sua instalação e manutenção. A totalidade das despesas da entidade é habitualmente arcada com a contribuição não obrigatória de seus próprios voluntários, que constantemente promovem iniciativas para arrecadação de verbas complementares essenciais à manutenção do serviço.

As redes internacionais de proteção ao suicídio, das quais o CVV faz parte, determinam algumas prescrições sobre as formas de atendimento ao usuário do serviço:

- (i) ser isento de direcionamento religioso; (ii) ser feito de forma respeitosa com todos os usuários, considerando suas crenças e escolhas; (iii) transcorrer de maneira que o voluntário não imponha nada e nem direcione a conversa; (iv) cumprir o anonimato e o sigilo das chamadas; (v) oferecer um serviço gratuito e conduzido por voluntários; (vi) ser desempenhado por voluntários treinados para que respeitem e compreendam as técnicas de ajuda; (vii) considerar que “quem escuta” não pode se deixar manipular ou ser ofendido; (viii) ter em seus horizontes que os voluntários precisam “se beneficiar de suas atividades para seu crescimento pessoal”; (ix) promover o ambiente de escuta incondicional, sendo a fala o principal remédio para os sofrimentos e mazelas humanas.

Carolina Dockhorn e Blanca Werlang (2008, p. 195) destacam a relevância do trabalho desenvolvido pelos voluntários do Centro de Valorização da Vida:

Os voluntários do CVV, através de uma abordagem de disponibilidade e aceitação, preenchem uma lacuna criada pelo vazio e pelo desamparo, oferecendo às pessoas que telefonam a esperança de que eles podem mudar suas vidas para melhor. Isso porque a finalidade não está em resolver um problema, mas sim em ajudar o indivíduo a obter a independência e o amadurecimento que lhe permitam resolver outros problemas no futuro. Com atitude empática e garantia de sigilo, os voluntários do CVV são responsáveis pelo cuidado de pessoas, escutando-as a qualquer momento, uma vez que estão disponíveis 24 horas por dia, 365 dias por ano.

Em que pese a dedicação extrema ao voluntariado, conforme orientações em seu processo de formação, o voluntário nunca deve se envolver com os problemas dos atendidos, pois cabe a eles resolvê-los com suas próprias forças. Trata-se de um aparente paradoxo. Entretanto, é também uma experiência construída ao longo dos anos e, por isso, difícil de ser compreendida por voluntários novos ou pessoas alheias ao processo de atendimento do CVV (SANTOS, 2012).

Ainda sobre o voluntariado, Carolina Dockhorn e Blanca Werlang desenvolveram uma pesquisa em quatro Postos CVV (Porto Alegre, Novo Hamburgo, Blumenau e Florianópolis), os quais integram o Centro de Valorização da Vida, objetivando identificar características sociodemográficas e psicológicas em 100 voluntários participantes da pesquisa. Como resultados parciais destacam-se:

A média de idade dos voluntários CVV participantes deste estudo foi de 49,76 anos (DP=12,40), sendo 68% do sexo feminino e 32% do sexo masculino. Além de exercer o voluntariado, 62% dos participantes estão ativos no mercado de trabalho. Ainda, 81% do total de voluntários vivem de renda própria (salário ou aposentadoria) e 18%, de renda não própria (pensão, ajuda de terceiros, casamento etc.). Em relação à escolaridade, 9% têm Ensino Fundamental completo; 30%, Ensino Médio completo; e 61%, Ensino Superior completo. No que se refere à situação conjugal, 23% são solteiros, 53% são casados ou vivem em união estável, 8% são viúvos, 4% são separados judicialmente e 12% são divorciados. Além disso, 90% referem possuir uma religião, mas apenas 56% afirmam praticá-la. Considerando a existência de história de suicídio na família, 17% confirmaram-na, sendo que, destes, 76,5% foram suicídios consumados e 23,5%, tentativas de suicídio (DOCKHORN; WERLANG, 2009, p. 166).

Como conclusões do trabalho, destacam as autoras que os resultados obtidos apontam características sociodemográficas de pessoas educacionalmente bem instruídas e com estabilidade econômica que favorece a abertura para interesses solidários. Em termos psicológicos, apresentaram

características de personalidade – nos fatores de Extroversão, Socialização e Neuroticismo – próximas e similares à maioria da população, sendo pessoas “comuns”, cuja maior diferença está na iniciativa de agregar a suas vidas a possibilidade de ajudar outros indivíduos, a partir de uma identificação com a proposta de apoio do CVV (DOCKHORN; WERLANG, 2009).

Embora tal pesquisa tenha sido realizada em Postos específicos de uma região do país, os resultados indicam características típicas vinculadas ao voluntariado, indicando prevalência de pessoas com ensino superior completo e que apresentam estabilidade financeira que acaba por viabilizar parcela do tempo de suas vidas para prática do trabalho voluntário.

Além disso, é possível verificar que a matriz religiosa do CVV, em que pese tenha sido superada na prática diária de seus serviços, acaba por atrair uma maioria de voluntários identificados com uma crença religiosa específica, atingindo um percentual de 90% dentro de seus quadros.

Muitos afirmam que os voluntários do Centro de Valorização da Vida se caracterizariam como rogerianos (seguidores do psicólogo humanista Carl Rogers), por outro lado, muitos questionam tal classificação na medida em que desde a década de 1970 os voluntários do CVV já apresentariam um comportamento nitidamente não diretivo, deixando de oferecer conselhos e proporcionando à outra pessoa total liberdade para tomar decisões e, portanto, por elas mesmas assumir a responsabilidade por seus atos e pela superação de seu estado emocional eventualmente abalado (CONCHO; LORENZETTI; FOCÁSSIO, 1989).

Embora haja uma possível negação quanto à inspiração rogeriana para elaboração e execução das estratégias de abordagem pelos voluntários, parece evidente, até quando considerada a escassa literatura sobre o CVV, que a matriz teórica de Carl Rogers fundamentou e ainda serve como doutrina acessória ao enxergar a pessoa do usuário enquanto centro da solução de suas próprias aflições, figurando o voluntariado como um instrumento menos diretivo e mais reflexivo.

Cumulado ao perfil dos voluntários, Concho, Lorenzetti e Focássio (1989, p. 23), fundadores do CVV, trazem como fundamentos básicos da entidade que devem ser observados por seu voluntariado:

- a) compreensão empática, ou seja, compreender com a outra pessoa;
- b) aceitação: aceitar a pessoa como ela é, e não como gostaríamos que ela fosse, segundo os nossos princípios, e valores de julgamento;
- c) respeito: respeitar o indivíduo pela simples condição de ele ser, e, não, em função dos usuais padrões que a sociedade prescreve (títulos honoríficos ou acadêmicos, status social, condição financeira, etc.)

Estaria incompleta a enumeração dos alicerces básicos se não incluíssemos a confiança na capacidade que tem o ser humano, de crescer, sempre para uma condição mais aprimorada, desde que se lhe sejam oferecidas condições.

Do exposto, é possível compreender a figura do voluntário do Centro de Valorização como pessoas absolutamente alheias aos processos de julgamento constantemente observados no seio da sociedade, sendo que elas deverão pautar suas condutas pela aceitação e acolhimento incondicionais do usuário, o qual deverá sentir-se respeitado em sua própria individualidade, independentemente de qualquer condição social, econômica ou moral. Ainda, usuários e voluntários devem desenvolver a convicção de que, diante da oportunidade do diálogo, a solução de qualquer condição emocional eventualmente precarizada poderá ser alcançada por meio da capacidade de crescimento de todo ser humano.

Ainda, o Manual do Voluntário do CVV (2006) indica sete princípios fundamentais que norteiam a atuação do Centro:

- 1 – O objetivo primordial dos Postos do CVV é estarem disponíveis para prestar apoio emocional às pessoas que estão se sentindo propensas ou determinadas a praticarem o suicídio (pronto socorro).
- 2 – Os voluntários também procuram aliviar o sofrimento, a angústia, o desespero e a depressão, ouvindo e oferecendo apoio àqueles que sentem não haver ninguém disponível para aceita-los e/ou compreendê-los (prevenção).
- 3 – A pessoa que faz contato com um Posto do CVV terá respeitado o seu direito à liberdade de tomar suas próprias decisões, inclusive a de suicídio, a de romper o contato a qualquer momento e a de permanecer no anonimato (confiança na tendência construtiva).
- 4 – O fato de uma pessoa ter procurado o apoio oferecido pelo CVV, bem como tudo o que tenha dito e possa identifica-la, é completamente confidencial e sigiloso, permanecendo restrito ao próprio voluntário e, excepcionalmente, à coordenação do Posto, quando estiverem em risco os princípios e a segurança do trabalho ou de qualquer pessoa (sigilo).
- 5 – Quando o apoio solicitado for além do que o CVV está disponível e preparado para oferecer, a pessoa será esclarecida sobre os objetivos do trabalho (limites do voluntário, do posto e do CVV).
- 6 – Os voluntários, no trabalho de apoio aos que procuram o CVV, são por sua vez, apoiados e orientados pelos demais, especialmente os mais experientes, e os que integram a Coordenação do Posto (trabalho centrado no grupo).
- 7 – Os Postos são apolíticos e não sectários e os voluntários jamais tentarão influenciar ou impor suas próprias convicções, quaisquer que sejam, àqueles que procuram o CVV (respeito).

Os princípios fundamentais apresentados denunciam o pioneirismo da prática do CVV ao expor o seu caráter eminentemente emergencial, sendo um serviço acessório às práticas médicas e sociais que eventualmente não poderão ser imediatamente alcançadas pelo usuário que se encontra diante de um delicado quadro emocional. Além disso, a sua característica não-diretiva mantém intocável a liberdade do usuário em seu processo de tomada de decisões, buscando oferecer, tão somente, um momento de oitiva e reflexão das problemáticas que permeiam sua existência, de modo absolutamente sigiloso.

Ainda, considerando-se a essência coletiva do CVV, os voluntários mantém uma relação baseada na reciprocidade de tratamento, a partir da qual o atendimento aos usuários serão preparados e pautados por uma união de esforços, visando a maximização dos resultados e a plena realização daqueles que estão à procura de ajuda.

De modo cumulativo, Dalmo Duque dos Santos (2012, p. 99), ao analisar os princípios do CVV e a lógica de seu voluntariado explica que:

Na ética e nos princípios do CVV está embutido um conceito que, mesmo sendo o voluntário um especialista, este não deve agir como tal quando estiver dentro do posto. Nem pode se valer da condição de voluntário para agir como especialista. A recíproca também é verdadeira. O voluntário não pode agir como especialista para supervalorizar sua condição de leigo e se desviar do gesto que melhor caracteriza a sua condição de voluntário, que é doar amizade. Se ambos agirem de forma inversa estão violando não só os princípios do CVV, como também suas consciências e, pior ainda, a confiança e a vulnerabilidade emocional dos atendidos. Muitos são os casos em que os voluntários leigos entram em complicadas relações de dependência com os atendidos, como se eles fossem seus “pacientes”; e também há situações em que voluntários especialistas se enveredam em situações semelhantes e até perigosas.

Assim, ao ingressar nos quadros de voluntariado do Centro, toda pessoa passará a ser considerada um não-especialista, visto que, segundo a doutrina de atendimento do CVV, a qual não é objeto de análise do presente trabalho, toda atenção despendida pelo voluntário deverá ser não-diretiva, ou seja, não deverá haver qualquer processo de aconselhamento sobre a superação dos problemas trazidos pelo usuário ao voluntário, mas tão somente a disposição em ouvir os problemas indicados com atenção, presteza e respeito.

Dessa forma, um psicólogo ou médico psiquiatra não poderão orientar ou prescrever medicamentos aos usuários com base em suas formações, da

mesma forma que um advogado não poderá sugerir soluções jurídicas para os problemas de vida eventualmente explanados por quem esteja à procura de ajuda.

No entanto, mesmo não apresentando um envolvimento com o problema relatado pela pessoa atendida, é indiscutível a relevância na proposta de *hotlines* (atendimentos via telefone) como as do CVV, uma vez que proporciona um método econômico e absolutamente eficiente de dispensar serviço assistencial para maiores porções da sociedade, na medida em que os voluntários representam fonte de mão de obra, ainda que constituída por não-profissionais. Entretanto, tais ações não devem ser substitutivas das ações de proteção social públicas estatais. Conquanto, possuem uma natureza complementar, que situadas no campo da filantropia, não respondem às demandas do direito e da cidadania. Necessário é o fortalecimento de tais ações, resguardados o seu campo de atuação, o que não é argumento suficiente para a desoneração das obrigações do Estado, frente às demandas sociais de prevenção ao suicídio no Brasil.

A *hotline* oferece ajuda, apoio e informações em qualquer horário, principalmente quando a maioria das agências de serviços de apoio está fechada, como em finais de semana e feriados. É um serviço gratuito, independente do nível socioeconômico do usuário, oferecendo anonimato ao voluntário e ao usuário, transcendendo barreiras geográficas nas quais um segundo pode fazer diferença entre a vida e a morte, e oferece uma forma de ajuda aceitável para muitas pessoas que normalmente não procurariam um serviço médico ou de orientação convencional (DOCKHORN; WERLANG, 2008).

Assim, por meio de uma análise inicial da mídia impressa brasileira junto a Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional, especialmente a partir da década de 1950, constatou-se uma considerável repercussão nacional e internacional acerca da criação de “Os Samarianos”, em Londres, o qual inspirou o surgimento de serviços similares em diversos locais no mundo, inclusive no Brasil.

Ainda por meio da pesquisa documental junto aos jornais da época, verificou-se que a implantação do Centro de Valorização da Vida, no Brasil, acabou por desencadear um processo – ainda em amadurecimento, inclusive por meio de políticas governamentais – de discussões sociais sobre o suicídio e a viabilidade/possibilidade de sua prevenção por meio de trabalhos voluntários e políticas públicas pautadas por princípios e normatizações internacionalmente reconhecidas.

O que se conclui, portanto, é que o tratamento social dado ao suicídio no transcorrer das últimas décadas, em que pese tenha se mostrado insuficiente em decorrência dos históricos processos de condenação moral de tal prática, acabou por despertar na mídia e, em consequência disso, em toda a população, a preocupação com essa difícil realidade que se mostra presente nas diversas partes do mundo.

Nesse sentido, contata-se que apenas por meio de um amplo processo de diálogo social e institucional, a partir de políticas públicas em articulação com as iniciativas dos segmentos organizados da sociedade civil, será possível estabelecer, em nível nacional, uma política de prevenção ao suicídio, a qual já vem sendo construída nas últimas seis décadas de modo singular e contundente pelo Centro de Valorização da Vida. Conquanto, a prevenção ao suicídio não será atingida se o Estado delegar à sociedade civil essa obrigação, desonerando-se desta. O *leimotiv* imprescindível aos atos administrativos estatais resta caracterizado pela natureza das demandas humanas e sociais atreladas à causa da prevenção do suicídio. O direito à vida é um direito humano e resta no Brasil ser um direito fundamental, uma vez explicitado constitucionalmente. Portanto, ainda que ao longo da história, as ações de prevenção ao suicídio venham sendo desenvolvidas pelo CVV no país, coerente se faz que o Estado brasileiro fortaleça um conjunto de ações em torno desta problemática social e de saúde pública, contrariando a tendência de desoneração das ações estatais e de responsabilização da sociedade civil pelo seu enfrentamento, tal como proposto pela Reforma Gerencial do Estado. Resta evidente, que a minimização do Estado é, neste caso, fatal.

O que se percebe, a partir de todo o exposto, é que a nova forma de organização da Administração Pública que emergiu especialmente durante a década de 1990, resultado de um processo internacional de diminuição do Estado face às demandas sociais, resultou em uma verdadeira transferência de responsabilidades: o Poder Público, responsável originário pelo processo de efetivação de direitos e da garantia do bem-estar comunitário afastou-se de tal ônus, transferindo-o aos próprios particulares, que passaram a se organizar com vistas à efetividade social de garantias muitas vezes previstas na própria Constituição de 1988 como de responsabilidade estatal.

Com isso, em matéria de saúde, acabaram por surgir no Brasil

inúmeras iniciativas de diversos segmentos organizados da sociedade civil com o objetivo de atender às necessidades de saúde da população, que até então vinha sendo sonegadas pelo Estado brasileiro, enquanto direito. Nessa matéria, ressurge no Brasil o Centro de Valorização da Vida, entidade que possui como missão a prevenção social da morte por meio de práticas suicidas. Instituição esta, que no contexto da década de 1990, mediante a tendência de desresponsabilização das obrigações estatais, após reforma gerencial do Estado, ressurge no campo da saúde, no âmbito do então chamado ‘terceiro setor’, para suprir as carências da política de prevenção do suicídio, uma vez que o Estado se mantém negligente em face do atendimento desta demanda no país.

Assim, ao se falar da problemática do suicídio, percebeu-se que no Brasil houve um processo de inversão na prestação do serviço público, onde o Estado acabou sendo efetivamente substituído pela sociedade civil que, diante da inércia do Poder Público, viu-se compelida a organizar-se com vistas à promoção de qualidade de vida e prevenção do suicídio entre brasileiros.

Nesse sentido, procedeu-se à pesquisa quantitativa, de característica descritiva, visando compreender a dimensão da problemática do suicídio a partir de seus coeficientes nas três esferas da federação, com vistas a se analisar, sequencialmente, por meio da pesquisa empírica, o papel atualmente desempenhado pelo Estado brasileiro e pelos segmentos organizados da sociedade civil.

CAPÍTULO 5 – O MAPA DA MORTE E A DIMENSÃO DO PROBLEMA NAS TRÊS ESFERAS DA FEDERAÇÃO: A INCIDÊNCIA DO SUICÍDIO NO BRASIL, NO ESTADO DO PARANÁ E NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA/PARANÁ

“Qual é, portanto, esse sentimento incalculável que priva o espírito do sono necessário à vida? Um mundo que se pode explicar mesmo com parcas razões é um mundo familiar. Ao contrário, porém, num universo subitamente privado de luzes ou ilusões, o homem se sente um estrangeiro. Esse exílio não tem saída, pois é destituído das lembranças de uma pátria distante ou da esperança de uma terra prometida. Esse divórcio entre o homem e sua vida, entre o ator e seu cenário, é que é propriamente o sentimento da absurdade. Como já passou pela cabeça de todos os homens sãos o seu próprio suicídio, se poderá reconhecer, sem outras explicações, que há uma ligação direta entre este sentimento e a atração pelo nada.”

(Albert Camus, *O mito de Sísifo*, 1941)

Para a construção do presente capítulo, buscou-se a realização de uma pesquisa quantitativa descritiva com a finalidade de apresentar as taxas de suicídios no Brasil, no estado do Paraná e no município de Ponta Grossa/Paraná entre os anos de 2006 e 2015. Segundo Gil (2010, p. 42), as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, ainda, o estabelecimento de relações entre as variáveis pesquisadas.

A opção pela coleta dos dados quantitativos nessas três esferas da se deu a partir da necessidade de se incluir todos os componentes da federação com vistas a aferição da formulação e implementação de políticas públicas de prevenção ao suicídio. A partir dessa decisão toda a pesquisa foi delineada, considerando-se os dados quantitativos dessas localidades e a escolha dos sujeitos representativos nessas mesmas três esferas.

A escolha do estado do Paraná e do município de Ponta Grossa se deu em decorrência do contexto no qual se insere o Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, o qual possui a preocupação de fomentar pesquisas que contemplem questões e demandas diretamente relacionadas à região em que se situa a Universidade.

Nesse sentido, os dados sobre a prática do suicídio nas três esferas indicadas foram coletados a partir do Sistema de Informações sobre Mortalidade

(SIM)¹⁴, presente no DATASUS, Departamento de Informática do SUS, segundo a Classificação Internacional de Doenças, 10^a revisão (CID-10), com as categorias compreendidas entre a X-60 e a X-84¹⁵, ou seja, óbitos causados com intencionalidade pelo indivíduo, os quais se passaram a considerar-se suicídio. Como lapso temporal, selecionaram-se os últimos dez anos disponíveis no SIM.

Com a finalidade de se construir dados que considerassem as dinâmicas populacionais e suas características formadoras, foram utilizados, ainda, dados da projeção da população por sexo e grupos de idade¹⁶, construídos e disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). É necessário registrar que os dados disponíveis junto ao IBGE não contemplavam as mesmas categorias em âmbito federal, estadual e municipal, motivo pelo qual não foi possível a construção de alguns indicadores diante da ausência dos dados populacionais.

Finalmente, no que tange ao município de Ponta Grossa, Paraná, coletou-se dados junto à Secretaria Municipal de Saúde referentes às tentativas de suicídio no município entre os anos de 2010 e 2018, período a partir do qual tais levantamentos passaram a ser realizados.

Tais dados não se encontram disponíveis em nível federal e estadual, no entanto, a ilustração em nível municipal mostra-se como um indicativo

¹⁴ O Sistema de Informação Sobre Mortalidade - SIM desenvolvido pelo Ministério da Saúde a partir de 1975 é produto da unificação de mais de quarenta modelos de instrumentos utilizados para coletar dados sobre mortalidade no país. Possui variáveis que permitem, a partir da *causa mortis* atestada pelo médico, construir indicadores e processar análises epidemiológicas que contribuem para a eficiência da gestão em saúde. Com a finalidade de reunir dados quantitativos e qualitativos sobre óbitos ocorridos no Brasil, o SIM é considerado uma importante ferramenta de gestão na área da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

¹⁵ **Categorias CID10 pesquisadas:** X60 Autoint. int. analg. antipir. anti-reum. n-opiac, X61 Autoint. Int. a conv. sed. Hip. a-park. psic. NCOP, X62 Autointox. intenc. narcot. psicodislept. NCOP, X63 Autoint. int. outr. subst. farm. sist. nerv. auton., X64 Autoint. intenc. out. drog. med. subst. biolog. NE, X65 Autointox. voluntaria p/alcool, X66 Autoint. int. solv. org. hidrocarb. halog. vapor, X67 Autointox. intenc. p/outr. gases e vapores, X68 Autointox. intenc. a pesticidas, X69 Autoint. intenc. outr. prod. quim. subst. noc. NE, X70 Lesão autoprov. intenc. enforc. Estrang. Sufoc., X71 Lesão autoprov. intenc. p/afogamento submersão, X72 Lesão autoprov. intenc. disp. arma fogo de mão, X73 Lesão autoprov. int. disp. arm. fog maior calibre, X74 Lesão autopr. intenc. disp. outr. arma fogo e NE, X75 Lesão autoprov. intenc. p/disp. explosivos, X76 Lesão autoprov. intenc. fumaça fogo e chamas, X77 Lesão autopr. Int. vapor água gás obj. quent., X78 Lesão autoprov. intenc. obj. cortante penetr., X79 Lesão autoprov. intenc. p/objeto contundente, X80 Lesão autoprov. intenc. precip. lugar elevado, X81 Lesão autoprov. intenc. precip. perm. obj. movim., X82 Lesão autoprov. intenc. impacto veic. a motor, X83 Lesão autoprov. intenc. p/outr. meios espec., X84 Lesão autoprov. intenc. p/meios NE.

¹⁶ As projeções populacionais por sexo e idade incorporam os parâmetros demográficos calculados a partir do Censo Demográfico do ano de 2010 e as informações mais recentes dos registros de nascimentos e óbitos no país. Essas projeções têm fundamental importância para o cálculo de indicadores sociodemográficos, bem como para construir as bases de informações de Ministérios e Secretarias Estaduais de diversas áreas para a implementação de políticas públicas e posterior avaliação de seus programas (IBGE, 2017).

da realidade objeto do presente estudo. Assim, realizou-se um estudo descritivo investigando-se o perfil das pessoas que cometem suicídio, entre os anos de 2006 e 2015, considerando-se determinadas variáveis e categorias presentes na CID-10, bem como a particularidade das tentativas de suicídio em âmbito municipal.

De forma complementar, articulou-se a análise de tais dados com a produção científica disponível, especialmente aquela com problemáticas atinentes à descrição da prevalência de óbitos por suicídio a partir das variáveis selecionadas nessa pesquisa.

5.1 A INCIDÊNCIA DO SUICÍDIO NO BRASIL ENTRE OS ANOS DE 2006 E 2015

Entre os anos de 2006 e 2015 o Brasil apresentou um considerável número de suicídios, aproximando-se da marca de cem mil casos, conforme apresentam os dados coletados junto ao Sistema Único de Saúde – SUS.

Segundo Botega (2015, p. 52), o coeficiente de mortalidade por suicídio no Brasil “pode ser considerado relativamente baixo, se comparado ao de outros países. A despeito disso, por sermos um país populoso, ocupamos o oitavo lugar entre os que registram os maiores números de mortes por suicídios”.

Estima-se que, nesse lapso temporal de dez anos, 98.194 pessoas tiraram a própria vida no país, sendo que desse total 77.410 correspondem ao sexo masculino e 20.773 referem-se ao sexo feminino, havendo 11 casos de sexo ignorado na construção dos dados primários coletados, conforme construção números absolutos apresentados na tabela abaixo:

Tabela 1 – Número de suicídios no Brasil entre os anos de 2006 e 2015, em razão do sexo da vítima.

Ano	Número de ocorrências	Homens	Mulheres	Ignorado
2006	8.639	6.834	1.805	-
2007	8.868	6.995	1.872	01
2008	9.328	7.375	1.953	-
2009	9.374	7.500	1.872	02
2010	9.448	7.375	2.073	-
2011	9.852	7.762	2.089	01
2012	10.321	8.061	2.257	03
2013	10.533	8.309	2.223	01
2014	10.653	8.419	2.233	01
2015	11.178	8.780	2.396	02
Total no período	98.194	77.410	20.773	11

Fonte: Sistema de Informação Sobre Mortalidade – SIM.
Departamento de Informática do SUS – DATASUS.

Para que fosse possível a construção de dados consolidados para cada uma das categorias indicadas, foi necessária a mensuração da população brasileira em razão do sexo no período de tempo analisado, o que foi possível de ser realizado por meio de pesquisa junto à base de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o qual elabora de modo atualizado as projeções populacionais em razão do sexo e grupos de idade. A tabela indicativa abaixo indica a dinâmica populacional do Brasil entre os anos de 2006 e 2015, em razão do sexo:

Tabela 2 – População brasileira entre os anos de 2006 e 2015, em razão do sexo.

Ano	Estimativa geral	Homens	Mulheres
2006	187.335.137	92.813.167	94.521.970
2007	189.462.755	93.829.262	95.633.493
2008	191.532.439	94.816.963	96.715.476
2009	193.543.969	95.776.055	97.767.914
2010	195.497.797	96.706.703	98.791.094
2011	197.397.018	97.610.297	99.786.721
2012	199.242.462	98.487.258	100.755.204
2013	201.032.714	99.336.858	101.695.856
2014	202.768.562	100.159.507	102.609.055
2015	204.450.649	100.955.522	103.495.127

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
Projeção da população por sexo e grupos de idade

A partir dos dados apresentados, confrontaram-se os números de suicídios praticados no país em razão do sexo das vítimas e da dinâmica populacional, possibilitando-se a criação de taxas referentes aos óbitos causados intencionalmente pela própria vítima em razão de um grupo populacional de 100.000 pessoas¹⁷, conforme dados indicados:

Tabela 3 – Coeficiente de mortalidade por suicídio no Brasil para cada 100 mil habitantes, entre os anos de 2006 e 2015, em razão do sexo.

Ano	Coeficiente geral do país	Coeficiente entre homens	Coeficiente entre mulheres
2006	4,61	7,36	1,90
2007	4,68	7,45	1,95
2008	4,87	7,77	2,01
2009	4,84	7,83	1,91
2010	4,83	7,62	2,09
2011	4,99	7,95	2,09

¹⁷ Os coeficientes de incidência e de mortalidade constituem, no âmbito dos serviços de saúde, as ferramentas mais importantes para a avaliação do estado de saúde da população com propósitos de monitoramento e vigilância epidemiológica. Para alguns desses indicadores, encontra-se consolidado o cálculo da ocorrência para cada 1.000 habitantes (como no coeficiente de mortalidade geral) ou, como no presente estudo, para cada 100.000 (coeficiente utilizado para casos de mortalidade por causa específica ou para determinadas faixas etárias) (MERCHAN-HAMANN; TAUIL; COSTA, 2000, p. 278).

2012	5,18	8,18	2,24
2013	5,23	8,36	2,18
2014	5,25	8,40	2,17
2015	5,46	8,69	2,31
Média do período	4,99	7,96	2,08

Fonte: Autor.

De acordo com a distribuição de óbitos em razão do sexo, foi possível constatar uma prevalência acentuada de óbitos provocados intencionalmente entre o grupo do sexo masculino (7,96/100.000), quando confrontado com os dados relativos ao grupo do sexo feminino (2,08/100.00). O grupo de homens também se mostrou mais vulnerável às práticas suicidas quando os dados do grupo foram confrontados com os números absolutos do Brasil (4,99/100.000).

Ainda sob esse recorte, é de se considerar que ambos os sexos, seguindo o cenário nacional, apresentaram uma tendência de crescimento de óbitos por suicídio, em especial a partir do ano de 2012, quando o coeficiente do ano no Brasil superou de modo consolidado o índice de 05 óbitos para cada 100.000 habitantes e o índice do sexo masculino superou 8/100.000, mantendo-se de maneira levemente crescente o índice do grupo feminino, o qual acabou por se consolidar em uma proporção de 2/100.000.

Em que pese os dados no Brasil não tragam qualquer indicativo à respeito, o que desde logo representa uma falha no sistema de notificações, deve-se apontar que, de modo geral, os estudos mostram maior prevalência de comportamento suicida em indivíduos homossexuais e bissexuais, principalmente entre adolescentes e adultos jovens. Como fatores combinados para essa prevalência pode-se mencionar o estigma e discriminação sociais, estresse ao revelar a condição a amigos e familiares, agressão pessoais sofridas, dentre outros. Entre indivíduos homossexuais, mais homens tentam o suicídio (BOTEZA, 2015).

Saliente-se que coeficientes nacionais de mortalidade por suicídio escondem importantes variações regionais, em especial no Brasil, que apresenta ao longo do seu processo de construção socioeconômico elementos pluriculturais profundos e complexos e que devem ser considerados para a compreensão das lesões autoprovocadas.

No âmbito das ciências sociais, o estudo de Durkheim considera que o suicídio está associado a fatos sociais que transcendem a esfera pessoal,

estabelecendo a compreensão de que um evento que parecia depender unicamente de fatores individuais e psicológicos poderia expressar dissoluções na solidariedade social. A questão impõe, portanto, é que relações podem ser estabelecidas entre as formas de vida social e os atos individuais voltados para abandoná-la (PINTO *et al.*, 2017). Nesse sentido, mostra-se imperiosa a compreensão da incidência de óbitos por suicídios a partir da configuração regional dos dados coletados, considerando-se que tal fenômeno pode ser concebido como uma construção social atrelada aos mais variados aspectos da sociedade e de sua dinâmica cultural. Sob esse aspecto, os dados absolutos sobre óbitos por suicídio apresentados em cada uma das regiões do país foram tabulados entre os anos de 2006 e 2015:

Tabela 4 – Número de suicídios no Brasil entre os anos de 2006 e 2015, em razão da região do país.

Ano	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
2006	478	1.961	3.305	2.131	764
2007	542	2.168	3.226	2.185	747
2008	620	2.202	3.404	2.245	857
2009	593	2.101	3.570	2.279	831
2010	624	2.123	3.735	2.154	812
2011	692	2.297	3.900	2.156	807
2012	694	2.336	4.002	2.357	932
2013	759	2.494	3.959	2.365	956
2014	708	2.393	4.283	2.319	950
2015	881	2.540	4.323	2.494	940
Total do período	6.591	22.615	37.707	22.685	8.596

Fonte: Sistema de Informação Sobre Mortalidade – SIM.

Departamento de Informática do SUS – DATASUS.

A construção dos dados consolidados mostrou-se viável a partir de levantamento populacional regional, realizado por meio de pesquisa junto à base de dados do IBGE, utilizando-se das projeções populacionais em razão das regiões geográficas brasileiras no período compreendido entre os anos de 2006 e 2015:

Tabela 5 – População brasileira entre os anos de 2006 e 2015, em razão da região do país.

Ano	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
2006	15.022.060	51.609.027	79.561.095	27.308.863	13.269.517
2007	14.623.317	51.535.782	77.873.342	26.733.877	13.223.393
2008	15.142.684	53.088.499	80.187.717	27.497.970	13.695.944
2009	15.359.608	53.591.197	80.915.332	27.719.118	13.895.375
2010	15.880.839	53.078.137	80.353.724	27.384.815	14.050.340
2011	16.095.187	53.501.859	80.975.616	27.562.433	14.244.192
2012	16.318.163	53.907.144	81.565.983	27.731.644	14.423.952
2013	16.983.484	55.794.707	84.465.570	28.795.762	14.993.191
2014	17.231.027	56.186.190	85.115.623	29.016.114	15.219.608
2015	17.472.636	56.560.081	85.745.520	29.230.180	15.442.232

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Projeção da população por sexo e grupos de idade

Com a obtenção do número absoluto de óbitos por suicídio e da população em cada uma das cinco regiões do país, foram confrontadas estatisticamente tais categorias, possibilitando-se a criação de coeficientes referentes aos óbitos causados intencionalmente pela própria vítima em razão de um grupo populacional de 100.000 habitantes, conforme dados indicados na tabela que segue:

Tabela 6 – Coeficiente de mortalidade por suicídio no Brasil para cada 100 mil habitantes, entre os anos de 2006 e 2015, em razão da região do país.

Ano	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
2006	4,61	3,18	3,79	4,15	7,80	5,75
2007	4,68	3,70	4,20	4,14	8,17	5,64
2008	4,87	4,09	4,14	4,24	8,16	6,25
2009	4,84	3,86	3,92	4,41	8,22	5,98
2010	4,83	3,92	3,99	4,64	7,86	5,77
2011	4,99	4,29	4,29	4,81	7,82	5,66
2012	5,18	4,25	4,35	4,90	8,49	6,46
2013	5,23	4,46	4,46	4,68	8,21	6,37
2014	5,25	4,10	4,25	4,79	7,99	6,24
2015	5,46	5,04	4,49	5,04	8,53	6,08
Média no período	4,99	4,08	4,18	4,57	8,12	6,02

Fonte: Autor.

Como afirmado, o coeficiente nacional de mortalidade por suicídio deixa de revelar consideráveis variações geográficas e por grupos populacionais. O detalhamento dos dados tem significativa importância para o raciocínio clínico e para a organização de estratégias de prevenção (BOTEGA, 2015).

A partir dos dados consolidados foi possível verificar uma notória aproximação entre os índices das regiões norte (4,08/100.000) e nordeste (4,18/100.000), figurando as mesmas com as menores taxas de suicídio do país, seguida pela região sudeste (4,57/100.000), a qual se aproximou de maneira mais sólida da média nacional (4,99/100.000).

A região centro-oeste posicionou-se em um polo intermediário (6,02/100.000), embora com um coeficiente consideravelmente superior ao nacional. O destaque sob um aspecto epidemiológico deve ser dado à região sul do Brasil, a qual apresentou uma taxa de 8,12 óbitos por suicídio para uma população de 100.000 habitantes.

Neury José Botega (2015, p. 54) apresenta uma análise dos dados quantitativos sobre o suicídio nas regiões do país:

Parece haver um gradiente crescente, do Norte para o Sul, nos coeficientes de mortalidade por suicídio. Repare que o índice do Rio Grande do Sul é o dobro da média nacional. O Mato Grosso do Sul também tem uma taxa elevada, devido, principalmente, ao suicídio indígena. Ainda que algumas capitais estaduais tenham taxas de suicídio consideravelmente elevadas, como é o caso de Boa Vista, Porto Velho e Teresina, a maioria apresenta índices inferiores ao coeficiente nacional médio, o que também se observa nas maiores metrópoles do país.

Como ilustração, verifica-se que o coeficiente observado na região sul corresponde ao dobro da média registrada, por exemplo, na região norte (4,08/100.000). Ressalte-se, ainda, que o índice do sul mostra-se exponencialmente superior à média do país, a qual registra uma média de 4,99 óbitos para o mesmo grupo indicado. Sobre essa incidência na região sul, analisam Pinto *et al* (2017, p. 207):

As regiões compostas por imigrantes europeus merecem destaque porque apresentam maior número de suicídios, se comparados a outras regiões. Historicamente, a região Sul do Brasil vem apresentando os maiores coeficientes de suicídio do país. [...] Esses valores ainda podem estar relacionados com a composição social, historicamente composta por agricultores, tendo sido uma das primeiras fronteiras agrícolas fechadas do país. Quando o suicídio acontece preponderantemente em um grupo etário, étnico, profissional ou isolado geograficamente, pode-se indagar se esse evento funcionasse como barômetro indicador de pressão na sociedade. A mortalidade elevada de suicídio em agricultores estaria refletindo as precárias condições de sobrevivência desse estrato populacional, endividamento, concentração da terra, êxodo e anomia; ou exposição profissional intensa aos agrotóxicos, que pode acarretar quadros depressivos desencadeados por mecanismos neurológicos ou endócrinos, podendo causar quadros de intoxicação aguda ou crônica.

Dessa forma, a região sul emergiu como uma particularidade no tocante ao aspecto quantitativo que merece o devido aprofundamento em estudos epidemiológicos, visto que tais índices deverão ser amplamente considerados com vistas à elaboração de políticas públicas de prevenção ao suicídio e de promoção de saúde mental.

Finalmente, a partir dos dados apresentados, foi possível observar, ainda que de modo menos prevalente em algumas regiões, um crescimento nos índices de mortalidade por suicídio em todo o território nacional, com uma consolidação desses dados a partir do ano de 2012, em especial se considerada o coeficiente médio global do país. Essa aferição se tornou mais evidente se considerados os dados iniciais da pesquisa, em 2006, e os dados finais, no ano de 2015, confrontando-se os valores absolutos de cada ano.

Outra variável que se mostrou relevante acerca dos dados de suicídio no Brasil foi a tendente a avaliar a faixa etária da vítima. Nesse aspecto, a tabela abaixo indica os números absolutos de suicídios no país considerando-se a faixa etária da vítima:

Tabela 7 – Número de suicídios no Brasil entre os anos de 2006 e 2015, em razão da faixa etária da vítima.

Faixa Etária	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
05-09	08	02	07	08	03	05	03	03	04	03
10-14	117	116	96	110	101	105	117	119	142	132
15-19	631	598	632	566	605	628	675	666	672	722
20-29	2.037	2.139	2.233	2.209	2.210	2.326	2.225	2.206	2.226	2.214
30-39	1.776	1.813	1.904	1.977	1.996	2.076	2.248	2.288	2.377	2.388
40-49	1.674	1.696	1.804	1.854	1.842	1.820	1.899	2.024	1.956	2.027
50-59	1.171	1.180	1.247	1.243	1.240	1.356	1.453	1.512	1.570	1.726
60-69	674	709	760	768	719	787	916	904	907	1.049
70-79	354	412	431	411	461	495	492	528	512	616
+80	172	187	185	199	246	220	262	258	259	278
Idade ignorada	25	16	29	33	25	34	31	25	28	23
Total	8.639	8.868	9.328	9.374	9.448	9.852	10.321	10.533	10.653	11.178

Fonte: Sistema de Informação Sobre Mortalidade – SIM.
Departamento de Informática do SUS – DATASUS.

Com a obtenção do número absoluto de suicídios e da projeção populacional para cada uma das faixas etárias indicadas¹⁸, foram confrontadas estatisticamente tais categorias, possibilitando-se a criação de percentuais em razão de um grupo populacional de 100.000 pessoas, conforme dados indicados:

Tabela 8 – Coeficiente de mortalidade por suicídio no Brasil para cada 100 mil habitantes, entre os anos de 2006 e 2015, em razão da faixa etária da vítima.

Faixa etária	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
05-09	0,05	0,01	0,04	0,04	0,02	0,03	0,02	0,02	0,02	0,02
10-14	0,67	0,67	0,55	0,64	0,59	0,61	0,68	0,69	0,83	0,78
15-19	3,64	3,46	3,69	3,29	3,52	3,66	3,94	3,88	3,92	4,20
20-29	5,89	6,13	6,37	6,29	6,29	6,64	6,38	6,37	6,47	6,47
30-39	4,20	6,37	6,57	6,69	6,61	6,73	7,12	7,08	7,21	7,13
40-49	7,17	7,12	7,43	7,51	7,35	7,16	7,38	7,77	7,42	7,58
50-59	7,32	7,11	7,25	6,97	6,72	7,11	7,37	7,43	7,50	8,03
60-69	7,14	7,26	7,50	7,29	6,55	6,87	7,65	7,22	6,93	7,69
70-79	6,71	7,58	7,69	7,11	7,74	8,06	7,78	8,09	7,59	8,81
+80	7,77	8,05	7,58	7,77	9,18	7,86	8,98	8,49	8,17	8,40

Fonte: Autor

Cumpre esclarecer, de modo inicial, que os dados disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde referem-se aos óbitos autoprovocados, não contemplando, por óbvio, a vontade declarada da vítima em acabar com a própria

¹⁸ Por uma questão metodológica e de formatação do trabalho, optou-se pela não inclusão em tabelas da projeção populacional de algumas categorias, limitando-se à indicação dos dados absolutos e dos índices para cada 100.000 habitantes.

vida. Dessa forma, justifica-se a presença, ainda que de forma tímida, de dados referentes à prática suicida de crianças entre 0 e 09 anos. Tais números podem referir-se a fatalidades em que não houve uma vontade deliberada de morrer, em que pese tenha resultado em situações de óbitos que chegaram até o sistema de saúde.

Sobre os coeficientes construídos, deve-se iniciar pelo destaque a faixa etária compreendida entre os 15 e 19 anos, sendo que, em que pese apresente um percentual historicamente inferior ao coeficiente médio nacional (4,99/1000.000), deve ser amplamente considerada no processo de construção de políticas públicas, por se tratar de um grupo potencialmente vulnerável.

Sobre as taxas de suicídios nessa faixa etária apresentam Pinto et al (2017, p. 208):

Em relação à tendência crescente das lesões autoprovocadas no grupo etário de 10 a 19 anos, esta pode ser explicada pela intensa fase de conflito pela qual o jovem passa. Em outros estudos, resultados denotam a adolescência como a etapa com maior índice de comportamento suicida, com médias etárias variando entre 12 e 15 anos, uma vez que as manifestações do crescimento do adolescente assemelham-se à formação de sintomas neuróticos, psicóticos ou de personalidade antissocial, sendo normal nessa fase a ocorrência de comportamento inconsistente e imprevisível por algum tempo. Esse contexto contribui para o aparecimento de modos destrutivos de lidar com a realidade e, inclusive, de distúrbios psiquiátricos diversos no jovem.

Assim, foi possível confirmar os dados coletados junto ao Sistema de Saúde a partir da produção científica disponível a respeito da temática, onde a população de crianças e jovens emergem como uma categoria de sujeitos vulneráveis à prática do suicídio diante das particularidades de sua formação física e mental, o que deve ser amplamente considerado com vistas à elaboração de políticas públicas focalizadas.

