

**PREVENÇÃO AO SUICÍDIO E OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO
SUSTENTÁVEL: OBSTÁCULOS À META 3.4 DA AGENDA 2030 NO BRASIL****SUICIDE PREVENTION AND THE SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS:
OBSTACLES TO TARGET 3.4 OF AGENDA 2030 IN BRAZIL****LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO
SOSTENIBLE: OBSTÁCULOS A LA META 3.4 DE LA AGENDA 2030 EN BRASIL**

Carlos Stavizki Junior¹
Virginia Elisabeta Etges²

RESUMO

A problemática da prevenção ao suicídio ganhou destaque nas últimas décadas, após a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificar a morte autoprovocada como “problema de saúde pública global”, no início do século XXI. O Brasil assumiu compromissos e aderiu às metas de redução da taxa social de suicídios planejadas por instituições internacionais, sendo a mais recente os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), incluídos na Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU). Neste trabalho, discute-se as metas dos ODS n° 3, “Saúde e Bem-estar”, apresentando seus principais indicadores e analisando os dados relacionados à meta 3.4, que almeja reduzir o número de mortes prematuras, através da promoção de saúde mental e bem-estar. Trata-se de uma pesquisa documental e de natureza aplicada, sustentada por dados quantitativos e revisão crítica da literatura. Analisou-se que o Brasil possui políticas públicas que contribuem com os ODS, porém seus indicadores sociais e de saúde demonstram uma tendência negativa para o bem-estar social, acompanhado de aumento dos índices de suicídio.

Palavras-chave: Saúde Mental. Bem-estar. Políticas Públicas. ODS.

ABSTRACT

The issue of suicide prevention has gained prominence in recent decades, after the World Health Organization (WHO) classified self-harm as a "global public health problem" at the beginning of the 21st century. Brazil has made commitments and adhered to the goals of reducing the social suicide rate planned by international institutions, the most recent being the Sustainable Development Goals (SDGs), included in the United Nations (UN) Agenda 2030. This paper discusses the goals of SDG No. 3, "Health and Well-Being", presenting its main indicators and analyzing the data related to goal 3.4, which aims to reduce the number of premature deaths by

¹Mestre e Doutorando em Desenvolvimento Regional. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional (PPGDR). Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Santa Cruz do Sul. Rio Grande do Sul. Brasil. E-mail: ctstavizki@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3358-3380>.

²Doutora em Geografia Humana (USP/SP). Professora Titular no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional (PPGDR). Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Santa Cruz do Sul. Rio Grande do Sul. Brasil. E-mail: etges@unisc.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6976-8363>.

promoting mental health and well-being. This is a documental and applied research, supported by quantitative data and critical literature review. It was analyzed that Brazil has public policies that contribute to the SDGs, but its social and health indicators show a negative trend for social well-being, accompanied by increasing suicide rates.

Keywords: Mental Health. Wellness. Public policies. SDGs.

RESUMEN

El tema de la prevención del suicidio ha ganado relevancia en las últimas décadas, después de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasificara las autolesiones como un "problema de salud pública mundial" a principios del siglo XXI. Brasil ha asumido compromisos y adherido a metas de reducción de la tasa social de suicidios planificadas por instituciones internacionales, siendo las más recientes los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), incluidos en la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). En este trabajo, abordamos las metas del ODS nº 3, "Salud y Bienestar", presentando sus principales indicadores y analizando los datos relacionados con el objetivo 3.4, que pretende reducir el número de muertes prematuras, a través de la promoción de la salud mental y el bienestar. Se trata de una investigación documental y aplicada, apoyada en datos cuantitativos y revisión crítica de la literatura. Se analizó que Brasil tiene políticas públicas que contribuyen a los ODS, pero sus indicadores sociales y de salud muestran una tendencia negativa para el bienestar social, acompañado por el aumento de las tasas de suicidio.

Palavras chave: Salud mental. El bienestar. Políticas públicas. SDGs.

Como citar este artigo: STAVIZKI JUNIOR, Carlos; ETGES, Virginia Elisabeta. Prevenção ao suicídio e os objetivos de desenvolvimento sustentável: obstáculos à Meta 3.4 da Agenda 2030 no Brasil. **DRd - Desenvolvimento Regional em debate**, v. 13, p. 324-338, 25 ago. 2023. Doi: <https://doi.org/10.24302/drd.v13.4828>

Artigo recebido em: 13/05/2023

Artigo aprovado em: 25/07/2023

Artigo publicado em: 25/08/2023

1 INTRODUÇÃO

A problemática da prevenção ao suicídio esteve à margem das investigações científicas na maior parte da história, tendo a filosofia e a teologia como protagonistas na formulação de significados para este fenômeno, até meados do século XIX. Com algumas exceções na literatura e nas artes, a morte autoprovocada manteve-se distante do debate público em países ocidentais, sendo concebida, sobretudo, como algo singular e individual (MINOIS, 2018). Ao longo da era moderna, o tema encarou novas problematizações e alcançou destaque nos debates acadêmicos do século XX, superando o “tabu” das concepções místicas, e assumindo o *status* de “problema público”, inclusive, conquistando relevância nas agendas de políticas públicas em países ocidentais (BERTOLOTE, 2012; CASSORLA, 2017).

