

Desamparo e vulnerabilidade ao suicídio na pandemia

Helplessness and vulnerability to suicide in the pandemic

**Denise Saleme Maciel Gondim,
Paula Mousinho Martins**

Resumo

Este artigo pretende analisar as vulnerabilidades e os impactos psicossociais da pandemia da Covid-19 em relação ao ato suicida. Partindo dos conceitos de prevenção e atenção à saúde, vulnerabilidade e desamparo, foram analisadas produções bibliográficas dos campos da saúde pública, saúde mental e psicanálise, a fim de investigar como o sentimento de desamparo diante da pandemia e a situação de vulnerabilidade afetam aquelas pessoas suscetíveis ao sofrimento psíquico. A pandemia agravou as dimensões de desigualdade social e ampliou as condições de vulnerabilidade principalmente voltadas às condições sanitárias, de moradia e de saúde da população. Para isso, consideramos que o fortalecimento das políticas públicas – saúde, educação e bem-estar social – pode representar um enfrentamento à pandemia e ao sentimento coletivo de angústia, medo e sensação de desamparo diante das incertezas.

Palavras-chave

Suicídio, pandemia, vulnerabilidade, desamparo.

Abstract

This article aims to analyze the vulnerabilities and psychosocial impacts of the pandemic of the Covid-19 in relation to the suicidal act. Starting from the concepts of prevention and health care, vulnerability and helplessness, bibliographic productions from the fields of public health, mental health and psychoanalysis were analyzed in order to investigate how the feeling of helplessness in the face of the pandemic and the situation of vulnerability affect those susceptible people to psychological suffering. The pandemic worsened the dimensions of social inequality and increased the conditions of vulnerability, mainly related to the sanitary, housing and health conditions of the population. For this, we consider that the strengthening of public policies - health, education and social welfare - can represent a confrontation with the pandemic and the collective feeling of anguish, fear and feeling of helplessness in the face of uncertainties.

Keywords

Suicide, pandemic, vulnerability, helplessness.

**Denise Saleme Maciel
Gondim**

**Universidade Estadual
Norte Fluminense Darcy
Ribeiro**

Psicóloga, Psicanalista, Diretora do Colegiado do Corpo Freudiano Escola de Psicanálise, seção Campos dos Goytacazes. Doutora em Políticas Sociais na Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro.

degondim@gmail.com

**Paula Mousinho
Martins**

**Universidade Estadual do
Norte Fluminense Darcy
Ribeiro**

Doutora em Filosofia - UFRJ; Professora Associada na Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro; Laboratório de Cognição e Linguagem.

paula.mousinhomartins@gmail.com

Introdução

Um dos maiores desafios que o planeta vem enfrentando na atualidade é a pandemia causada pelo Sars-CoV-2, causador da doença COVID-19, conhecido como novo coronavírus, que teve sua primeira ocorrência em fins de 2019 na China. Segundo o Ministério da Saúde, a COVID-19 é uma doença infecciosa em que o agente causador da doença é responsável por uma das maiores pandemias já existentes, não só pela gravidade, mas pela proporção com que tem sido disseminada em todo o mundo (BRASIL, 2021). Segundo Schueler (2021), pandemia é a disseminação mundial de uma nova doença quando esta afeta uma determinada região e se espalha por diferentes regiões do mundo, transmitindo-se de pessoa para pessoa.

Os problemas enfrentados pelo Brasil diante dessa situação são enormes devido às condições de extrema vulnerabilidade em que vive grande parte da população. Dentre seus múltiplos efeitos sociais, a pandemia da Covid-19 apresenta impactos também em relação ao suicídio. No momento da escrita desse artigo, nos deparamos com um saldo em torno de 600 mil mortes no país em consequência de uma doença que se alastrou pelo mundo. A situação brasileira é tanto mais grave devido à controversa atuação do atual governo federal, que nega a capacidade mortífera do vírus, acredita em medicamentos sem evidências científicas e ironiza as perdas sofridas pela população. E ainda trata o suicídio de forma criminoso, ao falar publicamente impropérios sobre as pessoas que deram fim à própria vida (FREIRE, 2021). Trata-se de um governo de extrema direita que passa ao largo do devido enfrentamento das históricas desigualdades sociais brasileiras, acirradas por uma elite dirigente defensora de um modelo de economia pautado pelos princípios do neoliberalismo, que cada vez mais diminuem a presença do estado na formulação de políticas sociais. Como afirma Boaventura Santos (2020) em seu livro “A cruel pedagogia do vírus”, o sentido literal da pandemia do coronavírus é o medo caótico e generalizado da morte causados por um inimigo invisível. Entretanto, apesar de atingir toda a população mundial, ela tem efeitos discriminatórios, tornando-se mais perigosa para as pessoas mais frágeis e em situação de vulnerabilidade.

Neste artigo, analisaremos o impacto da pandemia na saúde mental, especificamente no tocante aos atos suicidas, que geralmente ocorrem em consequência de perdas importantes e situações traumáticas durante a vida. O texto discute os conceitos de prevenção e atenção ao suicídio, demonstrando que, apesar de ser impossível prevenir decisões já assumidas, é possível evitar o desfecho trágico na maioria das vezes, caso haja o devido acolhimento ao sofrimento e acompanhamento da situação.

O momento atual suscita preocupação pelos inúmeros impactos psicossociais produzidos na população, e, por isso, a partir da revisão bibliográfica de autores do campo da saúde pública, saúde mental e psicanálise, pretendemos contribuir com uma reflexão sobre os efeitos da pandemia na saúde mental da população, especificamente em relação ao ato suicida. Utilizando os conceitos de vulnerabilidade e desamparo, discutiremos propostas de prevenção e atenção à saúde, objetivando demonstrar que políticas públicas intersetoriais devem ser efetivadas como resposta à pandemia, tendo que ser responsabilizadas pela assistência e consequente diminuição dos agravos.

O suicídio: a lógica “preventiva” de um problema mundial

O tema do suicídio indica a natureza complexa e multifatorial dos comportamentos daqueles que decidem pela morte ou por tentativas de autodestruição. Segundo Botega, Cais e Rapeli (2002, p. 365), o comportamento suicida é

[...] todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato... a partir de pensamentos de autodestruição, passando por ameaças, gestos, tentativas de suicídio e, finalmente suicídio.