Em contrapartida a esse grupo de sujeitos, destacam-se de forma considerável os índices que contemplam os brasileiros com idade superior aos 70 anos, cujos óbitos por vezes ultrapassam a média de 08 pessoas para cada 100.000 habitantes, superando-se de forma consistente a média nacional e as médias dos demais estratos etários. Sobre o suicídio de idosos, Sousa et al (2014, p. 06) trazem como possíveis causas:

Os idosos no contexto social e cultural, em determinadas fases de vida – como aposentadoria, impossibilidade de exercer a profissão por dependências físicas e psicológicas e surgimento de doenças crônicas – se

deparam com mudanças negativas e perdas que, frequentemente, lhes causam uma espécie de morte social e subjetiva. Esse sentimento se traduz em isolamento, angústia e dificuldades no relacionamento com seu grupo social.

Verifica-se, assim, que tal como apresentado na análise da incidência regional de óbitos por suicídio, o fenômeno deve ser compreendido em sua totalidade enquanto construção social. A variabilidade dos dados consolidados para os grupos de jovens e idosos permitem afirmar que a situação de vulnerabilidade face ao suicídio encontra suas origens nas próprias dificuldades no processo de integração social e de obtenção de níveis mínimos de liberdade e autodeterminação.

Sobre esse processo de sociabilidade, Sousa *et al* (2014, p. 06) ampliam a explicação sobre o contexto de prevalência de suicídios entre pessoas idosas no Brasil:

Essa perda de identidade e de sentido da vida, frequentemente passa despercebida das famílias. E ela está ligada a questões relativamente simples do cotidiano: privação de objetos individuais e particulares, troca de casa para morar com os filhos, abrindo mão do seu jeito de levar a vida em favor de outros adultos que passam a dominar a cena familiar, mudança de quartos confortáveis para outros menores e mais restritos (às vezes na própria casa), dando lugar à ocupação de seu antigo espaço pelos filhos casados, ou seja, com perda da autonomia relativa aos seus bens e pouco espaço no ambiente familiar para expressão de suas necessidades.

Assim, é possível constatar que as ideações suicidas podem encontrar seus fundamentos em processos de rompimentos diários vividos pelo agrupamento de idosos, os quais deixam de possuir um domínio absoluto dos meios em que vivem, cumulando com situações de perdas constantes, sejam elas pessoais ou materiais, os quais acabam por criar um cenário de aniquilamento dos projetos de vida e de percepções para o futuro.

De modo complementar, acerca da faixa etária considerada pelo IBGE como adulta, que vai dos 25 aos 59 anos, foi possível verificar certa estabilidade nos índices construídos, mantendo-se uma média de 07 óbitos para cada 100.000 habitantes, índice superior ao coeficiente médio nacional que contempla todas as faixas etárias (4,99/100.000). Acerca das variáveis etárias no tocante aos óbitos por suicídio, apresentam Rosa *et al* (2017, p. 79):

Exaustivamente, a literatura aponta que os principais fatores de risco para o suicídio, em especial entre os adultos mais velhos, são decorrentes de doença física, enfermidades terminais, isolamento social, problemas

familiares ou sociais (aposentadoria ou a inatividade compulsória), uso de drogas de abuso ou substâncias psicoativas. Entretanto, o histórico de tentativas de suicídio anteriores e transtornos mentais (essencialmente a depressão) denota maior vulnerabilidade para o suicídio nesse estrato etário. Desse modo, a depressão é, sem dúvida, o transtorno mental mais impactante e, acima de tudo, o maior responsável pelo elevado número de mortes prematuras entre adultos e idosos.

De forma global, em que pese tenham sido sensíveis os aumentos entre os anos cujos dados foram coletados, deve-se indicar que os dados finais no ano de 2015 mostraram-se superiores aos dados iniciais do ano de 2006 em todas as faixas etárias consideradas, o que pode indicar um aumento percentual nos índices nacionais de óbitos por suicídio.

Outra variável indicada pelo Sistema de Informação Sobre Mortalidade diz respeito ao local de óbito da vítima de suicídio no Brasil, conforme dados apresentados na tabela que segue:

Tabela 9 – Número de suicídios no Brasil entre os anos de 2006 e 2015, em razão do local de óbito da vítima.

Local do óbito	Hospital	Outro órgão de saúde	Domicílio	Via pública	Outros	Ignorado
2006	1.843	89	4.749	537	1.303	118
2007	1.810	98	4.942	606	1.314	98
2008	1.867	96	5.252	592	1.434	87
2009	1.745	116	5.341	587	1.499	86
2010	1.879	140	5.368	641	1.353	66
2011	1.809	134	5.714	658	1.474	63
2012	1.820	147	6.088	632	1.578	56
2013	1.672	128	6.413	671	1.603	46
2014	1.698	166	6.495	675	1.574	45
2015	1.710	159	6.806	709	1.751	44
Total do período	17.853	1.273	57.168	6.308	14.883	709
	(18,19%)	(1,30%)	(58,22%)	(6,42%)	(15,15%)	(0,72%)

Fonte: Sistema de Informação Sobre Mortalidade – SIM.

Departamento de Informática do SUS – DATASUS.

Os dados apresentados indicam predominância acentuada da prática suicida em ambiente domiciliar (58,22%), seguida pela predominância em hospitais (18,19%). Os óbitos em hospitais e outros estabelecimentos de saúde (1,30%) devem ser analisadas de modo contextual, ou seja, a imensa maioria, se não quase a totalidade dos óbitos integrantes de tais índices, em verdade foram praticados com grau de letalidade menos gravoso, de modo que o óbito não se concretizou verdadeiramente no local do fato.

Outro índice que merece destaque são os óbitos ocorridos em locais não identificados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (15,15%), os quais

poderão ter ocorrido em ambientes de trabalho, estabelecimentos de ensino, dentre outros.

A omissão de tais dados merece observação em futuras pesquisas, considerando-se inúmeras variáveis presentes na sociedade contemporânea, como a crise econômica e de emprego e as informações de práticas de *bullying* que acometem diariamente crianças e adolescentes.

Sobre o local de óbitos por suicídio, Flávia Regina Marquetti e Fernanda Cristina Marquetti (2017) explicam que, no tocante às cenas/cenários dos suicídios masculinos, os mesmos são de visibilidade maior, seja em locais públicos ou privados. Devido a maior visibilidade das cenas suicidas masculinas, algumas vezes, os espectadores desses eventos são sujeitos de fora do núcleo familiar.

As autoras apresentam uma diferenciação que não aparece nos dados inicialmente coletados, a qual diferencia o nível de publicidade do óbito por suicídio praticado entre homens e mulheres, sendo que o primeiro grupo apresentaria uma tendência de maior publicidade do ato, ao passo que o grupo de mulheres optaria por situações reservadas e sem a participação de sujeitos alheios ao núcleo familiar.

Os dados referentes ao local de óbito das vítimas de suicídio guardam consonância com as categorias presentes na CID-10 e que revelam os meios pelos quais os óbitos foram voluntariamente provocados, conforme se verifica inicialmente pelos dados apresentados na tabela abaixo.

Tabela 10 – Número de suicídios no Brasil entre os anos de 2006 e 2015, em razão das categorias presentes na CID-10 (Classificação Internacional de Doenças)

Categoría	Nº
X60 - Autointoxicação por exposição, intencional, a analgésicos, antipiréticos e antirreumáticos, não-opiáceos	96
X61 - Autointoxicação por exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes [antiepilépticos] sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte	1.641
X62 - Autointoxicação por exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte	457
X63 - Autointoxicação por exposição, intencional, a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo	118
X64 - Autointoxicação por exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas	1.780
X65 - Autointoxicação voluntária por álcool	375
X66 - Autointoxicação intencional por solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores	121
X67 - Autointoxicação intencional por outros gases e vapores	201
X68 - Autointoxicação intencional a pesticidas	6.157
X69 - Autointoxicação por exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas	3.093

X70 - Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação	61.380
X71 - Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão	1.140
X72 - Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão	2.820
X73 - Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de maior calibre	513
X74 - Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada.	6.930
X75 - Lesão autoprovocada intencionalmente por dispositivos explosivos	51
X76 - Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas	1.926
X77 - Lesão autoprovocada intencionalmente por vapor de água, gases ou objetos quentes	39
X78 - Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante	1.710
X79 - Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente	763
X80 - Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado	3.718
X81 - Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento	213
X82 - Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor	415
X83 - Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios especificados	237
X84 - Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados	2.300

Fonte: Sistema de Informação Sobre Mortalidade – SIM.

Departamento de Informática do SUS – DATASUS.

A escolha do local de exposição preferencial é a residência para a tentativa de suicídio, o que pode ser devido a facilidade de acesso aos meios que facilitam este ato. Tal situação não significa que foi a principal via causadora de óbitos, mas sim a que necessita de maior atenção pelos serviços de saúde e familiares. Estudos mostram que o local de residência está associado à tentativa de suicídio, principalmente, através do uso de medicamentos e venenos em geral. Além do favorecimento ao uso de substâncias, a residência parece ser o local mais propício para a consumação do enforcamento, método comumente utilizado pelos homens (RIBEIRO *et al*, 2018).

Assim, duas variáveis devem ser consideradas de forma conjunta em tal processo de análise: o local do óbito por suicídio e o meio empregado pelo sujeito. Nesse aspecto, a escolha do local para a prática do suicídio se daria a partir da disponibilidade dos agentes químicos ou materiais que viabilizariam o óbito, o que seria previamente pensado pela vítima.

Para identificar os principais meios empregados para a prática do suicídio no país mostra-se relevante a estratificação de tais categorias em dois grandes grupos: causas resultantes de lesões (X70-X84) e causas resultantes de autointoxicações (X60-X69).

Durante o período analisado, as causas resultantes de lesões (X70-X84) foram responsáveis por 84.155 óbitos, correspondendo a um percentual de

85,70% em relação ao total de óbitos. No grupo descrito, os óbitos causados por enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70) correspondem a um percentual de 72,94% dos óbitos causados por lesões, seguidas por lesões causadas por armas de fogo (X74) (8,23%) e por precipitação de lugares elevados (X80) (4,42%).

Os óbitos causados por autointoxicações (X60-X69) alcançaram, no mesmo período, um montante de 14.039 casos, correspondendo a 14,30% em relação ao total de todas as categorias. Desse grupo, merecem destaque os óbitos causados por pesticidas (X68), os quais alcançam um percentual de 43,85%.

Se considerados os dois grupos em conjunto, os óbitos decorrentes por enforcamento, estrangulamento e sufocação atingem um percentual de 62,50%, seguidas por suicídios provocados por armas de fogo (7,05%) e os óbitos causados por pesticidas (6,27%).

Como descrito anteriormente, os óbitos causados por enforcamento e métodos similares, presentes na categoria X70, e que representam um total de 62,50% dos casos, podem ser alinhados, ainda que não de maneira absoluta, aos índices de suicídio praticados em ambiente domiciliar (58,22%), fazendo com que os dados apresentem certo nível de compatibilidade e credibilidade, na medida em que essa categoria mostra-se inviável de ser concretizada, ao menos na maioria dos casos, em vias públicas ou outros locais escolhidos pelas vítimas.

Mencione-se que o poder de letalidade dos métodos de suicídio deve ser contraposto à presteza de um possível resgate e à viabilidade de tratamento das pessoas que tentam se matar, o que pode alterar a dinâmica entre índices de tentativas e óbitos confirmados. No caso dos pesticidas, por exemplo, uma tentativa de suicídio em zona rural desprovida de serviço médico envolve maior risco de morte. O contrário ocorre em centros urbanos, quando o socorro médico pode ser prestado com mais agilidade e qualidade (BOTEGA, 2015).

Nesse sentido, conforme já apresentado, as variáveis que englobam o local do óbito devem necessariamente ser cruzadas em seu processo de análise com os meios empregados pela vítima para o cometimento do suicídio, visando dar concretude aos dados coletados.

5.2 A INCIDÊNCIA DO SUICÍDIO NO ESTADO DO PARANÁ ENTRE OS ANOS DE 2006 E 2015

Entre os anos de 2006 e 2015 o estado do Paraná apresentou um número de suicídios consideravelmente superior à média nacional, superando o número de seis mil casos, porém menor que o coeficiente médio para região sul, conforme identificam os dados coletados junto ao Sistema Único de Saúde – SUS.

Estima-se que nesse lapso temporal de dez anos 6.268 pessoas morreram por suicídio no estado, sendo que desse total 4.979 correspondem ao sexo masculino e 1.289 referem-se ao sexo feminino, conforme dados indicados na tabela abaixo:

Tabela 11 – Número de suicídios no estado do Paraná entre os anos de 2006 e 2015, em razão do sexo da vítima.

Ano	Número de ocorrências	Homens	Mulheres
2006	594	468	126
2007	629	499	130
2008	596	463	133
2009	648	527	121
2010	588	471	117
2011	593	465	128
2012	629	490	139
2013	655	527	128
2014	620	507	113
2015	716	562	154

Fonte: Sistema de Informação Sobre Mortalidade – SIM.
Departamento de Informática do SUS – DATASUS.

Para que fosse possível a construção de dados consolidados para cada uma das categorias indicadas, foi indispensável a mensuração da população paranaense em razão do sexo no período de tempo analisado, o que foi possível de ser realizado por meio de pesquisa junto à base de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, conforme tabela indicativa abaixo:

Tabela 12 – População do estado do Paraná entre os anos de 2006 e 2015, em razão do sexo.

Ano	População total	Homens	Mulheres
2006	10.340.490	5.132.460	5.207.930
2007	10.441.872	5.180.307	5.261.565
2008	10.540.407	5.226.652	5.313.755
2009	10.636.065	5.271.535	5.364.530
2010	10.728.961	5.315.016	5.413.945
2011	10.820.421	5.357.765	5.462.656
2012	10.910.374	5.399.746	5.510.628
2013	10.997.465	5.440.253	5.557.212
2014	11.081.682	5.479.284	5.602.408
2015	11.163.018	5.516.825	5.646.193

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

A partir dos dados apresentados, confrontaram-se os números de suicídios praticados no estado em razão do sexo das vítimas e da dinâmica populacional, indicando o coeficiente de óbitos causados por suicídio a partir de um grupo de 100.000 pessoas, viabilizando-se um confronto dos dados com os índices regionais anteriormente indicados, bem como com as médias nacionais globalmente consideradas:

Tabela 13 – Coeficiente de mortalidade por suicídio no Paraná para cada 100 mil habitantes, entre os anos de 2006 e 2015, em razão do sexo.

Ano	Coeficiente geral do estado	Coeficiente entre homens	Coeficiente entre mulheres
2006	5,74	9,11	2,41
2007	6,02	9,63	2,47
2008	5,65	8,85	2,50
2009	6,09	9,99	2,25
2010	5,48	8,86	2,16
2011	5,48	8,67	2,34
2012	5,76	9,07	2,52
2013	5,95	9,68	2,30
2014	5,59	9,25	2,01
2015	6,41	10,18	2,72
Média do período	5,81	9,33	2,36

Fonte: Autor.

De acordo com a distribuição de óbitos em razão do sexo, foi possível constatar, tal como nas médias do Brasil, uma prevalência acentuada de óbitos provocados intencionalmente entre o grupo do sexo masculino (9,33/100.000), quando confrontado com os dados relativos ao grupo do sexo feminino (2,36/100.00).

O grupo de homens também se mostra mais vulnerável às práticas suicidas quando os dados do grupo são confrontados com os números absolutos do estado (5,81/100.000).

É de se destacar que a média de suicídios entre ambos os grupos mostra-se superior à média nacional. No caso dos homens, há uma prevalência de 7,96 óbitos para cada 100.000 habitantes no Brasil, índice que sobe para 9,33 no caso paranaense. Entre as mulheres, a média nacional que é de 2,08 eleva-se para 2,36 no estado do Paraná. De uma forma global, a média paranaense de 5,81 óbitos para cada 100.000 habitantes mostra-se elevada quando comparada a média nacional de 4,99.

Ainda sob esse recorte, não é possível identificar no estado qualquer tendência de diminuição ou crescimento nos óbitos por suicídio, uma vez que os mesmos se encontram em constante oscilação, tanto nos coeficientes por sexo quanto no global.

A variável referente ao local do óbito da vítima de suicídio no âmbito do estado do Paraná não mostra divergência dos dados coletados em nível nacional:

Tabela 14 – Número de suicídios no estado do Paraná entre os anos de 2006 e 2015, em razão do local de óbito da vítima.

Local de óbito	Hospital	estabelecimentos de saúde	Domicílio	Via pública	Outros	Ignorado
2006	118	05	348	26	97	-
2007	123	05	357	38	105	01
2008	110	09	345	32	98	02
2009	104	07	383	47	107	-
2010	100	12	368	25	82	01
2011	105	14	360	32	82	-
2012	93	15	408	26	85	02
2013	104	15	384	34	116	02
2014	80	09	389	31	111	-
2015	115	14	421	37	129	-
Total do período	1.052	105	3.763	328	1.012	08
	16,80%	1,67%	60,03%	5,23%	16,14%	0,13%

Fonte: Sistema de Informação Sobre Mortalidade – SIM.
Departamento de Informática do SUS – DATASUS.

Os dados apresentados indicam predominância acentuada da prática suicida em ambiente domiciliar, tal como observado nas estatísticas nacionais, seguida pela predominância em hospitais.

Tal como já apresentado, os óbitos em hospitais e outros estabelecimentos de saúde devem ser analisados de forma relativizada, considerando-se se tratar de situações onde a prática suicida se deu com grau de letalidade menos gravoso, de modo que o óbito não se concretizou verdadeiramente no local do fato.

Os dados referentes ao local de óbito das vítimas de suicídio guardam consonância com as categorias presentes na CID-10 e revelam os meios pelos quais os óbitos foram voluntariamente provocados, conforme se verifica inicialmente pelos dados apresentados na tabela abaixo. Sobre os meios utilizados para a prática do suicídio, um estudo temporalmente delimitado realizado por Rosa *et al* (2017, p. 80) relata que:

No Paraná, o enforcamento, o disparo de arma de fogo e a autointoxicação por pesticida representaram 85,8% dos meios utilizados para o suicídio [...]. A prevalência de suicídio por enforcamento neste estudo se justifica por ser um meio de fácil acesso e de alto grau de letalidade, achado que coaduna com a literatura. Uma iniciativa pertinente de atenuação da mortalidade por suicídio concentra-se na restrição do acesso aos meios, principalmente os resultantes de atitudes impulsivas. Nesse contexto, os resultados da presente pesquisa sugerem que regulamentos mais rigorosos para armas de fogo, pesticidas e outros meios de suicídio possam ter contribuído para o aumento do suicídio pelo enforcamento, embora sem significância estatística.

Os dados coletados revelam compatibilidade com a pesquisa indicada na medida em que demonstram notória prevalência de suicídios por meio de enforcamento e métodos similares, seguidos da ingestão de pesticidas e por meio de armas de fogo, respectivamente, conforme dados tabulados:

Tabela 15 – Número de suicídios no estado do Paraná entre os anos de 2006 e 2015, em razão das categorias presentes na CID-10 (Classificação Internacional de Doenças)

Categoría	Nº
X60 - Autointoxicação por exposição, intencional, a analgésicos, antipiréticos e antirreumáticos, não-opiáceos	06
X61 - Autointoxicação por exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes [antiepilépticos] sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte	150
X62 - Autointoxicação por exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte	22
X63 - Autointoxicação por exposição, intencional, a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo	08
X64 - Autointoxicação por exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas	104
X65 - Autointoxicação voluntária por álcool	21
X66 - Autointoxicação intencional por solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores	09
X67 - Autointoxicação intencional por outros gases e vapores	26
X68 - Autointoxicação intencional a pesticidas	491
X69 - Autointoxicação por exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas	105
X70 - Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação	4.061
X71 - Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão	49
X72 - Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão	204
X73 - Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de maior calibre	21
X74 - Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada.	523
X75 - Lesão autoprovocada intencionalmente por dispositivos explosivos	03
X76 - Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas	85
X77 - Lesão autoprovocada intencionalmente por vapor de água, gases ou objetos quentes	02
X78 - Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante	118
X79 - Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente	13
X80 - Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado	164
X81 - Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento	20
X82 - Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor	07

X83 - Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios especificados	08
X84 - Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados	48

Fonte: Sistema de Informação Sobre Mortalidade – SIM.
Departamento de Informática do SUS – DATASUS.

Assim, seguindo a tabulação das causas de óbitos em dois grandes grupos – resultantes de lesões (X70-X84) e resultantes de autointoxicações (X60-X69) – percebeu-se que as primeiras (X70-X84) foram responsáveis por 5.326 óbitos, correspondendo a um percentual de 84,97% em relação ao total de óbitos, seguindo o mesmo percentual nacional que atingiu 85,70%. No grupo descrito, aos óbitos causados por enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70) correspondem a um percentual de 76,24% dos óbitos causados por lesões, em face de um índice similar de 72,94% em nível nacional.

Os óbitos causados por autointoxicações (X60-X69) alcançaram um total de 942 casos, correspondendo a 15,03% em relação ao total de todas as categorias, alinhando-se à média nacional de 14,30%.

Desse grupo, merecem destaque, tal como no Brasil, os óbitos causados por pesticidas (X68), os quais alcançam um percentual de 52,12% dentro do grupo pesquisado (X60-X69). No Brasil, esse índice, em que pese apresente igual destaque, alcança um percentual inferior, atingindo 43,85% dos óbitos no grupo.

Se considerados os dois grupos em conjunto, os óbitos decorrentes de enforcamento, estrangulamento e sufocação atingem um percentual de 64,78%, seguidos por suicídios provocados por armas de fogo (8,34%), sendo que ambos os índices não destoam daquilo que foi observado no cenário brasileiro amplamente considerado, não havendo qualquer tipo de oposição a ser analisada.

5.3 A INCIDÊNCIA DO SUICÍDIO NA CIDADE DE PONTA GROSSA/PARANÁ ENTRE OS ANOS DE 2006 E 2015

Entre os anos de 2006 e 2015, o município de Ponta Grossa, estado do Paraná, apresentou um número significativo de suicídios, conforme demonstram os dados coletados junto ao Sistema Único de Saúde – SUS. Estima-se que nesse lapso temporal de dez anos 187 pessoas tiraram a própria vida no município, sendo que desse total 136 correspondem ao sexo masculino e 41 referem-se ao sexo feminino, conforme dados indicados na tabela abaixo:

Tabela 16 – Número de suicídios na cidade de Ponta Grossa/Paraná entre os anos de 2006 e 2015, em razão do sexo da vítima.

Ano	Número de ocorrências	Homens	Mulheres
2006	17	12	05
2007	23	18	05
2008	26	22	04
2009	21	15	06
2010	22	21	01
2011	11	06	05
2012	15	11	04
2013	22	21	01
2014	13	07	06
2015	17	13	04

Fonte: Sistema de Informação Sobre Mortalidade – SIM.
Departamento de Informática do SUS – DATASUS.

Para que fosse possível a construção de dados consolidados foi indispensável a mensuração da população pontagrossense no período de tempo analisado, o que foi possível de ser realizado por meio de pesquisa junto à base de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), conforme tabela indicativa:

Tabela 17 – População do município de Ponta Grossa/Paraná entre os anos de 2006 e 2015.

Ano	População
2006	304.973
2007	306.351*
2008	311.106
2009	314.681
2010	311.611**
2011	314.518
2012	317.339
2013	331.084
2014	334.535
2015	337.865

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

*Dados proveniente da contagem populacional. Os demais dados são de estimativas populacionais realizadas pelo IBGE, em anos em que não há contagem populacional.

**Dados proveniente do Censo de 2010. Os demais dados são de estimativas populacionais realizadas pelo IBGE, em anos em que não há contagem populacional.

Ressalte-se que a estimativa populacional dos municípios realizada pelo IBGE não disponibiliza a separação em decorrência do sexo, não sendo possível a realização de uma análise em separado dos grupos do sexo masculino e feminino, conforme apresentado em âmbito nacional e estadual, salvo nos anos em que há contagem populacional ou realização de censo demográfico. O mesmo ocorreu com as categorias etárias que, em decorrência da ausência de dados, não foi permitida a construção dos respectivos índices, em que pese a existência dos dados absolutos de óbitos por suicídio.

Destaque-se ainda que, conforme descrito oportunamente, realizou-se contato junto ao município para coleta dos dados populacionais em razão do sexo, raça, escolaridade e faixa etária, não obstante a Administração tenha informado não dispor dos referidos dados populacionais. A mesma resposta foi obtida mediante diligência junto ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Assim, a partir dos dados apresentados, confrontaram-se os números de suicídios no município e da dinâmica populacional, indicando o coeficiente de óbitos causados por suicídio a partir de um grupo de 100.000 pessoas, sem se considerar a variável sexo:

Tabela 18 – Coeficiente de mortalidade por suicídio no município de Ponta Grossa para cada 100 mil habitantes, entre os anos de 2006 e 2015.

Ano	Coeficiente geral do estado
2006	5,57
2007	7,50
2008	8,35
2009	6,67
2010	7,06
2011	3,49
2012	4,72
2013	6,64
2014	3,88
2015	5,03
Média do período	5,90

Fonte: Autor.

De acordo com a distribuição de óbitos no período de tempo analisado, não foi possível constatar, tal como nas médias do estado do Paraná, qualquer tendência de diminuição ou crescimento nos óbitos por suicídio, uma vez que os mesmos se mostraram em constante oscilação, em que pese existam anos com prevalência acentuada, como em 2007, 2008 e 2010.

É de se destacar que a média de suicídios no município (5,90/100.00) mostrou-se consideravelmente superior à média nacional (4,99/100.000) e similar ao coeficiente médio obtido para o estado do Paraná. Sobre essa prevalência em cidades consideradas de porte médio, indica Botega (2015, p. 55) que:

Contradizendo o senso comum, que liga o suicídio ao fenômeno da urbanização, as maiores taxas de suicídio encontram-se em cidades de pequeno ou médio porte populacional. De fato, em termos de números

absolutos, há mais suicídios em grandes cidades, mas, em termos de coeficientes, ocorre o contrário.

Sobre os dados referentes ao local do óbito decorrente de suicídio é possível verificar, no município de Ponta Grossa, uma prevalência que se mostra compatível com os níveis federal e estadual, com destaque para a figura do domicílio, seguido pelos hospitais, conforme tabela abaixo:

Tabela 19 – Número de suicídios na cidade de Ponta Grossa/Paraná entre os anos de 2006 e 2015, em razão do local de óbito da vítima.

Local do óbito	Hospital	Outro órgão de saúde	Domicílio	Via pública	Outros
2006	03	-	12	01	01
2007	04	-	10	03	06
2008	04	-	17	01	04
2009	05	-	10	-	06
2010	02	-	13	01	06
2011	02	-	08	-	01
2012	-	-	14	-	-
2013	-	01	14	-	-
2014	-	-	11	01	01
2015	03	-	08	-	06

Fonte: Sistema de Informação Sobre Mortalidade – SIM.
Departamento de Informática do SUS – DATASUS.

Conforme já afirmado, a compreensão dessas variáveis e da conjugação entre elas mostra-se relevante para a elaboração de estratégias de prevenção por parte do Estado, conforme destacam Rosa *et al* (2017, p. 76):

O conhecimento dessas variações pode servir de subsídio aos gestores de políticas públicas do Estado, na implementação de estratégias mais eficazes para dificultar o acesso dos residentes aos meios mais utilizados para o suicídio. Estudo sobre óbitos por causas externas no Paraná reforça que a análise da distribuição da mortalidade deve nortear as ações preventivas nos diversos setores e níveis governamentais.

Sob esse aspecto, destaque-se que os dados referentes ao local de óbito das vítimas de suicídio guardaram consonância com as categorias presentes na CID-10 e que revelam os meios pelos quais os óbitos foram voluntariamente provocados, tal como se verificou nas análises empreendidas em nível federal e estadual, conforme se verifica pelos dados apresentados na tabela abaixo, indicativa das causas dos óbitos por suicídio no município de Ponta Grossa:

Tabela 20 – Número de suicídios na cidade de Ponta Grossa/Paraná entre os anos de 2006 e 2015, em razão das categorias presentes na CID-10 (Classificação Internacional de Doenças)

Categoria	Nº
X61 - Autointoxicação por exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes [antiepilépticos] sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte	06

X63 - Autointoxicação por exposição, intencional, a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo	01
X64 - Autointoxicação por exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas	05
X65 - Autointoxicação voluntária por álcool	01
X67 - Autointoxicação intencional por outros gases e vapores	01
X68 - Autointoxicação intencional a pesticidas	01
X69 - Autointoxicação por exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas	08
X70 - Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação	129
X72 - Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão	02
X74 - Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada.	14
X76 - Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas	04
X78 - Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante	02
X80 - Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado	08
X81 - Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento	01
X82 - Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor	01
X84 - Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados	03

Fonte: Sistema de Informação Sobre Mortalidade – SIM.

Departamento de Informática do SUS – DATASUS.

O grupo de causas decorrentes de lesões (X70-X84) foi responsável por 164 óbitos, correspondendo a um percentual de 87,70% em relação ao total de óbitos, seguindo o mesmo percentual nacional que atingiu 85,70%, e estadual que correspondeu a 84,97%. No grupo descrito, os óbitos decorrentes de enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70) correspondem a um percentual de 78,65% dos óbitos causados por lesões, face a um índice similar de 72,94% em nível nacional e de 76,24% em nível estadual.

Os óbitos provenientes de autointoxicações (X60-X69) alcançaram um total de 23 casos, correspondendo a 12,30% em relação ao total de todas as categorias, alinhando-se à média nacional de 14,30% e a média estadual de 15,03%.

Desse grupo, distanciando-se do que ocorre no Brasil e no Estado do Paraná, os óbitos causados por pesticidas (X68) não alcançam índices significativos dentro do grupo pesquisado (X60-X69).

Emergem como categorias de destaque aquelas decorrentes da ingestão de medicamentos e substâncias químicas diversas (X61, X64 e X69), as quais, em conjunto, correspondem a 78,26% dos óbitos pesquisados dentro do grupo e a 9,62% de todos os óbitos registrados no período.

Se considerados os dois grupos em conjunto, os óbitos decorrentes de enforcamento, estrangulamento e sufocação atingem um percentual de 68,99%, diante de um percentual de 64,78% em nível estadual e 62,50% em nível federal.

5.3.1 Tentativas de suicídio notificadas no município de Ponta Grossa entre os anos de 2010 e 2018

De forma complementar, cumpre apresentar os dados acerca do número de tentativas de suicídio no município de Ponta Grossa, obtidos junto à Secretaria Municipal de Saúde. Tais informações compreendem um lapso temporal que vai do ano de 2010 – quando o sistema de notificação passou a existir – até o mês de junho de 2018, quando houve a última atualização dos dados.

Deve-se destacar a relevância de tais dados sistematizados pelo município de Ponta Grossa, na medida em que esse trabalho colabora com a construção do cenário real de óbitos por suicídio, conforme explica Neury José Botega (2015, p. 59):

No espectro do comportamento autoagressivo, o suicídio é a ponta de um *iceberg*. Estima-se que o número de tentativas de suicídio supere o de mortes em pelo menos dez vezes. Não há, entretanto, em nenhum país, um registro de abrangência nacional de tentativas de suicídio. O que se sabe, em termos numéricos, baseia-se em informações obtidas nos registros de serviços médicos, ou a partir de inquéritos que abrangem, por um período de tempo, uma área geográfica delimitada.

Inicialmente deve-se apresentar o número absoluto de tentativas de suicídio no período, apresentado na tabela abaixo em razão do sexo da vítima, e que chegaram até o serviço de saúde mental do município para acompanhamento médico:

Tabela 21 – Número de tentativas de suicídio na cidade de Ponta Grossa/Paraná entre os anos de 2010 e 2018, em razão do sexo.

Ano da notificação	2010**	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*	Total
Masculino	0	39	18	49	35	27	30	65	22	285
Feminino	6	94	69	111	88	83	60	119	72	702
Total	6	133	87	160	123	110	90	184	94	987

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN Net). 2010 a 2018.

*Dados parciais até 22/06/2018.

**Ano de implantação da ficha de notificação.

Considerando-se os anos compreendidos entre 2011 e 2017, cujos dados já se mostram consolidados, é possível verificar um número global de 887

tentativas de suicídio (excluindo-se os anos de 2010 e 2018), havendo predominância no número absoluto de tentativas entre as vítimas do sexo feminino.

A partir dos resultados de inúmeros estudos populacionais, uma tentativa de suicídio é o principal fator de risco para um futuro suicídio. Por essa causa, as tentativas devem ser abordadas com seriedade, como um sinal de alerta indicando a atuação de fenômenos psicossociais complexos da vítima potencial. Dar atenção especial a uma pessoa que tentou o suicídio é uma das principais estratégias para se evitar um futuro suicídio (BOTEZA, 2015).

Sobre os índices coletados, conforme já enunciado, deve-se frisar a impossibilidade de se promover uma análise percentual entre os sexos feminino e masculino diante da ausência de dados populacionais do período pesquisado em âmbito municipal. No entanto, resta evidente que o número de tentativas entre as mulheres mostram-se consideravelmente superiores ao número de tentativas entre homens.

Em contrapartida, conforme já demonstrado, verificou-se uma prevalência de suicídios consumados entre pessoas do sexo masculino, levando-se à inferência que os meios adotados pelos homens mostram-se mais eficazes quando considerado o resultado óbito, ao passo que as tentativas realizadas pelas mulheres logram menor êxito.

Sobre essa dinâmica suicida entre homens e mulheres, Flávia Regina Marquetti e Fernanda Cristina Marquetti (2017, p.13) concluem que:

Quanto às mulheres suicidas, na Antiguidade se matavam no quarto ou em área privada da casa, trancadas, escondidas, e o método mais utilizado era o enforcamento. As mulheres suicidas da atualidade mantêm essa característica. Os métodos femininos de suicídio são menos violentos, não destroem o corpo, e o cenário é mais recluso, com espectadores geralmente da família. Talvez aqui esteja um dos motivos que levam as mulheres ao “fracasso” na tentativa de suicídio, a preservação do corpo na morte.

Apenas como ilustração de tal afirmativa, entre os anos de 2011 e 2015 foram registradas 166 tentativas de suicídio no município de Ponta Grossa entre vítimas do sexo masculino. Nesse mesmo período, foram registrados 58 óbitos por suicídio dentro do mesmo grupo. No tocante ao grupo de mulheres, no mesmo período registrou-se um total de 445 tentativas de suicídio e 20 óbitos por suicídio.

Nesse mesmo sentido é possível apreender algumas possíveis causas ao índice relativamente baixo de êxito nos óbitos por suicídios femininos quando comparados ao suicídio masculino:

Entre as conjecturas possíveis temos: a de que as mulheres escolhem morrer revelando os elos que as prendem na sociedade, antes véus e agora cordas; a de a ineficácia do ato suicida feminino, apontada pela biomedicina, pode ser pela menor liberdade dada às mulheres para estabelecerem os meios e locais, pois, mesmo atualmente, as armas e outros instrumentos ainda são de acesso mais facilitado ao gênero masculino; e ainda, a de que a preservação do corpo na morte, pelo uso de métodos menos destrutivos, pode ser apontada como um dos motivos do suposto fracasso ao morrer das mulheres suicidas (MARQUETTI; MARQUETTI, 2017, p. 18).

Essa última variável apresentada corrobora com a compreensão social do fenômeno suicídio, o qual pode ser estudado a partir de aspectos históricos e culturais que reforçam desigualdades e emergem no momento do óbito por suicídio como uma última forma de manifestação pessoal e cultural. O ideal feminino de preservação do próprio corpo no momento da escolha do meio de suicídio, bem como o uso de determinados instrumentos como forma de materialização de um sentimento de protesto devem ser considerados como construção das identidades dos mortos por suicídio.

Destaque-se que para se configurar determinado contexto como uma problemática de saúde pública – como se defende diante da questão do suicídio – é necessária a presença de fatores objetivamente verificáveis, sendo eles: magnitude, transcendência e vulnerabilidade. O primeiro fator diz respeito à extensão do contingente de pessoas acometidas por sua ocorrência, lançando mão basicamente do emprego de indicadores epidemiométricos; sobre a transcendência, entende-se como sendo o considerável custo pessoal e social dos agravos à população enquanto ente coletivamente considerado; a vulnerabilidade, por sua vez, corresponde a quanto a afecção pode ser controlada mediante aplicações de investimentos e de conhecimentos específicos na área (GONÇALVES, 2006).

Com o que foi exposto nos últimos capítulos foi possível verificar que o suicídio insere-se na categoria de saúde pública, a qual perpassa necessariamente por uma atuação do Estado enquanto elemento indispensável ao processo de construção de políticas públicas de prevenção.

Assim, considerando-se os dados obtidos por meio da pesquisa quantitativa, bem como do reconhecimento da problemática como passível de

prevenção por meio de iniciativas coordenadas, realizou-se uma pesquisa empírica buscando identificar a percepção dos gestores públicos e do voluntariado acerca da atuação estatal no tocante à prevenção do suicídio no Brasil, bem como das eventuais ações promovidas por segmentos organizados da sociedade civil.

CAPÍTULO 6 – POLÍTICAS PÚBLICAS E PERCEPÇÕES DOS AGENTES PÚBLICOS E DOS INTEGRANTES DO TERCEIRO SETOR ACERCA DA PREVENÇÃO AO SUICÍDIO NO BRASIL

“As pessoas que ligam pra nós dizendo *“eu só estou comunicando que vou me matar, queria me despedir, queria ficar com vocês nos meus últimos minutos”*. Isso acontece bastante. Essa pessoa ainda está na ambivalência, ela ligou, ela teve energia. [...] A pessoa ligou, a pessoa ainda tem essa energia, então nós temos uma chance, nos deem essa chance. Então não está na crise suicida, mas está a ponto, está ainda na ambivalência. O que é? É a pulsão de vida... e pulsão de morte. Quando você acolhe a pessoa, é um pequeno alívio, é uma pequena mudança de perspectiva, para ela se dar um tempo. É o adiamento. É o deixar para amanhã. Já é uma vitoriosa maravilhosa. Liga amanhã. Liga de novo”.

(Robert Gellert Paris Junior, presidente do Centro de Valorização da Vida (CVV), em 06 de setembro de 2018)

O capítulo tem como objetivo inicial apresentar os aspectos gerais acerca das políticas públicas – com ênfase para a política de saúde – identificando os seus ciclos constitutivos, atores e processos decisórios. Em seguida, são apresentadas as iniciativas do Estado brasileiro no tocante à elaboração de políticas públicas de prevenção ao suicídio, buscando-se alocá-las, quando existentes, nas referidas etapas de formulação.

Ainda, busca-se apresentar os planos internacionais em matérias de saúde mental que o Brasil coloca-se signatário, identificando-se nos mesmos a problemática do suicídio e as metas estabelecidas para redução das respectivas taxas de mortalidade.

Finalmente, com vistas à construção da tese proposta, pretende-se promover uma análise qualitativa do conteúdo extraído das entrevistas realizadas, conforme anteriormente apresentado, promovendo-se um processo de triangulação da análise dos dados coletados, especialmente no que tange à pesquisa bibliográfica, documental e de campo, com o objetivo de aferir a existência e implementação de políticas de prevenção ao suicídio pelo Estado brasileiro.

6.1 ASPECTOS GERAIS ACERCA DA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Para que se possa compreender o processo de construção de políticas em matéria de saúde é necessário, inicialmente, apresentar as dinâmicas estatais e sociais nas quais tal instituto encontra-se inserido, compreendendo-o, inclusive, de maneira menos abrangente para as finalidades do presente estudo, como aquilo que se conceitua como política social.

Habitualmente o conceito de política pública é definido como o conjunto de respostas dos governos às demandas, problemas e conflitos que surgem de um grupo social, sendo esse o produto das negociações entre os diferentes interesses, mediado pela racionalidade técnica dos “fazedores de política” – ou representantes públicos – visando à manutenção de uma ordem (DALFIOR; LIMA; ANDRADE, 2015).

Nesse sentido, para que haja a atuação do Estado na elaboração e implementação de determinada política pública é indispensável a existência de uma problemática dentro de um agrupamento social, que por sua vez mostre-se apto a levar esse conflito ao conhecimento daqueles que se encontram vinculado ao poder estatal. No caso em tela, a pesquisa quantitativa construída demonstra a existência de uma problemática que merece atenção do poder público por meio da edição de medidas de prevenção e pósvenção com vistas à redução da incidência dos casos de suicídio no país.

Em detrimento dessa conceituação inicial, os próprios autores citados apresentam que tal acepção mostra-se incompleta diante da amplitude do processo constitutivo das referidas políticas, sendo necessária uma complementação conceitual crítica:

Portanto, o Estado pode ser compreendido como mediador dos interesses sociais, mas também como a expressão da cultura, dos hábitos, das práticas e dos costumes de uma sociedade. Deve-se, então, buscar contribuir para a formação do pensamento político crítico, em que a análise das políticas possa valorizar os processos e os sujeitos, que são os portadores de saber e poder, envolvidos na construção da ação política governamental e não governamental, que produzem efeitos para a sociedade, não sendo restrito aos enunciados oficiais ou institucionais formais (DALFIOR; LIMA; ANDRADE, 2015, p. 213).

Assim, compreender o poder público como único ou, ainda, como ator protagonista no processo constitutivo da política seria insuficiente para se

consolidar uma construção que envolve uma diversidade de interesses e que transcende a esfera estatal e à compreensão dos fazedores de políticas, abarcando, por exemplo, os segmentos organizados da sociedade civil e suas particularidades.

É necessário compreender que o conceito de política pública formula-se de maneira complexa, não se apresentando como mero ideal pragmático de provisão e alocação de recursos, bem como de decisões tomadas pelo Estado e aplicadas verticalmente na sociedade. Essa política não poderá construir-se de modo linear, de maneira que se apresenta simultaneamente de forma positiva e negativa, beneficiando interesses contrários de acordo com a correlação de forças prevalecentes na ordem social (PEREIRA, 2011).

Percebe-se, assim, que o Estado não define de forma neutra e aleatória a aplicação de recursos públicos e a construção de políticas de ordem social, visto que isso se dá em âmbito público a partir de um processo de aproximações e antagonismos entre os setores que compõem não apenas o aparelho estatal, mas também os segmentos organizados da sociedade civil.

É nesse cenário conceitual que se busca compreender a atuação de atores que militam pela prevenção ao suicídio no Brasil e que compõem o chamado terceiro setor, cuja atuação se dá de maneira paralela ao do ente público.

Potyara A. P. Pereira (2011, p. 173) apresenta a conceituação e a classificação inicial de política social, identificando-a dentro do conceito de política pública e considerando seus elementos de contrariedade:

As contemplar todas as forças e agentes sociais, comprometendo-se o Estado, a política social se afigura uma *política pública*, isto é, um tipo, dentre outros, de *política pública*. Ambas as designações (política social e política pública) são *policies* (políticas de ação), integrantes do ramo de conhecimento denominado *policy Science*, só que a política social é uma espécie do gênero política pública (*public policy*).

Fazem parte desse gênero relativamente recente na pauta dos estudos políticos, todas as políticas (entre as quais a econômica) que requerem a participação ativa do Estado, sob o controle da sociedade, no planejamento e execução de procedimentos e metas voltados para a satisfação de necessidades sociais.

Nesse sentido é imperioso se compreender que o conceito de política social – conceito que se passa a adotar – é espécie do gênero política pública, entendendo-se esta como as atuações positivas do Estado com vistas à organização de suas finalidades e consecução de seus objetivos primordiais, notadamente aqueles de matriz constitucional.

É importante definir, nesse aspecto, que o termo público, associado à política, não é uma referência exclusiva do Estado, mas sim à coisa pública, no atendimento de demandas e necessidades sociais, sob a égide de um mesmo direito e com o apoio de uma comunidade de interesses. Assim, emerge o que se chama de controle democrático, onde, em que pese a política pública seja regulada e promovida habitualmente pelo Estado, ela também deverá englobar demandas, escolhas e decisões privadas, podendo e devendo ser controlada pelos cidadãos (PEREIRA, 2011).