Contudo, antes da prevenção ao suicídio se tornar um *imperativo global*³, sua possibilidade mobilizou atores e instituições em escalas territoriais menores, com experiências de construção política que datam do início do século XX. Para fins de análise histórica, considera-se como a primeira instituição de prevenção ao suicídio na era moderna, o projeto “*Save-A-Life*”, criada em 1906 pelo pastor Harry M. Warren (1861 – 1940), da Igreja Batista de Nova Iorque – EUA. Ao longo de sua primeira década, esta organização expandiu sua intervenção para outras regiões e estados, ainda estruturada pelo voluntarismo e vinculada à sua Igreja fundadora. Porém, em 1915, o governo estadunidense reconheceu as ações da organização como de interesse do Estado e ampliou sua operação para todo o território nacional, dando origem à *National Save-A-Life League* (MILLER; GOULD, 2013). O modelo de política estabelecido pela *Save-A-Life* serviu de modelo para políticas de prevenção ao suicídio em diferentes países, inclusive no Brasil contemporâneo (STAVIZKI JUNIOR; VICCARI, 2019).

Ao longo do século XX outros modelos de políticas foram sendo formulados para prevenir o suicídio, apesar dos desafios à sua implementação, sobretudo pelo histórico distanciamento que a temática teve do debate público (MINOIS, 2018). Ademais, as avaliações de políticas públicas sobre a temática enfrentam barreiras que limitam a validação de seus resultados, levando muitos cientistas a “questionarem a cientificidade e os resultados dos programas de prevenção do suicídio em geral, tanto em termos de eficácia quanto da relação custo-benefício” (BERTOLOTE, 2012, p. 93). Mesmo diante dos limites que as políticas de prevenção possam ter, é ponto pacífico no campo científico que exista uma tendência de aumento das mortes autoprovocadas em regiões e países periféricos do sistema capitalista, sobretudo entre as populações jovens e em situações de vulnerabilidade social (OMS, 2021).

Ciente deste contexto, a Organização Mundial da Saúde elaborou, em 2013, um conjunto de metas globais para enfrentamento da tendência de aumento dos suicídios no mundo, incluindo a redução de 10% deste tipo de óbito até 2020. Estas metas estão presentes no Plano de Ação sobre Saúde Mental (2013-2020) da OMS e foram incorporadas pelo Ministério da Saúde brasileiro (MS, 2017). Entretanto, estas metas não foram alcançadas em 2020, e a tendência de óbitos no mundo continuou crescendo, em especial devido aos impactos sociais e na saúde pública causados pela pandemia de Covid-19 (OPAS, 2020). Atualmente, as metas da OMS estão incorporadas aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), da Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU), na Meta 3, (“Saúde e Bem-estar”)⁴.

Neste trabalho, propõe-se uma reflexão sobre os indicadores de mortalidade autoprovocada no Brasil e as políticas públicas ligadas à problemática no território. Formula-se, assim, uma questão central para o estudo: I) Qual o envolvimento do Estado brasileiro em relação às metas da Agenda 2030 para saúde e bem-estar, sobretudo no que se refere à redução da taxa social de suicídios? O desenvolvimento desta reflexão é apresentado em três partes: na primeira, discute-se os processos de criação de políticas de prevenção ao suicídio no Brasil; na segunda, comenta-se sobre os limites da Agenda 2030 para o Brasil; e, por fim, analisam-se os

³ A primeira publicação da Organização Mundial da Saúde, que instrumentaliza a construção de políticas públicas de prevenção ao suicídio a partir de experiências em países membros, foi lançada em 2014, sob o título: “*Preventing suicide: a global imperative*”. Neste documento, traduzido em 11 línguas, é oferecido um panorama detalhado do fenômeno no mundo, destacando que apenas 28 países possuíam (na época) estratégias nacionais ou planos de ação para redução da mortalidade autoprovocada. (WHO, 2014, p. 49).