O suicídio é atualmente compreendido como grave problema de saúde pública, e, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é responsável por mais de 800.000 mortes por ano no mundo e a segunda maior causa de mortes entre jovens. No Brasil, 11 mil pessoas em média tiram a própria vida por ano, sendo essa a quarta maior causa de morte entre pessoas de 15 a 29 anos. Entre os homens, o suicídio é a terceira maior causa, e entre as mulheres a oitava maior causa neste período de idade. Calcula-se que, para cada suicídio consumado, existam de oito a dez tentativas, capazes de deixar sequelas irreparáveis, além de serem fatores de risco para novas tentativas, que enfim poderão ser “bem-sucedidas”.

Sendo um problema tão antigo quanto a própria história da humanidade, ultrapassando os limites tanto do tempo como das culturas, o suicídio tem sido considerado um problema de saúde pela psiquiatria na modernidade e um problema de saúde pública só nos anos 2000. O que há de novo e recente é o tema do suicídio ter ultrapassado o campo da saúde, ocupando também os campos da educação, da assistência, do trabalho e da justiça. Em resumo, a atenção ao suicídio tornou-se um assunto das políticas sociais. Atualmente, muito se tem discutido sobre propostas de prevenção ao suicídio, mas uma questão se faz relevante em especial: será possível prevenir um ato individual, mesmo que referente a motivações sociais, econômicas ou subjetivas?

A formulação de políticas de saúde se dá a partir da identificação dos riscos, e diante disso consideram-se duas ações fundamentais: a prevenção e a atenção à saúde. A prevenção em saúde “exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença” (LEAVELL; CLARCK *apud* CZERESNIA; FREITAS, 2003, p. 4). As ações preventivas são, assim, intervenções dirigidas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. O fundamento do discurso preventivo é o conhecimento da epidemiologia moderna, tendo por objetivo controlar a transmissão de doenças infecciosas, bem como a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos.

No caso do fenômeno do suicídio, a prevenção é o modo de antecipar o ato de autoextermínio através de ações coletivas. Segundo Bertolote (2000), a prevenção do suicídio envolve uma série completa de atividades, abrangendo desde a provisão das melhores condições de um tratamento efetivo dos transtornos mentais até um controle ambiental dos fatores de risco.

Enquanto a prevenção tem como finalidade evitar os agravos, a atenção à saúde tem um significado mais amplo, identificado à promoção da saúde. Esta última define-se, tradicionalmente, de forma diferente da prevenção, pois refere-se a medidas que “não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais” (LEAVELL; CLARCK *apud* CZERESNIA; FREITAS, 2003, p. 4). No caso da atenção ao suicídio, as estratégias enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, exigindo uma abordagem intersetorial.

Segundo Bertolote et al (2010), existem os fatores predisponentes e os fatores precipitantes para o comportamento suicida. Os primeiros são: sexo (homens se suicidam mais e mulheres tentam mais), idade (jovens tentam mais e idosos se suicidam mais), história familiar, tentativa(s) prévia(s),

presença de transtorno mental, presença de doenças físicas, estado civil divorciado, viúvo ou solteiro, abuso físico, emocional ou sexual na infância, desemprego, aposentadoria, isolamento social, pertencer a uma minoria étnica ou sexual. Quanto aos fatores precipitantes, o autor enumera: rompimento de relações amorosas, rejeição afetiva e/ou social, graves perturbações familiares, perda de emprego, modificação da situação financeira, gravidez indesejada, temor de ser descoberto por ter feito algo socialmente indesejável.

Esses fatores de risco, se considerados isoladamente, não possuem força suficiente para provocar um comportamento suicida, sendo a sua combinação que provoca o ato em si, seja o suicídio ou sua tentativa. É a partir de uma complexa inter-relação de aspectos individuais, socioculturais, econômicos e políticos que os riscos – sejam predisponentes ou precipitantes – são desencadeados. Dessa forma, percebe-se que a prevenção deve ser acompanhada simultaneamente da atenção à saúde, ao ofertar à população condições de enfrentamento das adversidades.

Apesar de ser impossível prevenir decisões já assumidas, algumas pesquisas sobre prevenção sugerem que na maioria das vezes o desfecho trágico pode ser evitado, caso haja o devido acolhimento ao sofrimento e acompanhamento da situação (WHO, 2013). Calcula-se ainda que, para cada suicídio cometido, cinco a dez pessoas (familiares e amigos) são profundamente afetadas nos contextos social, emocional e econômico. Trata-se de um importante problema de saúde coletiva, onde as vítimas em potencial e os chamados “sobreviventes” (pessoas impactadas por um suicídio de parente, colega ou amigo) necessitam de atenção especial (CVV, 2013; SOARES *et al.*, 2011). Independentemente das estatísticas, o sofrimento – sempre por trás de um suicídio, de uma tentativa ou de uma ideação suicida – é um fator que não pode ser ignorado pelos profissionais de saúde e pela sociedade em geral.

O último relatório sobre prevenção do suicídio, publicado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014), reforça a necessidade da criação de políticas públicas que priorizem ações coordenadas para minimizar esse grande problema de saúde pública. Ao apresentar uma visão abrangente sobre o suicídio, a OMS recomenda que os países envolvam os seus departamentos governamentais no desenvolvimento de uma resposta coordenada entre as ações no setor da saúde, da educação, do trabalho, do bem-estar social e jurídico.

O suicídio e a pandemia

A pandemia do novo coronavírus, iniciada em janeiro de 2020, trouxe novas preocupações quanto aos fatores de risco de suicídio, o que tem desencadeado estudos e pesquisas sobre o risco de suicídio e suas tentativas durante esse período de grave crise sanitária. Alguns documentos disponíveis já trazem resultados da investigação empírica sobre o problema, indicando o aumento de casos.