Com isso, denota-se que apesar da proeminência do Estado no processo constitutivo da política social, não se pode relegar a participação de uma variedade de atores, direta ou indiretamente vinculados ao próprio poder público, que emergem enquanto facilitadores, fiscais ou multiplicadores das ações com vistas à consecução das finalidades sociais do ente público face à coletividade.

Com isso, pode-se pensar em um conceito de política pública a partir do pressuposto de que a mesma trata fundamentalmente de atores cercados por restrições que tentam compatibilizar objetivos políticos (*policy goals*) com meios políticos (*policy means*), num processo que pode ser caracterizado como resolução aplicada de problemas (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

A política pública é constituída, assim, por meio da junção de forças políticas e sociais que se organizam com o objetivo de solucionar problemas de ordem pública por meio da atuação do Estado, que inicialmente mostra-se inerte e passa a atuar a partir da provocação e de uma costura social e política com os mais variados grupos de interesses.

Nesse enfoque, Potyara A. P. Pereira (2011, p. 174) define a política pública como “a conversão de demandas e decisões privadas em decisões e ações públicas que afetam e comprometem a todos”.

Diante de tal conceituação inicial, ao se compreender a política de saúde como uma política pública e, de modo mais específico, como uma política social, Sonia Fleury e Assis Mafort Ouverney (2012, p. 37) apresentam que:

A construção da política de saúde como política social envolve diversos aspectos políticos, sociais, econômicos, institucionais, estratégicos, teóricos, técnicos, culturais, dentre outros, tornando-se muito difícil isolar a participação de cada um deles em um momento definido. Como atividade de proteção social, a política de saúde se coloca na fronteira de diversas formas de relação social, como a relação entre gestores e atores políticos de unidades governamentais e empresas, entre indivíduos e grupos sociais

(famílias, grupos ocupacionais, religiosos, entre outros), entre cidadãos e os poderes públicos, entre consumidores e provedores de bens e serviços etc. A ação da política de saúde sobre essas formas de relação é diferente em cada caso e envolve estratégias, planos, instrumentos e processos mediados por instituições e significados culturais.

É possível verificar, assim, que para além da complexidade contida na política social amplamente concebida, em suas mais variadas tutelas, a política de saúde apresenta nuances próprias, decorrentes, inclusive, de seu particular histórico constitutivo – como já observado anteriormente – de maneira que o diálogo existente com vistas à elaboração da política passa a contar com inúmeros atores e interesses, fazendo com que a agenda sanitária seja marcada por estratégias e processos de mediação próprios.

Essa complexidade da participação de atores sociais na política de saúde pode ser compreendida pela análise de Machado, Lima e Baptista (2017, p. 5144):

Os direitos assegurados pela Constituição e o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) propiciaram avanços nas décadas subsequentes em termos de descentralização político-administrativa, participação social, mudanças no modelo de atenção, expansão do acesso a serviços públicos e melhoria de indicadores de saúde.

A participação social no processo de elaboração de políticas de saúde faz-se presente, no Brasil, desde as origens do SUS, compreendendo este como resultado de um amplo, histórico e complexo processo de lutas sociais por uma saúde universal, integral e gratuita no país.

Para que se possa compreender o processo de construção de uma política de saúde e, posteriormente, da política de prevenção ao suicídio no Brasil, mostra-se razoável a opção pela apresentação do método relativo ao ciclo da política, que divide o processo de uma política pública em etapas ou fases.

Como referencial teórico fundante para análise de tais etapas, utiliza-se o modelo construído por Howlett, Ramesh e Perl (2013), o qual divide esse processo em cinco etapas constitutivas e pode ser compreendido a partir da figura abaixo:

Ilustração 5 – Cinco estágios do ciclo político e sua relação com a resolução aplicada de problemas.

<i>Resolução aplicada de problemas</i>	<i>Estágios no ciclo político</i>
1. Reconhecimento do problema	1. Montagem da agenda
2. Propostas de solução	2. Formulação da política
3. Escolha da solução	3. Tomada de decisão política
4. Efetivação da solução	4. Implementação da política
5. Monitoração dos resultados	5. Avaliação da política

Fonte: (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013, p. 18).

O chamado ciclo da política pública considera, como apresentado, o processo político como algo dinâmico, organizado no tempo e composto por etapas bem demarcadas e que permite possibilidades de aprendizagem com o próprio dinamismo do processo. Assim, a valorização deste modelo deve-se ao fato do mesmo permitir estudar as diversas etapas envolvidas em um processo político, além de compreender como as relações de poder, os processos decisórios e as relações entre os atores determinam as práticas político-administrativas.

Embora existam várias propostas de divisão do ciclo político, de um modo geral, são identificadas cinco etapas fundamentais: 1) construção da agenda (ou reconhecimento do problema); 2) formulação de políticas (ou de propostas de solução); 3) processo decisório (a escolha das soluções); 4) implementação de políticas (a efetivação das soluções) e; 5) avaliação de políticas (o monitoramento dos resultados) (DALFIOR; LIMA; ANDRADE, 2015).

A primeira etapa do referido ciclo constitui-se no momento de construção da agenda política, que trata da inclusão de um problema na relação de prioridades do poder público.

Uma agenda de políticas consiste em uma lista de prioridades inicialmente estabelecidas, às quais os governos devem dedicar-se, e entre as quais os mais diversos atores lutam para incluir as questões de seu interesse. A agenda de políticas resulta de um processo pouco sistemático, extremamente competitivo, pelo qual se extrai, do conjunto de temas que poderiam ocupar as atenções do governo, aquelas questões que serão efetivamente tratadas (RUA, 2009).

É nessa etapa da conformação da agenda que os conflitos referentes a qualquer processo de tomada de decisão estão sujeitos às influências

daqueles que detêm o poder e elaboram a política pública (DALFIOR; LIMA; ANDRADE, 2015).

Pode-se aferir que a relevância desse momento inicial de construção da política reside na capacidade dos mais diversos atores sociais – estando eles inseridos formalmente no ente governamental ou não – em fazer suas demandas passarem a ser consideradas como prioridade pelo poder público, visando a concretização de garantias até então relegadas a outros setores ou minimamente consideradas pelas políticas oficiais. A capacidade de organização e mobilização dos grupos de interesses impacta consideravelmente no êxito das propostas e pretensões ora apresentadas, sendo que tal predisposição é absolutamente proporcional ao resultado final da política construída.

A segunda fase ou etapa considerada diz respeito à entrada do problema na agenda decisória de governo. Uma vez que o governo reconhece a existência de um problema e a necessidade de fazer algo sobre ele, os *policy makers* (fazedores de política), com base nas várias opções disponíveis para enfrentar o problema, precisam decidir ou não sobre um curso de ação. É na etapa de formulação que as opções de concretização são aceitas ou rejeitadas (DALFIOR; LIMA; ANDRADE, 2015).

Nesse segundo momento já existe por parte do poder público o reconhecimento da relevância e necessidade da implementação de medidas para a obtenção de determinados objetivos específicos, restando, agora, a definição dos caminhos e possibilidades a serem abordadas para maior aproveitamento de recursos e maximização dos resultados.

O processo de formulação de uma política é o momento em que, dentro do governo, se formulam tipos de soluções para o problema, podendo ser entendido como um diálogo entre intenções e ações. A formulação de uma política consiste na investigação do problema e na busca de opções e alternativas (VIANA; BAPTISTA, 2012).

Nessa etapa, deve-se apontar que todos os atores agem de maneira absolutamente racional e focalizada, buscando a solução mais perfeita para apenas aquele problema que está em jogo. Nesse caso, o governo (logo, os tomadores de decisão) é visto como um ator unitário, monolítico, que trata o problema estrategicamente segundo seus interesses e possibilidades. Para isso, define objetivos, identifica soluções alternativas disponíveis e avalia as consequências de

cada uma. Escolhe a alternativa que lhe traz consequências mais vantajosas e age (RUA, 2009).

Se em um primeiro momento a participação social e dos atores diretamente envolvidos se dava com o objetivo de se fazer presente na política, o segundo momento é de discussão acerca dos melhores caminhos para serem percorridos e dos meios utilizados para tanto. Já não há que se falar em um embate para a inclusão de temáticas, mas de debates eminentemente programáticos.

Nessa etapa devem ser consideradas as variáveis presentes, bem como os resultados esperados para cada tipo de intervenção estatal, possibilitando-se um efetivo controle não apenas pela Administração Pública, mas também pela sociedade civil como um todo. Frise-se não se tratar de uma etapa de protagonismo exclusivo do ente público, visto que a miscigenação de ideias e modelos tende a fortalecer as próximas etapas do processo constitutivo.

A terceira etapa, subsequente à formulação da política, abarca o processo de escolha pelo governo de uma solução específica ou uma combinação de soluções, em um dado curso de ação ou não ação. Trata-se de um processo decisório no tocante ao ciclo das políticas públicas (DALFIOR; LIMA; ANDRADE, 2015). Assim, busca-se definir, dentro daquilo que foi estabelecido na etapa anterior, o que efetivamente será implementado nas etapas seguintes, considerando-se todas as formulações previamente debatidas e estabelecidas.

Esta fase define os princípios e diretrizes para o desenvolvimento das ações do Estado, bem como se explicitam as escolhas políticas de uma autoridade central. Tais escolhas políticas estão inseridas em uma cultura e em condições socioeconômicas que influenciam os ‘fazedores’ de políticas. Em contrapartida, as regras institucionais limitam o raio de ação de quem toma as decisões, e a decisão ocorre em instâncias hierárquicas governamentais, dentro de um Estado hierarquizado e que possui formas específicas de funcionamento (VIANA; BAPTISTA, 2012).

Tal fase encerra o primeiro bloco do chamado ciclo da política, visto que demanda, antes de tudo, disponibilidade orçamentária para a tomada de decisões, bem como de vontade e viabilidade política para o seguimento das ações, que dizem respeito justamente ao processo de implementação da política, o qual inaugura o segundo bloco de etapas constitutivas das políticas públicas.

Assim, após a conclusão das três primeiras etapas do ciclo, tem-se início os procedimentos de implementação – sendo esta a quarta fase de seu processo constitutivo – momento de se colocar uma determinada solução em prática, de executar, dirigir e administrar o que foi previamente debatido e decidido. A implementação de políticas é vista como um processo de interação estratégica entre vários atores com diferentes interesses (DALFIOR; LIMA; ANDRADE, 2015).

Tal implementação pode ser compreendida como o conjunto de decisões e ações realizadas por grupos ou indivíduos, de natureza pública ou privada, as quais são direcionadas para a consecução de objetivos estabelecidos mediante decisões anteriormente delineadas e motivadas pelo poder público. Sob um aspecto prático, esta etapa compreende diversos aspectos do processo administrativo, como a provisão de recursos no orçamento, formação de equipes, elaboração de minutas de projeto de lei autorizando realização de concurso para contratação de servidores, processo legislativo das leis autorizativas, elaboração de editais para aquisição de bens ou contratação de serviços (RUA, 2009).

Trata-se, efetivamente, da materialização das medidas até então existentes apenas em um plano administrativo, cujas operações, a partir de então, passam a demandar ações positivas dos gestores responsáveis e a delegação de competências para a superação de barreiras burocráticas, bem como a observância de todo o cabedal jurídico-administrativo necessário à plena e regular realização da política.

Sobre o processo de implementação de políticas públicas, apresentam Ana Luiza d'Ávila Viana e Tatiana Wargas de Faria Baptista (2012, p. 68):

A implementação pode ser encarada como um jogo em que uma autoridade central procura induzir agentes (implementadores) a colocar em prática objetivos e estratégias que lhes são alheias, mas as respostas (aceitação, neutralidade ou rejeição) dos agentes implementadores depende de muitos fatores, tais como: o entrosamento entre formuladores e implementadores, a compreensão da política, o conhecimento de cada fase do processo e da quantidade de mudança envolvida com a nova política. De todos os fatores, este último apresenta-se como mais crítico, porque determina os graus de consenso ou conflito em torno das metas e dos objetivos de uma política, e quanto maior a mudança, menor o consenso.

É preciso compreender, assim, que esse processo de implementação é de intensa negociação entre os mais variados atores, ocasião onde ocorrem grandes consensos, em que tudo é possível, bem como onde se

descobre a real potencialidade de uma política, quem são os atores que a apoiam, o que cada um dos grupos disputa e seus interesses. Nesse momento estabelecem-se novos pactos, agora com novos atores, muitas vezes não participantes do pacto inicial de formulação, como os atores responsáveis pela prestação direta de serviços e que são, na ocasião da implementação, os principais agentes de transformação da política; tem início um novo processo decisório, uma nova formulação da política, agora voltada para a sua aplicabilidade mais imediata e já não mais sujeita a intervenções ampliadas dos grupos sociais que sustentaram a proposta previamente aprovada (VIANA; BAPTISTA, 2012)

Com isso, é possível perceber a inter-relação dos mais variados sujeitos em tal processo constitutivo, visto que os mesmos nem sempre se mostraram presentes durante todo o percurso da política pública. Se em um primeiro momento determinados atores sociais viabilizaram a inclusão da problemática no centro de atenção dos governos, outros atores passarão a acompanhar o seu processo de implementação, muitas vezes por meio de ações diversas daquelas inicialmente observadas.

É de se ressaltar, conforme apresentado, que dentro da própria esfera governamental será necessário um trabalho de apresentação, convencimento e preparação técnica para a implementação das novas medidas que passarão a fazer parte de determinado sistema político, sob pena de não se alcançar o êxito pretendido. Assim, pode-se indicar a formação de uma verdadeira rede de atores – sociais e governamentais – que passam a dialogar e a trocar percepções durante todo o ciclo da política desenvolvida.

Finalmente, a última etapa do ciclo da política é o de sua avaliação, sendo esta um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões. Trata-se da etapa do processo de monitoramento dos resultados, pelo governo ou outro tipo de organização, que visa avaliar a política implementada e reconduzir os seus cursos (DALFIOR; LIMA; ANDRADE, 2015).

Sobre as possibilidades de avaliação das políticas, apresentam Ana Luiza d'Ávila Viana e Tatiana Wargas de Faria Baptista (2012, p. 68):

Por sua vez, a avaliação propriamente dita é a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (avaliação da estrutura), os serviços e bens

produzidos (avaliação de processo) e os resultados obtidos (avaliação de impacto), com critérios e normas. Tem como finalidade principal ajudar os gerentes a preencher suas funções habituais.

Existem estudos de avaliação que se realizam na fase de formulação e tomada de decisão para uma política. São as chamadas avaliações *ex ante*, que ocorrem antes da implementação e compreendem o cálculo do custo-benefício e do custo-efetividade, visando a subsidiar os formuladores de política de informações mais precisas das possibilidades e alcance dos recursos a serem empregados.

Conforme destacado, o processo de avaliação – seja ele governamental ou externo – acaba por permear todos os ciclos de elaboração da política, não sendo restrito à simples avaliação de resultados, em que pese este se mostre como dos mais importantes para a Administração Pública, não apenas quanto ao seu aspecto orçamentário e de custo-benefício, mas especialmente quanto à avaliação da efetividade da política implementada. Tal etapa contribui para aperfeiçoar a formulação de políticas e projetos e apontar em que medida os governos se mostram responsivos frente às necessidades dos cidadãos.

Assim, o que se pretende nesse momento é verificar se as políticas e os programas estão sendo concebidos de modo coordenado ou articulado, e em que medida se construirá abordagens inovadoras na resolução de problemas que antes pareciam intratáveis pelo poder público. Podem indicar, ainda, como vão sendo construídas as parcerias entre governo central e local, entre os setores público, privado e o terceiro setor atuante na área, além de identificar as condições de sucesso ou fracasso dessas parcerias e apontar como podem ser aperfeiçoadas a fim de ganharem abrangência e se tornarem estratégias nacionais das políticas de desenvolvimento (RUA, 2009).

Dessa forma, verifica-se que essa etapa não se mostra findável, sendo que a mesma ocorrerá periodicamente, com o objetivo de constatar os níveis de abrangência e excelência da prestação da política avaliada, fiscalizando-se e determinando-se, quando necessário, mudanças em seu processo de implementação por meio de nova etapa decisória, observando-se, em última instância, os interesses dos cidadãos abrangidos por tais prestações.

Além disso, em um contexto político onde há escassez de recursos para satisfação das demandas de todos os direitos e pretensões dos mais variados grupos sociais, a avaliação da política pública implementada ou em fase de construção pode-se mostrar como um dos instrumentos fiscalização e maximização do aproveitamento de recursos públicos aplicados.

6.2 A ESTRATÉGIA NACIONAL E AS DIRETRIZES NACIONAIS PARA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO BRASIL

Em 22 de dezembro de 2005 foi publicada a Portaria 2.542 do Ministério da Saúde¹⁹, a qual determinou a criação de um Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio no Brasil, sendo que o grupo tinha o prazo de sessenta dias, a contar da publicação da Portaria, para apresentar proposta para implantação da referida Estratégia (BRASIL, 2005).

Dentre suas inúmeras justificativas, a Portaria trouxe como fundamento para a criação do referido grupo de trabalho:

Considerando que o fenômeno do suicídio é um grave problema de saúde pública, que afeta toda a sociedade e que pode ser prevenido;

[...]

Considerando a importância epidemiológica do suicídio em populações vulneráveis, tais como: indivíduos que já realizaram tentativas de suicídio, sem distinção de faixa etária ou gênero; 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 com precárias condições de vida; indivíduos portadores de doenças crônico-degenerativas (neoplasias, transtornos mentais e outros); indivíduos portadores de HIV e Aids, e populações jovens de etnias indígenas e de descendência negra, entre outras;

Considerando o aumento observado na frequência no comportamento suicida entre jovens entre 15 e 25 anos, de ambos os sexos, escolaridades diversas e em todas as camadas sociais;

[...]

Considerando a possibilidade de intervenção nos casos de tentativas de suicídio e que as mortes por suicídio podem ser mortes evitáveis por meio de ações de promoção e prevenção em todos os níveis de atenção à saúde; Considerando a necessidade de organizar uma rede de atenção à saúde que garanta uma linha de cuidados integrais no manejo dos casos de tentativas de suicídio, com vistas a reduzir o dano do agravio e melhorar o acesso dos pacientes ao atendimento especializado, quando necessário (BRASIL, 2005).

O texto da Portaria reconheceu o suicídio como um problema de saúde pública, passível de ser superado por meio de ações de promoção e prevenção de saúde, dando ênfase a grupos específicos onde a incidência de óbitos por suicídio tem se acentuado nos últimos anos, como jovens de ambos os sexos e classes sociais e pessoas com histórico de tentativas de óbito autoprovocado.

¹⁹ Institui Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio.

De forma complementar, a Portaria reconheceu a necessidade de organização de uma rede de atendimento integral aos pacientes com casos de tentativas de suicídio, com vistas à minimização dos agravos decorrentes e de promoção de uma saúde integral, viabilizando a ampla recuperação desses pacientes.

Segundo artigo 2º da Portaria, o grupo seria composto por três representantes da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde; um representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde; um representante da Secretaria de Vigilância na Saúde do Ministério da Saúde - SVS/MS; um representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; um representante do Programa SUPRE da Organização Mundial da Saúde; um representante da Universidade de Brasília; um representante do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro; um representante da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; um representante do Núcleo de Epidemiologia do Instituto Phillippe Pinel, do Rio de Janeiro; um representante do Centro de Valorização da Vida – CVV (BRASIL, 2005).

Deve-se destacar a presença no referido grupo de integrantes dos segmentos organizados da sociedade civil, como membros do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e do Centro de Valorização da Vida.

A partir do trabalho desenvolvido pelo grupo nos meses que se sucederam, foi editada a Portaria 1.876 do Ministério da Saúde, em 14 de agosto de 2006²⁰, a qual dispunha sobre as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

Dentre as justificativas para a criação de tais diretrizes, a Portaria destacou alguns pontos complementares àqueles indicados na Portaria 2.542/2005:

Considerando os custos elevados dos procedimentos necessários às intervenções após as tentativas de suicídio;
 Considerando a necessidade de promover estudos e pesquisas na área de Prevenção do Suicídio;
 Considerando o papel importante dos meios de comunicação de massa por intermédio das diversas mídias no apoio à prevenção e no tratamento humanizado dos casos de tentativas;

²⁰ Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Considerando os Pactos pela Saúde, em suas três dimensões: Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, estabelecidos pela Portaria nº 399/GM/MS, de 2006 e a recomendação da Organização Mundial da Saúde de que os Estados-Membros desenvolvam diretrizes e estratégias nacionais de prevenção do suicídio (BRASIL, 2006).

Inicialmente a Portaria apresentou a prevenção ao suicídio como uma estratégia de redução de custos em face dos altos investimentos necessários aos tratamentos de recuperação do paciente após tentativas de suicídio, mostrando-se que estratégias preventivas e de promoção à saúde apresentam considerável custo-benefício para o ente público.

Cumulado a isso, percebe-se que a temática do suicídio de fato inseriu-se na agenda de saúde do Governo Federal, o qual passou a considerar a necessidade de inclusão da temática como foco de pesquisas científicas e de ampla divulgação de ações de prevenção nos meios de comunicação de massa²¹.

Aliado a isso, a Portaria apresentou, ainda, a relevância da participação da sociedade civil no processo de prevenção ao suicídio ao estabelecer que considera “a importância do suporte oferecido pelas organizações da sociedade civil na área de Prevenção do Suicídio, como os Centros de Crise e outros” (BRASIL, 2006).

Considerando-se tais proposições, a Portaria estabeleceu em seu artigo 2º diretrizes para a prevenção ao suicídio no Brasil, destacando-se, inicialmente: desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos; desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido (BRASIL, 2006).

O primeiro grupo de diretrizes passa a trabalhar com a necessidade de se superar o tabu que permanece vigente quando o assunto do suicídio emerge em discussões sociais. Parece acertado que, antes de se promover a implantação de medidas de ordem prática, haja um processo amplo de acesso à informação e ao reconhecimento social e de profissionais de saúde que o suicídio constitui-se,

²¹ Foi possível perceber por meio da entrevista realizada com o então Coordenador de Saúde mental do Ministério da Saúde, Dr. Carlos Felipe D’Oliveira, que a entrada da temática na agenda do Ministério se deu em decorrência de sua experiência pessoal como pesquisador da área de suicidologia (DIÁRIO DE PESQUIDA, 2018).

efetivamente, em uma problemática que deve estar contida na agenda governamental com vistas ao seu processo preventivo.

O mesmo artigo 2º da Portaria apresenta um segundo grupo de diretrizes: organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas; identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade (BRASIL, 2006).

O segundo grupo de diretrizes indicam inicialmente a necessidade de se criar um banco de informações e de conhecimentos técnicos que permitam identificar, sob um ponto de vista epidemiológico, determinantes e condicionantes da prática suicida para, em um segundo momento, nos termos do artigo 196 da Constituição da República, promover-se uma linha de cuidados integrais e que considere as particularidades de cada paciente no processo preventivo ou de recuperação diante de suicídios tentados.

Deve-se destacar, ainda, que esse grupo de diretrizes prevê de forma expressa a participação e responsabilidade da sociedade nesse processo de implementação de práticas preventivas do suicídio.

Ainda, como diretrizes, restou determinada em um terceiro agrupamento a necessidade de: fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio; contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos; promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações (BRASIL, 2006).

Destacam-se desse grupo duas diretrizes importantes. A primeira delas diz respeito aos casos de tentativas de suicídio, onde se passa a buscar a construção de índices de prevalência com vistas à elaboração da política pública. A segunda diretriz, combinada com as do agrupamento anterior, tem como foco a implementação de sistemas coligados de informações sobre suicídios e sobre a

gestão em saúde, superando o seu caráter meramente programático, como no grupo anterior, para se atingir um nível de avaliação dos serviços até então presentes e dos que vierem a ser implementados.

Considerando-se a grande preocupação em se construir uma rede de informações sobre o tema, denota-se que, além de se verificar a entrada da questão do suicídio na agenda governamental, constata-se que até então não se considerava tal problemática nos cadastros existentes no sistema de saúde.

Finalmente, como últimas diretrizes, reconheceu-se no último agrupamento a necessidade de se promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização (BRASIL, 2006).

Percebe-se, por esse último grupo de diretrizes, que o reconhecimento do suicídio enquanto uma problemática de saúde pública não deve apenas romper uma barreira dentro da sociedade, mas também dentre os próprios profissionais de saúde. A questão da humanização do atendimento das vítimas de suicídios tentados, bem como dos familiares das vítimas de suicídios consumados, deve pautar, conforme diretrizes, o processo de construção dessas novas estratégias de saúde.

Deve-se destacar que, para além das diretrizes apresentadas, a Portaria traz em seus artigos finais ações a serem posteriormente implementadas pelo poder público:

Art. 3º Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), em conjunto com outras áreas e agências do Ministério da Saúde, que adote as providências necessárias para a estruturação das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio instituídas por esta Portaria.

Art. 4º Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde que constitua um Grupo de Trabalho, a ser instituído por portaria específica, para propor a regulamentação dessas diretrizes no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias.

Art. 5º Determinar que a regulamentação dessas diretrizes seja apresentada e pactuada no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite – CIT (BRASIL, 2006).

Conforme apresentado, o artigo 3º traz a determinação para que haja a estruturação prática das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio,

bem como a regulamentação de tais diretrizes (artigo 4º) por meio da criação de um novo grupo de trabalho, no prazo de 120 dias. Ainda, seu artigo 5º, determinou-se que a regulamentação das diretrizes fosse apresentada e pactuada no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite²².

Oito anos após a publicação das diretrizes nacionais, a Portaria nº. 1.271²³, de 06 de junho de 2014, definiu 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, tornando as tentativas de suicídio e o suicídio agravos de notificação compulsória imediata em todo o território nacional, o que indica a necessidade de acionamento imediato da rede de atenção e proteção para a adoção de medidas adequadas a cada caso (AÇÕES..., 2018).

Deve-se atentar, nesse ponto, para existência de uma ruptura de oito anos na discussão da problemática do suicídio e da implementação das primeiras medidas concretas para sua prevenção, considerando-se que entre a publicação das diretrizes no ano de 2006 e o advento da Lista Nacional de Notificação Compulsória houve um lapso temporal de oito anos onde não foi possível se identificar pela pesquisa a publicação de outros instrumentos normativos por parte do Ministério da Saúde.

Dando-se seguimento, no ano de 2015 o Ministério da Saúde firmou parceria com o Centro de Valorização da Vida (CVV), instituição voltada ao apoio emocional por meio de ligação telefônica para prevenção de suicídios. No ano de 2017 a parceria foi ampliada, tendo sido assinado um novo Acordo de Cooperação Técnica, que viabilizou a gratuidade das ligações ao CVV em todos os estados brasileiros (AÇÕES..., 2018).

Em setembro de 2017, o Ministério da Saúde lançou o Boletim Epidemiológico 2017 e a Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil 2017-2020. Em 18 de

²² Para atender as determinações da Lei 8.080, de 10 de setembro de 1990 e a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, bem como as recomendações da Resolução nº 02 do Conselho Nacional de Saúde e a necessidade de articulação e coordenação entre os gestores governamentais do SUS, foi instituída por meio da Portaria nº 1.180, de 22 de julho de 1991, a Comissão Técnica em âmbito nacional, posteriormente denominada Comissão Intergestores Tripartite.

²³ 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.

dezembro de 2017 o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº. 3.479²⁴, instituindo o Comitê Gestor para elaboração de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil em consonância com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e com as Diretrizes Organizacionais das Redes de Atenção à Saúde (AÇÕES..., 2018). Conforme artigo 3º da referida Portaria, compete ao Comitê Gestor, dentre outras atividades:

Art. 3º Compete ao Comitê de que trata o art. 1º:

- coordenar a construção de diagnósticos situacionais sobre o cenário relativo ao suicídio no Brasil;
- II - elaborar a proposta do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil em consonância com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e com as Diretrizes Organizacionais das Redes de Atenção à Saúde;
- III - articular a implementação e implantação do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil;
- IV - realizar o monitoramento e avaliação do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil.

Ainda em 18 de dezembro de 2017 o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº. 3.491²⁵, prevendo o incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde, direcionados para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). Em um primeiro momento, foram selecionados os cinco estados com maiores taxas de mortalidade por suicídio (Rio Grande do Sul, Roraima, Piauí, Mato Grosso do Sul, Santa Catarina), e o Amazonas, que ocupa o 10º lugar no ranking, tendo em vista o número de indígenas no estado e a alta incidência de suicídio entre esse grupo. O Ministério da Saúde, por meio de apoio técnico e financiamento, acompanhará esses seis estados na elaboração de seus respectivos Planos Estaduais de Prevenção do Suicídio, os quais funcionarão como projetos pilotos para construção do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (AÇÕES..., 2018)²⁶.

²⁴ Institui Comitê para a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil.

²⁵ Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde direcionados para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS), a onerarem o orçamento de 2017.

²⁶ Conforme Portaria nº. 1.315, de 11 de maio de 2018, do Ministério da Saúde, foram repassados os valores de R\$ 220.000,00 aos Estados do Amazonas e Roraima e de R\$ 250.000,00 aos Estados de Santa Catarina, Mato Grosso do Sul, Piauí e Rio Grande do Sul, como incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de Projetos de Promoção da Saúde, Vigilância e Atenção Integral à Saúde, direcionados para Prevenção do Suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

Visando a compreensão acerca das iniciativas do poder público brasileiro, bem como dos fatos que corroboraram para se pautar a questão do suicídio como uma das possíveis prioridades sanitárias do poder público, sistematizou-se no quadro que segue, de maneira cronologicamente orientada, as ações identificadas por meio da pesquisa documental e anteriormente descritas:

Quadro 1 - Sistematização das iniciativas do Ministério da Saúde para prevenção do suicídio no Brasil

Instrumento publicado ou fato social relevante	Objetivo ou meta a ser alcançada	Data de ocorrência
<i>Portaria 2.542 do Ministério da Saúde</i>	Instituir um Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio no Brasil	Dezembro de 2005
<i>Portaria 1.876 do Ministério da Saúde</i>	Instituir Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas.	Agosto de 2006
<i>Resolução WHA65.4 da Organização Mundial de Saúde</i>	Trata do cenário mundial de transtornos mentais e a necessidade de uma resposta integral e coordenada dos setores sanitário e social dos países	Maio de 2012
<i>Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020 da Organização Mundial de Saúde</i>	Propõe indicadores e metas que serão utilizadas para avaliar a aplicação, os progressos e o impacto das políticas implementadas. Instituída a meta para que cada país reduzisse em ao menos 10% seus índices de suicídio até 2020.	Maio de 2012
<i>Portaria nº. 1271 do Ministério da Saúde</i>	Definir 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	Junho de 2014
<i>Acordo de cooperação do Ministério da Saúde com o Centro de Valorização da Vida (CVV)</i>	Criação do número 188 pela Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel) disponível exclusivamente no Rio Grande do Sul.	Setembro de 2015
<i>Acordo de cooperação do Ministério da Saúde com o Centro de Valorização da Vida (CVV)</i>	O número de telefone 188 passa a ser implantado em todos os estados brasileiros até abril de 2020. Por meio dele, as pessoas poderão conversar com voluntários do CVV sem pagar pela ligação.	Março de 2017
<i>Boletim Epidemiológico 2017 e Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil 2017-2020</i>	Apresentar a situação epidemiológica das tentativas e óbito por suicídio no Brasil e a atuação da rede de atenção à saúde.	Setembro de 2017
<i>Portaria nº. 3.479 do Ministério da Saúde</i>	Instituir o Comitê Gestor para elaboração de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil em consonância com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e com as Diretrizes Organizacionais das Redes de Atenção à Saúde,	Dezembro de 2017
<i>Portaria nº. 3.491 do Ministério da Saúde</i>	Instituir incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde.	Dezembro de 2017

Fonte: Autor.

Dessa forma, por meio dos dados documentais levantados, e pelo que ainda será apresentado no presente capítulo, não foi possível identificar a existência de um plano nacional de prevenção ao suicídio no Brasil, considerando-se que o mesmo encontra-se em fase de elaboração a partir das experiências que serão obtidas e relatadas por alguns estados federados, em que pese tenham sido identificadas iniciativas pontuais do Ministério da Saúde com vistas à minimização da problemática.

Assim, é possível constatar que a problemática do suicídio mostra-se presente na agenda estatal brasileira, havendo constantes movimentações no sentido de se empreender um grupo temático que possibilite a discussão e a criação de uma política nacional pautada pela participação dos segmentos organizados da sociedade civil e das evidências científicas a que se tem conhecimento.

Entretanto, deve-se evidenciar a existência de rupturas temporais na elaboração dessas medidas, considerando-se os grandes períodos indicados pela pesquisa onde não foi possível se identificar quaisquer movimentações concretas de maneira a se estabelecer uma atuação linear e uniformemente ordenada por parte do poder público.

6.3 O “PLANO DE AÇÃO DE SAÚDE MENTAL 2013-2020” (“MENTAL HEALTH GAP ACTION PROGRAMME”) DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE E AS METAS PARA DIMINUIÇÃO DO SUICÍDIO

No mês de maio de 2012, a 65^a Assembleia Mundial de Saúde adotou a Resolução WHA65.4, a qual trata do cenário mundial de transtornos mentais e a necessidade de uma resposta integral e coordenada dos setores sanitário e social dos países. Por ocasião da Assembleia definiu-se, mediante consulta aos Estados-membros, um plano de ação integral sobre saúde mental que contemplasse os serviços, políticas, leis, planos, estratégias e programas de todos esses países signatários (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013).

O referido plano de ação integral foi elaborado mediante consultado aos países signatários, a sociedade civil e aos associados internacionais da OMS, possuindo um enfoque integral e multisectorial, com atenção especial para promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, atenção e recuperação da saúde,

estabelecendo ações claras para o Estados-membros, propondo indicadores e metas que serão utilizadas para avaliar a aplicação, os progressos e o impacto das políticas implementadas. Como núcleo do plano de ação encontra-se o princípio mundialmente aceito de que “não há saúde sem saúde mental” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013).

O Brasil é um dos países signatários do Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020.

O plano de ação funda-se a partir do reconhecimento do conceito ampliado de saúde, especialmente com vistas à valorização de seu aspecto mental, considerando a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não, simplesmente, a ausência de doenças ou enfermidades.

Segundo justificativa para existência do plano, as pessoas com transtornos mentais apresentam taxas consideravelmente elevadas de perda da capacidade e mortalidade. Como exemplo, as pessoas com depressão ou esquizofrenia tem uma probabilidade de morte prematura de 40% a 60% maior que a população em geral, além do índice de suicídios, que se mostra como a segunda causa mais frequente de mortes entre os jovens (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013).

Segundo a OMS, os sistemas de saúde não têm dado uma resposta adequada a carga de transtornos mentais nos respectivos países, sendo que a divergência entre a demanda de tratamento e sua prestação efetiva tem sido acentuada em todo o mundo. Nos países subdesenvolvidos, um percentual entre 76% e 85% das pessoas com transtornos mentais graves não recebem tratamento, sendo que tal cifra também se mostra elevada em países desenvolvidos, com taxas entre 35% e 50%. O problema acentua-se em decorrência da baixa qualidade dos serviços prestados, sendo que o *Atlas da Saúde Mental de 2011 da OMS* trouxe dados que demonstram a escassez e a distribuição pouco equitativa dos recursos empregados nessas áreas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013).

Desta forma, constata-se que o processo de construção de políticas em matéria de saúde mental ainda se mostra em fase inicial de construção na maioria dos países, que se encontram, na quase totalidade dos casos, marcados pela ausência ou má prestação de serviços a esse grupo de pacientes. De forma complementar a isso, verificou-se, na exposição de motivos do plano, que os agravos mentais mostram-se decisivos no encurtamento do ciclo vital dos pacientes,

justificando-se, assim, a apresentação dessas novas medidas de promoção e prevenção.

A estrutura do plano desenvolvido pela OMS é definida nos seguintes termos:

La visión del plan de acción es un mundo en el que se valore, fomente y proteja la salud mental, se prevengan los trastornos mentales, y las personas afectadas por ellos puedan ejercer la totalidad de sus derechos humanos y acceder de forma oportuna a una atención sanitaria y social de gran calidad y culturalmente adaptada que estimule la recuperación, con el fin de lograr el mayor nivel posible de salud y la plena participación en la sociedad y en el ámbito laboral, sin estigmatizaciones ni discriminaciones.

Su finalidad global es fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proporcionar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales.

El plan de acción tiene los objetivos siguientes:

1. reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental;
2. proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta;
3. poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental;
4. fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013, p. 10)²⁷.

A visão desse novo plano encontra como cerne de sua atuação a emancipação dos pacientes mentais, visando o pleno exercício dos direitos humanos e dos direitos fundamentais positivados nas constituições dos Estados. Busca-se, dessa forma, a superação de toda forma de discriminação e a plena inclusão social das pessoas acometidas por agravos e moléstias de ordem mental.

Como finalidade central do plano deve-se destacar a intenção de se colocar a saúde mental em um novo patamar de discussões, investimentos e de

²⁷ **Tradução livre do autor:** A visão do plano de ação é um mundo em que se valore, fomente e proteja a saúde mental, se previnam os transtornos mentais, e as pessoas afetadas por eles possam exercer a totalidade de seus direitos humanos e acessar de forma oportuna uma atenção sanitária e social de boa qualidade e culturalmente compatível que estimule sua recuperação, com a finalidade de se alcançar um maior nível de saúde e a plena participação na sociedade e no ambiente de trabalho, sem estigmas ou discriminações.

Sua finalidade global é fomentar o bem-estar mental, prevenir os transtornos mentais, proporcionar atenção, melhorar a recuperação, promover os direitos humanos e reduzir a mortalidade, morbilidade e perda da capacidade das pessoas com transtornos mentais.

O plano de ação tem os seguintes objetivos:

1. Fortalecer uma liderança e uma governança eficazes no âmbito da saúde mental;
2. Proporcionar no âmbito comunitário serviços de assistência social e de saúde mental completos, integrados e com capacidade de resposta;
3. Colocar em prática estratégias de promoção e prevenção no campo da saúde mental;
4. Fortalecer os sistemas de informação, os dados científicos e as investigações sobre a saúde mental (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013, p. 10).

governabilidade, a qual será efetivada por meio de objetivos concretos definidos e indicados aos Estados-membros, como a ampliação de serviços de assistência social e saúde integral aos pacientes, a criação de estratégias nacionais de prevenção e promoção de saúde mental e o fortalecimento dos processos de informações e dados científicos que digam respeito à essa área do conhecimento.

Para além de tais objetivos, o plano de ação baseia-se em seis princípios fundamentais, sendo eles: 1) cobertura sanitária universal; 2) direitos humanos; 3) prática baseada em evidências; 4) enfoque que abarque a totalidade do ciclo vital; 5) enfoque multisectorial; e 6) emancipação das pessoas com transtornos mentais e incapacidades psicossociais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013).

Verifica-se, assim, que o plano de ação encontra fundamento protetivo que se funda nos direitos humanos, visando a proteção das garantias mais fundamentais da humanidade, como a vida, integridade física e proteção à saúde. Cumulativamente, para concretização de tais princípios e garantias se reconhece a necessidade de sistemas integrais e universais de proteção à saúde nos Estados-membros, sem qualquer diferenciação de sexo, faixa etária, raça ou outros determinantes para o acesso aos sistemas de garantias de direitos sanitários.

Ainda sobre a questão dos determinantes, deve-se considerar todo o ciclo vital dos indivíduos, com políticas de promoção de saúde desde o nascimento até as faixas etárias mais avançadas dos pacientes.

Cumulativamente, reconhece o plano que a prática de saúde baseada em evidências científicas deve ser o fio condutor das políticas a serem implementadas nos Estados, considerando-se, assim, todo o conhecimento científico existente na matéria no processo decisório e de implementação de políticas de saúde.

Ainda, no que tange a esse processo constitutivo da política, há um reconhecimento da necessidade de uma abordagem interdisciplinar e multisectorial pelos profissionais de saúde, por meio de abordagens que considerem outros aspectos de ordem social, como o ambiente de trabalho, a educação, o lazer, dentre outros.

Finalmente, como já apresentado, o plano assenta-se sob o princípio da plena emancipação dos indivíduos acometidos por doenças mentais, incluindo-o socialmente de forma a erradicar discriminações e práticas não inclusivas.

Frise-se que o plano apresenta a seguinte ressalva no que tange ao processo de elaboração dos planos nacionais em cada um dos países signatários:

El marco establecido en este plan de acción debe adaptarse a nivel regional a fin de tener en cuenta la situación específica de cada región. Las acciones propuestas para los Estados Miembros se han de examinar y adaptar como corresponda a las prioridades y circunstancias específicas nacionales para poder alcanzar los objetivos. No existe un modelo de plan de acción válido para todos los países, ya que estos se encuentran en distintas fases del proceso de articulación y aplicación de uma resposta integral en el campo de la salud mental (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013, p. 11)²⁸.

Assim, existe a ressalva de que as metas e serviços estabelecidos e direcionados aos Estados-membros deverão ser adaptadas às realidades locais, especialmente diante daqueles países que já se encontram em um patamar mais avançado de desenvolvimento. O plano traz, ainda, que as metas estabelecidas são padrões mínimos editados, sendo que os países signatários poderão estabelecer metas mais ambiciosas de superação de moléstias e de melhoria nas condições sanitárias em matéria mental, tendo os índices propostos como patamares mínimos de atuação.

Para alcançar sua visão, metas e objetivos, a OMS propõe ações específicas para os Estados-membros e aos associados internacionais, sendo que a problemática do suicídio inseriu-se como um dos aspectos que demanda cuidado e que deverá ser observada pelos países entre os anos de 2013 e 2020.

A Organização, ao estabelecer as justificativas para a existência do plano, trouxe que a prevenção do suicídio é uma das prioridades contemporâneas, sendo que muitas das pessoas que objetivam por fim a suas vidas provêm de grupos vulneráveis e marginalizados da atual sociedade. Além disso, os jovens e os idosos estão entre os grupos etários mais propensos a abrigar ideais suicidas e de automutilação, segundo índices oficiais. A apresentação do plano frisa, ainda, que em geral as taxas de suicídio encontram-se subestimadas, especialmente devido às carências dos sistemas de vigilância e a atribuição errônea de certos suicídios a

²⁸ **Tradução livre do autor:** O marco estabelecido neste plano de ação deve adaptar-se regionalmente a fim de contemplar a situação específica de cada região. As ações propostas para os Estados-membros deverão ser avaliadas e adaptadas às prioridades e circunstâncias específicas nacionais para poder alcançar seus objetivos. Não existe um modelo de plano de ação válido para todos os países, já que estes se encontram em fases diversas do processo de articulação e aplicação de uma resposta integral no campo da saúde mental (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013, p. 11).

causas accidentais, assim como a criminalização do suicídio em alguns países (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013).

A questão do suicídio aparece estampada no objetivo número 3 do plano de ação – aplicar estratégias de promoção e prevenção em matéria de saúde mental –, trazendo como meta mundial que 80% dos países terão em operação programas nacionais multisectoriais de promoção e prevenção da Saúde Mental. Além disso, objetiva-se que haja uma redução de ao menos 10% das taxas de suicídio nos países signatários, como é o caso do Brasil (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013).