⁴ No objetivo nº 3 dos ODS (2015 – 2030), “Saúde e Bem-estar”, a prevenção ao suicídio faz parte do bloco de ações que visam “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades”, mantendo-se a meta de redução de, no mínimo, 10% das mortes autoprovocadas até 2030 (UN, 2022).

dados epidemiológicos da tendência da taxa social de suicídio no país, indicando para as dificuldades à realização dos ODSs no país.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental e de natureza aplicada, sustentada por dados quantitativos e revisão sistemática da literatura, sob uma perspectiva crítica das ciências sociais. Os dados foram obtidos pelo *Sistema de Informação sobre Mortalidade* (SIM/DataSUS) e do *Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento* (PNUD). A análise dos dados seguiu o modelo empírico, relacionando as reflexões teóricas com os indicadores sociais de IDH, IDHM e Mortalidade por lesão autoprovocada no Brasil, no período entre 2013 e 2019, devido à regularidade dos dados secundários disponibilizados pelo Ministério da Saúde do Brasil.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO NO BRASIL

O Brasil foi o primeiro país da América Latina a implementar uma política de Estado para a prevenção ao suicídio, através da portaria nº 1.876, de agosto de 2006, que instituiu em todo o território nacional, as *Diretrizes Nacionais para Prevenção ao Suicídio*. Até hoje, estas diretrizes servem como guia para ação de profissionais e serviços de saúde mental, vinculados à Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Hospitais Psiquiátricos. A portaria marca um avanço institucional em relação à problemática, que passou a compor as agendas de políticas públicas de saúde mental no país.

As *Diretrizes Nacionais* nascem na esteira das ações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a redução da mortalidade autoprovocada, em especial pelas propostas de intervenção do *Suicide Prevention Programa* (SUPRE), lançado em 1999. Este programa, de amplitude mundial e coordenado pela OMS, serviu de modelo para o Estado brasileiro projetar ações relativas à prevenção do suicídio no território, tendo como foco a formação de profissionais de saúde e atores políticos envolvidos com a problemática. Isto fez com que a elaboração das *Diretrizes Nacionais* incorporasse as normas e protocolos de intervenção preconizados pela OMS, as quais só viriam a ser problematizadas na esfera pública nacional na década seguinte.

[...] Considerando o aumento observado na frequência do comportamento suicida entre jovens entre 15 e 25 anos, de ambos os sexos, escolaridades diversas e em todas as camadas sociais; Considerando o impacto e os danos causados pelo suicídio e as tentativas nos indivíduos, nas famílias, nos locais de trabalho, nas escolas e em outras instituições; **Considerando a possibilidade de intervenção nos casos de tentativas de suicídio e que as mortes por suicídio podem ser evitadas 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 linha de cuidados integrais no manejo dos casos de tentativas de suicídio, com vistas a reduzir o dano do agravo e melhorar o acesso dos pacientes ao atendimento especializado, quando necessário; Considerando 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, grifo nosso).

Nota-se que estas considerações, extraídas do enunciado da própria Portaria, reconhecem temáticas que viriam a assumir protagonismo apenas na década de 2010, como no caso do *comportamento suicida* entre os mais jovens (BOTEGA, 2014). Chama a atenção a imperativa afirmação sobre a possibilidade de evitar este tipo de morte através da promoção e prevenção em saúde, o que denota certo grau de confiança em experiências anteriores — mesmo que, até o momento, houvessem poucos exemplos efetivos de políticas públicas capazes de reduzir a taxa social de suicídios em outros países (BERTOLOTE, 2012). Outrossim, é a adesão ao termo “comportamento suicida” e a incumbência dada às organizações da sociedade civil, que demonstram o alinhamento dos formuladores de políticas públicas brasileiros com o pensamento mais pragmático sobre a prevenção ao suicídio.

Apesar disso, destaca-se os avanços das Diretrizes Nacionais ao reconhecerem as vulnerabilidades regionais do país como fatores de risco para o suicídio, dadas as disparidades no acesso aos serviços públicos e considerando a intervenção em questões como a fome, pobreza e violência como ações de prevenção ao suicídio (BRASIL, 2006). Elencam-se, ainda, as populações classificadas como “de maior risco para o suicídio”, com ênfase em pessoas com histórico de doenças mentais, depressão e uso de drogas, mas destacando, também, os trabalhadores rurais, considerando os perigos da exposição a agentes tóxicos e à superexploração do trabalho. Este reconhecimento foi especialmente relevante para a ampliação do debate público a respeito dos riscos do uso e armazenamento de agrotóxicos, sendo um dos produtos mais utilizados em tentativas de suicídio no país (BOMBARDI, 2011).