Entretanto, estima-se que no Brasil os dados de suicídio e suas tentativas levam em torno de dois a três anos para serem atualizados. Segundo o Atlas da Violência, portal que reúne, organiza e disponibiliza informações sobre violência no Brasil (IPEA, 2020), os últimos dados se referem ao ano de 2017, com 12.495 casos em todo o território nacional. Dessa forma, considera-se insuficiente qualquer estudo que analise o impacto da crise da Covid-19 nos índices de suicídio e tentativas no cenário atual. Todavia, diante das situações impostas pela pandemia – tais como isolamento, distanciamento social, sentimento de perda e mudanças de hábitos cotidianos –, já existem estudos recentes indicando um aumento da angústia e da depressão, especialmente entre os profissionais de saúde. Além destas, a violência familiar e o abuso de substâncias tornam-se fatores

importantes que podem aumentar o risco de uma pessoa decidir tirar a própria vida (Organização Pan-Americana da Saúde, OPAS, 2021).

Segundo Boaventura Santos (2020), a pandemia de Covid-19 não é uma situação de crise que se opõe à ideia de normalidade. A década de 1980, marcada pela imposição do neoliberalismo como a versão dominante do capitalismo, sujeitado cada vez mais à lógica do setor financeiro, colocou o mundo em permanente estado de crise. Nesse sentido, a pandemia vem apenas agravar uma situação crítica já prevalente nos últimos quarenta anos, sendo essa a sua específica periculosidade.

O autor afirma que crises graves e agudas, com letalidade muito significativa e rápida – como no caso da Covid-19 –, mobilizam a mídia e os poderes políticos para as suas soluções, porém não atuam no enfrentamento de suas causas. Por exemplo, a crise climática, a população que vive em situação de vulnerabilidade social, a transformação de bens sociais – sobretudo saúde, educação e segurança social – em “negócios” do capital, dificultam uma resposta rápida, já que o investimento privado é gerido de modo a permitir o máximo de lucro para os investidores, ao contrário do investimento público.

Este modelo põe de lado qualquer lógica de serviço público, e com isso ignora os princípios de cidadania e os direitos humanos. Deixa para o Estado apenas as áreas residuais ou para clientelas pouco solventes (muitas vezes, a maioria da população) as áreas que não geram lucro. Por opção ideológica, seguiu-se a demonização dos serviços públicos (o Estado predador, ineficiente ou corrupto); a degradação das políticas sociais ditada pelas políticas de austeridade sob o pretexto da crise financeira do Estado; a privatização dos serviços públicos e o subfinanciamento dos que restaram por não interessarem ao capital (SANTOS, 2020, p. 24).

O autor esclarece que a mercantilização da vida coletiva é uma característica central dos países capitalistas com tendência a práticas neoliberais. As pandemias revelam a face cruel do capitalismo neoliberal quando mostram a incapacidade de o Estado responder às emergências. As respostas que esses Estados têm dado à crise variam, mas todas trazem em seu bojo a falta de previsibilidade devido ao enfraquecimento de suas políticas sociais.

Segundo a Associação Mundial de Psiquiatria (WASSERMAN, 2020), durante épocas de crise, tais como desastres naturais, guerras ou epidemias, é comum as taxas de suicídio diminuírem temporariamente. Entretanto, logo depois do fim da crise, essas taxas aumentam. A pandemia da Covid-19 apresenta um desafio especial para as pessoas em todo o mundo, na medida que afeta tanto a saúde física quanto a mental, a economia e a vida social em todo o planeta. Provavelmente os fatores de risco de suicídio devem aumentar, como estresse, alterações do sono, ansiedade e depressão.

A falta de certeza ou de um mínimo de segurança em relação ao futuro traduz o impacto sobre o bem-estar mental durante e após a pandemia, podendo levar a um aumento das taxas de suicídio. As rupturas sociais decorrentes da solidão, ao lado do estreitamento de laços familiares, a perda de pessoas próximas, perda do trabalho e de conquistas, medo do futuro e a ameaça de adoecimento e morte alteram significativamente os modos de viver. Nesse sentido é possível prever um risco aumentado de emergência em relação ao sofrimento psíquico como um reflexo da pandemia de Covid-19, ou seja, uma maior vulnerabilidade às situações que demandam uma mudança de rotina na vida cotidiana.

Contudo, um ponto importante a ser destacado é sobre a história pessoal de cada sujeito. As experiências consideradas traumáticas ou negativas, tais como violência familiar, os estados depressivos anteriores e

diferentes sintomas do sofrimento psíquico, podem ser evidenciados e potencializados durante o período de pandemia, devido à fragilidade em que a pessoa se encontra ou pela impossibilidade de ter acesso à assistência, seja de saúde, seja social. Lembramos que há uma normalidade nos estados de ansiedade e inquietação nesses tempos de incerteza, embora para as pessoas em que o mundo já era pobre e vazio, essas inquietações parecem se tornar explosões de dor psíquicas que devem ser acolhidas, escutadas e transformadas.

Vulnerabilidade e Desamparo

Para pensar os efeitos da pandemia na saúde mental das pessoas, é importante levar em consideração o conceito de vulnerabilidade, não só física e individual, mas psicossocial. Segundo Malagón e Czeresnia (2015), a vulnerabilidade no plano social se refere à existência de relações que limitam a capacidade de atuação das pessoas e retiram os suportes institucionais de segurança social, ou seja, situações que negam o exercício efetivo de direitos e, portanto, insegurança presente e evanescência de projetos futuros. Assim, uma situação de vulnerabilidade diminui as capacidades relacionais de afirmação do sujeito no mundo, incluídas as formas de agenciamento social. Ainda que o sujeito humano seja constituído a partir do desamparo estrutural, sendo a existência humana marcada pela fragilidade e finitude, ele está imerso em permanentes processos de enfraquecimento intimamente ligados às ordens de poder.

Essa complexidade é um desafio tanto pelas implicações práticas no âmbito clínico ou da saúde pública, quanto pelos desafios em torno da crítica geral das instituições sociais contemporâneas, ancoradas em um projeto biopolítico norteado pelo controle, que conduz a formas de exclusão, segregação e negação de direitos (MALAGÓN; CZERESNIA, 2015, p. 246).