Assim, restou determinada a meta global para que cada um dos países signatários reduzisse em ao menos 10% seus índices de suicídio entre os anos de 2013 e 2020.

Nesse sentido, o plano de ação traz como meta para os Estados-membros:

Prevención del suicidio: elaborar y poner en práctica estrategias nacionales integrales de prevención del suicidio, prestando especial atención a los colectivos en que se haya detectado un mayor riesgo de suicidio, como los gays, lesbianas, bisexuales y transexuales, los jóvenes u otros grupos vulnerables de cualquier edad en función del contexto local (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013, p. 19)²⁹.

Diante disso, ficou determinada a criação de estratégias nacionais de prevenção ao suicídio em cada um dos países, contemplando-se um enfoque especial aos grupos em situação de maior vulnerabilidade, como jovens, idosos, homossexuais e outros agrupamentos que eventualmente venham a emergir no contexto de cada nação isoladamente considerada.

Cumulativamente, em seu objetivo número 4 – reforçar os sistemas de informações, dos dados científicos e as investigações sobre saúde mental – impõe-se aos Estados-membros a melhoria no sistema de informações, inclusive no que tange ao suicídio, tentado ou consumado:

Sistemas de información: integrar la salud mental en el sistema habitual de información sanitaria y determinar, recopilar, comunicar sistemáticamente y utilizar datos básicos sobre salud mental desglosados por sexo y edad

²⁹ **Tradução livre do autor:** Prevenção do suicídio: elaborar e colocar em prática estratégias nacionais integrais de prevenção do suicídio, prestando especial atenção aos coletivos em que haja detectado um maior risco de suicídio, como os gays, lésbicas, bissexuais e transexuais, os jovens e outros grupos vulneráveis de qualquer idade em função do contexto local (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013, p. 19).

(incluidos los datos sobre suicidios y tentativas de suicidio) con el fin de mejorar la prestación de servicios de salud mental y las estrategias de promoción y prevención en la materia y de facilitar información al Observatorio mundial de salud mental (como parte del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013, p. 20)³⁰.

Dessa forma, o plano reconhece a necessidade de melhoria nos sistemas de informação sobre morbidade e mortalidade como instrumentos de melhoria no processo de prestação de serviços de saúde de qualidade. Como se observa, a questão do suicídio é expressamente indicada como uma área a ser revisitada pelos Estados-membros, ampliando-se e melhorando o fornecimento de informações.

6.4 PERCEPÇÕES DOS AGENTES PÚBLICOS E DOS INTEGRANTES DO TERCEIRO SETOR ACERCA DA PREVENÇÃO AO SUICÍDIO NO BRASIL

A pesquisa empírica do presente estudo se deu mediante a realização de entrevistas semiestruturadas e questionários com os sujeitos predeterminados. Nesse sentido, foram estabelecidos dois sistemas nos quais foram alocados cada um dos entrevistados: sistema político (compostos por gestores) e sistema do voluntariado (composto por voluntários).

O sistema político albergou 05 entrevistados, cada qual representando seu respectivo órgão, constituindo-se por atores pertencentes aos quadros do Poder Executivo, em todos os níveis da federação, bem como aqueles que se mostravam diretamente vinculados à gestão da saúde e, assim, à prevenção do suicídio.

Foram escolhidos como sujeitos de pesquisa pertencentes ao grupo do sistema político: a diretora de saúde mental do município de Ponta Grossa, Paraná (nominada na pesquisa como **Gestor A**); os membros da equipe de saúde mental da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, tendo como integrantes a

³⁰ **Tradução livre do autor:** Sistemas de informação: integrar a saúde mental no sistema comum de informação sanitária e determinar, coletar, comunicar sistematicamente e utilizar dados básicos sobre saúde mental divididos por sexo e idade (incluídos os dados sobre suicídios e tentativas de suicídio) com a finalidade de melhorar a prestação de serviços de saúde mental e as estratégias de promoção e prevenção na matéria e de facilitar informações ao Observatório Mundial de Saúde Mental (como parte do Observatório Mundial de Saúde da OMS) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013, p. 20).

coordenadora Estadual de Saúde Mental, a psicóloga da Divisão de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná e o psicólogo da Divisão de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, os quais responderam em conjunto um questionário encaminhado ao órgão (nominados na pesquisa como **Gestor B**); e o Coordenador da Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio (2005-2009) do Ministério da Saúde (nominado na pesquisa como **Gestor C**)³¹.

No tocante aos sujeitos vinculados à Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, optou-se pela análise como um único sujeito de pesquisa, considerando-se que os mesmos responderam ao questionário formulado de maneira coletiva.

O primeiro critério de escolha dos sujeitos foi o aspecto territorial. Assim, pretendeu-se ouvir gestores em nível municipal, estadual e federal com vistas a análise dos discursos e a integração entre os mesmos na execução de eventuais políticas públicas de prevenção ao suicídio.

Assim, como o objetivo central do estudo consiste em se analisar a postura do Estado brasileiro, por meio da elaboração de uma política nacional de prevenção, escolheu-se inicialmente o gestor que atuava junto ao Ministério da Saúde e que foi o coordenador do grupo de trabalhos que criou, em 2006, a Estratégia e as Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio. Além do critério espacial, a adoção desse sujeito justifica-se sob a perspectiva técnica, na medida em que o mesmo é um dos mais reconhecidos suicidólogos brasileiros, sendo também presidente da Rede Brasileira de Prevenção ao Suicídio, entidade do terceiro setor do qual também foi o fundador, e membro da Associação Brasileira de Estudos e Prevenção ao Suicídio.

Nesse ponto, deve-se registrar que a então Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, em 2018, não retornou aos diversos contatos com vistas à inclusão do então coordenador como um dos sujeitos de pesquisa.

Superado o aspecto espacial federal, que por si só bastaria para se identificar a existência de uma política nacional, pretendeu-se, de forma

³¹ Ao se promover a análise das falas do Gestor C é preciso se fazer a ressalva de que o mesmo figurou na condição de gestor dessa pesquisa na medida em que ocupou a função de Coordenador da Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio (2005-2009) do Ministério da Saúde. Entretanto, deve-se observar que após sua aposentadoria, o mesmo continuou a trabalhar com questões atinentes à prevenção do suicídio no país, agora compondo quadros do terceiro setor, como, por exemplo, a Associação Brasileira de Estudos e Prevenção de Suicídio, sendo ele um dos fundadores.

complementar, promover-se a análise dos discursos dos gestores em níveis municipal e estadual, seguindo-se a lógica da organização do sistema de saúde, buscando-se analisar os níveis de interação entre os entes federados na busca por uma política pública de prevenção ao suicídio.

No tocante aos gestores em níveis estadual e municipal, optou-se pela conjugação com o aspecto técnico, ou seja, escolheu-se como sujeitos os ocupantes dos cargos de chefia em matéria de saúde mental das secretarias estadual e municipal de saúde.

A escolha do estado do Paraná e do município de Ponta Grossa, em que pese não influencie na identificação das políticas nacionais – foco desse estudo – justifica-se na medida em que o Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa possui a preocupação de fomentar pesquisas eficientes e eficazes na realidade, em especial nas questões e demandas diretamente relacionadas à região em que se situa a Universidade. Assim, restam justificadas as escolhas da pesquisa em seus aspectos técnicos e espaciais.

Por sua vez, o sistema do voluntariado compreendeu 03 entrevistados, e buscou alocar os representantes em nível municipal, estadual e federal do Centro de Valorização da Vida (CVV).

Deve-se frisar, nesse ponto, que o CVV não orienta sua organização interna em uma lógica rígida de hierarquia, sendo que predomina em sua organização critérios de cooperação entre todos os postos. Entretanto, em seu organograma de voluntários há uma presidência nacional, a qual se faz atualmente presente no município de São Paulo, estado de São Paulo, bem como coordenações gerais em cada um dos postos da entidade, não havendo autoridades em nível estadual (DIÁRIO DE PESQUISA, 2018).

Diante disso, foram escolhidos como sujeitos de pesquisa pertencentes ao grupo do sistema do voluntariado: o coordenador do posto do CVV do município de Londrina, Paraná (nominado na pesquisa como Voluntário A); o coordenador do posto do CVV do município de Curitiba, Paraná (nominado na pesquisa como Voluntário B); e o presidente nacional do CVV (nominado na pesquisa como Voluntário C).

Com vistas à existência de uma simetria com a lógica adotada para a escolha dos gestores, pretendeu-se inicialmente a adoção de um critério espacial

para a escolha dos sujeitos pertencentes ao grupo do voluntariado, tal como verificou-se no grupo de gestores.

Sendo assim, em um aspecto federal, adotou-se como sujeito de pesquisa o presidente nacional do CVV, aliando-se o critério hierárquico ao aspecto espacial. Também, sobre um critério técnico, deve-se registrar que o sujeito de pesquisa possui 25 anos de experiência junto ao voluntariado da entidade, além de ter sido presidente da *Befrienders Worldwide*, entidade internacional que agrupa os serviços de amparo emocional (*hotlines*) de todo o mundo.

Como não existe a figura de um coordenador estadual do CVV, buscou-se como sujeito o coordenador do posto do CVV da cidade de Curitiba, estado do Paraná, considerando-se a dimensão do posto – que possui 37 anos de existência – bem como a experiência de voluntariado do sujeito, que possui 23 anos de atuação junto à entidade.

Finalmente, com o objetivo de se construir uma narrativa em âmbito municipal com o grupo do voluntariado, e considerando-se a inexistência de um posto de atendimento do CVV no município de Ponta Grossa, identificou-se o posto espacialmente mais próximo, o qual se encontra instalado no município de Londrina, estado do Paraná. Adotou-se como sujeito, assim, o coordenador do referido posto, o qual figura como voluntário da entidade há quatro anos.

Com isso, é possível constatar que a escolha de todos os sujeitos baseou-se inicialmente em aspectos espaciais/territoriais, combinados com aspectos técnicos e/ou de experiência junto à problemática ora analisada. Finalmente, adotou-se, quando possível, critérios hierárquicos dentro das entidades e órgãos governamentais, buscando-se o maior grau de representatividade e conhecimento sobre a matéria.

Registre-se que, com exceção dos sujeitos vinculados à Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, que exigiram a participação mediante questionário enviado por e-mail, a participação dos demais sujeitos se deu mediante entrevista com roteiro semiestruturado.

O material resultante da realização das entrevistas semiestruturadas e da aplicação do questionário à Secretaria Estadual da Saúde foi previamente analisado, desdobrando-se nas percepções contidas nas categorias e subcategorias constantes no Quadro que segue abaixo.

Como já mencionado, o procedimento de categorização exposto se deu a partir do método da análise de conteúdo e de seu critério semântico (BARDIN, 2011, p. 147), uma vez que as categorias temáticas foram selecionadas por meio de junção das expressões que sintetizavam as mesmas ideias, dentro de um mesmo contexto.

Quadro 2 - Categorização do material coletado na pesquisa empírica por meio de entrevistas semiestruturadas e questionário.

Categoria 1 – Políticas públicas de prevenção ao suicídio no Brasil		
Subcategoria 1 – A busca por um plano nacional de prevenção ao suicídio	Subcategoria 2 – Omissão Estatal e inexistência de Políticas Públicas	Subcategoria 3 – Boas práticas dos entes federados na prevenção do suicídio
Categoria 2 – O papel do terceiro setor na prevenção do suicídio no Brasil		
Subcategoria 1 – A emergência e a atuação do terceiro setor no Brasil	Subcategoria 2 – O papel do CVV e a atuação do voluntariado na prevenção do suicídio	
Categoria 3 – Estado e terceiro setor: aproximações, relações e financiamento		
Subcategoria 1 – Existência de subsídios e incentivos recebidos do Poder Público pelas entidades	Subcategoria 2 – O autofinanciamento das entidades e a insuficiência de subsídios públicos	

Fonte: O autor.

6.4.1 Categoria 1. Políticas Públicas de prevenção ao suicídio no Brasil

A **Categoria 1** tem por objeto apresentar uma análise dos discursos que contemplaram a adoção de iniciativas pelo Estado brasileiro na elaboração e implementação de políticas públicas de prevenção ao suicídio no Brasil, bem como a sua eventual inércia nesse mesmo período.

Em suas subcategorias, essas iniciativas são analisadas, segundo resultado das entrevistas realizadas, a partir dos esforços empregados na criação de um plano nacional de prevenção ao suicídio pelos mais diversos atores governamentais e sociais e das eventuais omissões estatais e rupturas no processo constitutivo da política pública. Para além dessa análise, são apresentadas algumas iniciativas pontuais dos entes federados no processo de combate ao suicídio no país, em que pese o fato dessas boas práticas não estarem necessariamente contempladas em um plano nacional ou pelas diretrizes nacionais criadas pelo poder público.

Como já apresentado na etapa teórica, houve no Brasil, a partir de 2006, a elaboração da chamada Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio e das Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio, com o objetivo de se construir uma agenda de políticas de prevenção ao suicídio. Para além de tais iniciativas, foi identificada na pesquisa a necessidade e a intenção do Estado em se elaborar um plano nacional de prevenção, a partir de 2017.

Na Subcategoria 1 – A busca por um plano nacional de prevenção ao suicídio –, pretende-se analisar o caminho percorrido pelos atores envolvidos na elaboração dessas iniciativas, os entraves e eventuais rupturas no transcorrer dos debates e as perspectivas para a definição e implementação de um plano nacional.

O então coordenador de saúde mental do Ministério da Saúde, um dos sujeitos do estudo empírico, explica como se deram os movimentos iniciais para elaboração das chamadas Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio, ainda no ano de 2006³², quando foi criado um grupo de trabalho em nível nacional por parte do Ministério da Saúde:

“Quando eu fui transferido pra Brasília, quando eu fui transferido pra coordenação de saúde mental, e aí na coordenação de saúde mental, no Ministério da Saúde, eu em dois mil e seis, convoquei um grupo de trabalho, aí eu já tinha identificado, além do CVV, O Dr. Neury Botega da Unicamp, Dra. Blanca da PUC do Rio Grande do Sul, e fui identificando algumas instituições, e profissionais, pra sentarmos e elaborarmos, o que seria, e é, a Estratégia Nacional de Prevenção de Suicídio. Quer dizer, elaborar as diretrizes que nós achávamos que qualquer plano, qualquer programa, deveria estar seguindo. As diretrizes já levavam em consideração a experiência internacional, que existia, então foi quando em dois mil e seis, nós lançamos a estratégia.” **(Gestor C)**

É possível verificar-se que desde os primeiros movimentos de elaboração das diretrizes, houve a participação de segmentos organizados da sociedade civil, com ênfase, nesse ponto, para o Centro de Valorização da Vida, justificando-se, mais uma vez, sua inclusão no presente estudo enquanto protagonista.

Considerando-se o ciclo das políticas públicas, constata-se que a relevância desse movimento inicial deve-se ao fato de que houve efetivamente a entrada da problemática do suicídio na agenda política do então Governo Federal,

³² Por uma opção metodológica, utilizar-se-ão aspas nas citações longas que se constituírem em entrevistas, visando diferenciá-las de citações bibliográficas ou de outras fontes.

havendo um movimento junto aos órgãos responsáveis para a criação de uma política pública.

Denomina-se agenda política a lista de assuntos e problemas sobre os quais o governo e pessoas ligadas a ele concentram sua atenção num determinado momento, sendo que o processo de mudança da agenda se altera à medida que os cenários políticos se modificam. Tais problemas podem ser percebidos a partir de indicadores (como as taxas de mortalidade por suicídio), de eventos, crises e símbolos, ou no *feedback* de ações governamentais (como o acompanhamento de atividades implementadas, retorno de metas anteriormente estabelecidas, dentre outros). Quando um problema for identificado por dados quantitativos, por crises, ou pelo retorno de ações governamentais, assume grande importância no debate de formulação de políticas, contribuindo para a construção de argumentos em favor de uma política (BAPTISTA; REZENDE, 2015).

A maneira por meio da qual os problemas serão reconhecidos, se é que serão, de algum modo, reconhecidos, são as determinantes fundamentais de como eles serão tratados pelos *policy-makers* (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013). Os dados quantitativos apresentados nessa tese corroboram a importância da entrada do tema do suicídio para a agenda governamental.

Nesse sentido, a formação de um grupo junto ao Ministério da Saúde pode ser considerada como momento no qual a problemática do suicídio passou a compor a agenda de políticas a serem implementadas com vistas à formulação de soluções aos problemas então identificados. Além disso, é possível afirmar que a elaboração de diretrizes e sua publicação por meio da Portaria 1.876, em 14 de agosto de 2006, consistiu em um avanço para a chamada formulação da política pública, considerando-se os debates e as obrigações estatais que emergiram com a publicação de tal documento. Nesse mesmo sentido, a relevância política desse trabalho inicial desenvolvido pelo Ministério da Saúde foi destacada por um dos sujeitos que compõe o grupo de gestores ouvidos pela pesquisa:

“Mas as diretrizes eram importantes por quê? Não apenas do ponto de vista técnico, mas também do ponto de vista político, por quê? Era um Ministério da Saúde que estava se manifestando, as diretrizes foram aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, as normas, normas de aprovação de políticas dentro do Brasil, no Ministério da Saúde tem que passar pelo Conselho Nacional de Saúde, pra ter uma representatividade, passou pelo CONASEMPS, que é o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, isso tudo no sentido de, não é apenas pra aprovar, mas encontrar parceiros, para o desenvolvimento dessa política.” (**Gestor C**)

Isso porque, segundo Howlett, Ramesh e Perl (2013, p. 157), “as decisões políticas em geral produzem algum tipo de declaração formal ou informal de intenção por parte dos atores públicos autorizados, no sentido de se empreender ou não alguma ação”.

A etapa da formulação consiste no “momento no qual, dentro do governo, se formulam soluções e alternativas para o problema, podendo ser entendido como o momento de diálogo entre intenções e ações” (BAPTISTA; REZENDE, 2015, p. 237).

No tocante à questão do suicídio, pode-se considerar que a formação do grupo correspondeu aos aspectos tocantes à intenção do poder público em se elaborar uma política, e a publicação das diretrizes nacionais corresponderam às primeiras ações efetivas no sentido de se avançar para outras etapas do chamado ciclo da política pública.

Deve-se considerar que a compreensão das ideias e das experiências que os atores envolvidos trazem para a formulação da política e dos contextos dentro dos quais eles operam pode ajudar a explicar por que algumas opções ganham atenção considerável enquanto outras são ignoradas (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013). Essa consideração ajuda a compreender a participação do Centro de Valorização da Vida no processo de formulação da política, uma vez que se constitui em entidade com notória experiência face à problemática a ser estudada.

Frise-se que apenas após a fase de formulação estão dadas as condições para a próxima fase, a qual consiste na tomada de decisão, que abarca o processo de escolha pelo governo de uma solução específica ou uma combinação de soluções, em um dado curso de ação ou não ação (BAPTISTA; REZENDE, 2015). Nesse sentido, deve-se analisar como se deu o processo de tomada de decisões por parte do poder público no que tange às formulações até então entabuladas nas fases pretéritas.

Segundo entrevista junto aos representantes da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, pode-se considerar que desde 2006 não houve avanços significativos que permitisse a concretização de um plano nacional de prevenção, na medida em que “conforme informação do Ministério da Saúde, o Plano Nacional encontra-se em elaboração”. **(Gestor B)**

É possível perceber, assim, que a própria etapa da formulação da política não encontrou a sua conclusão no ano de 2006, sendo que a mesma foi parcialmente construída, não sendo possível concluir por meio da pesquisa o avanço para as etapas seguintes do ciclo constitutivo da política pública.

Considerando-se tais indícios de que houvera certa inércia do Estado brasileiro nesse período, o já apresentado Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020, da OMS, mostrou-se como um dos pilares de análise por parte dos sujeitos de pesquisa entrevistados:

“No caso do Brasil foi assinado pelo Ministério da Saúde, o Ministro da Saúde assinou, com o objetivo de reduzir dez por cento da taxa de suicídio até o ano de dois mil e vinte. Bem, eu venho acompanhando esse debate, porque eu estive, em dois mil e quatorze, em dois mil e quatorze eu já tinha estado em Montreal, pra um congresso da EASP, e participei de um workshop da Organização Mundial de Saúde, em que eu vinha perguntando “bem, e agora o que que a organização vai fazer para que os países cumpram esse acordo que foi firmado?”. Até porque, eu achei, tinha certeza absoluta que nada estaria sendo feito, e efetivamente, dois mil e vinte é daqui a pouco, reduzir uma taxa de dez por cento, eu acho que os técnicos, quer dizer, eu acho que o Ministério assinou um acordo, que ele não questionou exatamente, ele foi no bolo dos outros.” (**Gestor C**)

A análise da fala do sujeito permite concluir que houve uma ruptura entre o processo de entrada na agenda da problemática do suicídio e o efetivo processo de tomada de decisões com vistas à concretização das medidas inicialmente formuladas, bem como a implementação posterior de uma política nacional de prevenção. Identifica-se, ainda, a preocupação de que não haja um efetivo cumprimento dos compromissos assumidos pelo Brasil, na medida em que não se identificou avanços passíveis de consideração.

Em que pese não se possa afirmar que a ausência de um plano nacional de prevenção possa, isoladamente, impactar nos coeficientes de óbitos por suicídio no país, a pesquisa quantitativa anteriormente construída permite concluir que não há uma tendência de diminuição dessas taxas, ao menos no período compreendido entre 2006 e 2015.

Nesse sentido, pode-se considerar que não se avançou consideravelmente para o processo de tomada de decisões, bem como não se adentrou a etapa de implementação das políticas públicas preventivas. Segundo Howlett, Ramesh e Perl (2013, p. 179):

Depois que um problema político conseguiu entrar na agenda política, depois que foram formuladas várias opções para resolvê-lo e depois que o governo estabeleceu os objetivos políticos e se decidiu por um curso de ação, ainda cabe a ele colocar a decisão em prática. O esforço, os conhecimentos e os recursos empregados para traduzir as decisões políticas em ação compreendem o estágio de implementação do ciclo político. Enquanto a maioria das decisões políticas identifica os meios para perseguir seus objetivos, as escolhas subsequentes têm de alcançar resultados. Para que uma política funcione, há que se alocar fundos, designar pessoas e desenvolver regras de como proceder.

Nesse sentido, constata-se que não houve um processo completo de tomada de decisões, o qual se limitou à elaboração de diretrizes nacionais de prevenção, as quais, por sua vez, não avançaram para um nível satisfatório de implementação em âmbitos estaduais e municipais, de modo que não puderam objetivar resultados modificativos das problemáticas pré-estabelecidas na agenda sanitária, como se observou por meio da pesquisa empírica.

Por outro lado, é razoável concluir-se que o advento do plano da Organização Mundial de Saúde pode ter corroborado para uma nova inserção da questão do suicídio na pauta governamental, reinaugurando a agenda política no tocante a esse aspecto preventivo. Dessa forma, conclui-se que os ciclos ou etapas pelas quais se constitui uma política pública não se materializam de maneira linear, sendo marcados, muitas vezes, por rupturas e retrocessos temporais, os quais poderão ser retomados muito tempo depois, a depender do novo contexto social e/ou epidemiológico.

O chamamento dos segmentos organizados da sociedade civil para a participação em novos grupos de discussões evidencia esse processo de reinserção da temática na agenda pública, conforme se verifica pela fala de um dos sujeitos pertencentes ao grupo do voluntariado:

“Então, nós fomos chamados pra retomar esse plano nacional. Aí o que aconteceu? Cada um foi lá, cada um, das entidades que foram chamadas, trazer profissionais. Não por coincidência a diretoria da ABEPS³³ em peso tava lá, mas convocados assim individualmente. E cada um expôs o que fazia, de que organização era, a sua visão de como podia se integrar a um plano, por que qual era a nossa tarefa? Pegar o plano, pegar o original, e falar “Onde você tá aqui?” Porque se você não tiver, você não era nem chamado. Claro que nós, os “*Hotlines*”, as organizações sociais estavam lá.” **(Voluntário C)**

³³ A ABEPS – Associação Brasileira de Estudos e Prevenção de Suicídio – ABEPS – foi criada em 13 de junho de 2015, em Belo Horizonte, durante o Simpósio Latino-Americano de Prevenção de Suicídio.

Deve-se elucidar que o contexto dessa retomada do grupo de discussão com vistas à preparação de um plano coincide temporalmente com o compromisso firmado pelo Brasil em reduzir em 10% o índice de óbitos por suicídio até 2020. Além disso, vale a menção de que mais uma vez os segmentos organizados da sociedade civil foram chamados a compor o grupo de discussão que dará seguimento à elaboração de um plano nacional de prevenção.

Ressalte-se que os dados coletados na pesquisa empírica conduzem a conclusão de que os sujeitos participantes mostram-se receosos com os resultados a serem alcançados pelo Brasil ao final do período estabelecido pelo plano da OMS (2013-2020):

“Bem, então eu vejo, quando chegar dois mil e vinte, na assembleia, os países vão mostrar o que fizeram, infelizmente o Brasil vai ter que dizer, vai dizer que ampliou a linha 188³⁴, pra toda a população, mas foi só isso que ele fez.” (**Gestor C**)

O discurso do voluntariado do CVV que tem acompanhado o grupo de trabalho junto ao Ministério da Saúde corrobora com a mesma preocupação do sujeito pertencente ao grupo dos gestores, na medida em que é possível identificar mais um momento de ruptura, uma vez que não é realizado um trabalho de maneira integrada entre os diversos entes federados:

“Então essa reunião era pra isso, era pra reavivar o plano, agora o que, como funciona nos outros países? Você faz um plano nacional, com as diretrizes, você chega nos estados, os estados replicam, você chega nos municípios, os municípios replicam. Então realmente, não é pra se esperar que saia de Brasília o plano, que vá atender o Brasil, assim não funciona em nenhum país, grande, continental, nenhum país funciona assim. Sempre são replicados, então o que Brasília deve fazer é continuar com isso, porque parece que tem uma parada, a gente fala entre nós “e aí alguém falou alguma coisa?” (**Voluntário C**)

A preocupação com a elaboração de um plano nacional que contemplasse as particularidades regionais aparece em ambos os grupos de sujeitos, demonstrando-se que há certa homogeneidade nos discursos quanto aos caminhos a serem seguidos na elaboração dessa política pública. Além disso, é

³⁴ Após a assinatura do termo de cooperação técnica entre o Centro de Valorização da Vida e o Ministério da Saúde, a Anatel publicou o ato de autorização nº 9.623, estabelecendo que a partir de 30 de setembro de 2017 o funcionamento do número 188 ampliou sua área de cobertura para boa parte do todo território. A partir de 30 de junho de 2018 os 26 estados do Brasil mais o Distrito Federal foram contemplados com essa ampliação do atendimento.

possível identificar a preocupação do Governo Federal em estabelecer e implementar um plano nacional, o qual se pretendia lançar ainda no ano de 2018:

“Na realidade o Ministério queria, em setembro desse ano (2018), aproveitar o Setembro Amarelo e lançar um plano, não conseguiu, não havia, não teve pernas pra fazer esse tipo de ação, porque como eu disse, é assim, é um trabalho que, eu disse pro Ministério que, olha, a gente tem que ficar uns seis meses trabalhando nesse sentido. Para que a gente possa definir as metas, regionalizadas, porque pra mim, eu considero que tem que definir metas regionalizadas.” **(Gestor C)**

Diante desse cenário de paralisações e retrocessos na elaboração da estratégia nacional, a valorização das entidades do terceiro setor, notadamente do CVV e de suas conquistas junto ao Governo Federal, é apontada como um dos poucos avanços do Brasil no processo de criação de medidas preventivas do suicídio, especialmente no que tange ao lançamento de um número de telefone uniforme para atendimento em todo Brasil:

“A única coisa que aconteceu nesse período, do ponto de vista, não do ponto vista da sociedade brasileira, das organizações, dos grupos, das instituições, mas do ponto de vista do Ministério da Saúde, foi ter ampliado a linha 188, do CVV, que era uma demanda, que já tinha, inicialmente era um processo lento dentro do Ministério da Saúde, havia o interesse da ANATEL, mas também deveria existir um órgão setorial controlador, são assim que as coisas funcionam, e no caso o Ministério da Saúde, o Ministério tinha dar o ok pro tema. E é claro como existia uma estratégia, e então o CVV tinha participado do grupo de trabalho, então isso teve força política, no sentido de se hoje lançar a linha 188.” **(Gestor C)**

“Vitor, estão sendo feitas medidas, mas não é por causa do plano, é porque nós estamos nos organizando, é porque as associações locais estão se organizando, e porque o governo hoje – hoje! – vê com mais boa vontade, vê com mais boa vontade, por enquanto é mais boa vontade, não é pouco, sabe por quê? Porque nós já trabalhamos numa ótica de má vontade, má vontade, aquela coisa de não poder trabalhar.” **(Voluntário C)**

É possível concluir, dessa forma, que houve uma movimentação por parte do Governo Federal a fim de se considerar a problemática do suicídio e construir-se a respetiva resposta governamental por meio da elaboração e implementação da respetiva política pública. Entretanto, constatou-se um momento de ruptura entre os anos de 2006 e 2013, período em que não se avançou para uma implementação efetiva das diretrizes até então elaboradas.

Foi possível identificar, ainda, a reentrada do tema do suicídio na pauta sanitária estatal a partir do compromisso do Brasil junto a OMS em se reduzir as taxas de suicídio em ao menos 10% entre 2013 e 2020. Esse novo cenário

permitiu que houvesse uma nova articulação entre os sujeitos envolvidos com vistas a elaboração de um plano nacional de prevenção que, aparentemente, ainda não avançou.

A Subcategoria 2 – Omissão Estatal e inexistência de Políticas Públicas – tem por objeto a análise da percepção dos sujeitos de pesquisa acerca da atuação do Poder Público em matéria de prevenção do suicídio, identificando, segundo os discursos, os níveis de organização dos serviços e os graus de intervenção acerca da temática abordada. Essa subcategoria diferencia-se da anterior na medida em que aquela pretendia analisar a formulação de um plano nacional de prevenção, ao passo que esta tem como escopo identificar, sob um viés prático, a qualidade da estrutura pública de atendimentos pelo Sistema Único de Saúde.

Iniciando-se pela fala do gestor em nível municipal, é possível delinear um cenário de insuficiência na estrutura pública de atendimentos e acompanhamentos em matéria de saúde mental:

“Então o município de Ponta Grossa está completamente atrasado com relação a implantação, de mais serviços pra dar suporte pra população, porque nós temos um serviço de cada, nós temos um CAPS AD, um CAPS 2, e um CAPS infanto-juvenil e o ambulatório de saúde mental, então nós temos esses quatro serviços.” **(Gestor A)**

Acerca desse déficit, é preciso compreender que a Rede de Atenção Psicossocial, a qual foi inicialmente implementada pela Portaria nº 3.088/2011, se destina àqueles que possuem algum transtorno ou sofrimento mental ou alguma necessidade derivada do uso de substâncias psicoativas, tendo como finalidade principal a constituição de pontos de atenção à saúde para essas pessoas. É norteada pelas seguintes diretrizes: respeito aos direitos humanos, promoção da igualdade, combate ao preconceito; cuidado integral; atenção humanizada; diversificação de estratégias de cuidado; promoção de autonomia e do exercício da cidadania; criação de estratégias que visem à redução de danos; foco em serviços territoriais e comunitários; desenvolvimento de ações intersetoriais; promoção de educação permanente; e desenvolvimento de uma lógica de cuidado (BRASIL, 2017).

Essa Rede de atenção se estrutura em seis componentes: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar; Estratégias de

Desinstitucionalização; e Estratégias de Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2017). Cada um desses componentes oferece uma gama de serviços distintos, os denominados pontos de atenção, a depender das necessidades dos usuários dos serviços e de seus familiares (MEDEIROS et al, 2017).

O componente de Atenção Psicossocial, por sua vez, é formado pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais surgiram no contexto da Reforma Psiquiatra brasileira, como um dos principais instrumentos estratégicos para substituir os antigos hospitais psiquiátricos (LEAL; ANTONI, 2013).

No que se refere às modalidades de Centros de Atenção Psicossocial, a legislação prevê seis: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III e CAPS i. O CAPS I e o CAPS II se destinam a indivíduos de qualquer faixa etária, os quais estejam sofrendo gravemente por conta de transtornos mentais, pelo uso de drogas ou outras situações que os impeçam de criar laços sociais ou projetos de vida; o CAPS III também se destina a esses mesmos objetivos, porém também oferta serviços de forma contínua, vinte e quatro horas por dia, todos os dias, e ainda oferece para outros serviços relacionados à saúde mental retaguarda clínica e acolhimento durante a noite; o CAPS AD se destina a indivíduos de qualquer faixa etária, que exponham grave sofrimento por conta do uso de substâncias psicoativas; o CAPS AD III, para além do objetivo do CAPS AD, oferta serviços contínuos, vinte e quatro horas, todos os dias, bem como acolhimento noturno e retaguarda clínica; já o CAPS i destina-se à população infanto-juvenil – aos que apresentem grave sofrimento por conta de transtornos mentais, uso de drogas ou situações clínicas que os impeçam de criar laços sociais ou projetos de vida (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, importa observar que é o tamanho da população de cada município que determina quais modalidades de CAPS devem ser instituídas. Dessa forma, o CAPS I é necessário em municípios com mais de quinze mil habitantes; o CAPS II, o CAPS AD e o CAPS i são necessários em municípios com mais de setenta mil habitantes; e o CAPS III e o CAPS AD III, em municípios com mais de cento e cinquenta mil habitantes (BRASIL, 2017).

O Município de Ponta Grossa, situado no Estado do Paraná, conta com aproximadamente 341 mil habitantes, conforme estimativa do IBGE de 2016 (PONTA GROSSA, 2017). Dessa forma, tomando por base essa estimativa populacional e analisando-se a legislação pertinente à Rede de Atenção Psicossocial, verifica-se que o Município de Ponta Grossa deveria comportar duas

unidades do CAPS III e duas do CAPS AD III, eis que é necessária uma unidade de cada uma dessas modalidades a cada 150 mil habitantes; bem como quatro unidades do CAPS I, haja vista que a cada 70 mil habitantes, torna-se necessário no município a existência de uma unidade da modalidade do CAPS direcionado ao público infanto-juvenil. De outro modo, pautando-se pelo mesmo raciocínio, acaso o município não possua unidades de CAPS cujo funcionamento é contínuo – vinte e quatro horas (CAPS III e CAPS AD III), deveria comportar, além dos CAPS infanto-juvenil, quatro unidades do CAPS II e quatro unidades do CAPS AD II.

Dessa forma, considerando-se a fala do sujeito de pesquisa, verifica-se que o município de Ponta Grossa não está de acordo com o previsto pela legislação pertinente à estrutura de atendimento em saúde mental no Estado Brasileiro, haja vista não comportar o número ideal de unidades de Centros de Atenção Psicossocial, considerando-se a sua estimativa populacional, de modo que o acesso aos serviços de saúde mental no município é deficitário, comprometendo parcelas da população dotadas de vulnerabilidade e que necessitam de uma atenção contínua a suas saúdes mentais.

A carência e a insuficiência na estrutura de funcionamento do setor de saúde mental no Brasil também são levantadas pela fala do gestor em nível federal:

"Agora do ponto de vista da intervenção, não tem nada efetivamente. Efetivamente do ponto de vista de intervenção não tem nada, e eu acho que é muito complicado, nesse momento, que existe também uma crise dentro da área toda de saúde mental do país, porque não sabe pra onde que vai, vai fazer o que? Como é que é? Não tá atendendo as demandas." **(Gestor C)**

Conforme já oportunamente apresentado, a questão da ausência de investimentos e da dificuldade de acesso não é observada apenas na área da saúde mental, mas na estrutura sanitária brasileira enquanto sistema integral de atendimento. Entretanto, quando se debruça a análise de suicídios tentados ou de crises psiquiátricas, a obstrução encontrada pelo paciente no sistema de saúde pode mostrar-se decisiva no sentido de se comprometer o êxito no tratamento, conforme revela a fala de um dos sujeitos:

"nós estamos falando de um problema que tá no campo da saúde pública, e da saúde mental, os serviços não estão bem organizados, e nem estão dando conta dos casos, que não são nem os casos de suicídio ou tentativas, as pessoas procuram o serviço, eu não sei como está hoje no

Paraná, ou na sua cidade, mas assim, procuram um serviço e tem consultas marcadas “Ah, daqui a três meses”. Uma crise não é burocrática, é uma crise clínica, a pessoa tá sofrendo, se a gente tá dizendo pras pessoas, procure um serviço de saúde, e não existe serviço de saúde.” (**Gestor C**)

Esse cenário de ausência e necessidade de maiores investimentos faz-se presente justamente em um contexto brasileiro de enxugamento dos gastos públicos em matéria de direitos sociais.

A Emenda Constitucional nº 95/2016 foi resultado das Propostas 241 e 55, que tramitaram, respectivamente, na Câmara dos Deputados e no Senado Federal, alcançando sua votação final, em segundo turno nesta última casa legislativa, no dia 16 de dezembro de 2016. A partir de então, foram inseridos no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) vários dispositivos que deram origem a um novo regime fiscal com um limite para os gastos do governo federal, que vigorará pelos próximos 20 (vinte) anos. Na prática, isso implica na ausência de qualquer ampliação de investimentos na área da saúde, sendo que o limite dos gastos corresponderá ao valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice de Preços ao Consumidor Aplicado - IPCA (e assim sucessivamente) (MARIANO, 2017).

Cynara Monteiro Mariano (2017, p. 272) indica possíveis equívocos na adoção da lógica de redução de investimentos em matéria de saúde, conforme tem se observado no caso brasileiro:

Desse modo, falar em recuperação da economia ou em crescimento econômico deve passar ao largo da compreensão de um ajuste fiscal baseado unicamente em obtenção de superávit primário por meio do corte de gastos públicos. A opção não deve ser apenas ideológica, portanto, a limitar-se à contraposição das ideias a respeito do tamanho do Estado. Até mesmo porque nessa seara o senso comum parece infelizmente prevalecer, resultando em grandes distorções de entendimento que atrasam o desenvolvimento econômico brasileiro e impedem uma análise frutífera e racional das complexidades brasileiras, em se admitindo que a maior parte da sociedade civil ainda deseja o projeto constituinte de 1988, que direciona a implantação do Estado de Bem Estar Social, acreditando, paradoxalmente, que isso pode ocorrer com a adoção de receitas do ideário neoliberal. Faz-se a ressalva acima porque, ao que parece, o cidadão médio brasileiro não tem a exata compreensão de que para usufruir de serviços públicos de qualidade é necessário o investimento público. Quanto mais um país gasta para assegurar serviços públicos, menos os cidadãos terão que pagá-los por meio da iniciativa privada.

Por outro lado, é preciso que se diga que se a sociedade brasileira deseja o Estado de Bem-Estar Social projetado pela Constituição de 1988, isso requer investimento público, notadamente nas áreas dos chamados direitos sociais.

Não se alcança pela lógica do senso comum de se fazer muito com pouco ou de substituir o investimento público pelo investimento privado, como defendem as teorias econômicas clássicas. Isso não ocorre nem nos países paradigmáticos das economias de livre mercado, que gastam até mais do que o Brasil (MARIANO, 2017).

Como resposta à omissão do Estado em matéria de saúde mental – mais precisamente no que tange ao suicídio – acabam por surgir dentro da sociedade iniciativas que buscam criar um mínimo de suporte àqueles que procuram ajuda. É possível observar pelos discursos dos sujeitos que há uma construção lógica entre causa (omissão estatal) e consequência (atuação de segmentos da sociedade civil):

“Então nós somos porta-voz desse trabalho que precisa, porque o Estado é omissivo em tudo, o Estado é omissivo a gente sabe disso. E como o CVV existe no Brasil há mais de cinquenta anos, e ele foi se espalhando pelo Brasil, os postos foram abrindo, alguns fecharam, outros abriram, e hoje estão abrindo muitos postos. Porque a estrutura do governo pra atender as pessoas que precisam de ajuda, que estão com algum problema psíquico, é muito precária, é muito precária.” (**Voluntário A**)

“O CVV ele vai onde abre portas e oferecem espaços, onde é possível fazer isso, ele não invade a privacidade. Agora o poder público, infelizmente, até onde eu sei, pouco faz.” (**Voluntário B**)

O papel desenvolvido pelas instituições que compõem o terceiro setor pelos segmentos organizados da sociedade civil passa a ser visto como um substituto natural face à omissão do poder público, identificando-se tais pessoas jurídicas com as próprias campanhas de prevenção desenvolvidas em parceria com o governo em suas mais variadas esferas de atuação:

“Olha, eu diria pra você que... É falha, muito falha (*a atuação do Estado*), se existe hoje, por exemplo, o Setembro Amarelo, é graças as instituições que trabalham nesse sentido, por exemplo, o CVV.” (**Voluntário A**)

Ruth Cardoso (2005, p. 10) faz uma análise do contexto de atuação dos segmentos organizados da sociedade civil com vistas à compreensão do surgimento do terceiro setor como mecanismo de efetivação de garantias sociais:

O lugar as ações de governo, a meu ver, será claramente demarcado. Cabe ao governo garantir os direitos essenciais e universais dos cidadãos, os quais, por sua vez, podem e devem exigir que isso se faça de modo eficiente e equitativo. No Brasil, o papel da sociedade civil foi bastante significativo na defesa de direitos básicos de cidadania quando eles não estavam garantidos. Hoje é tarefa e responsabilidade dos ministérios

governamentais assegurar o acesso à educação, saúde, ao trabalho e à cultura a todos os cidadãos deste país.

Isso, no entanto, não é suficiente em países como o nosso, com uma herança profunda de desigualdade e marginalização. Precisamos de ações diretas e pontuais visando a corrigir distorções e desequilíbrios que se acumularam ao longo do tempo. Acredito que o fortalecimento da sociedade civil e de sua atuação no campo do desenvolvimento social é o caminho correto para que possamos superar essa herança pesada de injustiça e exclusão.

A partir dessa análise é de se constar que historicamente o poder público não se mostrou plenamente capaz de promover os direitos fundamentais sociais de maneira integral e universal, gerando um déficit de atendimento que gradativamente passou a ser assumido por segmentos da sociedade civil.

Deve-se destacar, entretanto, que conforme bem explica Ruth Cardoso (2005, p. 10) que não se deve considerar tal caminho correto “pelo simples fato de que aliviaria a tarefa do governo, retirando de seus ombros uma parcela de sua responsabilidade”, mas sim, como continua a antropóloga, pelo fato “de reconhecer que a ação do terceiro setor no enfrentamento de questões diagnosticadas pela própria sociedade nos oferece modelos de trabalho que representam modos mais eficazes de resolver problemas sociais”.

A discussão sobre a atuação do terceiro setor será adiante aprofundada, mas restou indicada brevemente nesta categoria na medida em que o papel da sociedade foi constantemente levantado na pesquisa empírica diante de determinadas omissões ou insuficiências constatadas na atuação do ente público.

Na Subcategoria 3 – Boas práticas dos entes federados na prevenção do suicídio – para além da existência de um plano nacional ou do nível de efetividade da política existente, o que se pretende apresentar são as iniciativas inauguradas pelos entes federados no tocante à prevenção do suicídio no Brasil. Optou-se pela inclusão dessa subcategoria na medida em que se identificou no processo de coleta de dados um considerável número de iniciativas por parte do poder público – especialmente em âmbito municipal –, ainda que muitas vezes não articuladas entre os níveis do sistema da saúde, demonstrando a entrada na agenda de governo de tal problemática.

Deve-se compreender inicialmente que o planejamento da política pública em matéria de saúde mental se dá em âmbito federal junto à direção nacional do Sistema Único de Saúde, promovendo-se sua posterior descentralização

para os estados e municípios conforme determinam os incisos XV e XII do artigo 16 da Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990):

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

[...]

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

[...]

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

Assim, observa-se uma descentralização da União para os estados e municípios da prestação de serviços e ações em matéria de saúde, cabendo ao ente federal o controle e avaliação dessas ações. Cumulado a isso, deve-se ressaltar a competência do ente estadual na organização administrativa do SUS, conforme apresenta o artigo 17, incisos I a III da lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990):

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

Percebe-se pela análise dos dispositivos legais que a opção do legislador foi descentralizar aos municípios a prestação dos serviços e ações de saúde, em que pese seu processo de formulação seja realizado de maneira concorrente entre as três esferas da federação. Nesse sentido, o artigo 18 da Lei 8.080/1990 traz as competências municipais na efetivação das ações do SUS:

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

Tendo como fundamento esse processo de descentralização no Sistema Único de Saúde aos municípios, foi possível identificar na pesquisa empírica iniciativas do ente municipal no processo de prevenção e atendimento da vítima do suicídio tentado. Deve-se destacar que essas ações se dão em um cenário, conforme já descrito, de ausência de um plano nacional de prevenção ao

suicídio, cabendo exclusivamente ao município tais formulações, conforme dados coletados.

Inicialmente deve-se destacar a estrutura de saúde mental do município pesquisado que, mesmo diante da insuficiência de CAPS já apresentada, consegue oferecer em uma de suas unidades um serviço integral de atendimentos às vítimas de suicídios tentados ou em processo de ideação previamente identificado:

“Quando o paciente vem pro CAPS direto, com as ideações suicidas a gente faz todo o acompanhamento, medicamentoso, terapêutico, que a gente tem: enfermeiro, terapeuta ocupacional, tem um leque de profissionais pra poder atender a demanda desses usuários, e a gente vai fazendo as avaliações, como é projeto terapêutico singular, vai depender de cada um, então às vezes uma atividade que eu faça pra um paciente X, pro paciente Y ela não surte efeito. Então, a gente vai discutindo o projeto terapêutico com o paciente, e com a família, a gente faz toda a orientação também pra família, de monitoramento, como que tem que cuidar, o que que tem que observar, quais são as posturas que as vezes a pessoa pode tomar, e que a gente possa atender rapidamente, pra que o suicídio não aconteça de novo.” **(Gestor A)**

Observe-se que a fala do sujeito entrevistado demonstra que existe uma estrutura de trabalho e acompanhamento para o paciente considerado suicida em potencial, seja pela tentativa ou pela simples ideação identificada. Ao criar um projeto terapêutico singular ao paciente e delegar a família seu acompanhamento, a equipe de saúde mental dá concretude ao artigo 2º, parágrafo 2º, da lei 8.080/1990, o qual estabelece que “o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade” (BRASIL, 1990).

Considerando-se a insuficiência dos Centros de Atenção Psicossocial no município, o mesmo criou um grupo de atenção à crise de saúde mental, com vistas ao encaminhamento dos pacientes e de suas famílias que deram entrada em outras unidades de saúde não especializadas, visando que os mesmos possam, após superação inicial da crise, buscar o atendimento específico nas unidades existentes:

“Então no município a gente tem feito o quê? Referente ao suicídio. Então nós temos um grupo, que nós criamos, um grupo de atenção a crise da saúde mental, esse grupo de atenção a crise, ele vai todos os dias no pronto socorro, a gente passa todos os dias no pronto socorro pra avaliar os casos de saúde mental, que deram entrada. Então alguns casos, não são demandas de internamento, daí os profissionais da saúde mental encaminham pros serviços, ou pro CAPS infantil, CAPS AD, e CAPS 2, e os casos que são de internamento, nós temos o médico psiquiatra que passa e solicita vaga pelo pronto socorro. Os casos de suicídio, que as vezes não

passaram pelo CAPS, deram entrada direto no pronto socorro, a equipe orienta a família, explica o serviço, como que funciona o serviço, que após a alta hospitalar, que venha pro serviço, pra gente poder fazer os encaminhamento, as orientações, e fazer a sequência do tratamento, do projeto terapêutico singular.” **(Gestor A)**

As iniciativas municipais vão além de seu caráter geral dentro da grande área da saúde mental, avançando-se para grupos específicos que apresentam potencial situação de vulnerabilidade. Conforme já apresentado oportunamente, há uma grande preocupação com os índices de suicídios e automutilação entre crianças e jovens, fazendo-se com que intervenções junto a essa população sejam cada vez mais necessárias, conforme relato trazido pelo gestor municipal:

“A gente tem apresentado, nos eventos que nós fazemos, a gente faz um grupo, que é o psicodrama, então nós usamos de relatos do nosso próprio cotidiano dos serviços, que aparecem, e fazemos o psicodrama, e o psicodrama é aquela interação com as pessoas que estão assistindo, você interage, para o psicodrama, congela a cena, e pergunta “Vocês já viram alguém que vivenciou isso? Vocês vivenciam?”, e a gente tem feito muito isso com os adolescentes. Tem dado um resultado muito positivo, porque a gente tem trabalhado com as escolas estaduais e nas escolas tem muitos casos de automutilação, ou de uso de drogas, *bullying*, tem de toda situação dentro da escola.” **(Gestor A)**

Verifica-se, com isso, que o município tem caminhado no sentido de delinear programas pontuais direcionados aos grupos populacionais que possuem reconhecidamente um nível de vulnerabilidade maior que o restante da sociedade local. Esse reconhecimento contempla as determinações trazidas pelo Plano de Ação da OMS, o qual orienta que as ações de saúde devem incluir uma atuação especial junto aos coletivos que se mostrarem mais fragilizados no contexto de cada país.

Dentre as iniciativas desenvolvidas em âmbito municipal deve-se dar destaque, também, à preocupação com os profissionais que trabalham junto aos CAPS, visando a promoção de uma qualidade de vida e da prevenção de danos ao bem-estar psicológico dos mesmos:

“Hoje são iniciativas que muitos municípios atuam pra você trabalhar, como por exemplo, em Ponta Grossa, a gente tem um dos critérios, que é supervisão clínico-institucional, então é uma pessoa que vem, ele é como se fosse um terapeuta de equipe, mas assim, bem nu e cru, como se fosse um terapeuta de equipe, essa pessoa vem pra trabalhar as demandas da equipe do trabalho com o paciente, então ele é um terapeuta pra equipe, isso diminui a carga dos profissionais, isso faz com que os profissionais diminuam, parem um pouco de sofrer, porque fica muito, é muito pesado,

você escuta histórias pesadas, não só da questão do suicídio, mas da questão da esquizofrenia, do transtorno bipolar, do sofrimento propriamente dito do indivíduo.” (**Gestor A**)

Essa preocupação com os profissionais se justifica na medida em que as características do trabalho em instituições de saúde possibilitam reconhecer agentes estressores importantes, sendo que muitas situações da prática médica e da enfermagem, por exemplo, se configuram como verdadeiros dilemas éticos e são altamente estressantes, onde os sentimentos de culpa por fracasso de onipotência, impostos pelos limites de realidade, favorecem o surgimento de quadros depressivos e de ideação suicida, que são evidenciados por dados epidemiológicos da literatura, de incidência e prevalência, principalmente com os médicos, como mais elevado do que em toda a população (BARBOSA *et al.*, 2012).

Deve-se mencionar, ainda, que a coleta de dados por meio de questionário junto ao Governo Estadual trouxe indicativos de que o mesmo também passou a incorporar a problemática do suicídio em suas iniciativas, em que pese as mesmas tenham se dado em menores proporções quando comparadas às iniciativas municipais:

“Temos realizado capacitações nas Regionais de Saúde sobre Prevenção do Suicídio, com o objetivo de qualificar o trabalho dos profissionais do Estado envolvidos com essa temática.” (**Gestor B**)

“Também desenvolvemos um Curso EAD de Prevenção do Suicídio para qualificar os profissionais da Rede Intra e Intersetorial. Esse curso foi lançado no dia 12/09/2018 e não há limite de vagas, permitindo que profissionais de todo o Estado possam participar a qualquer momento. A proposta de um Curso EAD foi desenvolvida justamente pela necessidade de qualificar os profissionais de todo o Estado e tendo em vista que muitas vezes há rotatividade nos serviços e pessoas que foram capacitadas saem do serviço, sendo necessária a formação continuada.” (**Gestor B**)

Como se observa, as iniciativas em nível estadual para a prevenção do suicídio tiveram um enfoque de capacitação dos servidores para que, colocados diante de uma situação que envolva a prática do suicídio, possam oferecer a melhor resposta e os melhores caminhos aos pacientes e suas respectivas famílias. O reconhecimento da natureza dessas iniciativas também aparece no discurso do gestor em nível federal, o qual vincula a importância dos treinamentos às diretrizes anteriormente publicadas:

“Então eu acho assim, dentro das diretrizes, da estratégia, o que mais nós temos feito atualmente é treinamento, que é bom, porque eu sempre digo, que no treinamento, não é apenas treinamento para o indivíduo fazer

diagnóstico de comportamento de risco, mas é ele poder fazer esse diagnóstico, e se ele trabalha dentro de uma instituição, ele ajudar na organização do serviço.” (**Gestor C**)

Entretanto, apesar dessas iniciativas e considerando-se que a Lei 8.080/1990 determina que os municípios participem do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual – inclusive no que tange à saúde mental – não foi possível identificar ações conjuntas desses dois entes, especialmente no que tange à prevenção do suicídio e de possíveis iniciativas a serem implementadas.

Não se pode olvidar, entretanto, que a incorporação pelos entes de estratégias como as descritas corroboram com o reconhecimento da problemática enquanto um dos itens a serem enfrentados pela agenda de políticas públicas em um nível federal, indicando-se, tal como apresentado, a necessidade de uma atuação uniforme por meio de um plano nacional de prevenção ao suicídio.

Para além das estratégias oficiais de prevenção, passa-se a apresentar iniciativas de segmentos organizados da sociedade civil que buscam atuar diante de um cenário de possíveis omissões do poder público, desenvolvendo mecanismos de ação e de sustentabilidade dos serviços.

6.4.2 Categoria 2. O papel do terceiro setor na prevenção do suicídio no Brasil

A **Categoria 2** tem por objeto apresentar uma análise do processo de emergência do terceiro setor no Brasil, construindo-se, a partir da narrativa dos sujeitos, a relevância do papel prestado por tais entidades na efetivação de direitos fundamentais sociais no Brasil.

Em suas subcategorias, além de uma análise acerca das dinâmicas que envolvem essas entidades, busca-se compreender, de modo exemplificativo, a atuação do Centro de Valorização da Vida (CVV) no processo de prevenção do suicídio no Brasil.

A **Subcategoria 1 – A emergência e a atuação do terceiro setor no Brasil** – busca apresentar, a partir dos discursos dos sujeitos, a relevância da atuação do terceiro setor no Brasil, bem como seus eventuais impactos no processo de elaboração e implementação de políticas públicas.

Em uma conceituação que combina elementos históricos e atuais, pode-se conceber o terceiro setor como o complexo de organizações sem fins lucrativos, criadas e mantidas pela ênfase na participação voluntária, num âmbito não governamental, dando continuidade às práticas tradicionais da caridade, da filantropia e de patrocínios aos mais diversos setores e expandindo o seu sentido para outros domínios, graças, sobretudo, à incorporação do conceito de cidadania e suas múltiplas manifestações na sociedade civil (FERNANDES, 2005).

Deve-se observar, a partir desse conceito inicial, que o que fundaria o surgimento do terceiro setor seria um ideal de solidariedade incorporado no âmbito da sociedade civil a partir, inclusive, de experiências históricas de caridade e filantropia.

Por outro lado, ainda no campo conceitual e para além de uma categorização setorial fundada na caridade, alguns autores apresentam conceituação crítica sobre o que viria a ser o terceiro setor, como é a análise trazida por Carlos Montaño (2010, p. 184):

Assim, o que os autores chamam de “terceiro setor”, nem é *terceiro*, nem é *setor* – numa segmentação do social entre Estado, mercado e sociedade civil autônomos –, nem refere às *organizações* desse setor – ONGs, instituições, fundações e outros.

Na verdade, no lugar deste termo, o fenômeno real deve ser interpretado como *ações que expressam funções a partir de valores*. Ou seja, as *ações* desenvolvidas por organizações da sociedade civil, que assumem as *funções* de resposta às demandas sociais (antes de responsabilidade fundamentalmente do Estado), a partir dos *valores* de solidariedade local, autoajuda e ajuda mútua (substituindo os valores de solidariedade social e universalidade e direito dos serviços).

Com isso, defende o autor que a emergência dessas ações em face de demandas sociais que anteriormente recaíram apenas sobre o Estado acaba por modificar a própria noção de responsabilidades pelo cumprimento de direitos básicos, como é o caso do direito fundamental à saúde.

A crítica que se faz emerge no sentido de que a sociedade deva praticar condutas de cunho social mediante a ocupação dos espaços públicos por seus segmentos organizados, para além de um simples sentimento de caridade, por meio de um processo de emancipação social.

Para se analisar a emergência desse modelo de intervenção social no Brasil e viabilizar a construção de um conceito que conte com a realidade nacional é preciso compreender a origem do terceiro setor no país, verificando-se a

existência de ao menos duas vertentes, sendo que algumas dessas entidades são herdeiras do antigo conceito de filantropia e outras têm suas raízes nos movimentos sociais das décadas de 1960 e 1970. Um exemplo de filantropia em matéria de saúde são as Santas Casas de Misericórdia, ainda espalhadas por todo o país. No que tange aos movimentos sociais, deve-se remontar, conforme já apresentado em linhas gerais nesse estudo, ao período de repressão militar pela qual o Brasil passou a partir da década de 1960, fazendo emergir formas de contestação àquele regime político, como o movimento sindical, as organizações estudantis e o trabalho comunitário (BARBIERI, 2011).

Pode-se perceber que o ideal de solidariedade, inicialmente apresentado como elemento inspirador do terceiro setor, encontrou sua origem nas ações de filantropia existentes no Brasil, especialmente aquelas de matriz religiosa e que marcaram a tradição na prestação de serviços de saúde no país.

Por outro lado, no que tange aos movimentos sociais, pode-se conceber que os mesmos encontraram na omissão do poder público a justificativa inicial para organização de serviços que pudessem trazer respostas às necessidades sociais daqueles que se encontravam em situação de vulnerabilidade social.

A partir desses contornos, Carla Bertucci Barbieri (2011, p. 32) apresenta o contexto histórico onde houve uma consolidação das chamadas organizações do terceiro setor no Brasil:

Na passagem dos anos 80 à década seguinte, surgiu no País um tipo de organização inexistente até aquele momento: entidades voltadas para questões de interesse público, capazes de formular projetos, monitorar sua execução e prestar contas de suas finanças: as organizações não governamentais. No Brasil, as denominadas ONGs nasceram calcadas no modelo norte-americano e dentro de circuitos de cooperação global.

As ONGs dos anos 90 encontrariam na cooperação internacional o veículo adequado para o financiamento do apoio à luta pela cidadania, relação esta que não podia se verificar com os movimentos sociais, em razão na inexistência de enfoque empresarial.

Houve no Brasil, assim, uma ampliação das ações do terceiro setor no período que coincide com os movimentos pela redemocratização, sendo que é possível se identificar, inclusive, uma coincidência de bandeiras e discursos entre essas novas entidades e as lutas travadas pela inclusão de garantias no que viria a ser a Constituição de 1988. Para além dessas movimentações nacionais não se pode olvidar das influências internacionais nesse processo, tanto ideológicas quanto

financeiras, sendo que tais ações foram responsáveis pela inclusão do ideal de participação social por meio de uma lógica empreendedora, o que até então não se fazia presente no país.

A importância da emergência dessas novas figuras no cenário de proteção social do Brasil foi objeto dos discursos de alguns sujeitos da pesquisa, inclusive mediante apresentação de contextos práticos de atuação do voluntariado em um nível municipal:

“O que é o terceiro setor, quando você fala de associações, associação médica, associação de psicólogos, isso tudo é o terceiro setor. Então eu diria que é uma importância fundamental, porque é quem tem contato direto com o problema, e quem pode fazer sugerir a política pública, ajudar a organizar a política pública. Trabalhando junto com a municipalidade, junto com governos estaduais, e junto com o governo federal.” **(Voluntário C)**

“Mas graças as ONG’s de modo geral, é que o Brasil está se mantendo em equilíbrio na área social, porque tem muita ONG séria, muita. Se você vai nos hospitais, o Hospital de Clínicas, por exemplo, o Evangélico, que está as portas de ir pra leilão, o pronto socorro Cajuru, que é da PUC, o Erasto Gaertner, que atende problema de câncer, é o que mais tem voluntários.” **(Voluntário B)**

Pela análise das falas é possível constatar que o advento das entidades que compõem o terceiro setor, bem como de seu voluntariado, acabam não apenas por suprir parte daquilo que seria obrigação estatal, mas também se mostram como atores no processo de elaboração e implementação de políticas públicas por parte do poder público.

Como já foi possível se observar nas categorias anteriores, entidades como o CVV participaram ativamente do planejamento de ações junto ao Ministério da Saúde, demonstrando-se que sua relevância não reside apenas na prestação dos serviços em si – razão maior de seu surgimento – mas também no próprio auxílio ao Estado por meio das experiências obtidas e nos dados levantados por meio de seu voluntariado.

A emergência dessa atuação também se mostrou presente nos serviços de saúde mental, conforme dados coletados junto aos sujeitos de pesquisa:

“Então o que acontece, em muitos setores de atuação, vamos sair, não é só saúde mental, se não fossem essas organizações, não teria serviços, isso a gente vê. Isso não é, vamos dizer, acho que não é uma conjuntura, isso já é um fato. Agora a relação delas com o Estado, mais ou menos, se elas trabalham melhor, se elas têm controle ou não tem controle, isso que é gestão pública, mas isso eu não vou opinar.” **(Voluntário C)**

Há um destaque nos discursos, dessa forma, não apenas para o desenvolvimento do trabalho do terceiro setor enquanto participante na elaboração de políticas de prevenção ao suicídio, mas verdadeiramente de prestador de serviços de natureza pública, substituindo-se verdadeiramente o Estado, especialmente em localidades onde se mostram mais precários os serviços de saúde:

“Então, em um caso de suicídio, de uma pessoa de um município de vinte mil habitantes, o familiar não vai nem conseguir acompanhar o processo terapêutico, por quê? Porque não tem equipe de saúde mental, às vezes, a equipe de saúde mental é um profissional, então se você tem outros locais que possam fazer esses processos de, mas nesse município de vinte mil habitantes, tem um grupo de pessoas que montaram uma ONG pra trabalhar com isso, a gente tem que valorizar eles, a gente tem que incentivar também, então a gente precisa pensar o quê? No cuidado do indivíduo, não ficar brigando o que é o melhor, o que é o pior, mas no cuidado, e capacitar as pessoas pra atender da menor maneira possível.” **(Gestor A)**

Emergiram da pesquisa, para além da atuação maciça do Centro de Valorização da Vida na prevenção do suicídio, outras atuações pontuais de segmentos organizados da sociedade civil que objetivaram ocupar não apenas um local de prestação, mas também de planejamento e avaliação de ações em conjunto com o ente estatal:

“Só depois quando eu retornei em dois mil e doze para o Rio de Janeiro, eu já estava aposentado, tinha terminado meu trabalho no Haiti, eu criei, pra não perder tudo isso que a gente tinha já juntado por aí, então eu criei a Rede Brasileira de Prevenção do Suicídio, na realidade criei até um blog, que por sinal eu estou reativando desde a semana passada, porque passou um tempo meio parado, mas que é importante porque é um blog que, tanto nacional, hoje nacionalmente a gente tem a Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio, que o Robert é vice-presidente, e eu sou diretor de comunicação, quer dizer, do ponto de vista nacional tivemos um avanço.” **(Gestor C)**

A Rede Brasileira de Prevenção do Suicídio (REBRAPS), mencionada pelo entrevistado, tem a finalidade de apoiar as atividades estabelecidas em 2006 na Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, através de um processo articulado entre instituições, organizações, profissionais e cidadãos interessados em tratar deste importante tema de saúde pública. Esta proposta foi apresentada, inicialmente, por meio de um instrumento de comunicação (blog) que permite um intercâmbio de informações de interesse dos seus participantes e é coordenado pelo Dr. Carlos Felipe Almeida D Oliveira, coordenador do grupo de

trabalho que criou a Estratégia Nacional e as Diretrizes Nacionais de Prevenção ao suicídio (REDE, 2018).

Por seu turno, a Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio foi criada no ano de 2015, por meio da composição de sua Diretoria Executiva e Conselho Fiscal, além de seu quadro de associados, tendo como objetivo a discussão e a conscientização social sobre a problemática do suicídio. A entidade realizou o I Congresso Brasileiro de Prevenção de Suicídio em Belo Horizonte, em junho de 2016, quando assumiu sua primeira Diretoria Executiva, dando início ao quadro de associados da ABEPS. Nesta ocasião, também foi realizado o I Encontro Nacional de Sobrevidentes. Em 2018, a Associação promoveu o II Congresso Brasileiro de Prevenção de Suicídio, na cidade de Vitória (ASSOCIAÇÃO, 2018).

Ainda no tocante ao suicídio e aos cuidados de pósvenção, identificou-se na pesquisa a existência de projetos futuros que contemplam coletividades específicas que não encontram acolhimento junto ao ente público:

“Agora nós durante o congresso estamos começando a pensar numa rede nacional de enlutados, porque a gente sabe que as populações de maior risco, hoje, são quem fez uma tentativa de suicídio, e os chamados sobrevidentes, aqueles que perderam alguém por suicídio. Então essas populações tem que encontrar um espaço pra diminuir a sua dor, seu sofrimento, então assim, criando uma rede, nós tivemos uma experiência muito interessante durante o congresso, que foi um encontro de sobrevidentes, cerca de duzentas pessoas, em que as pessoas falaram da sua dor, compartilharam com outros, porque não é simples compartilhar um suicídio em família, por causa dos mitos, por conta da vergonha, da culpa, e por aí vai.” (**Gestor C**)

É possível se verificar, assim, que para além do suprimento das lacunas ou omissões deixadas pelo poder público em matéria de suicídio, por meio de atendimentos realizados por telefone e outros meios de comunicação, alguns segmentos da sociedade vêm ocupando outros espaços dentro da lógica de prevenção.

Mencione-se, também, que a organização de associações e redes, conforme apresentadas, corroboram para a entrada da problemática do suicídio na agenda governamental, sendo esta, conforme já demonstrado, o primeiro elemento que pode vir a viabilizar a implementação de políticas públicas.

Apesar de a pesquisa ter caminhado para um amplo reconhecimento do papel exercido pelo terceiro setor no processo de prevenção ao suicídio no Brasil,

não se pode deixar de apresentar uma das nuances dos discursos, a qual considera que o investimento no terceiro setor pode comprometer a qualidade e o nível de investimentos em serviços públicos:

“Então, se o Estado acaba promovendo ações, investindo na área do setor privado, com certeza vai diminuir a área de investimento público, isso dá pra ver, pelo próprio processo histórico que a gente tá vivendo agora no Brasil, da incidência do governo federal, instigar as pessoas a ter um plano de saúde único, as pessoas muitas vezes não tem dezessete reais pra ir no mercado, pra comprar o seu pão, o seu leite, vai ter dinheiro pra pagar um plano de saúde?” (**Gestor A**)

“Então, nós estamos, a população está perdendo um direito, o terceiro setor é importante? É, mas ele acaba fazendo com que a população deixe de brigar pelo seu direito público à saúde, pelo direito de ter serviços de excelência, pelo direito de, eu pago os meus impostos, os meus impostos têm que voltar pra isso, então, há um contrassenso na verdade, então o terceiro setor ele vem pra cobrir uma deficiência do Estado, porém o Estado deixa de investir para que o terceiro setor assuma. Então a gente precisa ter isso muito claro e definido, qual é o papel de cada um?” (**Gestor A**)

A constatação da entrevista traz que, inicialmente, o investimento na esfera privada acaba por limitar, até em decorrência da escassez de recursos públicos, que se invista em serviços integrais e universais por parte do ente governamental. Além disso, a segunda constatação, mais evidente, é aquela que relaciona a satisfação da demanda social pela iniciativa privada com o nível de comprometimento popular com a qualidade dos serviços públicos.

Em um cenário onde o terceiro setor mostra-se atuante e acaba por satisfazer as necessidades de determinado grupo populacional, automaticamente tal coletividade não incorporará luta sociais pela efetivação de novos e melhores direitos.

Essa visão crítica acerca da atuação do terceiro setor também é compartilhada por Carlos Montaño (2010, p. 169), o qual faz uma oposição ao argumento de que essas entidades compensariam as políticas sociais não efetivadas pelo Estado:

Para esta questão, digamos que as políticas sociais promovidas no “terceiro setor” tendem à *multifragmentação* do trato da “questão social”, pois além da sua *setorialização* genética, são agora *multifragmentadas*, dada as novas concepções ali presentes e a pequena área de abrangência das organizações deste setor em microespaços. Mal poderia o chamado “terceiro setor” compensar, em quantidade, qualidade, variedade e abrangência, as políticas sociais e assistenciais abandonadas pelo Estado.

Com isso, há uma análise de que essa atuação do terceiro setor seria eminentemente focalizada, não sendo possível uma completa substituição do Estado dada as dimensões dos serviços a serem prestados e a complexidade das demandas a serem sanadas em âmbito social.

A Subcategoria 2 – O papel do CVV e a atuação do voluntariado na prevenção do suicídio – visa analisar o CVV enquanto um dos atores que empreendem na prevenção do suicídio no Brasil, compreendendo-se sua atuação e suas relações com os demais atores, sejam eles de ordem pública ou privada.

Nesse sentido, busca-se nesta subcategoria um afunilamento em relação à subcategoria anterior, analisando-se um ator de maneira específica – o Centro de Valorização da Vida – considerando-se sua relevância já apresentada no estudo.

Inicialmente um fato de que se pôde observar por meio da pesquisa empírica é o grau de confiabilidade depositado no CVV em decorrência de sua longevidade enquanto instituição de prestação de serviços de natureza social, a qual desde a década de 1960 vem trabalhando com a prevenção ao suicídio no Brasil, conforme reconhecimento trazido por um dos gestores participantes:

“Então, assim, o CVV, eu acho importante assim, o CVV é uma organização que existe há mais de cinquenta anos, e quando eu falo de perenidade, eu tô falando disso, estruturas da sociedade que se mantém por um tempo, então não interrompem a sua atuação, então isso é fundamental, porque, é você poder contar com uma instituição que há cinquenta anos vem trabalhando.” **(Gestor C)**

Conforme se observa, a relevância dos serviços prestados pela entidade é objeto do discurso não apenas do voluntariado, mas também dos próprios gestores nos mais diversos níveis da federação:

“Tendo em vista a importância das linhas telefônicas na Prevenção do Suicídio, conforme destacado pelos Manuais da Organização Mundial de Saúde sobre a Prevenção do Suicídio, avaliamos que a presença do CVV no Estado é uma importante estratégia de Prevenção do Suicídio.” **(Gestor B)**

O Programa de Prevenção do Suicídio do Centro de Valorização da Vida foi criado em 1962, em São Paulo, sendo constituído por postos de atendimento presencial, linhas telefônicas para atendimento 24 horas, além de atendimento por carta, e-mail ou chat. Conforme já apresentado, desde 2018 há

uma linha de telefone nacional que unifica os postos espalhados pelo Brasil por meio de ligação gratuita através do número 188. Existem postos em quase todos os estados brasileiros (por volta de oitenta), sendo que todos funcionam unicamente com o trabalho de voluntários, os quais rotineiramente são os responsáveis pelo sustento do programa. Cada posto do CVV tem um Grupo Executivo, formado pelos coordenadores e pelo coordenador geral nacional (MARTINS, 2016).

Um dos dados coletados junto à pesquisa foi o fato de que o CVV não possui nenhum funcionário em seus quadros, sequer em âmbito administrativo, sendo totalmente composto por voluntários (DIÁRIO DE PESQUISA, 2018). Nesse sentido, Carolina Dockhorn e Blanca Werlang (2009, p. 164) apresentam a relevância da figura do voluntário para constituição e prestação dos serviços oferecidos pelo CVV:

De fato, o voluntário é a figura-chave de toda a estrutura do CVV. A ele cabe não apenas o atendimento direto ao usuário, mas também a responsabilidade pela organização e manutenção do Posto CVV ao qual é filiado. O voluntário é o administrador do Posto e também o responsável pela seleção e treinamento de novos voluntários. Deve comprometer-se em divulgar o serviço, criar novas formas de inserção na comunidade e constantemente atualizar-se teórica e tecnicamente.

Verificou-se no transcorrer das observações realizadas junto ao CVV, bem como das entrevistas com os voluntários que o comprometimento com a causa e a seriedade na prestação dos serviços são valores debatidos diariamente nos postos, considerando-se que não pode haver falhas nas escalas de atendimento, sob pena do voluntário ser desligado da entidade (DIÁRIO DE PESQUISA, 2018).

Além disso, foi possível constatar, embora tal regra não esteja disciplinada em qualquer documento a que se teve acesso, que as coordenações de postos, as responsabilidades pela divulgação das ações e pelo contato com os meios de comunicação acabam por ser atribuições dos voluntários que apresentam maior tempo de permanência na entidade, dada a experiência e o grau de confiabilidade demonstrados (DIÁRIO DE PESQUISA, 2018).

Isis Ribeiro Martins (2016, p. 21) apresenta o meio pelo qual são treinados e escolhidos os voluntários que colaborarão com os atendimentos do Centro de Valorização da Vida:

Já se evidenciam algumas questões sobre a arquitetura moral do programa: a ideia de um “programa de apoio emocional” que se deve ao “conhecimento acumulado” e para cujo acesso é necessário “treinamento”. O CVV identifica-se como uma “escola” que ensina uma “filosofia de vida”. As metodologias e técnicas de interação fazem parte de um mundo moral que deve ser aprendido e seguido pelos voluntários do programa em todos os postos de atendimento. Tal aprendizado já se inicia no curso de seleção de voluntários do CVV que é obrigatório a todos os que pretendem participar do programa.

Tal como trazido pela autora, o processo de seleção e escolha dos voluntários perdura por aproximadamente três meses até que o mesmo comece a ter contato efetivo com os atendimentos aos usuários do serviço. Durante a realização do treinamento, conforme disposto, são apresentadas as origens históricas do CVV, os seus ideais e os meios de abordagem àqueles que entrarão em contato com a entidade. Além disso, existem oficinas práticas onde os candidatos ao voluntariado acompanham os atendimentos via telefone visando aperfeiçoar os conhecimentos adquiridos durante os treinamentos e viabilizar a futura atuação dos mesmos junto a entidade (DIÁRIO DE PESQUISA, 2018).

É preciso mencionar que toda essa estrutura para treinamento e escolha do voluntariado se dá na medida em que existe um sistema rígido de atendimentos que não poderá ser modificado pelos voluntários, ou seja, não se trata de simples conversa entre o usuário e o voluntário, mas da aplicação das técnicas desenvolvidas no transcorrer dos anos pela entidade, conforme se verifica pela fala do voluntário sujeito da pesquisa:

“O CVV não orienta, o CVV não dá conselhos, o CVV ele trabalha, conversa com a pessoa, ajudando a clarificar, e o que que acontece? Por que que a pessoa consegue encontrar o seu caminho? Porque quando a pessoa está com raiva, ou revoltada contra o universo, ela não dá espaço para pensar, ela dá espaço da raiva dela, ocupa todo os sentidos. Mas quando ela se sente acolhida, com alguém que não contraria, e acolhe, ela abre o coração, ela abre a sua alma.” (**Voluntário B**)

A interação em jogo nos atendimentos consiste em regramentos específicos de atos de falar e ouvir, sendo que aqueles que participam da relação são os que falam e os que escutam, respectivamente, usuários e voluntários. Há, assim, nos arranjos metodológicos do CVV, principalmente no que diz respeito à relação de ajuda uma correlação importante: participar do arranjo, falando ou ouvindo, define possibilidades de dignificação do humano, ou seja, do tornar-se pessoa. As ordens discursivas e estratégias de intervenção em questão pretendem ser eficazes tanto para amenizar o sofrimento quanto para promover determinada

construção moral de si, entre os voluntários e usuários dos programas (MARTINS, 2016).

Nesse sentido é importante frisar que o CVV não presta um serviço com pretensões médicas ou psicológicas, conforme já apresentado nesse estudo, mas de acolhimento daqueles que se encontram em situações de potencial sofrimento ou crise. O que se pretende, assim, é a criação de uma relação de confiabilidade entre o usuário e o voluntário nos mesmos moldes de qualquer relação social, possibilitando uma aproximação entre ambos de forma a se viabilizar o atendimento.

Tal construção somente se viabilizará por meio das técnicas que o voluntário deve aprender para ajudar “quem precisa” e oferecer um espaço de escuta e acolhimento que promova, no momento do atendimento, certo apagamento de si, em prol de ter o outro como foco. Para tanto, as regras tentam ensinar quem ajuda a ter autocontrole e acessar o seu mundo interior através da escuta, enquanto quem é ajudado deve acionar as suas “potencialidades” e seu autoconhecimento pela fala (MARTINS, 2016).

Conforme se percebe pela fala do voluntário entrevistado e das análises coletadas na pesquisa bibliográfica, não há um direcionamento ou aconselhamento por parte do voluntário durante os atendimentos realizados pelo CVV – diferenciando-o de um atendimento profissional – mas um trabalho de escuta voltada exclusivamente à superação momentânea de uma dor existencial que eventualmente se mostre presente.

Considerando-se o aumento da demanda pelos atendimentos, bem como das parcerias firmadas entre o CVV e o poder público, especialmente para a divulgação dos serviços, é possível identificar na fala de alguns sujeitos que a entidade está passando por um processo de ampliação de suas estruturas e das suas formas de abordagem dentro da sociedade:

“Então o CVV sempre foi assim, liga e a gente acolhe, até que se resolveu, no início do novo século, que o CVV ia sair da toca, e nós íamos fazer ações mais proativas para a sociedade, então nós começamos em ações comunitárias, e hoje já existe um departamento chamado “CVV comunidade”, e que nós oferecemos programas que a comunidade pode desenvolver” (**Voluntário C**)

Deve-se mencionar que esse processo de ampliação diz respeito não apenas ao CVV enquanto entidade de prevenção ao suicídio que atua por meios

de comunicação, mas sim enquanto um centro de desenvolvimento de estratégias de apoio emocional, ampliando-se a concepção inicial dos serviços historicamente desenvolvidos. A amplitude dos serviços que recentemente têm sido implementados pelo CVV pode ser observada pela fala do presidente nacional da entidade:

“Então a gente trabalha na promoção com a ASEC, que é inclusive aqui a sede, o posto do CVV também é a sede da ASEC. Então acabamos na promoção, a prevenção, o CVV trabalha em prevenção, o CVV departamento de apoio emocional, porque o CVV é diferente do centro da valorização da vida, o centro da valorização da vida que é a ONG, que é o guarda-chuva, o “*umbrella*”, tem o departamento de apoio a condicional e departamento de saúde mental. Então nós, como Centro de Valorização da Vida, administrámos um hospital psiquiátrico também, São José dos Campos, há quarenta anos, que faz parte disto, são departamentos distantes, a gente não mistura.” **(Voluntário C)**

Assim, para além do serviço de prevenção ao suicídio desenvolvido pelo CVV foi possível identificar o trabalho prestado junto à ASEC, Associação pela Saúde Emocional de Crianças, que consiste em uma entidade sem fins lucrativos e que tem como objetivo viabilizar ações que promovam o desenvolvimento de habilidades emocionais e sociais em crianças e adultos. Desde novembro de 2004, a ASEC foi responsável pela implementação do programa de *Educação Emocional Amigos do Zippy* e continua em evolução com a implementação de novos programas e cursos. A associação representa o *Amigos do Zippy* com exclusividade no Brasil, participando de uma rede internacional de mais de 30 países (ASEC, 2018).

A experiência internacional do CVV e a constituição da ASEC também foi um dos destaques trazidos pelos sujeitos:

“E aí nós fomos buscar na Europa um programa pra desenvolvimento de habilidades socioemocionais de crianças, trabalhei nisso algum tempo, através do CVV trouxemos para o Brasil o primeiro programa chama “amigos do zippy”, e aí nós fundamos a associação pela saúde emocional de crianças, para dar aceleração, a esse digamos, a esse nicho que é, promover saúde emocional, então eu trabalhei em paralelo com o CVV e a ASEC, durante esse últimos quinze anos, o que tem tudo a ver.” **(Voluntário C)**

Conforme também já apresentado, o CVV também é responsável pelo Centro de Valorização da Vida Francisca Júlia, que se constitui em um hospital psiquiátrico inaugurado em 12 de agosto de 1972 como Clínica de Repouso Francisca Júlia, pelos voluntários que fundaram o CVV, para atender portadores de transtornos mentais e dependentes químicos. Atualmente o CVV Francisca Júlia disponibiliza 90 leitos para o atendimento de pessoas com transtornos mentais pelo

SUS – Sistema Único de Saúde e 36 leitos para atendimento a convênios e particular, realizando uma média de 4.500 atendimentos por mês em cada ambulatório e abrigando 96 moradores em 11 Residências Terapêuticas (CENTRO, 2018).

Com isso, é possível compreender que o Centro de Valorização da Vida se constitui em uma entidade que vai além da prestação de atendimentos para pessoas em situação de vulnerabilidade emocional, abarcando uma série de serviços em matéria de saúde mental.

Ainda, deve-se frisar que os postos do CVV localizados nos mais diversos municípios possuem liberdade para o desenvolvimento de projetos que tenham por objetivo a ampliação dos atendimentos e a criação de novas formas de abordagem da questão do suicídio, conforme se observa pela fala de um dos voluntários:

“Tem, então esse CRC, Cadeia Renovação Contínua, que é buscar se conhecer, e o CINESER, que é onde se passa um filme, e daí a gente trabalha o sentimental, com uma série de perguntas antes e depois... se eu tivesse no lugar daquele personagem, como que agiria?” (**Voluntário B**)

“O GASS é um grupo de apoio aos sobreviventes, quem tentou o suicídio, e felizmente não conseguiu, familiares e amigos de quem perdeu um ente querido através do suicídio, ou pessoas que queiram conhecer mais de perto, para nos ajudar a divulgar. É um trabalho aonde a conversa entre eles, flui de tal maneira que o voluntário CVV, ele está aqui apenas para coordenar, mas a fala, geralmente, é entre eles, um voluntário pra aquecer, quando dá um travamento, ou um voluntário, que está, porque são dois voluntários, ou o voluntário que tá de apoio, e na hora que há um desabafo, há um desespero, de uma pessoa, então conduzir ela para a sala, e fazer um acolhimento e um apoio.” (**Voluntário B**)

Conforme se verifica pela análise dos projetos desenvolvidos pelo CVV da cidade de Curitiba, verifica-se que os mesmos apresentam o suicídio como temática transversal, na medida em que os mesmos trabalham a saúde mental sob um aspecto ampliado, abarcando situação como o luto, o autoconhecimento e a depressão. O desenvolvimento de tais ações demonstra que, na qualidade de uma entidade que compõe o terceiro setor, o CVV tem de fato ocupado a função de prestador de serviços públicos, ora de natureza complementar, como as *hotlines*, ora como prestador direto, como é o caso do Hospital Francisca Júlia.

Além da ocupação de tais espaços públicos, é possível verificar pela fala dos sujeitos, especialmente dos coordenadores do CVV, que o mesmo encontra-se em um período de ampliação dos serviços em decorrência de uma

demanda crescente por parte dos usuários, fazendo com que haja uma mudança no enfoque dos trabalhos desenvolvidos com vistas ao aumento no quadro de voluntários por todo o país:

“O CVV tá num momento de consolidação, por quê? Porque o crescimento dói, crescer dói [risos]. Então o crescimento dói, estamos num momento de consolidação, estamos vendo isso de uma maneira bastante positiva, mas você imagina o que é passar de um milhão de atendimentos, pra dois milhões e meio, o ano passado já foi dois milhões, esse ano vai ser mais do que dois milhões e meio, porque estamos em ritmo de três milhões, é muita agitação.” (**Voluntário C**)

“Então o que que nós estamos fazendo? Nós estamos, nós vamos a partir de agora, já estamos fazendo a partir do ano passado, suportando todas as nossas ações de divulgação, mercadológicas e tal, no aumento do número de voluntários. Na medida que o CVV se faz conhecido, aumenta a demanda, mas aumenta também o interesse eventual de pessoas que querem trabalhar conosco.” (**Voluntário C**)

O processo de consolidação e ampliação do CVV corrobora com o entendimento de que há um espaço em matéria de proteção social ainda não ocupado – ou subocupado – pelo Estado brasileiro, gerando-se a necessidade de intervenção de grupos organizados da sociedade civil.

No que tange ao Centro de Valorização da Vida é preciso compreendê-lo enquanto entidade que perpassou por inúmeras alterações de ordem conjuntural no Brasil, adaptando-se aos mais diferentes cenários com vistas a consolidação de um trabalho de prevenção ao suicídio e de promoção de saúde mental por meio de seu cabedal de serviços.

De um modo geral a categoria empírica corrobora com aquilo que foi apresentado pelas categorias teóricas, na medida em que trazem o indicativo da dimensão e a importância que o terceiro setor tem tomado nas últimas décadas do Brasil. No que se refere à prevenção ao suicídio, o Centro de Valorização da vida coloca-se como integrante do terceiro setor e protagonista social desse processo de efetivação da garantia a uma saúde integral, notadamente no que tange aos aspectos da saúde mental.

Isso se comprova a partir da constatação de que a entidade compõe uma variedade de iniciativas para além da prevenção ao suicídio por meio das *hotlines*, atuando igualmente no processo educacional e cognitivo de crianças e jovens e em aspectos médicos e curativos por meio da administração de um hospital psiquiátrico.

6.4.3 Categoria 3. Estado e terceiro setor: aproximações, relações e financiamento

Deve-se destacar, inicialmente, que a presente categoria constrói-se em um caráter complementar em relação à categoria 2.

Optou-se pela análise de tais eixos em uma categoria apartada por se considerar que as temáticas do financiamento do terceiro setor e de suas ações, bem como das relações de cooperação mantidas entre o Estado e essas entidades corroboram significativamente com a construção deste estudo, visto que traz indicativos dos caminhos escolhidos pelo poder público para se empreender a prevenção do suicídio no Brasil.

Assim, o que se pretende nessa categoria é analisar as relações entre o poder público e as entidades do terceiro setor que possuem como objeto a prevenção do suicídio, dando-se ênfase à questão do financiamento e da participação do setor privado no processo de elaboração da política pública.

Conforme já apresentado, os sujeitos entrevistados junto ao terceiro setor fazem parte do CVV em suas diversas esferas organizativas, destacando-se que cada um desses representantes – e suas respectivas entidades – têm autonomia para empreender relações com o poder público, de maneira que não se pode compreender o Centro de Valorização da Vida como uma única organização uniforme, mas sim como um conjunto de pessoas jurídicas que, de maneira independente, e dentro de determinadas normas predefinidas, organizam-se para a prestação dos serviços.

Dessa forma, a opção por vários sujeitos do CVV justifica-se na medida em que cada um dos postos espalhados pelo Brasil pode apresentar um relato diverso acerca de sua relação com o poder público, o que se mostra relevante para este estudo.