Os desafios enfrentados pelo Brasil diante da Covid-19 são ainda maiores devido às condições de extrema vulnerabilidade vivenciadas por grande parte da população brasileira. Observamos que muitas pessoas e famílias que anteriormente viviam em condições – mesmo que mínimas – dignas de vida, atualmente se encontram sem moradia, sem trabalho, sem expectativas em relação ao futuro.

A ausência e o abandono das políticas públicas são visíveis em um momento em que o Estado deveria estar mais do que nunca presente, ofertando assistência à saúde, apoio tecnológico para crianças e jovens continuarem estudando de forma remota, habitação, bens e serviços que garantam a vida da população. Ao invés disso, todavia, e indiferente a todo esse cenário, o governo atual prefere criar “relações de inimizade” com grupos que para ele impedem o progresso econômico: pobres, negros, índios, velhos, ou seja, a população que não produz bens para o consumo capitalista. Foucault (1988) esclareceu isso no século XX ao nomear essa prática de biopolítica, referindo-se a uma forma de poder que age sobre a vida através dos corpos humanos, tornando-os paradoxalmente produtivos e ao mesmo tempo frágeis por meio de técnicas disciplinares. O discurso biologista, aliado ao poder político, constrói, assim, uma hierarquia entre as espécies através da seleção natural que elimina os menos adaptados: a biopolítica tenta justificar dessa forma as relações de colonização, a proclamação de guerras, a criminalidade, a doença mental, ou seja, a divisão da sociedade em classes.

Ao resgatarmos o tema da biopolítica no presente século, temos em vista o que o filósofo Achille Mbembe (2018) chama de necropolítica: um mecanismo de poder criado a partir das consequências do processo histórico de colonização dos povos da África e das Américas, que, servindo

de base para a constituição do modelo de modernidade europeia, se perpetua até os dias de hoje por meio da globalização, do neoliberalismo e do colonialismo. Questionando os limites da ideia de soberania – pensada não como autonomia e sim como uma determinada tecnologia de poder que transforma determinados espaços políticos em campos de morte – o conceito de necropolítica evidencia que, nessa lógica, o estado escolhe quem deve viver e quem deve morrer, quem é descartável e quem não é. Tal narrativa é sustentada pela ideia segundo a qual o Estado deve existir tal qual uma divindade, opondo-se, nesse sentido, às narrativas que reivindicam o direito à vida e à ocupação do território em sentido lato. A partir de uma relação íntima com a noção de inimizade, a necropolítica considera o Outro como um perigo, uma ameaça à vida em sua totalidade, e que por isso deve ser eliminado.

A partir dessas considerações, percebemos que as pessoas em situação de vulnerabilidade sofrem de forma mais intensa os efeitos da pandemia de Covid-19, uma vez que vivemos em uma sociedade estruturalmente carente de justiça social, onde a ausência das políticas é uma forma de política. Isso acarreta experiências de situações-limite que geram medo, angústia e desamparo decorrentes desse tipo de violência do Estado.

O desamparo primordial, termo utilizado por Freud (1974a) para explicar a fragilidade humana, é uma condição estruturante do sujeito, um estado de total dependência e necessidade de um bebê desde o seu nascimento que, além de cuidados biológicos, precisa de um Outro – lugar simbólico, de alteridade – que o sustenta psiquicamente, favorecendo sua constituição como sujeito. É a partir do desamparo que o humano infantil estabelece uma relação com outro humano, inaugurando a possibilidade do laço social. Além de sua dimensão constitutiva, o desamparo comporta o real traumático, na medida em que lhe escapa a inscrição simbólica, ou seja, as ameaças às exigências da vida se tornam perigos pulsionais ao produzir angústia e sintomas para o que está sem sentido, sem representação.

Além dessa condição estrutural trazida por Freud, outros autores têm desenvolvido o tema do desamparo a partir das transformações sociais e de seus efeitos na subjetividade. Januzzi e Ferrari (2018) elaboram a noção de desamparo generalizado ao comentar sobre a denegação do humano como semelhante, a partir da desconstrução dos valores civilizatórios como fator político. Por exemplo, a exclusão de grande parte da população dos sistemas de cuidado, prevenção e proteção; as demissões em massa de trabalhadores; a exposição à contaminação; o adoecimento psíquico das equipes de saúde, entre outros fatores que geram angústia por negarem aos indivíduos o direito a serem amparados, gerando os desamparados pelo Estado.

No texto “O Mal-estar na civilização” de Freud (1974b) afirma que a infelicidade e o mal-estar afetam os seres humanos a partir de três direções: da fragilidade do próprio corpo; do mundo externo e das forças da natureza; e das insatisfações ou da violência desencadeadas pelas relações com os outros. O mal-estar proveniente da relação com os outros, pondera Freud, talvez seja o mais penoso de todos eles. Quando o sujeito é atingido por alguma dessas direções, as situações de vulnerabilidade – potencialmente traumáticas como a violência, as perdas, a doença ou as catástrofes – se articulam com o desamparo estrutural e o confrontam de modo mais ou menos direto, com mais ou menos anteparos, com o trauma do real irrepresentável. Ou seja, o fracasso do desamparo em sua função constitutiva, aliado à intensidade do desamparo generalizado, pode levar o sujeito a prescindir do Outro como dimensão simbólica e restauradora. Januzzi e Ferrari (2018) chamam essa modalidade de desamparo radical, sugerindo a ação da pulsão de morte como efeito avassalador do trauma, o que conduz a desenlaces trágicos e muitas vezes indesejados. Tal pode ser o caso do suicídio e de suas tentativas como consequência do atual momento

de crise, em que o trauma é o de não ter lugar no campo do Outro, de não encontrar reconhecimento de sua condição de sujeito no tecido social.

Portanto, o desamparo está intimamente relacionado com o mal-estar que decorre daquilo que o sujeito experimenta como sofrimento ou impossibilidade de relacionamento com o outro e com o mundo. Isso o obriga a defrontar-se com inúmeras situações de vulnerabilidade, que evidenciam o eterno conflito entre civilização e barbárie, o qual atravessa tanto o processo individual quanto o civilizatório.