Busca-se na **Subcategoria 1 – Existência de subsídios e incentivos recebidos do Poder Público pelas entidades** – analisar as narrativas dos sujeitos que relatam a existência de algum tipo de financiamento pelo poder público das entidades do terceiro setor que atuam na prevenção do suicídio. Assim, pretende-se indicar a natureza desses convênios, bem como sua habitualidade, com vistas a compreensão dos níveis de relação entre o Estado e os segmentos organizados da sociedade civil que atuam na referida área.

Deve-se retomar, para viabilizar essa compreensão, algumas características fundamentais daquelas entidades que compõem o terceiro setor (características comuns tanto às Organizações Sociais quanto às Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público), sendo elas: a) não são criadas pelo Estado, em que pese possam ter sua criação autorizada por lei; b) não desempenham serviço público delegado pelo Estado, mas atividade privada de interesse público (serviços sociais não exclusivos do Estado); c) recebem algum tipo de incentivo do Poder Público, como auxílios, subvenções e cessão de servidores públicos (dependendo de sua modalidade); d) têm vínculos jurídicos com o Poder Público, por meio de convênio, termo de parceria, contrato de gestão ou outros instrumentos similares; e) seu regime jurídico é de direito privado, parcialmente derrogado por normas do direito público; f) integram o terceiro setor porque nem se enquadram inteiramente como entidades privadas, nem integram a Administração Pública, sendo todas organizações não governamentais (DI PIETRO, 2015).

É possível visualizar, assim, que o Centro de Valorização da Vida enquadra-se no conceito apresentado de organização não governamental, na medida em que sua criação depende da iniciativa privada, com o intuito de prestar serviços não exclusivos do Estado (em que pese sua titularidade não seja afastada), possuindo vínculos com o Estado por meio de termos de parceria, o que viabiliza o recebimento de eventuais subsídios.

A partir desse conceito geral de organização, é preciso subsumir o CVV em uma das modalidades de organização compreendida no conceito de terceiro setor. Conforme apresenta a Lei 9.637/1998, considera-se como Organização Social as pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde (BRASIL, 1998).

Em que pese o CVV enquadre-se nesse conceito inicial, deve-se ressaltar que tal entidade distancia-se do conceito de Organização Social ao não contemplar em sua organização alguns requisitos indispensáveis trazidos pelo diploma legal anteriormente citado como, por exemplo, a existência de um conselho de administração com representantes do poder público, a publicação de relatórios financeiros no Diário Oficial e, principalmente, a existência de contratos de gestão com o poder público, os quais têm como objetivo formação de parceria entre as

partes para fomento e execução de atividades relativas às áreas relacionadas (BRASIL, 1998).

Por outro lado, deve-se trazer que a Lei 9.790/1999 conceitua como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público as pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos que tenham sido constituídas e se encontrem em funcionamento regular há, no mínimo, 3 (três) anos, desde que os respectivos objetivos sociais e normas estatutárias atendam aos requisitos instituídos pela referida lei. Dentre os objetos possíveis de comporem as áreas de atuação de uma OSCIP, pode-se destacar a promoção da assistência social, promoção gratuita de saúde, promoção do voluntariado, bem como a promoção da ética, da paz, da cidadania, dos direitos humanos, da democracia e de outros valores universais (BRASIL, 1999).

Em contraponto ao que se verifica no caso das Organizações Sociais, as OSCIPS firmam com o poder público termos de parceria, assim considerado o instrumento destinado à formação de vínculo de cooperação entre as partes, para o fomento e a execução das atividades de interesse público, após o reconhecimento da entidade por parte do Ministério da Justiça (BRASIL, 1999).

O diferencial jurídico entre o contrato de gestão e o termo de parceria reside, fundamentalmente, na natureza precária deste segundo, uma vez que não há qualquer vínculo de obrigação jurídica a que obrigue sua celebração ou manutenção por parte do poder público, o que muitas vezes pode inviabilizar o funcionamento das entidades que se organizam sob essa forma.

Sobre a natureza jurídica do CVV, há uma particularidade jurídico-organizacional que deve ser observada. Cada posto do Centro de Valorização da Vida constitui-se em uma pessoa jurídica independente das demais e da organização em nível nacional, fazendo com que possam existir postos que alcancem o reconhecimento enquanto OSCIP e outros que se constituam como simples organização não governamental (DIÁRIO DE PESQUISA, 2018).

Dessa forma, não é possível categorizar todo o Centro de Valorização da Vida enquanto uma OSCIP, sendo que alguns de seus postos alcançaram esse reconhecimento e outros que perduram como simples organização independente de qualquer titulação ou participação estatal, especialmente aqueles postos de criação mais recente, que ainda não alcançaram o tempo mínimo de existência de três anos para requerimento junto ao Ministério da Justiça.

Não obstante a isso, passou-se a analisar por meio da pesquisa empírica os meios de financiamento da atividade do CVV, especialmente quanto aos eventuais subsídios recebidos por parte do poder público.

Assim, acerca da colaboração do poder público para o desenvolvimento das atividades do CVV, emerge inicialmente pela fala dos voluntários a participação dos municípios enquanto primeiros colaboradores públicos, especialmente no que tange à viabilização de um espaço físico para implantação do posto:

“Olha, eles contribuem conosco, nós temos uma história, uma história atípica, nós acho que há trinta anos atrás, vinte e cinco anos atrás, a prefeitura doou um terreno, e o CVV construiu uma sede, ou seja, a mantenedora construiu uma sede, construíram num bairro um pouco distante, e por problemas de assalto, não deu pra continuar no ambiente, no lugar lá. Aí o que que nós fizemos, chegamos para a prefeitura e fizemos um acordo, se vocês quiserem ficar com o imóvel, vocês usam o imóvel, e forneçam um espaço pra gente, eles aceitaram, e eles nos ajudam no aluguel.” **(Voluntário A)**

Dentre os três postos visitados durante a pesquisa – Londrina, Curitiba e São Paulo (sede do CVV) – o primeiro, onde se encontra vinculado o voluntário A, é o que se encontra em situação de maior insegurança jurídica, considerando-se que o mesmo é alugado pela entidade e recebe subvenção parcial do município para seu pagamento. Segundo relatos obtidos pela pesquisa, a cada mudança de gestão deve haver uma nova aproximação com os administradores públicos com vistas à renovação da parceria existente (DIÁRIO DE PESQUISA, 2018).

O espaço visitado não possui estrutura para atendimentos presenciais de forma adequada, conforme se observou na pesquisa, em que pese esse serviço ainda seja prestado pelos voluntários, que na data da visita eram em um número aproximado de dezoito, além daqueles que estavam em fase de treinamento (DIÁRIO DE PESQUISA, 2018).

Situação diferente foi a observada no posto de Curitiba, onde a sede foi especialmente construída pelo município e cedida ao CVV para sua utilização depois de vários anos utilizando um outro imóvel que inicialmente também fora cedido. Nesse sentido, a fala do voluntário corrobora com o quadro anterior de colaboração do ente público no momento de implantação do posto de atendimento aos usuários:

“Então cederam temporariamente, e daí ficou, aí chegou num determinado momento, que a casa tava caindo, aí um prefeito, ele entendendo o trabalho que o CVV estava desempenhando, aí ele mandou construir esse pequeno sobrado, que pra nós é bastante útil, porém o que falta é um auditório. Porque às vezes há em número de sessenta, oitenta, nós tivemos até centro e cinquenta candidatos, e daí nós temos que buscar apoio de algum lugar mais próximo, a escola, igrejas, pra facilitar.” **(Voluntário B)**

Conforme se observou durante a pesquisa, trata-se de um sobrado que no piso inferior recebe os atendimentos telefônicos e presenciais, e de um piso superior, onde acontecem reuniões entre os voluntários, além do funcionamento do GASS – Grupo de Apoio aos Sobreviventes de Suicídio, que consiste em reuniões formadas por pessoas que tentaram o suicídio ou por familiares que perderam seus entes por suicídio (DIÁRIO DE PESQUISA, 2018).

Embora não tenha sido objeto da fala do entrevistado em nível federal, o imóvel que se constitui em sede do CVV foi doação de uma pessoa física à entidade, que incorporou o bem em seu patrimônio e que aluga parte do mesmo para o funcionamento de um dos postos de atendimento do CVV em São Paulo. Trata-se do maior imóvel visitado, com inúmeras salas, local onde também funciona a ASEC – Associação pela Saúde Emocional de Crianças (DIÁRIO DE PESQUISA, 2018).

Além da estrutura física dos postos, foi possível perceber que a participação do poder público se deu quase que exclusivamente no campo da publicidade e de campanhas de prevenção ao suicídio em parceria com o CVV, conforme se observa pelo discurso de um dos voluntários:

“O que aconteceu? Lutamos pra conseguir um número gratuito, mas alguém teria que pagar a conta, e em dois mil e seis, nós reunimos para, porque o Centro de Valorização da Vida, conseguiu uma verba com o Ministério da Saúde para a divulgação, e essa verba ficou atrelada à que o CVV aumentasse o número de postos, a verba foi, que o Ministério da Saúde pagou diretamente uma gráfica em São Paulo, e nós simplesmente mandamos os modelos, e buscamos aí o material”. **(Voluntário B)**

Deve-se perceber que, além de condicionar a parceria a uma ampliação dos postos de atendimento, a verba viabilizada ao CVV pelo Ministério da Saúde consistiu exclusivamente em material gráfico de publicidade, não abrangendo os custos de manutenção dos serviços e da estrutura de funcionamento dos postos.

A natureza de tal financiamento demonstra que o ideal do poder público foi o de afastamento do serviço e não o de incorporação do mesmo em sua

estrutura, na medida em que fomentou a ampliação dos atendimentos em uma entidade que não compõe o organograma estatal sequer indiretamente. Esse cenário de transição de responsabilidade é descrito por Carlos Montaño (2010, p. 222):

Este processo de verdadeiro “recorte” dos recursos que financiam programas estatais na área social tem sido visto como um fenômeno natural e/ou necessário (de modernização estatal), dada a dita crise fiscal e a ineficiência (*sic*) do Estado, mas que tem sido acompanhado de um crescimento da intervenção da sociedade civil nessa área. Tem sido visto, portanto, como um processo de “passagem” da *intervenção estatal* para a *intervenção comunitária* na área social.

O que se percebe é uma natureza substitutiva dos serviços prestados pelo CVV, contrapondo-se a um ideal complementar, como se poderia pensar em uma entidade que compõe terceiro setor. Assim, o discurso dos sujeitos corrobora com a tese da doutrina apresentada, a qual defende o surgimento de um processo de intervenção comunitária substitutiva de uma intervenção estatal universalizante.

Além da parceria com os serviços de publicidade, um fato que apareceu com considerável frequência no discurso dos sujeitos pertencentes ao grupo dos voluntários foi a ampliação dos serviços do CVV por meio de um número unificado em todo o Brasil. É possível observar que essa ampliação foi viabilizada por meio de uma parceria junto ao Ministério da Saúde:

“Isso nos favoreceu a partir daí, nós começamos a trabalhar dessa maneira, e em dois mil e quatro, aí veio um combinado do Ministério da Saúde, que foi implantado o 141, através da ANATEL, e o Ministério da Saúde pagou para a ANATEL, pra instalar o 141 em todos os postos.” (**Voluntário B**)

“Aí depois, em dois mil e treze, quatorze, por aí, em Santa Maria, no Rio Grande, graças a alguém relacionado a política, conseguiram implantar o 188 gratuito. Aí foi o pivô, porque foi uma experiência, um piloto, o qual deu certo, e daí passaram a ser rastreador no Rio Grande do Sul. Que agora fechou, no mês de junho, final de junho, em todos os estados, em todo o país, então nós temos o 188 que é gratuito em regra. Porém o Ministério da Saúde, novamente deu um auxílio, falou um valor e não cumpriu de tudo, mas sempre entre nós, hoje temos o 188 em rede, que facilita tanto para o voluntário, quanto para o atendido.” (**Voluntário B**)

A ênfase dos voluntários na questão da ampliação dos serviços por meio do número unificado se dá na medida em que até então os atendimentos eram prestados por meio dos telefones locais dos postos, ou seja, em cada município o CVV possuía um número diferente, o qual deveria ser utilizado pelos usuários que

pretendessem manter contato. Sendo assim, cada posto tinha uma capacidade limitada de atendimento por meio de uma única linha telefônica, o que dificultava, inclusive, a realização de campanhas de publicidade unificadas em todo país (DIÁRIO DE PESQUISA, 2018).

Com o início da implantação por meio do número 141 e com a consolidação em todo o país, em 2018, com o número gratuito 188, os postos passaram a fazer um atendimento integrado em rede, sendo que a ligação para o referido número passou a fazer parte de um sistema nacional que possibilita o encaminhamento do usuário para qualquer posto do Brasil que se encontre disponível, aumentando o número de atendimentos e viabilizando maior acolhimento por meio dos serviços prestados (DIÁRIO DE PESQUISA, 2018)³⁵.

Apesar de ser possível a identificação de parcerias pontuais e de repasses eventuais de subvenções do poder público ao CVV, restou evidente que tais valores não se vinculavam aos custos operacionais da entidade, voltando-se eminentemente à ampliação dos postos e da divulgação dos serviços de prevenção ao suicídio. Dessa maneira, mostra-se necessário compreender os meios pelos quais o Centro de Valorização da Vida viabiliza o trabalho de seus voluntários com vistas ao sustento dos serviços e de seus postos.

Assim, de modo complementar à subcategoria anterior, busca-se analisar na **Subcategoria 2 – O autofinanciamento das entidades e a insuficiência de subsídios públicos** – os discursos dos sujeitos que indicaram a inexistência ou insuficiência de recursos recebidos pelo poder público para a manutenção das entidades do terceiro setor. Cumulativamente, com vistas à compreensão dos meios pelos quais tais entidades mantêm seus serviços, pretende-se elucidar os mecanismos de autofinanciamento criados por essas pessoas jurídicas e os impactos da eventual ausência do poder público.

O que surgiu inicialmente pela análise do discurso de todos os voluntários foi o autofinanciamento do CVV por meio da atuação do próprio voluntariado, o qual cria mecanismos de arrecadação de fundos e, inclusive, colabora financeiramente com a instituição:

³⁵ Mesmo com o advento da ampliação dos atendimentos em 2018, coletou-se junto aos voluntários a informação de que em média 30% das ligações ao CVV são perdidas todos os dias em decorrência da insuficiência de postos e voluntários e diante do aumento da demanda de todo o Brasil (DIÁRIO DE PESQUISA, 2018).

“Nós cotizamos, fazemos rifa, cotizamos entre os voluntários, fazemos rifa, contribuímos mensalmente.” (**Voluntário A**)

Foi possível identificar durante a observação realizada junto ao treinamento de novos voluntários que a problemática do financiamento é um dos principais entraves à plena atuação de alguns postos do CVV (especialmente aqueles em cidades menores, com número reduzido de voluntários), sendo que restou clara pelas falas dos voluntários que ministram o treinamento a necessidade de colaboração financeira daqueles participantes que tivessem condições de ajudar (DIÁRIO DE PESQUISA, 2018).

Deve-se ressaltar, entretanto, que a colaboração mensal somente é solicitada daqueles voluntários que afirmam possuir condições para tanto, considerando-se que a exigência de uma colaboração obrigatória poderia comprometer ainda mais o quadro de voluntários que, conforme apresentado, já se mostra insuficiente:

“Isso aí é quem pode fazer, voluntário ele não tem compromisso de ajudar não, mas como a maioria sente o nosso drama, que é meu e de todo mundo, então acaba colaborando, essa é uma forma de ajudar o CVV, é manutenção, limpeza, porque o que a prefeitura nos repassa, é ajuda no aluguel, e ajuda no telefone, e ajuda na água, luz, que é o que vem deles para nós, agora o resto é só conosco, é limpar, iluminação, papelada.” (**Voluntário A**)

“Os voluntários pagam. Despesas, voluntários, a troca quando há, por exemplo, cursos, agora nós temos encontro regional, e quem vai dar o curso no local que dessa vez vai ser em Florianópolis, é o posto que convida o voluntário do outro posto, que paga. Pra não onerar, porque nós temos voluntários que não têm condição de contribuir financeiramente, mas eles têm condições e um potencial, em dar apoio, e oferecer o seu tempo e talento. Então quem pode mais, contribui mais, eventualmente nós fazemos algum evento, um café, ou alguma outra coisa.” (**Voluntário B**)

Nesse sentido, é possível identificar a ausência de uma colaboração efetiva do poder público junto ao CVV, sendo que as ajudas pontuais recebidas – já apresentadas – não tinham como maior finalidade a manutenção dos serviços em si, mas tão somente o aumento na criação de postos e a publicidade para viabilizar-se um maior acesso por parte dos usuários.

Assim, pode-se dizer que há por parte do poder público um incentivo ao aumento do trabalho prestado pelo Centro de Valorização da Vida, embora essa parceria não se estenda à sustentabilidade do posto após a sua implantação nos respectivos municípios, o que pode ensejar o fechamento de postos ou a subutilização dos mesmos.

Não se pode deixar de mencionar, como já se fez, que é comum que haja uma cessão de uso de imóveis para implantação dos postos por parte do CVV, mas foi igualmente perceptível não haver qualquer tipo de aproximação efetiva entre a entidade e o poder público de maneira a se criar um serviço que conseguisse envolver, de modo cooperado, a estrutura já existente de serviços públicos.

Esse processo de transferência de responsabilidade pode gerar um considerável impacto naquilo que se espera de um serviço público de natureza universalizante e de qualidade (como deve ser o acolhimento e prevenção ao suicídio), conforme apresenta Carla Bertucci Barbieri (2011, p. 177):

O estímulo estatal ao crescimento do terceiro setor produz, ainda, outro efeito não aparente. Tenta justificar, em sua inficiência na prestação de serviços públicos, a transferência de sua responsabilidade às organizações do terceiro setor, transformando essa ação em movimento natural e utilitarista.

No entanto, tal movimento esconde outros efeitos nefastos das imposições neoliberais: a aparente eficiência, ainda não totalmente comprovada, mascara a transferência de responsabilidades exclusivas do Estado ao terceiro setor, o qual, por meio de suas organizações, não desempenha com o mesmo alcance e, portanto, universalidade, as políticas públicas.

Essa transferência de obrigações, cumulada com a independência do terceiro setor e o afastamento do CVV da estrutura dos municípios e dos demais entes públicos são percebidos pelo discurso do voluntário C, o qual é presidente nacional da entidade:

“Mas é isso, nós não temos nada, nós pagamos todas as nossas contas, nós trabalhamos de maneira completamente independente, nós temos as nossas políticas, nós não temos interferência.” (**Voluntário C**)

Percebe-se, assim, que há, de fato, um autofinanciamento da entidade no que tange à sua manutenção, não havendo grandes parcerias que possam ser consideradas como de efetiva colaboração e cooperação do Estado na atuação da entidade.

Mesmo não sendo possível identificar um processo cooperativo, há que se destacar que se identificou a presença de um processo de substituição entre o Estado e o CVV, na medida em que o primeiro fomenta a ampliação dos serviços do segundo e passa a trabalhar com estratégias de publicidade e prevenção em parceria com uma entidade que verdadeiramente não compõe o quadro estatal de prestadores de serviços.

Além dessa efetiva atuação prática do Centro, o mesmo tem se mostrado, conforme já indicado, como um dos importantes atores chamados pelo poder público a discutir a problemática do suicídio em âmbito dos grupos de trabalho do Ministério da Saúde, demonstrando que há um reconhecimento de seus serviços prestados e do prestígio da entidade junto ao Estado.

Essas conclusões extraídas da pesquisa empírica na presente categoria corroboram com as críticas apresentadas pela respectiva categoria teórica, a qual trouxe as limitações existentes face às chamadas parcerias estabelecidas entre as entidades que compõem o terceiro setor e o Estado. A ausência de um contrato de gestão, como se observa no caso das organizações sociais, faz com que as entidades que atuam de forma independente passem a ocupar um espaço residual no processo de distribuição de subsídios, o que muitas vezes acaba por inviabilizar a própria continuidade dos serviços prestados.

Diante dessa dupla omissão estatal – em prestar os serviços e em cooperar com as entidades que o fazem – coube aos Centros de Valorização da Vida, no caso do suicídio, a criação de mecanismos de sustentabilidade de suas ações por meio do autofinanciamento, o qual muitas vezes é desenvolvido pelas ações e colaboração direta do voluntariado que já se faz presente na entidade.

Esse contexto permite afirmar que, no Brasil, aqueles segmentos organizados pela sociedade civil que não se mostram formalmente vinculados ao Estado por meio de contratos de gestão acabam por sofrer um processo de subfinanciamento e de escassez de recursos públicos, retornando-se para um cenário de filantropia e caridade que acaba se constituindo por doações e colaborações financeiras e de mão de obra de agrupamentos de voluntários.

Esse cenário de ausência estatal inviabiliza a efetividade de direitos de maneira sustentável de modo a se dignificar aqueles agrupamentos que se encontram em situação de vulnerabilidade, criando-se um cenário de duplo sofrimento, onde, inicialmente o paciente se vê diante de uma crise de ordem psicológica e, cumulado a isso, não encontra o devido respaldo do poder público, restando ao mesmo a busca por um acolhimento dentro de seu próprio agrupamento social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“- Vai com os anjos, vai em paz
 Era assim todo dia de tarde, a descoberta da amizade
 Até a próxima vez, é tão estranho
 Os bons morrem antes
 Me lembro de você e de tanta gente
 Que se foi cedo demais
 E cedo demais eu aprendi a ter tudo que sempre quis
 Só não aprendi a perder
 E eu, que tive um começo feliz
 Do resto eu não sei dizer
 Lembro das tardes que passamos juntos
 Não é sempre, mas eu sei
 Que você está bem agora
 Só que este ano o verão acabou
 Cedo demais.”

(Renato Russo/Dado Villa Lobos, *Os bons morrem jovens*, 1993).

A Constituição da República de 1988 inaugurou no Brasil um ciclo de proteção social vinculado à consolidação de um Estado democrático de direito, de forma que a realização de garantias fundamentais por parte do ente público tornou-se um mandamento de eficiência, compelindo o Estado à sua plena satisfação.

O impacto da industrialização e os graves problemas sociais e econômicos que acompanharam as doutrinas socialistas e a constatação de que a consagração formal de liberdade e igualdade não gerava a garantia de sua efetivação, passaram a atribuir ao Estado um comportamento ativo na realização da justiça social. Não se cuida mais, portanto, de liberdade do e perante o Estado, e sim de liberdade por intermédio do Estado. Esses direitos fundamentais, que embrionária e isoladamente já haviam sido contemplados nas Constituições francesas de 1793 e 1848 e na Constituição brasileira de 1824, caracterizam-se, ainda hoje, por outorgarem ao indivíduo direitos a prestações sociais estatais, revelando uma transição das liberdades formais abstratas para as liberdades materiais concretas (SARLET, 2012).

Assim, para além dos esperados direitos civis e políticos – obstruídos e subestimados durante a ditadura militar – a redemocratização do país por meio do novo texto normativo viabilizou o surgimento de uma onda protetiva que pode ser vinculada a uma ampliação do chamado Estado social, constitucionalizando-se direitos como educação, saúde, trabalho, lazer e moradia.

Alterou-se, assim, o papel do ente público que, até então inspirado pelos ideais liberais, abstinha-se de intervir na esfera privada dos indivíduos, relegando à própria sociedade por meio da filantropia o equilíbrio de suas relações sociais, inclusive no tocante à efetivação de direitos.

No Título II (Dos Direitos e Garantias Fundamentais) da Constituição Federal de 1988, o legislador brasileiro incluiu os direitos sociais (Capítulo II, artigos 6º a 11), sendo que o seu artigo 6º define, de forma ampla, como direitos sociais “a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”, ao passo que no artigo 7º se concentram os direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, num total de 34 incisos (BRASIL, 1988).

No campo da saúde as alterações constitucionais inspiraram-se nos ideais do Movimento Sanitário Brasileiro e, insuflados pelo cenário de lutas sociais, os constituintes delinearam no novo texto um sistema de saúde baseado em pretenciosos princípios de universalidade e integralidade na prestação dos serviços. Nesse novo contexto de proteção passou-se a compreender a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social a ser oferecido pelo Estado aos cidadãos.

Em seu artigo 196, o texto constitucional é contundente ao reconhecer que a saúde “é direito de todos e dever do Estado” a qual deverá ser garantida “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A saúde, assim, passa a ser considerada como um direito subjetivo, verdadeiro direito de defesa, haja vista que o Estado não pode interferir na liberdade dos indivíduos, não podendo forçá-los a qualquer tratamento; e é também direito a prestações, determinando que o Estado tenha condutas positivas para com o indivíduo a fim de garantir a saúde do mesmo em todos os campos e níveis (PIVETTA, 2014). Dessa maneira, fica clara a obrigação do Estado perante as pessoas para assegurar a saúde, tanto por meio da prevenção de agravos, quanto por meio do tratamento curativo de quaisquer enfermidades.

A partir da década de 1990, com a regulamentação do Sistema Único de Saúde e com a emergência desse novo cenário obrigacional, passou-se a questionar os seus níveis de efetividade, percebendo-se a necessidade de se

fomentar uma força normativa do texto constitucional, que ultrapassasse suas barreiras meramente programáticas e se concretizasse em um plano social os anseios populares levantados na década anterior.

Observa-se, ainda, especialmente a partir dos anos 2000, embates judiciais que visavam a tutela jurisdicional de direitos sanitários, dando origem ao fenômeno titulado por judicialização da saúde ou de direitos sociais, o qual questionava os limites de atuação dos poderes executivo e judiciário.

Surge, diante dessa complexidade estatal em se prestar um direito de maneira universal e integral, a tese de que ao Estado estaria reservada a condição de prestar apenas as garantias que fossem viáveis de se viabilizar por meio de seu orçamento, o que se passou a chamar dentro da Administração de reserva do possível.

Nesse sentido, já na segunda metade da década de 1990, inspirado em ideais neoliberais, o Estado brasileiro passou a construir medidas alternativas para a prestação de direitos sociais, chamando a sociedade civil a contribuir com esse projeto ainda não efetivado, o que fez surgir no país iniciativas prestacionais vinculadas ao chamado terceiro setor.

Nesse novo contexto, há um ressurgimento da valorização de práticas filantrópicas e de iniciativas do voluntariado visando a concretização de garantias até então vinculadas tão somente ao Estado.

Pode-se dizer, assim, que houve um processo híbrido na garantia de direitos de ordem social após o período de redemocratização no Brasil, sendo que o Estado passou a se ampliar no que tange às suas obrigações legais, emergindo-se uma onda de bem-estar social ao menos no plano normativo; no entanto, relegou-se parte dessas atribuições aos segmentos organizados da sociedade civil, que na década anterior foi justamente a responsável pela inclusão no texto constitucional de inúmeros direitos prestacionais.

Esse cenário de ausência parcial no poder público na prestação de direitos fundamentais perdurou pelas outras duas décadas que se seguiram, maximizada por um processo de desmonte e redução de gastos públicos com direitos sociais, o que tem se observado especialmente a partir do ano de 2016, muitas vezes cabendo ao Poder Judiciário determinar o fornecimento de insumos e prestações de ordem social por parte do ente estatal.

Em meio a um contexto marcado por avanços e retrocessos na garantia de direitos sanitários surge o suicídio como problemática de saúde a ser enfrentada pelo Estado, por meio da elaboração e implementação de políticas de prevenção e pósvenção organizadas em seu sistema público.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2016), mais de 800.000 pessoas morrem por suicídio todos os anos, sendo que o Brasil ocupa a 8^a posição no ranking de países com maior incidência, ultrapassando o número de 12 mil casos por ano. Considerando tais números, a OMS criou o *Plano de Ação Sobre Saúde Mental 2013-2020*, objetivando que os países signatários do plano reduzam seus índices de suicídio em, no mínimo, 10% até o ano de 2020, por meio da adoção de programas específicos e de melhoria em seus sistemas de informação de mortalidade.

Considerando-se esse compromisso firmado pelo Brasil no *Plano de Ação*, a pesquisa buscou verificar a existência de políticas públicas específicas de prevenção ao suicídio no país, bem como identificar o nível de implementação das mesmas por parte do Ministério da Saúde. Cumulativamente buscou-se compreender se, para além do Poder Público, existem outros setores da sociedade envolvidos no processo de construção de práticas preventivas.

Como hipótese inicial, construída a partir da revisão inicial de literatura e de pesquisa documental, acreditava-se que o Estado brasileiro tem se mostrado frágil no processo de elaboração e implementação de políticas públicas de prevenção ao suicídio, relegando tais cuidados a segmentos organizados da sociedade civil – ou terceiro setor – fazendo emergir entidades que acabaram por ocupar o vazio perpetrado pelo Estado.

Para aferição da hipótese apresentada e execução dos objetivos do estudo, iniciou-se a pesquisa apresentando as concepções de morte e do morrer, com ênfase para o suicídio e sua construção sociológica a partir da obra de Èmile Durkheim. Percebeu-se nesta análise que, para além das causas orgânicas do fenômeno da morte autoprovocada, a mesma pode encontrar suas causas em fatos sociais passíveis de serem superados e prevenidos por meio de intervenções externas.

Esta apresentação conceitual do suicídio deu amparo à análise quantitativa do estudo, a qual buscou descrever os índices de mortes por suicídio no Brasil, demonstrando-se que, se por um lado não se pode falar em um aumento

vertiginoso de maneira global no país, é possível se identificar alguns grupos que merecem atenção por parte do poder público.

Em sequência, a construção quantitativa apresentada delineou que a problemática do suicídio deve encontrar respostas por meio de atuações pontuais do Estado, considerando-se este como responsável pela elaboração e implementação de políticas de saúde universais e integrais no Brasil. Sob essa ótica, passou-se a discutir a formação de um Estado social, com ênfase ao caso brasileiro, demonstrando-se a emergência de direitos sociais prestacionais, especialmente a tutela do direito fundamental à saúde.

Verificou-se, nesse interim, que a construção do sistema de saúde brasileiro encontra hospedagem histórica diante do advento de um Estado social no país, ainda que em nível médio de implementação, a partir do qual emergiram obrigações estatais e crises fiscais responsáveis pelo embate acerca da efetividade desse direito constitucionalmente assegurado.

Como resposta à alegada limitação estatal em prestar direitos, passou-se na pesquisa a se investigar o processo de reforma gerencial promovida no Brasil a partir da segunda metade da década de 1990, com vistas ao enxugamento da máquina pública e do fomento às iniciativas substitutivas por parte dos segmentos organizados da sociedade civil. Percebeu-se, nesse ponto, que a nova proposta de gestão do ente público encontrava nas organizações sociais não apenas parceiros de gestão, mas substitutos no processo de fornecimento de direitos, relegando-se ao Estado apenas aquelas obrigações tidas por indisponíveis sob um prisma legal.

Constatou-se, assim, que esse fortalecimento da participação social ordenada viabilizou o ressurgimento e/ou protagonismo do voluntariado como meio de se suprir lacunas prestativas criadas pelo poder público.

Como o suicídio é o foco da análise do estudo apresentado, identificou-se o Centro de Valorização da Vida como principal entidade em nível nacional de prestação de serviços de natureza pública com o objetivo de se promover práticas de prevenção ao suicídio. Assim, abordaram-se aspectos atinentes à construção histórica da entidade, bem como de seus ideais e práticas de voluntariado.

Em que pese a origem da entidade remonte à década de 1960, período em que o contexto protetivo mostrava-se inversamente atuante, foi possível

verificar um protagonismo do CVV nas últimas duas décadas, coincidindo-se com o período de afastamento neoliberal do Estado na prestação e investimento em áreas estratégicas como a saúde.

Visando-se compreender, assim, as aproximações do Estado e das entidades que compõem o terceiro setor com iniciativas de prevenção ao suicídio, o estudo traz uma análise sobre o processo de elaboração e implementação de políticas públicas, apresentando-se de forma específica aquelas voltadas ao suicídio. Para tanto, promoveu-se uma coleta de dados por meio de questionários e entrevistas semiestruturadas direcionadas aos gestores de saúde e aos voluntários do CVV, buscando-se respostas às indagações iniciais.

Contatou-se pela pesquisa empírica que o Brasil incluiu, no início dos anos 2000, o suicídio em sua agenda de prioridades, reconhecendo a dimensão da problemática e buscando estratégias para a promoção de práticas preventivas. Verificou-se, ainda, que por iniciativa do próprio Ministério da Saúde houve a predisposição em se discutir esse planejamento com diversos setores da sociedade civil que apresentavam conhecimento acumulado e experiência acerca da causa.

Em que pese esse reconhecimento, não foi possível identificar avanços significativos no que tange à criação de um plano nacional de prevenção ao suicídio, pretensão esta que ainda se encontra na pauta de prioridades do Ministério da Saúde, conforme dados coletados.

Se por um lado houve rupturas e omissões quanto à criação de um plano nacional, não se pode deixar de mencionar a existência de inúmeras iniciativas pontuais dos entes federados na tentativa de se driblar a ausência de uma política coordenada nacionalmente. Nesse sentido, há que se ressaltar que o suicídio tem sido rotineiramente objetivo de intervenções e programas municipais e estaduais de treinamento de pessoal e acolhimento institucional de pacientes em crise.

De forma tangencial à atuação do Estado, emergiu de forma muito evidente na pesquisa empírica, inclusive por meio da fala dos gestores públicos, a relevância do papel desenvolvido pelo Centro de Valorização da Vida na prevenção ao suicídio no Brasil.

Inicialmente, pôde-se constatar a presença da entidade nos grupos criados pelo Ministério da Saúde para a discussão de um plano nacional, o que

denota o reconhecimento pelo próprio poder público da relevância dos serviços prestados pela entidade, o que não se viu em face de outras organizações.

Em um segundo momento, ao se analisar as intervenções pontuais do Estado em campanhas publicitárias de prevenção, verificou-se a presença do CVV como protagonista de uma rede de intervenções em situações de crise que remonta a um trabalho iniciado em 1962.

Diante desse contexto, a pesquisa identificou que, na qualidade de uma das entidades que compõem o terceiro setor, o CVV sedimenta-se como principal instrumento de promoção e prática de prevenção ao suicídio na atualidade brasileira, ocupando um lugar legalmente direcionado ao poder público, prestador original de serviços em saúde.

Se por um lado as técnicas e estratégias de abordagens da entidade não se mostram aliadas a um ideal médico ou psicológico, não se pode minimizar sua atuação, que em 2018 caminhou para um número de três milhões de atendimentos, triplicando o número inicialmente coletado no ano de 2016 (DIÁRIO DE PESQUISA, 2018). Além disso, deve-se destacar a coordenação por parte da entidade da campanha do Setembro Amarelo, por meio de parcerias publicitárias com o poder público e com outros segmentos da sociedade civil organizada.

No tocante ao financiamento da entidade, como regra geral, a pesquisa indicou haver um momento inicial de apoio do ente público na implantação dos postos, especialmente quanto ao seu aspecto físico, sendo que os demais gastos com manutenção sempre se mostraram arcados exclusivamente pelos próprios voluntários. Nesse ponto deve-se pontuar que sequer os ideais de fomento público às entidades de terceiro setor puderam ser identificados no CVV, havendo um quadro de quase total omissão do Estado na cooperação com tal entidade.

Cumulado a isso, ao se verificar que os aportes estruturais percebidos pelo CVV do poder público dizem respeito exclusivamente à instalação do posto e de estratégias de divulgação dos serviços – conforme verificado na pesquisa empírica – resta o indicativo de que o serviço de prevenção ao suicídio do Brasil, ao menos em seu plano social, foi relegado pelo poder público ao terceiro setor, notadamente ao Centro de Valorização da Vida.

Mais que um impacto nos serviços de saúde, essa opção ideológica voltada a um plano neoliberal demonstra que sequer se observou o ideal de cooperação entre Estado e sociedade civil que deve reger o terceiro setor, havendo,

no caso do CVV, uma notória sobrecarga decorrente da inércia estatal em prestar auxílios àqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade emocional.

A atuação do Estado brasileiro diante dessa problemática, por meio de um ideal de transferência de obrigações, pode ser uma das justificativas que explicam as rupturas que inviabilizaram na última década a construção de um plano nacional de prevenção ao suicídio. Ou seja, na medida em que o poder público desconhece a dimensão do problema – já que não se torna presente no processo de acolhimento –, cumulado ao fato da existência de entidades que promovam essa prestação, gera-se um ambiente propício à postergação e, porque não dizer, aniquilação de qualquer planejamento de política pública.

Por outro lado, pode-se agrupar a essas situações a natureza ideológico-constitutiva do CVV, o qual não se demonstrou como um movimento social organizado para fazer frente à inércia estatal, ocupando um espaço de proeminência política. Durante as entrevistas não se constatou qualquer tipo de insurgência face à ausência de subsídios públicos, fazendo com que a entidade aproxime-se mais de um ideal de filantropia do que verdadeiramente como um segmento da sociedade organizado em um cenário de desmonte público, remetendo-se às suas origens na década de 1960.

Nessa realidade surge a figura do segmento da sociedade civil liberalista, que se vê como um setor público não estatal, ou seja, embora seja palco de organizações que são públicas porque se voltam a questões do interesse da coletividade, tais organizações são “não estatais”, porque estão desvinculadas do aparelho do Estado pela falta de cooperação do mesmo. Assim, passa-se a compreender essas entidades como um amplo conjunto de organizações que estão voltadas ao atendimento de carências e necessidades de segmentos da população, numa tentativa do Estado de, cada vez mais, trocar a sua própria responsabilidade para com as expressões da questão social, saudando a sociedade civil como a sua total substituta (NOGUEIRA, 2002).

Com essa característica, a sociedade civil passa a estar tão ocupada e envolvida com dar respostas imediatas e suficientes às suas próprias necessidades locais que se torna alheia ao confronto ideológico, tornando-se dócil e pacífica face ao Estado (MONTAÑO, 2010). Depreende-se que não se culpabiliza a instituição por isso, mas o próprio poder público constituído que, ao cumular às entidades uma demanda superior à sua capacidade, faz com que as mesmas se

mantenham por seus próprios meios, ficando inviável a participação dinâmica em atividades transformadoras de realidades.

Diante desse cenário, confirmou-se por meio da pesquisa empírica a hipótese inicialmente delineada na tese de que o Estado brasileiro mostra-se frágil no processo de elaboração e implementação de políticas públicas de prevenção ao suicídio, ao passo que inexiste qualquer plano nacional de prevenção, ainda que o início da elaboração do mesmo remonte ao ano de 2006.

Ainda nesse contexto de omissão, alguns segmentos organizados da sociedade civil passaram a ocupar o lugar do próprio Estado na prestação desses serviços públicos – no caso da prevenção ao suicídio deve-se destaque ao CVV – gerando-se um processo de refilantropização da prevenção do suicídio.

Constata-se, assim, que a formação de uma agenda de prioridades em saúde e os investimentos públicos propriamente ditos estão cada vez mais vinculados ao desempenho geral da economia, abrindo caminho ora para políticas assistencialistas e de precário padrão, ora para a prestação não universal do terceiro setor.

Ao se falar em um caminho de refilantropização da prevenção ao suicídio, remete-se a um prisma histórico onde a prestação de determinados direitos sanitários a grupos em situação de vulnerabilidade dependia exclusivamente da caridade de agrupamentos civis, o que inviabiliza, por certo, qualquer tentativa de efetivação de direitos, mas tão somente de constância no cenário omissivo perpetrado pelo poder público.

Frise-se que a prevenção ao suicídio jamais foi efetivamente assumida pelo Estado brasileiro, ao que se pode parecer incompatível falar em refilantropização. Ou seja, não haveria como se repetir algo que jamais fora realizado. No entanto, ao se assumir que essa problemática está inserida no campo da saúde coletiva, que por sua vez tem sua promoção atrelada a uma atividade estatal, passa-se a considerar que tal questão coloca a problemática de saúde pública – ao menos nessa área – em um patamar pré-constitucional (1988) de efetividade.

Depreende-se, assim, que se por um lado o terceiro setor coloca-se como importante instrumento no processo de efetivação de direitos fundamentais sociais pode, por outro, inviabilizar um adequado investimento estatal para a

consecução de seus fins mais elementares, como o direito fundamental a uma saúde integral e universal.

Entretanto, imputar aos segmentos organizados da sociedade civil – especialmente aqueles que não se encontram formalmente vinculados ao Estado – qualquer tipo de responsabilidade pelo atual cenário de omissão, tende-se a colocar em uma condição de culpabilidade quem historicamente têm atuado na prevenção e acolhimento daqueles que padecem de amparo de ordem emocional.

Nesse sentido, a pesquisa abre-se a sua continuidade com vistas ao monitoramento dos movimentos futuros do Estado e dos segmentos organizados da sociedade civil no Brasil, tanto no que tange à elaboração de um plano nacional de prevenção quanto aos resultados a serem alcançados em relação à diminuição do número de mortes por suicídio no Brasil até o ano de 2020, marco temporal estabelecido pela OMS.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Laura Filomena Santos de. *et al.* Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 15, n. 3, jul/set 2013.

ARIÈS, Philippe. **História da morte no Ocidente**. 1 ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 2012.

ARRETCHE, M T. da S. **Estado Federativo e Políticas Sociais: determinantes da descentralização**. Rio de Janeiro: Revan, São Paulo: FAPESP, 2000.

ARRUDA, Andreia Aparecida D'Moreira. A formação do Estado Moderno sob a concepção dos Teóricos Contratualistas. **R. Curso Dir. UNIFOR**, Formiga, v. 4, n. 1, jan/jun 2013.

ASEC - Associação pela Saúde Emocional de Crianças. Disponível em: <<http://asecbrasil.org.br/quem-somos.php>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

ASHER, Jay. **Os 13 porquês**. Tradução de José Augusto Lemos. São Paulo: Ática, 2009.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Estudos e Prevenção de Suicídio - ABEPS. Disponível em: <<https://www.abeps.org.br/#abeps>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

AÇÕES do Ministério da Saúde para prevenção do suicídio. Disponível em: <<http://portalsms.saude.gov.br/saude-de-a-z/suicidio#acoes>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; REZENDE, Mônica de. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, Ruben Araujo de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria (Orgs.). **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde**. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

BARBIERI, Carla Bertucci. **Terceiro setor**: desafios e perspectivas constitucionais. 1 ed. Curitiba: Juruá, 2011.

BARBOSA, Khivia Kiss Silva *et al.* Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos da assistência hospitalar. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 3, set/dez 2012.

BARBOSA, Leopoldo Nelson Fernandes; FRANCISCO, Ana Lúcia; EFKEN, Karl Heinz. Morte e vida: a dialética humana. **Aletheia**, Canoas, n. 28, p. 32-44, dez. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942008000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 out. 2017.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 1 ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARREIRA, Marcelo Martins. Suicídio como autodeterminação da cidadania perante o Estado. **Rev. Bioét.**, Brasília , v. 25, n. 2, p. 301-310, Ago. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422017000200301&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Mai. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017252190>.

BARROSO, Luís Roberto. Neoconstitucionalismo e constitucionalização do direito (o triunfo tardio do direito constitucional no Brasil). **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, n. 240, p. 1-41, jan 2005. Acesso em 25 abr 2017.

BAUMAN, Zygmunt. **A sociedade individualizada**: vidas contadas e históricas vividas. 1 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BENEVIDES, Cláudia do Valle. **Um Estado de Bem-Estar Social no Brasil?**. 2011. 1 vol. Dissertação (Mestrado em Economia) – Universidade Federal Fluminense, 2011.