A ameaça é real e, por isso, impossível de ser representada ou simbolizada. O que não quer dizer que ela não possa ser enfrentada. Já têm sido reconhecidos os efeitos da pandemia na saúde mental das pessoas nos mais diversos aspectos, sejam diretos ou indiretos, o que implica uma condição preocupante de saúde pública. Nesse sentido, a preocupação não se encerra apenas nas pessoas que desenvolvem algum sofrimento psicossocial, na medida em que isso pode ultrapassar a capacidade de enfrentamento dos grupos afetados e atingir maior parte da população, gerando outra epidemia. Dessa forma, é preciso que haja uma construção corresponsabilizada de enfrentamento entre os diversos atores sociais incluídos nesse processo, a saber, a população, os dispositivos e autoridades sanitárias e o poder público.

O desafio da política pública face à vulnerabilidade e ao desamparo

As políticas de atenção ou prevenção ao suicídio no Brasil têm início a partir dos anos 2000 (início do século XXI), após a OMS ter chamado a atenção mundial para o problema. Nesse período já estava em curso adiantado a construção da Reforma Psiquiátrica brasileira, que instituiu novas formas de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. A lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, consolida o processo de construção da Reforma, através de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, além de desconstruir a ideia de isolar o sujeito para tratamento, devolvendo-lhe o direito ao convívio social e a possibilidade de desenvolver sua subjetividade e cidadania. Essa nova política de saúde mental propõe outra modalidade de assistência ao sofrimento psíquico em serviços abertos, onde são propostos modelos de cuidado baseados em uma lógica oposta ao modelo manicomial (BRASIL, 2001).

A principal modalidade de assistência, de acordo com a Reforma, são os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS): serviços abertos e comunitários, constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental grave ou persistente (psicoses, neuroses graves, transtornos de humor), incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011). Tais serviços são substitutivos ao modelo asilar.

Atualmente, os transtornos de humor caracterizados por depressão, ansiedade e estresse são os mais prevalentes na rede assistencial de forma geral, podendo ter o suicídio como desfecho. Desta forma, torna-se fundamental a existência de uma rede de cuidados em que o CAPS é um dos protagonistas, desde que integrado a outros dispositivos que possam oferecer, de forma multidisciplinar, a assistência necessária para pessoas em sofrimento psíquico e evitar o trágico desfecho (ESTELLITA-LINS, 2012).

A maioria dos programas e redes municipais de atenção e prevenção ao suicídio estão inseridos no interior da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), porém ainda são pouco expressivos. Municípios com maiores taxas de suicídio têm elaborado projetos de prevenção em que a assistência é feita na

atenção básica, nos CAPS e nas unidades de emergência, instituindo espaços de acolhimento junto à rede intersectorial.

Ao lado da rede de saúde mental, a proposta de um enfrentamento à pandemia, no tocante à própria saúde mental e atenção ao suicídio, requer a existência de um estado democrático, onde as pessoas sejam reconhecidas em suas necessidades e seus direitos. O direito à educação, aos bens sociais e à saúde são algumas dessas condições. Desde 1988, quando o Brasil passa a ser considerado um Estado Democrático de Direito – a partir da consolidação da nova ordem constitucional erigida pela Constituição Federal – até o ano de 2016, o país já havia construído amplos projetos de desenvolvimento das políticas sociais, entre eles, o sistema universal de Saúde Pública. O campo da saúde mental, tributário do SUS, avançou bastante nesse período com a criação de dispositivos substitutivos ao modelo asilar, assim como a proposição de um novo paradigma do sofrimento mental, tal como apresentado anteriormente. Entretanto, é bom levar em consideração que esses avanços sempre foram consequência de acirradas lutas contra vários segmentos da sociedade organizada que não tinham interesse na construção da Reforma Psiquiátrica.

Tais segmentos foram contemplados quando, pouco tempo após o impeachment do governo de Dilma Rousseff (2016), o Ministério da Saúde apresentou uma proposta de reformulação da Política Nacional de Saúde Mental que englobou a manutenção de leitos em hospitais psiquiátricos, o retorno do tratamento ambulatorial, a ampliação de recursos para comunidades terapêuticas e a limitação na oferta de serviços extra hospitalares. A ampliação dos leitos foi vetada, mas as comunidades terapêuticas – entidades em sua maioria de cunho religioso – receberam um maior aporte financeiro, recrudescendo o que já vinha acontecendo desde 2016.

Em entrevista ao Portal da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), o professor Dr. Pedro Gabriel Delgado comenta que esta proposta:

É um pacote de medidas que desconstrói a reforma psiquiátrica, a proposta de desinstitucionalização e a atenção comunitária, ou seja, toda uma rede de saúde mental que acompanha o processo de saída dos pacientes dos longos períodos de internação. É um pacote que privilegia o atendimento hospitalar, que aumenta os recursos para os hospitais psiquiátricos e destina recursos muito volumosos para as comunidades terapêuticas, que já vêm recebendo recursos volumosos desde 2016, e, conseqüentemente, diminui os recursos da rede comunitária de atenção. Nós já estamos com sete mil vagas em comunidades terapêuticas, e isso tende a aumentar, na contramão da Lei da Reforma Psiquiátrica nº 10.216 (MACHADO, 2017, s./p.).

O professor, militante da luta antimanicomial e à frente do processo de desinstitucionalização psiquiátrica desde seu início, ainda lembra que há grupos interessados no desmonte da Política de Saúde Mental, seja por conservadorismo ou mesmo por outros interesses, como, por exemplo, o descrédito do próprio SUS.

O grupo que pertencia ao Ministério da Saúde, naquele momento (governo Michel Temer), privilegiava o setor privado de saúde, aumentando os gastos com leitos hospitalares em detrimento da Atenção Básica. Além disso, fortalecia a indústria farmacêutica, através do estímulo à prescrição de psicotrópicos.

As últimas eleições de 2018 deflagraram o que claramente se anuncia como o desmonte do Sistema Único de Saúde construído ao longo de um processo social e político de bases democráticas, que o aperfeiçoou nos

últimos 30 anos. No campo da saúde mental, no início de 2019, o Ministério da Saúde lançou a Nota Técnica nº 11/2019, que tenta colocar em prática uma nova política de atendimento à saúde mental no Brasil. Baseada em portarias e resoluções publicadas entre outubro de 2017 e agosto de 2018, a NT 11/2019 chegou a ser divulgada no site do Ministério da Saúde, mas foi retirada alguns dias depois, após severas críticas de técnicos e defensores da Reforma Psiquiátrica. Os principais itens da Nota Técnica são:

Inclusão dos hospitais psiquiátricos na rede de Atenção Psicossocial (RAPS); financiamento para compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia (eletrochoque); possibilidade de internação de crianças e adolescentes; abstinência como uma das opções da política de atenção ao álcool e outras drogas; [...] (BRASIL, 2019).

Várias entidades ligadas ao Movimento da Reforma Psiquiátrica responderam criticamente à NT 11/2019. Entre elas, a ENSP/Fiocruz, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), e muitos conselhos de classe de profissionais de saúde. Órgãos ligados ao setor jurídico também foram desfavoráveis ao descumprimento da lei 10.216/2001.

Não foi surpresa a retirada da Nota, demonstrando que o apelo popular e dos órgãos formadores de opinião é a maior garantia do estado democrático de direito. Segundo avaliação da ABRASCO (REIS, 2019), a tentativa de instituir as referidas práticas é um grave retrocesso, não se constituindo num projeto de “nova” reforma psiquiátrica e sim numa contrarreforma psiquiátrica. Recolocar a principal instituição – o hospital psiquiátrico e a comunidade terapêutica – na rede de atenção é uma forma de perpetuar o modelo manicomial.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Reforma Psiquiátrica brasileira é considerada a rede mais plural dentre as redes do sistema de saúde no Brasil. Deixando de lado as instituições manicomiais ainda existentes, apesar da luta para sua extinção, estimula o tratamento no território habitado pelas pessoas em sofrimento mental e suas famílias, e onde existem as suas redes de apoio e de sociabilidade.

Na “nova” proposta, em contraste, o princípio da territorialidade não é considerado, enfraquecendo ou mesmo excluindo o que é considerado um dos pontos responsáveis por reabilitar e ressocializar pessoas ou, eventualmente, impedi-las de serem dessocializadas, estigmatizadas ou excluídas. São priorizadas as “evidências científicas”, o que quer dizer evidências biomédicas.

Apesar de defender a internação de crianças e adolescentes, poucas referências são feitas sobre o assunto. O único tópico dedicado exclusivamente a essa faixa etária é curto e, surpreendentemente, apenas defende a internação psiquiátrica para crianças e adolescentes, sem maiores argumentações. Essa orientação confronta com o princípio mais geral do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, de 1990, particularmente em seus artigos 18, 18A e 18B, e com as recomendações explícitas (de números 173 e 174) da III Conferência Nacional de Saúde Mental, de negação de internações deste grupo etário em instituições de características manicomiais, bem como de desinstitucionalização das crianças e adolescentes ainda remanescentes em instituições deste tipo.

Seguindo a avaliação da ABRASCO, a propaganda feita no documento em defesa da eletroconvulsoterapia (ECT), comumente chamada de eletrochoque, é outro equívoco. O uso dessa técnica ainda é objeto de debates no meio científico, bioético e judicial, sendo indicado apenas em

casos estritamente graves e resistentes de depressão, havendo o risco de uma banalização de seu uso, já que historicamente há um simbolismo da sua prática violenta e punitiva que assombra tantas pessoas que foram vítimas de seu uso abusivo.

Outro ponto crítico é a aparente negação, feita pelo documento, em relação aos transtornos comuns e atuais na psiquiatria, tais como suicídio e suas tentativas, violências em geral e acidentes totalmente preveníveis tais como Brumadinho, Muzema e outros. Tais ocorrências refletem um mal-estar severo na sociedade, consequência das políticas de austeridade, desemprego, baixa qualidade de vida, múltiplas intolerâncias e perda de esperança.

No início de dezembro de 2020, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) divulgou um documento chamado “Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil”. Esta proposta é dissonante ao que é proposto pela Lei nº 8.080/90 (SUS), pela Lei nº 10.216/2001, pela Constituição Federal (no que tange à liberdade individual e ao direito à saúde), pela Portaria nº 3.088/2011 e pelos movimentos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica brasileira. Segundo o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CNS), esse documento representa um evidente retrocesso em relação aos equipamentos e modelos de cuidado em saúde mental.

A proposta da ABP incentiva a abertura de hospitais psiquiátricos ditos especializados, enfraquece o lugar dos CAPS como porta de entrada para os serviços de saúde mental e aponta dados referentes à saúde mental que não são atualizados e não apresentam referências científicas baseadas em evidência e eficácia (CFP, 2020). O texto ainda afirma que não há estudos e publicações relacionados aos cuidados atuais em saúde mental, aos equipamentos de saúde e à eficácia do que é ofertado no território brasileiro. Esse argumento pode ser facilmente contraposto, haja vista as inúmeras publicações sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira plenamente acessíveis a partir de buscas em bases de dados de referência em saúde coletiva e saúde pública, tanto nacionais quanto internacionais.

No respectivo documento, a ABP (2020, s./p.) assevera que

Desde 1995 a política de saúde mental dominante no Brasil adota como premissa do seu modelo assistencial a desvalorização do saber psiquiátrico e redução do papel do psiquiatra. O psiquiatra vem sendo colocado como profissional secundário e prescindível à Psiquiatria. A assistência à Saúde Mental implementada pelos governos ao longo deste período continua baseada nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de eficácia não demonstrada como serviços de reabilitação e reinserção social.

Sabe-se que, desde a criação dos CAPS, reafirmada pela portaria que institui a RAPS, os serviços de saúde mental devem ser compostos por equipe multidisciplinar, sendo o psiquiatra parte fundamental da equipe, responsável pelos psicofármacos administrados e corresponsável pela elaboração do plano terapêutico dos pacientes.