BERTOLOTE, José Manoel. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: UNESP, 2012.

BLAU, Tom. Disque MAM 9000 para não morrer. **Revista O Cruzeiro**. Rio de Janeiro, p. 41, abr. 1958.

BONAVIDES, Paulo. **Do estado liberal ao estado social**. 10 ed. São Paulo: Malheiros, 2011.

BOTEGA, Neury José. **Crise suicida**: avaliação e manejo. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BOUVILLE, Jean-Marc; IUCKSCH, Marlene. **Baleia azul**: o trágico convite aos adolescentes. Curitiba: Juruá, 2017.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 out. 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8° Conferência Nacional de Saúde**. 21 p. Ministério da Saúde, 1986.

_____. Lei nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre o serviço voluntário e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 18 fev. 1998.

_____. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 mai. 1998.

_____. Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 mar. 1999.

_____. Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014. Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação; define diretrizes para a política de fomento, de colaboração e de cooperação com organizações da sociedade civil; e altera as Leis nos 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 jul. 2014.

_____. Lei nº 13.204, de 14 de dezembro de 2015. Altera a Lei no 13.019, de 31 de julho de 2014, “que estabelece o regime jurídico das parcerias voluntárias, envolvendo ou não transferências de recursos financeiros, entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público; define diretrizes para a política de fomento e de colaboração com organizações da sociedade civil; institui o termo de colaboração e o termo de fomento; e altera as Leis nos 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999”; altera as Leis nos 8.429, de 2 de junho de 1992, 9.790, de 23 de março de 1999, 9.249, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 12.101, de 27 de novembro de 2009, e 8.666, de 21 de junho de 1993; e revoga a Lei no 91, de 28 de agosto de 1935. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 dez. 2015.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 set. 1990.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 dez. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.542, de 22 de dezembro de 2005. Institui Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 dez. 2005.

_____. 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 ago. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.271, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 06 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.479, de 18 de dezembro de 2017. Institui Comitê para a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 18 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.491, de 18 de dezembro de 2017. Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde direcionados para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS), a onerarem o orçamento de 2017. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 18 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 dez. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 3. out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.315, de 11 de maio de 2018. Habilita Estados a receberem Incentivo Financeiro de custeio para desenvolvimento de Projetos de Promoção da Saúde, Vigilância e Atenção Integral à Saúde, direcionados para Prevenção do Suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 11 mai. 2018.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. **Lua Nova**, São Paulo, n. 45, p. 49-95, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451998000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago. 2017.

_____. Democracia, estado social e reforma gerencial. **Rev. Adm. Empres.**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 112-116, Mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7590201000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 out. 2017.

CABALLERO, Mara; JACQUES, Eunice; MATIUSSI, Paulo. Não te matarás. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, p. 30, 08 jul. 1977.

CALEGARE, Marcelo Gustavo Aguilar; SILVA JUNIOR, Nelson. A “construção” do terceiro setor no Brasil: da questão social à organizacional. **Rev. Psicol. Polít.**, São

Paulo, v. 9, n. 17, p. 129-148, jun. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2009000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 set. 2017.

CÂMARA, Rosana Hoffman. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Belo Horizonte, v. 6, n. 02, pp. 179-191, dez. 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. SUS: o que e como fazer?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, jun. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601707&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2018.

CAMUS, Albert. **O mito de Sísifo**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1942.

CARDOSO, Ruth. Fortalecimento da sociedade civil. In: IOSCHPE, Evelyn Berg. **3º Setor: desenvolvimento social sustentado**. 3 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

CARLEIAL, Liana Maria da Frota. Política econômica, mercado de trabalho e democracia: o segundo governo Dilma Rousseff. **Estud. Av.**, São Paulo, v. 29, n. 85, p. 201-214, Dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142015000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 Ago. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142015008500014>.

CARLOS, Flávia Pinhal de; D'AGORD, Marta Regina de Leão. O lugar obsceno do suicídio. **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 43-56, Mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142016000100043&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Mai. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2016v19n1p43.4>.

CARVALHO, José Murilo. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. 18 ed. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2014.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA. **CVV: Manual do voluntário**. São Paulo, 2006.

CENTRO de Valorização da Vida Francisca Júlia. Disponível em: <<http://franciscajulia.org.br/quem-somos/>>. Acesso em: 22 nov. 2018.

CONCHON, Jacques A.; LORENZETTI, Valentim; FOCÁSSIO, Flávio. **CVV – Uma proposta de vida**. São Paulo: Aliança, 1989.

CRETELLA JÚNIOR, José. Fundamentos do direito administrativo. **Revista da Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 72, n. 1, p. 299-317, jan. 1977. ISSN 2318-8235. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/view/66798/69408>>. Acesso em: 14 set. 2017.

DALFIOR, Eduardo Tonole; LIMA, Rita de Cássia Duarte; ANDRADE, Maria Angélica Carvalho. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 210-225. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100210&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2018.

DÁVILA-CERVANTES, Claudio Alberto. PARDO-MONTAÑO, Ana Melisa. Impacto de factores socioeconómicos en la mortalidad por suicidios en Colombia, 2000-2013. **Rev. Gerenc. Polít. Salud.** 2017, v. 16, p. 36-51. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v16n33/1657-7027-rgps-16-33-00036.pdf>. Acesso em 03 mai. 2018.

DEUSDARÁ, Bruno; ROCHA, Décio. Análise de conteúdo e análise de discurso: aproximações e afastamentos na (re) construção de uma trajetória. **Revista Alea**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 305-322, dez 2005.

DI GIOVANNI, G. Sistemas de proteção social: uma introdução conceitual. In: **Reforma do Estado e Políticas de Emprego no Brasil**. Campinas: Unicamp, 1998

DIMOULIS, Dimitri; MARTINS, Leonardo. **Teoria geral dos direito fundamentais**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2014.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 28 ed. São Paulo: Atlas, 2015.

DOCKHORN, Carolina N. B. F; WERLANG, Blanca S. G. Voluntários do CVV: características sociodemográficas e psicológicas. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 61, n. 1, p. 162-175, abr. 2009.

_____. Programa CVV: Prevenção do suicídio no contexto das *hotlines* e do voluntariado. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 183-198, jul./dez. 2008.

DOMINGUEZ, Bruno. Quando o público financia o privado: Quem ganha e quem paga a conta com as deduções de gastos com saúde?. **Revista Radis – Comunicação e Saúde**. Nº. 131. Rio de Janeiro, Ago. 2013. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/conteudo/quando-o-publico-financia-o-privado>>. Acesso em: 27 jul. 2017.

DRAIBE, Sônia M.; RIESCO, Manuel. Estados de bem-estar social e estratégias de desenvolvimento na América Latina: um novo desenvolvimentismo em gestação?. **Sociologias**, Porto Alegre , v. 13, n. 27, p. 220-254, ago. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222011000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 27 ago. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-45222011000200009>.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio**: estudo de sociologia. 1 ed. São Paulo: Edipro, 2014.

_____. **As regras do método sociológico**. 1 ed. São Paulo: Edipro, 2012.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do *welfare state*. **Lua Nova**, São Paulo, n. 24, p. 85-116, Set. 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451991000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Jun. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64451991000200006>.

FERNANDES, Rubem César. O que é o terceiro setor?. In: IOSCHPE, Evelyn Berg. **3º setor**: desenvolvimento social sustentado. 3 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FERRAJOLI, Luigi. **Los fundamentos de los derechos fundamentales**. 4 ed. Madrid: Trotta, 2009.

FIORI, José Luís. Estado de Bem-Estar Social: Padrões e Crises. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 129-147, set. 1997.

FLEURY, Sônia. **Estado sem cidadãos**: Seguridade Social na América Latina. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

FLEURY, Sônia; OUVERNEY, Assis Mafort. Políticas de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

FRANCA, Maria Dulce de; BOTOME, Silvio Paulo. É possível uma educação para morte?. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 547-548, Dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000300024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 out. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722005000300024>.

GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusa**: um estudo da reforma sanitária brasileira. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIOVANELLA, Lígia et al. (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GOMES, Fábio Guedes. Conflito social e welfare state: Estado e desenvolvimento social no Brasil. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 201-234, Abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122006000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 Ago. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122006000200003>.

GONCALVES, Aguinaldo. Problema de Saúde Pública: caracterizando e avaliando aplicações. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 253-255, Jun. 2006.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 dez. 2018.

GOYENECHE, Priscila Larratea; SILVA, Telviana Domingues; SILVA, Izabella Régis da. Família e pactos sociais – Dos contratualistas ao Welfare Mix. In: 1º Simfam – Simpósio sobre Família – Políticas de atendimento, 1, 2009, Tubarão, **Anais do 1º Simfam – Simpósio sobre Família – Políticas de atendimento**, Tubarão: UNISUL, 2009.

GUEDES, Talvani. 33-2050, plantão da vida. **Revista Realidade**. São Paulo, p. 121, mai. 1969.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M.; PERL, Anthony. **Política Pública**: Seus ciclos e subsistemas – Uma abordagem integral. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

IOSCHPE, Evelyn Berg. **3º Setor**: desenvolvimento social sustentado. 3 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

KELLEHEAR, Allan. **Uma história social do morrer**. 1 ed. São Paulo: UNESP, 2016.

KERSTENETZKY, Celia Lessa. **O estado de bem-estar social na idade da razão**: a reinvenção do estado social no mundo contemporâneo. 1 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

KOVÁCS, Maria Julia. Educação para a morte. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 484-497, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 out. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932005000300012>.

LEAL, Bruna Molina; ANTONI, Clarissa de. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinariedade e intersetorialidade. **Aletheia**, Canoas, n. 40, p. 87-101, abr. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100008>. Acesso em: 27 ago. 2018.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cad. Saúde Pública**. 2017, v. 33, n. Suppl 2. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/csp/2017.v33suppl2/e00129616/pt/#>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

MARIANO, Cynara Monteiro. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de investigações constitucionais**, Curitiba, vol. 4, n. 1, p. 259-281, jan./abr. 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/rinc/article/view/50289/31682>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

MARQUETTI, Flávia Regina; MARQUETTI, Fernanda Cristina. Suicídio e feminilidades. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 49, e174921, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332017000100508&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 set. 2018.

MARTINS, Isis Ribeiro. Moralidades e atos de fala em serviços de apoio emocional: modalidades laicas da confissão e do testemunho?. **Relig. soc.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 19-43, Dec. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-85872016000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 set. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0100-85872016v36n2cap02>.

MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito do Trabalho**. 32 ed. São Paulo: Saraiva, 2016.

MARX, Karl. **Sobre o suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006.

MATTOS, Ruben Araujo de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria (Orgs.). **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde**. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

MEDEIROS, Luciana Antonieta; LUSTOSA, Maria Alice. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, p. 203-227, dez. 2011 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 out. 2017.

MEDEIROS *et al.* Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS): Eixo Políticas e Fundamentos. **Aberta**. 2017. Disponível em: <<http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094953-001.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2018.

MELLO, Celso Antônio Bandeira. **Curso de direito administrativo**. 33 ed. São Paulo: Malheiros, 2016.

MERCHAN-HAMANN, Edgar; TAUIL, Pedro Luiz; COSTA, Marisa Pacini. Terminologia das medidas e indicadores em epidemiologia: subsídios para uma possível padronização da nomenclatura. **Inf. Epidemiol. Sus**, Brasília , v. 9, n. 4, p. 276-284, dez. 2000. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1673200000400006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 jun. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves; SOUZA, Edinilda Ramos de. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MONTAÑO, C. **Terceiro setor e Questão Social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. 6^a ed. São Paulo: Cortez, 2010.

NALINI, José Renato. **Pronto para partir?** Reflexões jurídico-filosóficas sobre a morte. 2 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. As três ideias de sociedade civil, o Estado e a politização. In: COUTINHO, C. N. TEIXEIRA, A. P. **Ler Gramsci, entender a realidade.** Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2002.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Um Estado para a Sociedade Civil: temas éticos e políticos da gestão democrática.** São Paulo: Cortez, 2005.

NUNES, Everardo Duarte. O Suicídio: reavaliando um clássico da literatura sociológica do século XIX. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 7-34, jan. 1998. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 21 mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000100002>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **OMS: suicídio é responsável por uma morte a cada 40 segundos no mundo.** Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/oms-suicidio-e-responsavel-por-uma-morte-a-cada-40-segundos-no-mundo/>>. Acesso em: 30 dez. 2016.

_____. **Plan de acción sobre salud mental 2013-2020.** Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spain.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

PEREIRA, Potyara A. P. **Política Social:** temas e questões. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PIERSON, C. **Beyond the welfare state – the new political economy of welfare.** Cambridge: Polity Press, 1988.

PINTO, Lélia Lessa Teixeira *et al.* Tendência de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil no período de 2004 a 2014. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 4, p. 203-210. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852017000400203&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 set. 2018

PIVETTA, Saulo Lindorfer. **Direito fundamental à saúde: regime jurídico, políticas públicas e controle judicial.** 1 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014.

PONTA GROSSA. Prefeitura Municipal de Ponta Grossa. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde:** Ponta Grossa 2018/2021. Ponta Grossa, 2017. Disponível em: <<http://www.pontagrossa.pr.gov.br/files/sms/ps-2018-2021.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

RAICHELIS, Raquel. O trabalho do assistente social na esfera estatal. In: Conselho Federal de Serviço Social. **Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS, 2009, p. 377-392.

REDE Brasileira de Prevenção do Suicídio. Disponível em: <<http://www.rebraps.com.br/search/label/REDE%20BRASILEIRA%20DE%20PREVEN%C3%87%C3%83O%20DO%20SUICIDIO>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

RIBEIRO, Nilva Maria *et al.* Análise da tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. **Texto contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 2, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200310&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 ago. 2018.

ROSA, Natalina Maria da *et al.* Mortalidade por suicídio no Estado do Paraná segundo meios utilizados: uma análise epidemiológica. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 2, p. 73-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852017000200073&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 ago. 2018.

RUA, Maria das Graças. **Políticas Públicas**. Florianópolis: UFSC; Brasília: CAPES, 2009.

SADER, E., GENTILI, P. (orgs.). **Pós-neoliberalismo II: que Estado para que democracia?** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

SALGADO, Eneida Desiree. **Constituição e democracia: Tijolo por tijolo em um desenho (quase lógico): Vinte anos de construção do projeto democrático brasileiro.** 1 ed. Belo Horizonte: Fórum, 2007.

SANTOS, Dalmo Duque dos. **Como vai você? CVV, 50 anos ouvindo pessoas.** São Paulo: Aliança, 2012.

SANTOS, Lenir. SUS-30 anos: um balanço incômodo?. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2043-2050. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602043&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2018.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1729-1736. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601729&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 ago. 2018.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 11. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

SHONS, Selma Maria. **Assistência social entre a ordem e a “des-ordem”**. São Paulo: Cortez, 1999.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Revista Saúde e Sociedade**. 2010, vol.19, n.3, pp. 509-517.

SOUSA, Girliani Silva de *et al.* Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 389-402. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200389&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 set. 2018.

TEIXEIRA, Miguel Salihel Kadri. A constitucionalidade da intervenção estatal no domínio econômico à luz do efetivo modelo de Estado previsto na Carta Constitucional de 1988. In: XVII Congresso Nacional do CONPEDI, 17, 2008, Brasília, **Anais do XVII Congresso Nacional do CONPEDI**, Brasília: Fundação Boiteux, 2008.

THE SAMARITANS. **Annual Report & Accounts 2015-2016**. Disponível em: <http://www.samaritans.org/sites/default/files/kcfinder/files/Samaritans_Annual_report2015_16Webrev.pdf>. Acessado em: 30 dez. 2016.

TRANSFERETTI, José (org.). **Morte: Qual seu significado?** Entre a medicina, a filosofia e a teologia. Campinas: Alínea, 2007.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. **Descentralização e política de saúde**: origens, contexto e alcance da descentralização. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

13 REASONS WHY. Criador: Brian Yorkey. Direção: Kyle Patrick Alvarez. Califórnia: July Moon Productions; Kicked to the Curb Productions; Anonymous Content; Paramount Television [produção]. Netflix, 2017. Série (13 episódios).

APÊNDICE A
MODELO DE CESSÃO GRATUITA DE DIREITOS DE DEPOIMENTO ORAL

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

CESSÃO GRATUITA DE DIREITOS DE DEPOIMENTO ORAL^{}**

Pelo presente documento, **eu**

Entrevistado(a): _____.

RG: _____ emitido pelo(a): _____,

domiciliado/residente em (Av./Rua/nº/complemento/Cidade/Estado/CEP):

declare ceder ao (à) Pesquisador(a): VITOR HUGO BUENO FOGAÇA, CPF 368.729.378-58, RG:44.910.081-9,emitido pelo(a): SSP/SP, domiciliado/residente em (Av./Rua/nº/complemento/Cidade/Estado/CEP): **Rua Júlio de Castilho, 304, apartamento 22, Centro, Ponta Grossa, Paraná, CEP: 84010-220**, sem quaisquer restrições quanto aos seus efeitos patrimoniais e financeiros, a plena propriedade e os direitos autorais do depoimento de caráter histórico e documental que prestei ao(à) pesquisador(a)/entrevistador(a) aqui referido(a), na cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, em 06 de setembro de 2018, **como subsídio à construção de sua TESE DE DOUTORADO da Universidade Estadual de Ponta Grossa**. O(a) pesquisador(a) acima citado(a) fica consequentemente autorizado(a) a utilizar, divulgar e publicar, para fins acadêmicos e culturais, o mencionado depoimento, no todo ou em parte, editado ou não, bem como permitir a terceiros o acesso ao mesmo para fins idênticos, com a única ressalva de garantia da integridade de seu conteúdo e identificação de fonte e autor. _____.

Local e Data:

_____, ____ de _____ de _____

(assinatura do entrevistado/depoente)

(Adaptado do CEDIC-Centro de Documentação e Informação Científica "Professor Casemiro dos Reis Filho" - PUC/SP)

**** Modelo para depoimento em que a identidade do entrevistado possa ser revelada.**

APÊNDICE B
ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM OS GESTORES

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA (GESTORES)

- 1. Fale sobre sua função e sobre suas atribuições dentro do órgão que trabalha? (Quando assumiu a atual função? Qual sua trajetória dentro do órgão até o momento? Qual seu papel na elaboração das políticas desenvolvidas pelo órgão?)**
- 2. Como é a estrutura de pessoal dentro do órgão em que trabalha? (Há uma estrutura suficiente para desenvolver as políticas propostas de forma específica?)**
- 3. Em termos quantitativos, qual é a situação do suicídio no Município/Estado/País nos últimos anos? (Os dados são crescentes? Existe registro de queda nos índices? Quais grupos apresentam maior vulnerabilidade no seu âmbito de atuação? Os dados existentes podem estar subestimados?)**
- 4. Fale sobre as políticas existentes no âmbito de suas atribuições no tocante à prevenção ao suicídio. (Existem políticas existentes? Elas se dão durante todo o ano ou em momentos específicos? Sob um aspecto temporal, quando essas políticas passaram a existir ou ganharam maior relevo?)**
- 5. As políticas existentes são direcionadas a grupos específicos ou se dão de modo coletivo? (Existe alguma política desenvolvida para grupos específicos, como idosos, jovens, mulheres, homossexuais, etc.?)**
- 6. As medidas desenvolvidas se dão a partir de uma cooperação em âmbito nacional/estadual/municipal ou são iniciativas isoladas do órgão em que trabalha em sua esfera federada? (Existe algum plano nacional que contempla a atuação de estados e municípios na prevenção ao suicídio? Se existente, esse plano é plenamente executado?)**
- 7. Existe alguma meta específica de redução dos índices de suicídio no âmbito de desenvolvimento de suas funções? (Em dados percentuais, qual a expectativa de redução ao longo dos anos no Município/Estado/País?)**
- 8. No âmbito de suas funções (Município/Estado/País), qual a relevância do terceiro setor no processo de construção de medidas de prevenção ao suicídio? (Você tem conhecimento de alguma organização não-estatal que colabore com o processo preventivo do suicídio em sua esfera de atuação? Qual/Quais? Como se dá a relação dessas entidades e o Poder Público? As atuações são realizadas de forma complementar ou isolada? O órgão em que trabalha, mantém algum tipo de parceria com o terceiro setor?)**
- 9. Existe algum tipo de incentivo do ente federado (Município/Estado/País) para o desenvolvimento de medidas preventivas no terceiro setor? (Aspectos financeiros, materiais, publicitários, etc.)**
- 10. Você conhece o trabalho desenvolvido pelo Centro de Valorização da Vida (CVV)? Qual sua avaliação acerca de iniciativas como a do CVV para a prevenção do suicídio? (Tais iniciativas são relevantes? Causam impacto positivo no processo preventivo? Colabora com a política pública existente?)**

APÊNDICE C
ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM O VOLUNTARIADO

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA (CVV)

1. Fale sobre o CVV, sua forma de atuação, seus objetivos e sua composição (hierarquia).

Aborde, ainda, a história do posto do CVV em que atua e da sua forma de atendimento.

2. Fale sobre sua função e sobre suas atribuições dentro do posto do CVV? (Quando assumiu a atual função? Qual sua trajetória dentro do CVV até o momento?)

3. Como é a estrutura de voluntários dentro do posto em que trabalha? (Há uma estrutura suficiente para desenvolver toda a demanda de atendimentos?)

4. A partir dos atendimentos que realizam, como você enxerga a situação do suicídio no Município/Estado/País nos últimos anos? (Os dados são crescentes? Existe registro de queda nos índices? Quais grupos apresentam maior vulnerabilidade no seu âmbito de atuação? Os dados existentes podem estar subestimados?)

5. Saindo um pouco da atuação do CVV de forma isolada, sabe me falar sobre a existência de políticas públicas existentes no país e no estado do Paraná no tocante à prevenção ao suicídio. (Existem políticas? Elas se dão durante todo o ano ou em momentos específicos? Sob um aspecto temporal, quando essas políticas passaram a existir ou ganharam maior relevo? Há um investimento adequado?)

6. As políticas existentes são direcionadas a grupos específicos ou se dão de modo coletivo? (Existe alguma política desenvolvida para grupos específicos, como idosos, jovens, mulheres, homossexuais, etc.?)

7. As medidas desenvolvidas se dão a partir de uma cooperação em âmbito nacional/estadual/municipal? (Existe algum plano nacional que contempla a atuação de estados e municípios na prevenção ao suicídio? Se existente, esse plano é plenamente executado?)

8. Sabe se existe alguma meta específica do governo de redução dos índices de suicídio em âmbito nacional ou estadual? (Em dados percentuais, qual a expectativa de redução ao longo dos anos no Município/Estado/País?)

9 Qual a relevância do terceiro setor no processo de construção de medidas de prevenção ao suicídio? (Você tem conhecimento de alguma organização não-estatal que colabore com o processo preventivo do suicídio em sua esfera de atuação? Qual/Quais? Como se dá a relação dessas entidades e o Poder Público? As atuações são realizadas de forma complementar ou isolada? O órgão em que trabalha, mantém algum tipo de parceria com o terceiro setor? A existência do terceiro setor não incentiva a omissão do Estado em editar políticas públicas?)

10. Existe algum tipo de incentivo do ente federado (Município/Estado/País) para o desenvolvimento de medidas preventivas pelo CVV? Como ocorre essa eventual parceria no caso de vocês? (Aspectos financeiros, materiais, publicitários, etc.)

APÊNDICE D
QUESTIONÁRIO DIRIGIDO À SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO
DO PARANÁ

Questionário dirigido à Secretaria Estadual do Estado do Paraná, nos termos do ofício autorizativo número 209/2018.

- 1.** Discorra sobre as funções do órgão na elaboração de políticas públicas de prevenção ao suicídio no Estado do Paraná.
- 2.** Como é a estrutura de pessoal dentro do órgão? Há uma estrutura suficiente para o desenvolvimento de políticas públicas de forma específica?
- 3.** Em termos quantitativos, quais são os índices de suicídio no Estado do Paraná nos últimos dez anos? Os dados são crescentes?
- 4.** Existe algum registro acentuado de queda nos índices de suicídio nos últimos dez anos?
- 5.** Quais grupos apresentam maior vulnerabilidade no seu âmbito de atuação (Paraná)? (sexo, idade, escolaridade, estado civil, etc.).
- 6.** Os dados existentes podem estar subestimados, ou seja, os índices podem ser mais altos em decorrência de falhas no processo de notificação?
- 7.** Fale sobre as políticas públicas existentes no âmbito de suas atribuições no tocante à prevenção ao suicídio.
- 8.** Essas políticas se dão durante todo o ano ou em momentos específicos?
- 9.** Sob um aspecto temporal, quando essas políticas passaram a existir ou ganharam maior relevo no Estado do Paraná?
- 10.** As políticas existentes são direcionadas a grupos específicos ou se dão de modo coletivo? Explique.
- 11.** Existe alguma política desenvolvida para grupos específicos, como idosos, jovens, mulheres, homossexuais, etc.? Em caso positivo, quais?
- 12.** As medidas desenvolvidas se dão a partir de uma cooperação em âmbito nacional/estadual/municipal ou são iniciativas isoladas do órgão em que trabalha em sua esfera federada (Paraná)?
- 13.** Como se dá a eventual cooperação entre União, Estado e Municípios no tocante às políticas de prevenção ao suicídio?
- 14.** Existe algum plano nacional que contempla a atuação da União, Estados e Municípios na prevenção ao suicídio? Se existente, esse plano é plenamente executado?
- 15.** Existe alguma meta específica de redução dos índices de suicídio no âmbito de desenvolvimento das funções do órgão (Paraná)?
- 16.** No âmbito do Estado do Paraná, qual a relevância do terceiro setor(ONGs,

associações, fundações) no processo de construção de medidas de prevenção ao suicídio?

17. As iniciativas do terceiro setor no Estado do Paraná causam impacto positivo no processo preventivo? Colabora com a política pública existente?

18. Existe algum tipo de convênio ou cooperação entre entidades não-estatais e o Estado do Paraná em matéria de prevenção ao suicídio? Qual/Quais? (Aspectos financeiros, materiais, publicitários, etc.)

19. Qual a avaliação do órgão acerca de iniciativas como a do Centro de Valorização da Vida (CVV) para a prevenção do suicídio no Estado do Paraná?

20. Indique os profissionais que participaram da resposta ao questionário e suas atribuições dentro do respectivo órgão.

APÊNDICE E
CATEGORIZAÇÃO E SISTEMATIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Categoria 1 – Políticas Públicas de prevenção ao suicídio no Brasil
Subcategoria 1 – A busca por um plano nacional de prevenção ao suicídio
<p>“Vitor, estão sendo feitas medidas, mas não é por causa do plano, é porque nós estamos nos organizando, é porque as associações locais estão se organizando, e porque o governo hoje – hoje! – vê com mais boa vontade, vê com mais boa vontade, por enquanto é mais boa vontade, não é pouco, sabe por quê? Porque nós já trabalhamos numa ótica de má vontade, má vontade, aquela coisa de não poder trabalhar.” (Voluntário C)</p>
<p>“Então, nós fomos chamados pra retomar esse plano nacional. Aí o que aconteceu? Cada um foi lá, cada um, das entidades que foram chamadas, trazer profissionais. Não por coincidência a diretoria da ABEPS em peso tava lá, mas convocados assim individualmente. E cada um expôs o que fazia, de que organização era, a sua visão de como podia se integrar a um plano, por que qual era a nossa tarefa? Pegar o plano, pegar o original, e falar “Onde você tá aqui?” Porque se você não tiver, você não era nem chamado. Claro que nós, os “<i>Hotlines</i>”, as organizações sociais estavam lá.” (Voluntário C)</p>
<p>“Então essa reunião era pra isso, era pra reavivar o plano, agora o que, como funciona nos outros países? Você faz um plano nacional, com as diretrizes, você chega nos estados, os estados replicam, você chega nos municípios, os municípios replicam. Então realmente, não é pra se esperar que saia de Brasília o plano, que vá atender o Brasil, assim não funciona em nenhum país, grande, continental, nenhum país funciona assim. Sempre são replicados, então o que Brasília deve fazer é continuar com isso, porque parece que tem uma parada, a gente fala entre nós “e aí alguém falou alguma coisa?” (Voluntário C)</p>
<p>“O governo federal do ano passado pra cá, é que começou a ter uma ênfase maior, com relação a demanda do suicídio, em virtude do aumento significativo, que aconteceu no Brasil inteiro.” (Gestor A)</p>
<p>“Conforme informação do Ministério da Saúde, o Plano Nacional encontra-se em elaboração.” (Gestor B)</p>
<p>“Quando eu fui transferido pra Brasília, quando eu fui transferido pra coordenação de saúde mental, e aí na coordenação de saúde mental, no Ministério da Saúde, eu em dois mil e seis, convoquei um grupo de trabalho, aí eu já tinha identificado, além do CVV, O Dr. Neury Botega da Unicamp, Dra. Blanca da PUC do Rio Grande do Sul, e fui identificando algumas instituições, e profissionais, pra sentarmos e elaborarmos, o que seria, e é, a estratégia nacional de prevenção de suicídio. Quer dizer, elaborar as diretrizes que nós achávamos que qualquer plano, qualquer programa, deveria estar seguindo. As diretrizes já levavam em consideração a experiência internacional, que existia, então foi quando em dois mil e seis, nós lançamos a estratégia.” (Gestor C)</p>
<p>“No caso do Brasil foi assinado pelo Ministério da Saúde, o Ministro da Saúde assinou, com o objetivo de reduzir dez por cento da taxa de suicídio até o ano de dois mil e vinte. Bem, eu venho acompanhando esse debate, porque eu estive, em dois mil e quatorze, em dois mil e quatorze eu já tinha estado em Montreal, pra um congresso da EASP, e participei de um workshop da Organização Mundial de Saúde, em que eu vinha perguntando “bem, e agora</p>

o que que a organização vai fazer para que os países cumpram esse acordo que foi firmado?". Até porque, eu achei, tinha certeza absoluta que nada estaria sendo feito, e efetivamente, dois mil e vinte é daqui a pouco, reduzir uma taxa de dez por cento, eu acho que os técnicos, quer dizer, eu acho que o Ministério assinou um acordo, que ele não questionou exatamente, ele foi no bolo dos outros." **(Gestor C)**

"A única coisa que aconteceu nesse período, do ponto de vista, não do ponto vista da sociedade brasileira, das organizações, dos grupos, das instituições, mas do ponto de vista do Ministério da Saúde, foi ter ampliado a linha 188, do CVV, que era uma demanda, que já tinha, inicialmente era um processo lento dentro do Ministério da Saúde, havia o interesse da ANATEL, mas também deveria existir um órgão setorial controlador, são assim que as coisas funcionam, e no caso o Ministério da Saúde, o Ministério tinha dar o ok pro tema. E é claro como existia uma estratégia, e então o CVV tinha participado do grupo de trabalho, então isso teve força política, no sentido de se hoje lançar a linha 188." **(Gestor C)**

"Bem, então eu vejo, quando chegar dois mil e vinte, na assembleia, os países vão mostrar o que fizeram, infelizmente o Brasil vai ter que dizer, vai dizer que ampliou a linha 188, pra toda a população, mas foi só isso que ele fez." **(Gestor C)**

"O objetivo inicial era dar as diretrizes, vários países elaboraram diretrizes como orientação de por onde que vamos seguir, às vezes as pessoas confundem chamam as diretrizes de plano, diretrizes não tem plano, não é plano. Um plano, seja um plano nacional, municipal, estadual, é um conjunto de outros elementos." **(Gestor C)**

"Mas as diretrizes eram importantes por quê? Não apenas do ponto de vista técnico, mas também do ponto de vista político, por quê? Era um Ministério da Saúde que estava se manifestando, as diretrizes foram aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, as normas, normas de aprovação de políticas dentro do Brasil, no Ministério da Saúde tem que passar pelo Conselho Nacional de Saúde, pra ter uma representatividade, passou pelo CONASEMPS, que é o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, isso tudo no sentido de, não é apenas pra aprovar, mas encontrar parceiros, para o desenvolvimento dessa política." **(Gestor C)**

"Nesse sentido uma diretriz que eu acho que vem acontecendo, e vem acontecendo parte dessa, já dessa sensibilização dos profissionais, é em relação ao treinamento dos profissionais, acho que aumentou muito o treinamento dos profissionais pro tema de suicídio hoje, do que há vinte anos atrás." **(Gestor C)**

"Então eu acho assim, dentro das diretrizes, da estratégia, o que mais nós temos feito atualmente é treinamento, que é bom, porque eu sempre digo, que no treinamento, não é apenas treinamento para o indivíduo fazer diagnóstico de comportamento de risco, mas é ele poder fazer esse diagnóstico, e se ele trabalha dentro de uma instituição, ele ajudar na organização do serviço." **(Gestor C)**

"As diretrizes são técnicas, eu acho que, na realidade, de lá pra cá, nada mais foi publicado, mas a sociedade se mexeu, não tenho a menor dúvida, que hoje, agora mais recentemente, esse ano, o Ministério disse que ia elaborar um plano, e eu tinha certeza absoluta, de que não iria elaborar um plano." **(Gestor C)**

“Na realidade o Ministério queria, em setembro desse ano, aproveitar o Setembro Amarelo e lançar um plano, não conseguiu, não havia, não teve pernas pra fazer esse tipo de ação, porque como eu disse, é assim, é um trabalho que, eu disse pro Ministério que, olha, a gente tem que ficar uns seis meses trabalhando nesse sentido. Para que a gente possa definir as metas, regionalizadas, porque pra mim, eu considero que tem que definir metas regionalizadas.” **(Gestor C)**

“Bem, quando eles lançam essas ações, elas estão de alguma forma, elas estão dentro das diretrizes, mudou, são três ações estratégicas, basicamente, não há conflito em relação as diretrizes, elas estão contidas.” **(Gestor C)**

“Na realidade, eu acho que assim, o que o Ministério lançou, foi um projeto feito, e fundamentalmente, é o projeto da vigilância sanitária, porque é uma área mais organizada do Ministério da Saúde, é uma área que as ações dizem respeito a coleta de dados, a fortalecimento dos registros e tal. Então, quando ele lançou essas informações, essas informações, não tenho a menor dúvida, que a gente pode confiar, pode melhorar? Pode, mas já vem melhorando em vários pontos.” **(Gestor C)**

Subcategoria 2 – Omissão Estatal e inexistência de Políticas Públicas

“Olha, eu diria pra você que... É falha, muito falha (*a atuação do Estado*), se existe hoje, por exemplo, o Setembro Amarelo, é graças as instituições que trabalham nesse sentido, por exemplo, o CVV.” **(Voluntário A)**

“Então nós somos porta-voz desse trabalho que precisa, porque o Estado é omissivo em tudo, o Estado é omissivo a gente sabe disso. E como o CVV existe no Brasil há mais de cinquenta anos, e ele foi se espalhando pelo Brasil, os postos foram abrindo, alguns fecharam, outros abriram, e hoje estão abrindo muitos postos. Porque a estrutura do governo pra atender as pessoas que precisam de ajuda, que estão com algum problema psíquico, é muito precária, é muito precária.” **(Voluntário A)**

“Olha, eu não tenho conhecimento não, não tenho.” (*quando questionado sobre a existência de políticas públicas de prevenção ao suicídio no Brasil*) **(Voluntário A)**

“Nem digo o CVV, mas do trabalho do CVV, não sabe da existência, e uma coisa que eu percebo, é a carência, a carência que o Estado, se omite, em função, eles deveriam preocupar mais com, digamos assim, nas escolas, com os professores, na área da educação, em ajudar os professores a enfrentar esse problema, esse problema que estamos vivendo. A maioria dos professores está despreparada, a maioria.” **(Voluntário A)**

“Já que tem eles que façam, porque que nós vamos nos preocupar, mas isso aí é ignorância, são pessoas despreparadas, pra “gestionar” como governador, como prefeito, como um vereador. Você não vê um desses políticos, que tem uma luz, que abrace uma causa dessa” **(Voluntário A)**

“Infelizmente, o Estado abarca tudo através de lei, e abandona, seja na área de saúde, seja... Quando houve a primeira divulgação sobre o 188, e que havia aumentado o número de suicídios, o município soltou uma nota, que eles tinham preparado médicos, pra atender as pessoas. Até hoje onde estão esses médicos? Onde dão apoio? Se os próprios psicólogos, hoje atendem na terapia, o máximo quinze minutos.” **(Voluntário B)**

“O estado aqui do Paraná, até então, não nos deu apoio, a prefeitura nos

<p>cedeu esse espaço, e agradecemos por isso, agora infelizmente, o estado, ele não tem condições porque não interessa. Haja vista que nos postos de saúde, nos hospitais, tem gente morrendo, a céu aberto, que todo mundo está vendo, tem as provas visuais, e não dão a mínima.” (Voluntário B)</p>
<p>“O CVV ele vai onde abre portas e oferecem espaços, onde é possível fazer isso, ele não invade a privacidade. Agora o poder público, infelizmente, até onde eu sei, pouco faz.” (Voluntário B)</p>
<p>“Tá em céu aberto isso, tá a céu aberto, porque ele (<i>Estado</i>) joga essa responsabilidade pra aquela ONG, que não está estruturada, que simplesmente tem alguém lá que, daí contrata um, dois profissionais, o resto leva para dentro dos voluntários.” (Voluntário B)</p>
<p>“Então a única coisa que eu posso te falar, Vitor, é que eu sinto um movimento, a gente é chamado incessantemente, pra cidades, estados, com gente de boa vontade que quer estabelecer políticas palpáveis, mas resultados mesmo a gente ainda não tem.” (Voluntário C)</p>
<p>“Então o município de Ponta Grossa está completamente atrasado com relação a implantação, de mais serviços pra dar suporte pra população, porque nós temos um serviço de cada, nós temos um CAPS AD, um CAPS 2, e um CAPS infanto-juvenil e o ambulatório de saúde mental, então nós temos esses quatro serviços.” (Gestor A)</p>
<p>“Não, o que eles fizeram, do que eu li, foram escritos manuais, agora eles fizeram esse, eles deram um <i>plus</i> maior pra essa questão da divulgação da temática, de se pensar a temática. Eu não vi nenhuma publicação de portaria específica pra isso, relacionada a isso, mas eu vi várias campanhas, tanto que tem o Setembro Amarelo que a gente faz, todo um movimento.” (ao ser questionada sobre a existência de políticas públicas de prevenção ao suicídio no Brasil) (Gestor A)</p>
<p>“No Estado do Paraná as ações de Prevenção do Suicídio estão contempladas na Política de Saúde Mental, de forma geral.” (Gestor B)</p>
<p>“A sociedade tem feito, as organizações têm feito, mas não tem contado com o apoio do gestor, seja federal, ou estadual, ou municipal, assim, eu tô falando de um modo geral, é claro que tem pessoas que acabam conseguindo.” (Gestor C)</p>
<p>“nós estamos falando de um problema que tá no campo da saúde pública, e da saúde mental, os serviços não estão bem organizados, e nem estão dando conta dos casos, que não são nem os casos de suicídio ou tentativas, as pessoas procuram o serviço, eu não sei como está hoje no Paraná, ou na sua cidade, mas assim, procuram um serviço e tem consultas marcadas “Ah, daqui a três meses”. Uma crise não é burocrática, é uma crise clínica, a pessoa tá sofrendo, se a gente tá dizendo pras pessoas, procure um serviço de saúde, e não existe serviço de saúde.” (Gestor C)</p>
<p>“Agora do ponto de vista da intervenção, não tem nada efetivamente. Efetivamente do ponto de vista de intervenção não tem nada, e eu acho que é muito complicado, nesse momento, que existe também uma crise dentro da área toda de saúde mental do país, porque não sabe pra onde que vai, vai fazer o que? Como é que é? Não tá atendendo as demandas.” (Gestor C)</p>
<p>Subcategoria 3 – Boas práticas dos entes federados na prevenção do suicídio</p>

“Olha, veja bem, existe uma política pública no Paraná, que chama-se Paraná Cidadão, algo assim, não sei se você conhece. Que é um órgão do governo, da área justiça inclusive, que eles fazem um trabalho, eles nos convidam a participar, e alguma vezes nós já fomos, e algumas vezes não, dada a distância, a gente não tem estrutura, e não tem meios físicos, financeiros, de estar correndo, eles marcam nos municípios menores, cria uma estrutura de atendimento as pessoas.” **(Voluntário A)**

“Então no município a gente tem feito o quê? Referente ao suicídio. Então nós temos um grupo, que nós criamos, um grupo de atenção a crise da saúde mental, esse grupo de atenção a crise, ele vai todos os dias no pronto socorro, a gente passa todos os dias no pronto socorro pra avaliar os casos de saúde mental, que deram entrada. Então alguns casos, não são demandas de internamento, daí os profissionais da saúde mental encaminham pros serviços, ou pro CAPS infantil, CAPS AD, e CAPS 2, e os casos que são de internamento, nós temos o médico psiquiatra que passa e solicita vaga pelo pronto socorro. Os casos de suicídio, que as vezes não passaram pelo CAPS, deram entrada direto no pronto socorro, a equipe orienta a família, explica o serviço, como que funciona o serviço, que após a alta hospitalar, que venha pro serviço, pra gente poder fazer os encaminhamento, as orientações, e fazer a sequência do tratamento, do projeto terapêutico singular.” **(Gestor A)**

“Quando o paciente vem pro CAPS direto, com as ideações suicidas a gente faz todo o acompanhamento, medicamentoso, terapêutico, que a gente tem: enfermeiro, terapeuta ocupacional, tem um leque de profissionais pra poder atender a demanda desses usuários, e a gente vai fazendo as avaliações, como é projeto terapêutico singular, vai depender de cada um, então às vezes uma atividade que eu faça pra um paciente X, pro paciente Y ela não surte efeito. Então, a gente vai discutindo o projeto terapêutico com o paciente, e com a família, a gente faz toda a orientação também pra família, de monitoramento, como que tem que cuidar, o que que tem que observar, quais são as posturas que as vezes a pessoa pode tomar, e que a gente possa atender rapidamente, pra que o suicídio não aconteça de novo.” **(Gestor A)**

“Então, nós temos processos de reunião de trabalho, nós fazemos a cada três meses, a gente faz uma reunião com todos os serviços, pra discutir as demandas dos serviços que tem, o que a gente pode contribuir, um pode contribuir com o outro. Porque, os nossos usuários são muito complexos, o ser humano é complexo, os nossos usuários com demandas supercomplexas, pra problemas complexos, soluções complexas. Então, a gente tem que ir discutindo essas ações, constantemente com a equipe, então a equipe ela observa também uma flutuação “Nossa, nós estamos com uma demanda muito grande”, daqui a pouco diminui “Opa, pararam de encaminhar, o que que aconteceu? Estamos divulgando menos?”. Então a gente faz essas avaliações, justamente pra atender a população.” **(Gestor A)**

“Então, a pessoa vem pro CAPS, ela tem psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional, educador físico, enfermeiro, assistente social, nós temos vários profissionais, que vão discutir e pensar uma proposta terapêutica singular pra esse indivíduo, no seu todo, no seu contexto, em várias nuances de sua vida, no biopsicossocial.” **(Gestor A)**