Segundo o Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2020), o Brasil possui uma política de saúde mental, álcool e outras drogas, sustentada a partir de quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental, pela Lei nº 10.216/2001 e pela Lei Brasileira de Inclusão. Todas elas são reconhecidas no cenário internacional pela OMS como referência de reestruturação da assistência em saúde mental no mundo, dadas suas marcas civilizatórias pautadas na atenção comunitária e territorial, em uma rede pública de serviços diversificada e com atuação multiprofissional. Tal política reafirma o protagonismo e a ampliação dos direitos de cidadania das pessoas com

sofrimento e/ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Em nota de repúdio, o Conselho Nacional de Saúde lembra que não podemos permitir mais uma vez ameaças de retrocesso, num contexto de crise econômica e sanitária em decorrência da pandemia de Covid-19, em que milhões de pessoas estão perdendo suas vidas, vivenciando processos de adoecimento, desemprego, precarização do trabalho e outros inúmeros obstáculos. Em outros termos, a pandemia agrava as questões da saúde mental e aumenta a necessidade de cuidados.

Percebe-se que tem sido comum a resistência de parte dos psiquiatras frente ao modelo substitutivo de saúde mental, não mais hospitalocêntrico. Não é a primeira nem será a última tentativa de desmonte de uma política centrada no cuidado integral, com serviços abertos ao usuário, às famílias, às comunidades. Para a operacionalização do cuidado, é necessário assumir o pensamento complexo respeitando as particularidades e regionalidades do nosso país. Pessoas que vivem experiências de sofrimento mental, mais ou menos graves, mais ou menos intensas, precisam ter suas necessidades sociais e de saúde escutadas. A medicalização dos problemas da vida não resolve as causas das dores e do sofrimento psíquico.

Nesse sentido, uma política pública somente será possível através do reconhecimento dos avanços e retrocessos no campo da saúde, tentando construir novos modos de integração entre os setores envolvidos, tais como: o fortalecimento dos CAPS, da Atenção Básica, do Programa Saúde na Escola (PSE), dos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) e de grupos de trabalho voltados para a atenção ao suicídio.

Entendemos que a atenção ao suicídio deve estar inserida em uma rede intersetorial composta por vários segmentos, a saber: o sistema de saúde, de educação, de bem-estar social, previdenciário, jurídico, do terceiro setor e de comunicação. Deve ser público, mas não necessariamente governamental, partindo do princípio de que o acesso deve ser disponível a toda a coletividade. Ou seja, os segmentos devem estar preparados para lidar com o problema em suas diferentes vertentes, seja emergencial ou territorial.

Outra condição para a efetivação de uma política de atenção ao suicídio é a integralidade. Uma proposta para a atenção integral à saúde deve partir da reorganização dos processos de trabalho desde a rede básica, ou seja, capacitar as unidades nos diferentes níveis, para o acolhimento dos casos. Trata-se de ações assistenciais que devem ser colocadas em cena, tais como procedimentos, fluxos, rotinas, saberes, em um processo dialético de complementação, mas também de divergências, compondo o que se entende por cuidado em saúde.

Assim, as críticas de diferentes segmentos da sociedade organizada às propostas “contrarreformistas” dos governos federais desde o impeachment de Dilma Rousseff, reafirmam a importância de uma política de saúde mental compreendida como um conjunto de ações forjadas em dimensões plurais, que sejam fiscalizadoras das políticas públicas e pautadas nos princípios da democracia e da participação social, na medida em que qualquer política que se relacione com o Estado deve ter como fundamento a discussão ampliada entre todos os segmentos sociais. A construção da cidadania de sujeitos historicamente excluídos está no bojo do processo político e social, e não será desmontada facilmente.

Considerações Finais

A pandemia do novo coronavírus tem preocupado bastante os diversos segmentos da comunidade científica, a partir das consequências que pode ter na saúde mental da população. As situações impostas – tais como o isolamento, o distanciamento ou excesso de proximidade familiar, o sentimento de perda e mudanças de hábitos cotidianos – tornaram-se objeto de estudos que indicam um aumento da angústia e da depressão, especialmente entre os profissionais de saúde. Apesar de não haver ainda comprovação do aumento do número de suicídios e suas tentativas, a pandemia traz preocupações por ser ela mesma um fator de risco.

A partir das questões apresentadas no texto, consideramos que a pandemia intensifica as condições de desigualdade social e sobretudo o abandono que as políticas públicas têm demonstrado, nos últimos anos, para com a população em geral no Brasil. Ao discorrer sobre o problema do suicídio, é evidente que pessoas, que já apresentam algum sofrimento psíquico importante, têm mais chance de desenvolver condições psicossociais mais graves, capazes de levar a um trágico desfecho. Quando existe recrudescimento das situações de vulnerabilidade, essas condições se multiplicam.

A vulnerabilidade social, atrelada ao desamparo generalizado, tem criado condições de incerteza e falta de garantias, seja em relação à vacina, seja em relação à proteção esperada do Estado. Para isso, é necessário que medidas sejam tomadas no sentido de fortalecimento da Rede de Saúde Mental, de forma integrada e intersetorial nos diferentes serviços de saúde, de educação e de bem-estar social.

Acreditamos que só através de uma política pública responsável por assegurar os direitos da população e amparada na justiça social, poderemos enfrentar um momento de tantas incertezas, inseguranças e adversidades. Por meio do desejado fortalecimento do estado democrático, poderemos ter novamente os investimentos necessários nos serviços de atenção e assistência à população.

Sobre o artigo

Recebido: 07/11/2021

Aceito: 10/12/2021

Referências bibliográficas

- ABP. Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil. **Associação Brasileira de Psiquiatria**, 2 out. 2020. Disponível em: <https://www.abp.org.br/post/diretrizes-abp-cfm>. Acesso em: 20 jan. 2021.
- BERTOLOTE, J. M. Prevenção Do Suicídio: Um Manual Para Profissionais Da Saúde Em Atenção Primária. **Organização Mundial da Saúde**, 2000. 22 p. Disponível em: http://www.saude.niteroi.rj.gov.br/CSM/suicideprev_phc_port.pdf. Acesso em: 15 jan. 2020.
- BERTOLOTE, J. M.; MELLO-SANTOS, C. D.; BOTEAGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, p. 87-95, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/tF7BMYsc7sT53qQd5hWrPt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jan. 2020.