“Hoje são iniciativas que muitos municípios atuam pra você trabalhar, como por exemplo, em Ponta Grossa, a gente tem um dos critérios, que é supervisão clínico-institucional, então é uma pessoa que vem, ele é como se

fosse um terapeuta de equipe, mas assim, bem nu e cru, como se fosse um terapeuta de equipe, essa pessoa vem pra trabalhar as demandas da equipe do trabalho com o paciente, então ele é um terapeuta pra equipe, isso diminui a carga dos profissionais, isso faz com que os profissionais diminuam, parem um pouco de sofrer, porque fica muito, é muito pesado, você escuta histórias pesadas, não só da questão do suicídio, mas da questão da esquizofrenia, do transtorno bipolar, do sofrimento propriamente dito do indivíduo.” **(Gestor A)**

“A gente tem apresentado, nos eventos que nós fazemos, a gente faz um grupo, que é o psicodrama, então nós usamos de relatos do nosso próprio cotidiano dos serviços, que aparecem, e fazemos o psicodrama, e o psicodrama é aquela interação com as pessoas que estão assistindo, você interage, para o psicodrama, congela a cena, e pergunta “Vocês já viram alguém que vivenciou isso? Vocês vivenciam?”, e a gente tem feito muito isso com os adolescentes. Tem dado um resultado muito positivo, porque a gente tem trabalhado com as escolas estaduais e nas escolas tem muitos casos de automutilação, ou de uso de drogas, *bullying*, tem de toda situação dentro da escola,” **(Gestor A)**

“Temos realizado capacitações nas Regionais de Saúde sobre Prevenção do Suicídio, com o objetivo de qualificar o trabalho dos profissionais do Estado envolvidos com essa temática.” **(Gestor B)**

“Também desenvolvemos um Curso EAD de Prevenção do Suicídio para qualificar os profissionais da Rede Intra e Intersetorial. Esse curso foi lançado no dia 12/09/2018 e não há limite de vagas, permitindo que profissionais de todo o Estado possam participar a qualquer momento. A proposta de um Curso EAD foi desenvolvida justamente pela necessidade de qualificar os profissionais de todo o Estado e tendo em vista que muitas vezes há rotatividade nos serviços e pessoas que foram capacitadas saem do serviço, sendo necessária a formação continuada.” **(Gestor B)**

“As medidas desenvolvidas ocorrem de maneira cooperativa entre o âmbito estadual e municipal. A Divisão de Saúde Mental realiza ações em conjunto com as Coordenações Regionais de Saúde Mental (cada uma das 22 regionais de saúde do Estado tem um coordenador de saúde mental). Essas Coordenações Regionais de Saúde Mental, por sua vez, dão apoio aos municípios na implantação de ações de Prevenção do Suicídio. Com relação ao âmbito federal, nós do Estado acompanhamos os informes e orientações do Ministério da Saúde na área da Prevenção do Suicídio.” **(Gestor B)**

“E aqui no Rio de Janeiro, a Coordenação de Saúde Mental tá propondo, e que eu acho muito interessante, é colocar a saúde mental na atenção básica, isso pode ajudar bastante.” **(Gestor C)**

<p>Categoria 2 – O papel do terceiro setor na prevenção do suicídio no Brasil</p>
<p>Subcategoria 1 – A emergência e a atuação do terceiro setor no Brasil</p>
<p>“Mas graças as ONG’s de modo geral, é que o Brasil está se mantendo em equilíbrio na área social, porque tem muita ONG séria, muita. Se você vai nos hospitais, o Hospital de Clínicas, por exemplo, o Evangélico, que está às portas de ir pra leilão, o pronto socorro Cajuru, que é da PUC, o Erasto Gaertner, que atende problema de câncer, é o que mais tem voluntários.” (Voluntário B)</p>
<p>“O que é o terceiro setor, quando você fala de associações, associação médica, associação de psicólogos, isso tudo é o terceiro setor. Então eu diria que é uma importância fundamental, porque é quem tem contato direto com o problema, e quem pode fazer sugerir a política pública, ajudar a organizar a política pública. Trabalhando junto com a municipalidade, junto com governos estaduais, e junto com o governo federal.” (Voluntário C)</p>
<p>“Então eu acho que a importância do terceiro setor é incomensurável, não dá pra fazer a política pública sem ninguém das associações. Porque são eles é que fazem, desenvolvem as boas práticas, sabem onde está, sabem que profissional tá agindo aonde, sabem que hospital funcionou por causa de quê? É o que a gente tem ouvido.” (Voluntário C)</p>
<p>“Então o que acontece, em muitos setores de atuação, vamos sair, não é só saúde mental, se não fossem essas organizações, não teria serviços, isso a gente vê. Isso não é, vamos dizer, acho que não é uma conjuntura, isso já é um fato. Agora a relação delas com o Estado, mais ou menos, se elas trabalham melhor, se elas têm controle ou não tem controle, isso que é gestão pública, mas isso eu não vou opinar.” (Voluntário C)</p>
<p>“A única coisa que saiu mesmo foi a promessa de um dinheiro pro CVV, porém o coordenador anda pelo Brasil, onde tem aderência, então por isso que eu digo, o que tá funcionando mesmo é aqui, não é aquilo.” (Voluntário C)</p>
<p>“Então, o que que o terceiro setor nesse sentido, ele pode contribuir? Primeiro é incentivar as pessoas, incentivar o poder público, a investir cada vez mais em serviços de saúde mental público, em serviços públicos de saúde mental, por quê? Porque você dá acesso para todos, nem todas as pessoas vão conseguir pagar um psicólogo particular, vão conseguir pagar uma terapeuta ocupacional, e o serviço público tem isso. Você vai, pelo próprio plano de saúde, tudo tem que ter autorização, e você pode fazer só dez sessões, você pode fazer só um tipo de acompanhamento. Então, o SUS, nesse aspecto da saúde mental, ele tem essa preocupação.” (Gestor A)</p>
<p>“Então, se essas ONGs tem essa proposta de reabilitar a vida, de reabilitar as pessoas pra sua vida cotidiana, ela é excelente, então só tem a contribuir, e a melhorar cada vez mais, porque a gente tem pontos de acessos, podemos dividir os pontos de acessos em vários locais, mas todo pensando num mesmo proposto, que é a reabilitação, e discutindo os casos, pensando os casos, porque a gente não pode atuar isolados, pensando numa gravidade de um quadro desse.” (Gestor A)</p>
<p>“Então, em um caso de suicídio, de uma pessoa de um município de vinte mil</p>

habitantes, o familiar não vai nem conseguir acompanhar o processo terapêutico, por quê? Porque não tem equipe de saúde mental, às vezes, a equipe de saúde mental é um profissional, então se você tem outros locais que possam fazer esses processos de, mas nesse município de vinte mil habitantes, tem um grupo de pessoas que montaram uma ONG pra trabalhar com isso, a gente tem que valorizar eles, a gente tem que incentivar também, então a gente precisa pensar o quê? No cuidado do indivíduo, não ficar brigando o que é o melhor, o que é o pior, mas no cuidado, e capacitar as pessoas pra atender da menor maneira possível.” **(Gestor A)**

“Por que eu vou investir cinquenta mil? Se eu posso dar cinco mil pra uma instituição e eles que tocam o serviço, mas e como que esse serviço vai ser avaliado? Como que essas pessoas estão sendo atendidas? Essas pessoas em formação? não só no terceiro setor, dentro da própria rede de saúde mental, qual é o processo de formação para os profissionais da rede de saúde mental?” **(Gestor A)**

“Então, se o Estado acaba promovendo ações, investindo na área do setor privado, com certeza vai diminuir a área de investimento público, isso dá pra ver, pelo próprio processo histórico que a gente tá vivendo agora no Brasil, da incidência do governo federal, instigar as pessoas a ter um plano de saúde único, as pessoas muitas vezes não tem dezessete reais pra ir no mercado, pra comprar o seu pão, o seu leite, vai ter dinheiro pra pagar um plano de saúde?” **(Gestor A)**

“Então, nós estamos, a população está perdendo um direito, o terceiro setor é importante? É, mas ele acaba fazendo com que a população deixe de brigar pelo seu direito público a saúde, pelo direito de ter serviços de excelência, pelo direito de, eu pago os meus impostos, os meus impostos tem que voltar pra isso, então, há um contrassenso na verdade, então o terceiro setor ele vem pra cobrir uma deficiência do Estado, porém o Estado deixa de investir para que o terceiro setor assuma. Então a gente precisa ter isso muito claro e definido, qual é o papel de cada um?” **(Gestor A)**

“As ONGs realizam também um importante trabalho na Prevenção do Suicídio. Ainda não possuímos colaborações com as mesmas no âmbito do Estado, mas nas capacitações sua importância é destacada.” **(Gestor B)**

“Tendo em vista o que a literatura sobre a Prevenção do Suicídio nos mostra, sabemos que as iniciativas do terceiro setor certamente causam impacto. Entretanto, no Paraná não adotamos nenhuma estratégia para mensurar esse impacto.” **(Gestor B)**

“Só depois quando eu retorno em dois mil e doze para o Rio de Janeiro, eu já estava aposentado, tinha terminado meu trabalho no Haiti, eu criei, pra não perder tudo que a gente tinha já juntado por aí, então eu criei a Rede Brasileira de Prevenção do Suicídio, na realidade criei até um blog, que por sinal eu tô reativando desde a semana passada, porque passou um tempo meio parado, mas que é importante porque é um blog que, tanto nacional, hoje nacionalmente a gente tem a Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio, que o Robert é vice-presidente, e eu sou diretor de comunicação, quer dizer, do ponto de vista nacional tivemos um avanço.” **(Gestor C)**

“Então esse período todo, isso aí já tem então uns vinte anos, nessa história toda, eu venho participando disso, até mais recentemente quando criamos a Associação Brasileira de Estudos de Prevenção do Suicídio, há dois anos, dois mil e quinze, em Belo Horizonte, agora acabamos de fazer um congresso

em Vitória, e eu focando mais especificamente na questão do suicídio, como um tema de saúde pública, e focando na questão de elaboração de projetos, planos, e avaliação de programas de prevenção do suicídio.” (**Gestor C**)

“Bem, então bem recentemente, foi em maio, eu levei dez profissionais de saúde, pra fazer um curso de verão na Universidade de Quebec, em Montreal, um curso específico de avaliação de programas de prevenção do suicídio, eu solicitei, eles tinham normalmente cursos de verão, cada ano o tema era avaliado em função do interesse, então em novembro do ano passado, eu pedi pro Bryan, montar um curso de avaliação, porque eu achava que, já tínhamos pessoas trabalhando em organizações, em órgãos oficiais, e o tema da avaliação não estava sendo considerado, e eu observava isso nas ações, nos projetos, então era incluir esse elemento importante, no planejamento, pra se pensar políticas públicas, ou também, ações desenvolvidas pelas Organizações Não Governamentais.” (**Gestor C**)

“Agora nós durante o congresso estamos começando a pensar numa rede nacional de enlutados, porque a gente sabe que as populações de maior risco, hoje, são quem fez uma tentativa de suicídio, e os chamados sobreviventes, aqueles que perderam alguém por suicídio. Então essas populações tem que encontrar um espaço pra diminuir a sua dor, seu sofrimento, então assim, criando uma rede, nós tivemos uma experiência muito interessante durante o congresso, que foi um encontro de sobreviventes, cerca de duzentas pessoas, em que as pessoas falaram da sua dor, compartilharam com outros, porque não é simples compartilhar um suicídio em família, por causa dos mitos, por conta da vergonha, da culpa, e por aí vai.” (**Gestor C**)

“A sociedade, tal como nos Estados Unidos, pressionou, inicialmente por conta dos casos dos militares que voltaram do Vietnã, depois por conta do aumento da taxa de suicídios entre os jovens, então essa movimentação da sociedade, ela dá uma ação mais permanente, eu acho que isso é importante pra gente não ficar, também, dependendo que um governo resolva incluir, ou tirar, ou não tirar da agenda o tema.” (**Gestor C**)

Subcategoria 2 – O papel do CVV e a atuação do voluntariado na prevenção do suicídio

“O CVV não orienta, o CVV não dá conselhos, o CVV ele trabalha, conversa com a pessoa, ajudando a clarificar, e o que que acontece? Por que que a pessoa consegue encontrar o seu caminho? Porque quando a pessoa está com raiva, ou revoltada contra o universo, ela não dá espaço para pensar, ela dá espaço da raiva dela, ocupa todo os sentidos. Mas quando ela se sente acolhida, com alguém que não contraria, e acolhe, ela abre o coração, ela abre a sua alma.” (**Voluntário B**)

“Para o CVV mesmo que a pessoa faça o curso e não queira, ou por tempo, por isso, por aquilo, não queira participar, não há problema, porque aquela pessoa que fez o curso ela conhece, ela vai divulgar. Nós temos aqui, uma médica oncologista, nós temos psicólogos trabalhando na não diretrividade, isso que faz a diferença.” (**Voluntário B**)

“O GASS é um grupo de apoio aos sobreviventes, quem tentou o suicídio, e felizmente não conseguiu, familiares e amigos, de quem perdeu um ente querido através do suicídio, ou pessoas que queiram conhecer mais de perto, para nos ajudar a divulgar. É um trabalho aonde a conversa entre eles, flui de

tal maneira que o voluntário CVV, ele está aqui apenas para coordenar, mas a fala, geralmente, é entre eles, um voluntário pra aquecer, quando dá um travamento, ou um voluntário, que está, porque são dois voluntários, ou o voluntário que tá de apoio, e na hora que há um desabafo, há um desespero, de uma pessoa, então conduzir ela para a sala, e fazer um acolhimento e um apoio.” **(Voluntário B)**

“Tem, então esse CRC, Cadeia Renovação Contínua, que é buscar se conhecer, e o CINESER, que é onde se passa um filme, e daí a gente trabalha o sentimental, com uma série de perguntas antes, e depois se eu tivesse no lugar daquele personagem, como que agiria?” **(Voluntário B)**

“No CVV a gente não põe destaque nas pessoas em si, entendeu? O CVV quando que nós falamos, nós falamos da entidade, da organização do CVV, porque cada um de nós no CVV, até o nosso sistema de organização, de administração, é um sistema muito participativo, é um sistema que a gente diz, centrado no grupo, né?” **(Voluntário C)**

“Então o CVV sempre foi assim, liga e a gente acolhe, até que se resolveu, no início do novo século, que o CVV ia sair da toca, e nós íamos fazer ações mais proativas para a sociedade, então nós começamos em ações comunitárias, e hoje já existe um departamento chamado “CVV comunidade”, e que nós oferecemos programas que a comunidade pode desenvolver.” **(Voluntário C)**

“E aí nós fomos buscar na Europa um programa pra desenvolvimento de habilidades socioemocionais de crianças, trabalhei nisso algum tempo, através do CVV trouxemos para o brasil o primeiro programa chama “amigos do zip”, e aí nós fundamos a associação pela saúde emocional de crianças, para dar aceleração, a esse digamos, a esse nicho que é, promover saúde emocional, então eu trabalhei em paralelo com o CVV e a ASEC, durante esse últimos quinze anos, o que tem tudo a ver.” **(Voluntário C)**

“Então a gente trabalha na promoção com a ASEC, que é inclusive aqui a sede, o posto do CVV também é a sede da ASEC. Então acabamos na promoção, a prevenção, o CVV trabalha em prevenção, o CVV departamento de apoio emocional, porque o CVV é diferente do centro da valorização da vida, o centro da valorização da vida que é a ONG, que é o guarda-chuva, o “umbrella”, tem o departamento de apoio a condicional e departamento de saúde mental. Então nós, como Centro de Valorização da Vida, administrados um hospital psiquiátrico também, São José dos Campos, há quarenta anos, que faz parte disto, são departamentos distantes, a gente não mistura.” **(Voluntário C)**

“Sempre com a ideia de fazer um trabalho, baseado em trabalho voluntário, só voluntário, não temos um funcionário, o CVV apoio emocional, trabalha só com voluntários, a diretoria é voluntária, tudo é voluntário.” **(Voluntário C)**

“Então o que que nós estamos fazendo? Nós estamos, nós vamos a partir de agora, já estamos fazendo a partir do ano passado, suportando todas as nossas ações de divulgação, mercadológicas e tal, no aumento do número de voluntários. Na medida que o CVV se faz conhecido, aumenta a demanda, mas aumenta também o interesse eventual de pessoas que querem trabalhar conosco.” **(Voluntário C)**

“Porque a prevenção do suicídio é um trabalho pra muitas mãos, não adianta, então o CVV tá tendo uma carga, se você observar, todo mundo acontece isso, começa a se interessar por suicídio, “boom” vem no CVV, ótimo! Porque nós somos a única, éramos até o ano passado, a única instituição nacional a

<p>tratar exclusivamente do tema suicídio, só nós falamos de suicídio, trabalhamos com suicídio.” (Voluntário C)</p>
<p>“Vocês já foram num CAPES? Então ótimo, tem que ter CAPES, mas quem que tá? como funciona? onde é? O CVV precisa ter o endereço de todos os CAPES, porque a gente não faz encaminhamento, mas se a pessoa manifesta que quer cuidar, a gente diz “Ó, você tem um CAPES.” Com o coração na mão porque você vai num CAPES a gente sabe o que acontece.” (Voluntário C)</p>
<p>“Então não adianta a gente ficar esperando que uma política pública maravilhosa seja desenvolvida a nível federal, não adianta, arregaça a manga, enquanto a gente espera, e faz pressão, e faz <i>lobby</i>, e faz tudo o que precisar lá em Brasília, vamos fazer o que dá pra fazer.” (Voluntário C)</p>
<p>“o CVV tá num momento de consolidação, por quê? Porque o crescimento dói, crescer dói [risos]. Então o crescimento dói, estamos num momento de consolidação, estamos vendo isso de uma maneira bastante positiva, mas você imagina o que é passar de um milhão de atendimentos, pra dois milhões e meio, o ano passado já foi dois milhões, esse ano vai ser mais do que dois milhões e meio, porque estamos em ritmo de três milhões, é muita agitação.” (Voluntário C)</p>
<p>“Talvez, com o CVV, que eu possa ligar, e que eu não estou cara a cara com a pessoa, me identificam, facilite por um lado, mas o CVV tem que saber as estruturas que tem no município, por quê? Se eu pego um município de vinte mil, setenta mil habitantes, a pessoa liga, eu falo “ó, você procura o CAPS” “CAPS, não tem CAPS no meu município? O que que é isso? Quem que eu vou procurar?”. Então, esse diálogo ele tem que estar muito claro, e muito bem estabelecido, dentro das redes de atendimento, dentro dos fluxos de cada município, é o Brasil tem o quê? Tem cinco mil e poucos municípios, como que a gente vai estruturar isso? Então só você divulgar pra pessoa, e você não tem retaguarda de suporte, qual é a retaguarda que a gente vai ter <i>in loco</i>? Não por telefone, retaguarda <i>in loco</i>. De você falar, e ter uma pessoa que pode te atende, então isso tem que ser discutido, não sei se isso foi avaliado, pelos centros, quem promoveu isso do CVV estar aberto para todas as pessoas ligarem, não sei se pensaram nessa lógica, se pensaram nessa estrutura, então tem que discutir muito.” (Gestor A)</p>
<p>“Tendo em vista a importância das linhas telefônicas na Prevenção do Suicídio, conforme destacado pelos Manuais da Organização Mundial de Saúde sobre a Prevenção do Suicídio, avaliamos que a presença do CVV no Estado é uma importante estratégia de Prevenção do Suicídio.” (Gestor B)</p>
<p>“Em dois mil e seis tem um motivo, que é quando eu criei um grupo de trabalho dentro do Ministério de Saúde, lancei a estratégia nacional, então o CVV aquela época era a única organização, assim, que já vinha desenvolvendo um trabalho a bastante tempo.” (Gestor C)</p>
<p>“Então, assim, o CVV, eu acho importante assim, o CVV é uma organização que existe há mais de cinquenta anos, e quando eu falo de perenidade, eu tô falando disso, estruturas da sociedade que se mantém por um tempo, então não interrompem a sua atuação, então isso é fundamental, porque, é você poder contar com uma instituição que há cinquenta anos vem trabalhando.” (Gestor C)</p>
<p>“Então, assim, o CVV, acho que é fundamental, e vem fazendo um trabalho, e vem expandindo, e vem acompanhando o trabalho, porque, na realidade, eu me lembro que quando eu fui ao Mato Grosso, em Cuiabá, criou-se um outro</p>

grupo de enlutados, ou seja, antes vinha apenas atendendo as chamadas, dos casos das pessoas que ligavam, agora tá tomando algumas iniciativas, e a gente tem participado, vários diretores da ABEPS, tem participado no sentido de dar consultoria técnica a esses grupos, e treinamento a esses grupos, que vem trabalhando com sobreviventes por exemplo, que é uma coisa nova, que o CVV não tinha, aqueles que alguém se suicidou, então isso exige, isso muda um pouco, porque é uma ação mais presencial, não é mais pelo telefone. Então, o CVV também vem se adaptando as novas demandas, e tem encontrado consultoria técnica, com todos nós, praticamente todos nós que estamos na ABEPS, na diretoria da ABEPS damos consultoria ao CVV.”

(Gestor C)

<p align="center">Categoria 3 – Estado e terceiro setor: Aproximações, relações e financiamento</p>
<p align="center">Subcategoria 1 – Existência de subsídios e incentivos recebidos do Poder Público pelas entidades</p>
<p>“Olha, eles contribuem conosco, nós temos uma história, uma história atípica, nós acho que há trinta anos atrás, vinte e cinco anos atrás, a prefeitura doou um terreno, e o CVV construiu uma sede, ou seja, a mantenedora construiu uma sede, construíram num bairro um pouco distante, e por problemas de assalto, não deu pra continuar no ambiente, no lugar lá. Aí o que que nós fizemos, chegamos para a prefeitura e fizemos um acordo, se vocês quiserem ficar com o imóvel, vocês usam o imóvel, e forneçam um espaço pra gente, eles aceitaram, e eles nos ajudam no aluguel.” (Voluntário A)</p>
<p>“Então nós precisamos de outro espaço, então nós fizemos uma outra parceria, voltamos na prefeitura, conversamos com o prefeito, e a gente tá trabalhando num local aí pra gente mudar, a prefeitura tá disponibilizando, tá todo um trâmite lá. Então nós temos da prefeitura, a gente tem que procurar, que não há espontaneidade de ninguém, de vir falar olha vocês tão precisando de alguma coisa? Não, é nós que temos que procurar, se nós quisermos crescer, e dar a ajuda que as pessoas precisam, é nós que temos que se mexer.” (Voluntário A)</p>
<p>“Então cederam temporariamente, e daí ficou, aí chegou num determinado momento, que a casa tava caindo, aí um prefeito, ele entendendo o trabalho que o CVV estava desempenhando, aí ele mandou construir esse pequeno sobrado, que pra nós é bastante útil, porém o que falta é um auditório. Porque às vezes há em número de sessenta, oitenta, nós tivemos até centro e cinquenta candidatos, e daí nós temos que buscar apoio de algum lugar mais próximo, a escola, igrejas, pra facilitar.” (Voluntário B)</p>
<p>“Isso nos favoreceu a partir daí, nós começamos a trabalhar dessa maneira, e em dois mil e quatro, aí veio um combinado do ministério da saúde, que foi implantado o 141, através da ANATEL, e o ministério da saúde pagou para a ANATEL, pra instalar o 141 em todos os postos, pra um futuro rastreador. Porém com a privatização das empresas, caiu por terra.” (Voluntário B)</p>
<p>“O que aconteceu? Lutamos pra conseguir um número gratuito, mas alguém teria que pagar a conta, e em dois mil e seis, nós reunimos para, porque o Centro de Valorização da Vida, conseguiu uma verba com o ministério da saúde para a divulgação, e essa verba ficou atrelada à que o CVV aumentasse o número de postos, a verba foi, que o ministério da saúde pagou diretamente uma gráfica em São Paulo, e nós simplesmente mandamos os modelos, e buscamos aí o material.” (Voluntário B)</p>
<p>“Aí depois, em dois mil e treze, quatorze, por aí, em Santa Maria, no Rio Grande, graças a alguém relacionado a política, conseguiram implantar o 188 gratuito. Aí foi o pivô, porque foi uma experiência, um piloto, o qual deu certo, e daí passaram a ser rastreador no Rio Grande do Sul. Que agora fechou, no mês de junho, final de junho, em todos os estados, em todo o país, então nós temos o 188 que é gratuito em regra. Porém o ministério da saúde, novamente deu um auxílio, falou um valor e não cumpriu de tudo, mas sempre entre nós, hoje temos o 188 em rede, que facilita tanto para o voluntário, quanto para o</p>

<p>atendido.” (Voluntário B)</p>
<p>“Bom, esse local é uma concessão temporária, tem que renovar todos os anos, é uma concessão da FAF, que é uma fundação da prefeitura, isso que nós temos.” (Voluntário B)</p>
<p>“Então, aí é complicado, porque eu não posso falar mal do Ministério da Saúde [risos]. É nosso parceiro, quer nos ajudar, tentou nos dar dinheiro, mas o dinheiro não chega, porque a burocracia não deixa, é uma coisa terrível. E nós não somos bons nisso, somos todos voluntários de boa vontade.” (Voluntário C)</p>
<p>“Não, zero. O CVV não tem vínculo com o estado, o CVV é um organização civil independente, o fato de recebermos alguma subvençãozinha aqui ou ali, ou uma promessa, não tem nenhuma relação de vínculo, nós temos sim, uma outorga, outorga, do ministério da saúde, de um número, que é a única associação civil, que tem um número de emergência, pra nós operarmos, se amanhã não tivermos, a gente tem um sistema, que a gente vai ter que reverter, mas a gente tem um sistema formado, que a gente vai continuar atendendo do mesmo jeito, esperamos que não aconteça.” (Voluntário C)</p>
<p>“Em Santo André, por exemplo, eu tenho uma, eu falo Santo André, porque eu sou de Santo André e eu trabalho no posto de Santo André, como voluntário. Tem uma, como que chama, como é o nome... por noventa e nove anos... Um comodato, e é isso, coisas desse tipo, aí sim. Mas não quer dizer nada, inclusive é provisório.” (Voluntário C)</p>
<p>“É claro que, as organizações contaram em vários momentos, com apoio financeiros públicos, isso foi bastante importante, então, sem esses recursos, não sei, não consigo avaliar se as coisas teriam marchado assim, mas de qualquer forma, as organizações elas eram perenes, não sofriam a influência, tinham o impacto financeiro da política, da política doadora, publica doadora, mas não tinham, isso não interferia dentro das organizações, elas continuavam fazendo da forma que elas pensavam que era o caminho correto pra fazer.” (Gestor C)</p>
<p>Subcategoria 2 – O autofinanciamento das entidades e a insuficiência de subsídios públicos</p>
<p>“Nós cotizamos, fazemos rifa, cotizamos entre os voluntários, fazemos rifa, contribuímos mensalmente.” (Voluntário A)</p>
<p>“Isso aí é quem pode fazer, voluntário ele não tem compromisso de ajudar não, mas como a maioria sente o nosso drama, que é meu e de todo mundo, então acaba colaborando, essa é uma forma de ajudar o CVV, é manutenção, limpeza, porque o que a prefeitura nos repassa, é ajuda no aluguel, e ajuda no telefone, e ajuda na água, luz, que é o que vem deles para nós, agora o resto é só conosco, é limpar, iluminação, papelada.” (Voluntário A)</p>
<p>“Porém esse 188 ele tem custo de manutenção, custo das máquinas, custo das ferramentas, de internet, e aumento daí o custo para nós voluntários, porque somos nós os voluntários que contribuímos para isso.” (Voluntário B)</p>
<p>“Os voluntários pagam. Despesas, voluntários, a troca quando há por exemplo cursos, agora nós temos encontro regional, e quem vai dar o curso no local que dessa vez vai ser em Florianópolis, é o posto que convida o voluntário do outro posto, que paga. Pra não onerar, porque nós temos voluntários que não tem condição de contribuir financeiramente, mas eles têm condições e um</p>

potencial, em dar apoio, e oferecer o seu tempo e talento. Então quem pode mais, contribui mais, eventualmente nós fazemos algum evento, um café, ou alguma outra coisa," **(Voluntário B)**

“Mas é isso, nós não temos nada, nós pagamos todas as nossas contas, nós trabalhamos de maneira completamente independente, nós temos as nossas políticas, nós não temos interferência.” **(Voluntário C)**

“Nada, nunca tivemos, e nem vamos ter.” (sobre o recebimento mensal de subsídios do Estado para manutenção). **(Voluntário C)**

ANEXO A
PARECERES CONSUBSTANCIADOS DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: JÁ É HORA DE PARTIR? A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MORTE E A (IN)EFETIVIDADE DE SEU PROCESSO DE PREVENÇÃO: UMA ANÁLISE DA ATUAÇÃO DO ESTADO BRASILEIRO NO COMBATE AO SUICÍDIO

Pesquisador: VITOR HUGO BUENO FOGACA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 86944618.1.0000.0105

Instituição Proponente: NUCLEO DE ESTUDOS DE SAUDE PUBLICA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.621.839

Apresentação do Projeto:

JÁ É HORA DE PARTIR? A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MORTE E A (IN)EFETIVIDADE DE SEU PROCESSO DE PREVENÇÃO: UMA ANÁLISE
DA ATUAÇÃO DO ESTADO BRASILEIRO NO COMBATE AO SUICÍDIO

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar as políticas de prevenção ao suicídio existentes no Brasil, em especial aquelas construídas após o advento do Plano de Ação Sobre

Saúde Mental 2013-2020 da Organização Mundial de Saúde.

Objetivo Secundário:

a) identificar o processo constitutivo do Estado brasileiro, em especial a construção de um Estado Social para, posteriormente, compreender em tal

cenário a efetividade do direito fundamental à saúde; b) analisar o fenômeno morte e seus reflexos nas diversas áreas do conhecimento para, ao

final, compreender a particularidade da morte por meio do suicídio, analisando-se este enquanto um fenômeno social; c) elencar as eventuais

políticas públicas federais existentes com vistas à prevenção do suicídio, considerando-se tal fenômeno passível de superação; d) apresentar as

Endereço:	Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 116-B
Bairro:	Uvaranas
UF:	PR
Município:	PONTA GROSSA
Telefone:	(42)3220-3108
	CEP: 84.030-900
	E-mail: coep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE 
PONTA GROSSA - UEPG

Continuação do Parecer: 2.621.839

iniciativas sociais que visam à prevenção do suicídio de maneira extraestatal, dando especial enfoque ao processo de criação e atuação do Centro de Valorização da Vida – CVV no Brasil; e) apresentar o cenário da prática do suicídio no Brasil, no estado do Paraná e no município de Ponta Grossa – Paraná por meio de uma pesquisa descritiva e analítica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Considerando que todo o procedimento de pesquisa não está imune a possíveis riscos agregados, e que a presente pesquisa aborda um tema complexo que envolve a condição de saúde mental de diversos indivíduos, optou-se por abordar a temática a partir da visão exclusivamente dos gestores de saúde.

Os sujeitos a serem entrevistados serão todos maiores de idade e possuem completa capacidade de exprimir suas convicções, o que se comprova na medida em que ocupam cargos de gestão.

Os sujeitos terão que responder uma entrevista semiestruturada que será gravada. Para evitar possíveis constrangimentos aos sujeitos da pesquisa, a entrevista será realizada em local que assegure condições de sigilo e privacidade. Será respeitado seu direito à liberdade de expressão, ao decidir responder ou não as perguntas realizadas, mediante termo de consentimento livre e esclarecido. Assim, os riscos inerentes à pesquisa se restringirão à equívocos de interpretação de seu conteúdo e resultados após a publicação. Conquanto, serão tomadas todas as precauções para que a pesquisa seja realizada em condições éticas e técnicas apropriadas ao zelo pela liberdade, integridade física, moral e psicológica dos sujeitos nela envolvidos.

Benefícios:

Quanto aos benefícios da pesquisa, aponta-se a contribuição que seus resultados podem oferecer à sociedade, na medida em que fomenta a discussão sobre um tema de extrema relevância social como é o suicídio. A pesquisa oferecerá ainda, ao seu final, elementos para a reflexão sobre as ações desenvolvidas por parte dos órgãos pesquisados, em vista da oferta de serviços de saúde ao respectivo público, demonstrando ainda aspectos importantes desta, com o poder público municipal, no que diz respeito à promoção do

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 116-B	
Bairro: Uvaranas	CEP: 84.030-900
UF: PR	Município: PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3108	E-mail: coep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG 

Continuação do Parecer: 2.621.839

direito à saúde, bem como evidenciando seu papel no âmbito da rede de proteção social no município de Ponta Grossa. No que se refere aos benefícios para academia considera-se que a pesquisa visa contribuir para a ampliação do debate sobre o direito à saúde de grupos vulneráveis

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Como hipótese verificável e proposta de tese defende-se que, a partir dos dados crescentes entabulados e ora apresentados, o Estado brasileiro não tem se mostrado eficiente no processo de elaboração de políticas públicas de prevenção ao suicídio, relegando tais cuidados à sociedade civil organizada – ou terceiro setor – fazendo emergir entidades que acabaram por ocupar o vazio perpetrado pelo Estado nos últimos anos, como é o caso do CVV – Centro de Valorização da Vida. Dessa forma, a tese assenta seu fundamento na premissa que o Brasil não tem adotado as recomendações da Organização Mundial de Saúde, restando como principal estratégia de prevenção ao suicídio à atuação de grupos da sociedade civil alheios ao próprio Estado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em anexo

Recomendações:

Enviar relatório final ao término do projeto

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJECTO_1100602.pdf	05/04/2018 10:58:13		Aceito
Outros	roteiro_de_entrevista.pdf	05/04/2018 10:57:38	VITOR HUGO BUENO FOGACA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	autorizacao_pesquisa.pdf	05/04/2018 10:56:44	VITOR HUGO BUENO FOGACA	Aceito

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 116-B
 Bairro: Uvaranas CEP: 84.030-900
 UF: PR Município: PONTA GROSSA
 Telefone: (42)3220-3108 E-mail: coep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE 
PONTA GROSSA - UEPG

Continuação do Parecer: 2.621.839

Ausência	autorizacao_pesquisa.pdf	05/04/2018 10:56:44	VITOR HUGO BUENO FOGACA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	autorizacao_depoimento.pdf	05/04/2018 10:56:26	VITOR HUGO BUENO FOGACA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_tese.pdf	05/04/2018 10:53:39	VITOR HUGO BUENO FOGACA	Aceito
Orçamento	RECURSOS.pdf	05/04/2018 10:52:46	VITOR HUGO BUENO FOGACA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	05/04/2018 10:52:30	VITOR HUGO BUENO FOGACA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	05/04/2018 10:45:08	VITOR HUGO BUENO FOGACA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PONTA GROSSA, 25 de Abril de 2018

Assinado por:
ULISSES COELHO
(Coordenador)

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 116-B
 Bairro: Uvaranas CEP: 84.030-900
 UF: PR Município: PONTA GROSSA
 Telefone: (42)3220-3108 E-mail: coep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  PONTA GROSSA - UEPG

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: JÁ É HORA DE PARTIR? A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MORTE E A (IN)EFETIVIDADE DE SEU PROCESSO DE PREVENÇÃO: UMA ANÁLISE DA ATUAÇÃO DO ESTADO BRASILEIRO NO COMBATE AO SUICÍDIO

Pesquisador: VITOR HUGO BUENO FOGACA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 86944618.1.0000.0105

Instituição Proponente: NUCLEO DE ESTUDOS DE SAUDE PUBLICA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.784.335

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa:

JÁ É HORA DE PARTIR? A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MORTE E A (IN)EFETIVIDADE DE SEU PROCESSO DE PREVENÇÃO: UMA ANÁLISE
DA ATUAÇÃO DO ESTADO BRASILEIRO NO COMBATE AO SUICÍDIO

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar as políticas de prevenção ao suicídio existentes no Brasil, em especial aquelas construídas após o advento do Plano de Ação Sobre Saúde Mental 2013-2020 da Organização Mundial de Saúde.

Objetivo Secundário:

a) identificar o processo constitutivo do Estado brasileiro, em especial a construção de um Estado Social para, posteriormente, compreender em tal cenário a efetividade do direito fundamental à saúde; b) analisar o fenômeno morte e seus reflexos nas diversas áreas do conhecimento para, ao final, compreender a particularidade da morte por meio do suicídio, analisando-se este enquanto um fenômeno social; c) elencar as eventuais

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 116-B

Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900

UF: PR **Município:** PONTA GROSSA

Telefone: (42)3220-3108

E-mail: coep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  PONTA GROSSA - UEPG

Continuação do Parecer: 2.784.335

políticas públicas federais existentes com vistas à prevenção do suicídio, considerando-se tal fenômeno passível de superação; d) apresentar as iniciativas sociais que visam à prevenção do suicídio de maneira extraestatal, dando especial enfoque ao processo de criação e atuação do Centro de Valorização da Vida – CVV no Brasil; e) apresentar o cenário da prática do suicídio no Brasil, no estado do Paraná e no município de Ponta Grossa – Paraná por meio de uma pesquisa descritiva e analítica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Considerando que todo o procedimento de pesquisa não está imune a possíveis riscos agregados, e que a presente pesquisa aborda um tema complexo que envolve a condição de saúde mental de diversos indivíduos, optou-se por abordar a temática a partir da visão exclusivamente dos gestores de saúde.

Os sujeitos a serem entrevistados serão todos maiores de idade e possuem completa capacidade de expressar suas convicções, o que se comprova na medida em que ocupam cargos de gestão.

Os sujeitos terão que responder uma entrevista semiestruturada que será gravada. Para evitar possíveis constrangimentos aos sujeitos da pesquisa, a entrevista será realizada em local que assegure condições de sigilo e privacidade. Será respeitado seu direito à liberdade de expressão, ao decidir responder ou não as perguntas realizadas, mediante termo de consentimento livre e esclarecido. Assim, os riscos inerentes à pesquisa se restringirão à equívocos de interpretação de seu conteúdo e resultados após a publicação. Conquanto, serão tomadas todas as precauções para que a pesquisa seja realizada em condições éticas e técnicas apropriadas ao zelo pela liberdade, integridade física, moral e psicológica dos sujeitos nela envolvidos.

Benefícios:

Quanto aos benefícios da pesquisa, aponta-se a contribuição que seus resultados podem oferecer à sociedade, na medida em que fomenta a discussão sobre um tema de extrema relevância social como é o suicídio. A pesquisa oferecerá ainda, ao seu final, elementos para a reflexão sobre

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 116-B	CEP: 84.030-900
Bairro: Uvaranas	
UF: PR	Município: PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3108	E-mail: coep@uepg.br

Continuação do Parecer: 2.784.335

as ações desenvolvidas por parte dos órgãos pesquisados, em vista da oferta de serviços de saúde ao respectivo público, demonstrando ainda aspectos importantes desta, com o poder público municipal, no que diz respeito à promoção do direito à saúde, bem como evidenciando seu papel no âmbito da rede de proteção social no município de Ponta Grossa. No que se refere aos benefícios para academia considera-se que a pesquisa visa contribuir para a ampliação do debate sobre o direito à saúde de grupos vulneráveis.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia utilizada é constituída fundamentalmente como um estudo qualitativo, exploratório e descritivo.

A pesquisa exploratória foi realizada por meio de levantamento bibliográfico com materiais que deram sustentação teórica à pesquisa, bem como a realização de pesquisa documental indireta, por meio da análise da mídia impressa brasileira a partir da década de 1950. Nesse ponto, serviu-se do acervo eletrônico da Hemeroteca Digital Brasileira da Biblioteca Nacional, buscando-se em seu sítio eletrônico, a partir de diversos descritores, notícias e reportagens que remontassem ao surgimento e atuação de entidades que militam pela prevenção do suicídio, especialmente o Centro de Valorização da Vida – CVV.

Os procedimentos descritivos se deram a partir de pesquisas junto ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), presente no DATASUS,

Departamento de Informática do SUS, segundo a Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10), com as categorias compreendidas

entre a X-60 e a X-84 (óbitos causados com intencionalidade pelo próprio indivíduo). Com a finalidade de se construir dados que considerassem as dinâmicas populacionais e suas características formadoras, foram utilizados, ainda, dados da projeção da população por sexo e grupos de idade ,

construídos e disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

Com vistas a obtenção dos dados relativos às políticas públicas de prevenção ao suicídio desenvolvidas pelo Estado brasileiro, a pesquisa

promoverá uma análise juntas aos seguintes órgãos, nas correspondentes esferas da Federação:

a) Secretaria Municipal de Saúde do Município de Ponta Grossa e os respectivos órgãos competentes;

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 116-B

Bairro: Uvaranas CEP: 84.030-900

UF: PR Município: PONTA GROSSA

Telefone: (42)3220-3108

E-mail: coep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG 

Continuação do Parecer: 2.784.335

- b) Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - Superintendência de Atenção a Saúde - Departamento de Atenção as Condições Crônicas - Divisão de Saúde Mental (DVSAM/DACC/SAS/SESA);
- c) Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em anexo e de acordo com as normativas

Recomendações:

Enviar o relatório final ao término do projeto

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1167072_E1.pdf	25/06/2018 13:18:24		Aceito
Outros	roteiro_de_entrevista.pdf	05/04/2018 10:57:38	VITOR HUGO BUENO FOGACA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	autorizacao_pesquisa.pdf	05/04/2018 10:56:44	VITOR HUGO BUENO FOGACA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	autorizacao_depoimento.pdf	05/04/2018 10:56:26	VITOR HUGO BUENO FOGACA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_tese.pdf	05/04/2018 10:53:39	VITOR HUGO BUENO FOGACA	Aceito
Orçamento	RECURSOS.pdf	05/04/2018 10:52:46	VITOR HUGO BUENO FOGACA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	05/04/2018 10:52:30	VITOR HUGO BUENO FOGACA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	05/04/2018 10:45:08	VITOR HUGO BUENO FOGACA	Aceito

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 116-B
 Bairro: Uvaranas CEP: 84.030-900
 UF: PR Município: PONTA GROSSA
 Telefone: (42)3220-3108 E-mail: coep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 2.784.335

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PONTA GROSSA, 25 de Julho de 2018

Assinado por:
ULISSES COELHO
(Coordenador)

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 116-B
Bairro: Uvaranas CEP: 84.030-900
UF: PR Município: PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3108 E-mail: coep@uepg.br

ANEXO B
OFÍCIO 209/2018 DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO
PARANÁ



Curitiba, 20 de abril de 2018.

Ofício nº 209/2018 - SAS

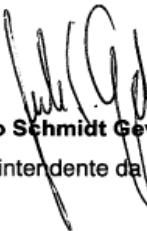
Prezado,

Reportamo-nos ao Protocolo nº 15.147.672-4 que solicita autorização junto a SESA para pesquisa de Tese de Doutorado do doutorando Vitor Hugo Bueno Fogaça.

Consideramos o tema da tese intitulada "Já é hora de partir? A construção social da morte e a (in)efetividade de seu processo de prevenção: Uma análise da atuação do Estado Brasileiro no combate ao suicídio" de grande relevância por tratar de um importante problema de Saúde Pública, que deve ser discutido. Autorizamos a realização da pesquisa junto a SESA, contudo solicitamos que, caso seja possível, o modelo de coleta de dados utilizado seja um questionário (com base no roteiro de entrevista) e não a entrevista. Tal solicitação é feita uma vez que as respostas serão elaboradas pela Divisão de Saúde Mental, em conjunto com a área técnica da Vigilância Epidemiológica e tal alteração se adequaria mais às possibilidades da instituição.

Sendo o que se apresenta, continuamos à disposição.

Atenciosamente,


Juliano Schmidt Gevaerd
Superintendente da SAS

Prezado
Vitor Hugo Bueno Fogaça