BOTEGA, N. J.; CAIS, C. F. S.; RAPELI, C. B. Comportamento suicida. *In*: Botega, N. J. (org.) **Prática psiquiátrica no hospital geral**: Interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 335-355.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. 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 União: Brasília, DF, set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL. **Lei 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Presidência da República: Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 20 jul. 2020.

BRASIL. **Lei 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Presidência da República: Brasília, 2001. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 21 mar. 2019.

BRASIL. **Portaria 3.088 MS/GM, 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). Ministério da Saúde: Brasília, 2011. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL. **Nota técnica 11/2019**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Ministério da Saúde: Brasília, 2019. Disponível em <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2020.

BRASIL. **O que é a Covid-19?** Ministério da saúde. Brasília, 08 de abril de 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/o-que-e-o-coronavirus>. Acesso em: 20 ago. 2021.

CFP. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Nota de Posicionamento do Sistema Conselhos de Psicologia sobre o documento “Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil”**. 2020. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2020/12/951.1_Vigilia-em-Defesa-da-Saude-Mental-Carta-v1.pdf. Acesso em: 20 jan. 2020.

CNS. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Recomendação n. 040, de 18 de maio de 2020**. Recomenda a revisão da Nota Técnica nº 12/2020 e a implementação de outras providências para garantir os direitos das pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no contexto da pandemia pelo Covid-19. CNS, 2020. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1181-recomendacao-n-040-de-18-de-maio-de-2020>. Acesso em 20 abr. 2021.

CVV. CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA. **Falando abertamente sobre suicídio**. São Paulo, 2013. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/Cartilha-Falando-Abertamente-2020-vers%C3%A3o-impress%C3%A3o-A4.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2020.

CZERESNIA D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 176 p.

- ESTELLITA-LINS, C. (org.). **Trocando seis por meia dúzia**: Suicídio como Emergência do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: FAPERJ. 2012. 160 p.
- FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I**: A Vontade de Saber. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988. 176 p.
- FREUD, Sigmund. **Inibições, sintomas e angústia** (1926). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1974a, vol. XX. 192 p.
- FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização** (1930). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1974b, vol. XXI. 96 p.
- FREIRE, M. Bolsonaro ironiza notícia sobre suicídios na pandemia: 'Não errei nenhuma'. **Yahoo Notícias**, 4 mar. 2021. Disponível em: https://esportes.yahoo.com/noticias/bolsonaro-ironiza-noticia-suicidios-pandemia-000642028.html?guccounter=1&guce_referrer=aHR0cHM6Ly93d3cuZ29vZ2xlLmNvbS8&guce_referrer_sig=AQAAAM10OQkLEOWhXC2kpvZRW_rVXx4hCYfP7cjRNVhMq3ZvwmpZ7aNuPB6WEY-qiEIMb_Wv5HgYp5lQmkBn2-FEUq1Qf12iFq5FVSnUw9CHRzoQch3qP4umZw0z7QZ6lhqFa1sPKijDhtyfZX35F2UyhL2kh4b124sUG2Dxu167a0x6. Acesso em: 20 maio 2021.
- IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas da Violência. Ministério da Economia**: Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>. Acesso em: 03 mar. 21.
- JANUZZI, M. E. S. FERRARI, I. F. Adolescentes usuários de drogas: dificuldades de adesão ao tratamento nos CAPSi. **Subjetividades**, Fortaleza – CE, v. 19, n. 3, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/e8481/pdf>. Acesso em: 03 mar. 21.
- MACHADO, Katia. É um pacote de medidas que desconstrói a Reforma Psiquiátrica. **Entrevista de Pedro Gabriel Delgado concedida à Escola Politécnica Joaquim Venâncio**. Fiocruz, 14 dez. 2017. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/e-um-pacote-de-medidas-que-desconstrui-a-reforma-psi-quiatrica>. Acesso em: 13 jan. 2020.
- MALAGÓN-OVIEDO R. A, CZERESNIA D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface comunicação e saúde educação**, v. 19, n. 53, p. 237-50, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/5BDdb5z4hWMNn58drsSzkf/?format=pdf>. Acesso em: 30 abr. 2020.
- MBEMBE, A. **Necropolítica. Biopoder, soberania, estado de exceção, política de morte**. Tradução: Renata Santini. 3. ed. São Paulo: N-1 edições, 2018. 80 p.
- OPAS. Pandemia de Covid-19 aumenta fatores de risco para suicídio. Organização Panamericana de Saúde. *In: Organização Pan-Americana de Saúde*. 10 set. 2020. Disponível em <https://www.paho.org/pt/noticias/10-9-2020-pandemia-covid-19-aumenta-fatores-risco-para-suicidio>. Acesso em: 13 mar. 2021.
- REIS, V. Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. *In: Associação Brasileira De Saúde Coletiva*. 20 fev. 2019. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/>. Acesso em: 15 jun. 2020.
- SCHUELER, P. O que é uma pandemia. **Fundação Oswaldo Cruz**, 28 jul. 2021, Disponível em:

<https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1763-o-que-e-uma-pandemia>. Acesso em: 26 out. 2020.

SANTOS, B. S. **A Cruel Pedagogia do Vírus**. Coimbra: Edições Almedina, 2020. 32 p.

SOARES, A. T. M.; ALMEIDA, E. C.; RODRIGUES, P. H. A.; NOGUEIRA, R. C., H., E. H. T. (org.). **Prevenção do suicídio no nível local**: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram. Porto Alegre: Corag, 87 p., 2011.

WHO. **Mental health action plan 2013-2020**. Geneva, 2013. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>. Acesso em: 13 jan. 2021.

WHO. **Preventing suicide: a global imperative**, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1. Acesso em: 30 out. 2018.

WASSERMAN, D. **Prevenção do suicídio durante e após a pandemia COVID-19**: recomendações baseadas em evidências para 2020. World Psychiatric Association, 15 jul. 2020. Disponível em: <https://www.wpanet.org/post/suicide-prevention-during-and-after-the-covid-19-pandemic-evidence-based-recommendations-2020>. Acesso em: 20 jan. 2021.