Para além das contribuições para o debate público sobre a problemática do suicídio no Brasil, as Diretrizes Nacionais não alcançaram o *status* de política pública, servindo somente como um documento norteador para equipes de saúde e, em especial, para chamar a atenção governamental sobre a gravidade do tema. Em suma, sua ação limitou-se à realização de Conferências Públicas e Seminários em capitais estratégicas para disseminação dos debates, a exemplo da cidade de Porto Alegre (Capital do estado do Rio Grande do Sul) onde foi realizado o I Seminário Nacional para Prevenção ao Suicídio — ambiente de lançamento oficial das Diretrizes Nacionais (BRASIL, 2007). A partir desse evento, inicia-se um processo de consolidação do tema nas agendas de políticas públicas do país, o que mais tarde resultará na criação de políticas estaduais e municipais de prevenção ao suicídio, desenvolvidas de forma desigual no território brasileiro (MACHADO; LEITE; BANDO, 2014).

Machado, Leite e Bando (2014) apresentam uma análise sobre o processo de criação de políticas de prevenção ao suicídio no Brasil, destacando o Distrito Federal como a primeira unidade federativa a implementar uma política pública sobre o tema, através da Portaria nº185/2012. Entre outras ações, esta política instituiu protocolos para intervenção em casos de “Emergência em Saúde Mental”, sobretudo às tentativas de suicídio, que deveriam ser atendidas com prioridade e, de preferência, por equipes multiprofissionais (BRASIL, 2012). Contudo, a ênfase dada às equipes de urgência e emergência demonstravam a referência que a política mantinha com as especialidades médicas, destacando, em seu Artigo 6º que “As emergências em Saúde Mental serão atendidas inicialmente pela Clínica Médica ou Pediátrica dos Hospitais Regionais”; e em seu Artigo 7º§I, que “Deverá ser prioritária a distribuição da carga horária dos profissionais de Psiquiatria e Psicologia de toda a rede de saúde do SUS-DF para proporcionar a maior e melhor cobertura do Serviço” (BRASIL, 2012).

A referência na intervenção clínica é um reflexo da hegemonia de um agir estratégico na relação com o fenômeno do suicídio, o que em situações de *risco de morte*, tende a ser mais

efetivo do que outras abordagens. Ademais, a experiência do Distrito Federal simboliza o processo de construção das políticas de prevenção no país, pois, apesar de haver um movimento de mobilização nacional em meados de 2005/2006, inclusive com a promulgação das Diretrizes Nacionais, passaram-se mais de seis anos até que este processo resultasse na criação de uma política pública (MACHADO; LEITE; BANDO, 2014; STAVIZKI JUNIOR, 2021).

Além desta morosidade institucional em relação ao tema, a política de prevenção do Distrito Federal foi revogada em 2018, somando pouco mais de seis anos de intervenção no território. Parte de seus protocolos foram incorporados à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)⁵ do SUS, que passou a instrumentalizar a atuação profissional em casos de ideação e tentativa de suicídio no país. Entretanto, a RAPS não orienta sobre ações específicas que atores e instituições devem mobilizar para reduzir a taxa social de suicídios, tendo apenas um indicativo das *formas preferíveis de atenção* (BRASIL, 2012). Desde então, as ações de prevenção são balizadas pela mesma norma institucional, que pouco considera aspectos locais ou determinações socioterritoriais para elaboração de seus protocolos de atendimento.

Cabe destacar a mais recente iniciativa do Estado brasileiro em implementar uma política pública de enfrentamento à tendência de aumento da taxa social de suicídios no país, evidenciada pelos dados das últimas décadas. Trata-se da *Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio - PNPAS* (Lei nº 13.819/2019), sancionada no final de 2019 e que, devido às implicações da pandemia de Covid-19 no Brasil, teve sua implementação adiada. A novidade desta lei está na obrigatoriedade de notificação dos episódios de automutilação e ideação suicida de crianças e adolescentes nas escolas (públicas e privadas), instruindo atores ligados à saúde e educação a identificarem *comportamentos de risco para o suicídio*. Entre outras novidades, destaca-se a alteração da Lei nº 9.656/1998, que passa a incluir nos planos de saúde privados a obrigatoriedade da oferta de atendimento psiquiátrico e psicológico para crianças e adolescentes. Ademais, a PNPAS reforça, em seu Artigo 3º§VI, a intenção de “sensibilizar a sociedade” sobre um problema “passível de prevenção” (BRASIL, 2019).

As novidades da PNPAS em relação às Diretrizes Nacionais são singelas, sendo ambas complementares no que diz respeito à redução da taxa social de suicídios no país. A proposta mais inovadora, talvez seja a manutenção, através dos recursos do poder público, de um serviço telefônico para acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico (Art. 4º da Lei 13.819/2019) — ação realizada há quatro décadas de forma voluntária pelo Centro de Valorização da Vida (CVV), através do número telefônico “188”. Com a mudança da Lei, o contato telefônico “188” passa a ser oferecido em todo o território nacional, além de contar com recursos para contratação de equipamentos, serviços e treinamento de voluntários (BRASIL, 2019).

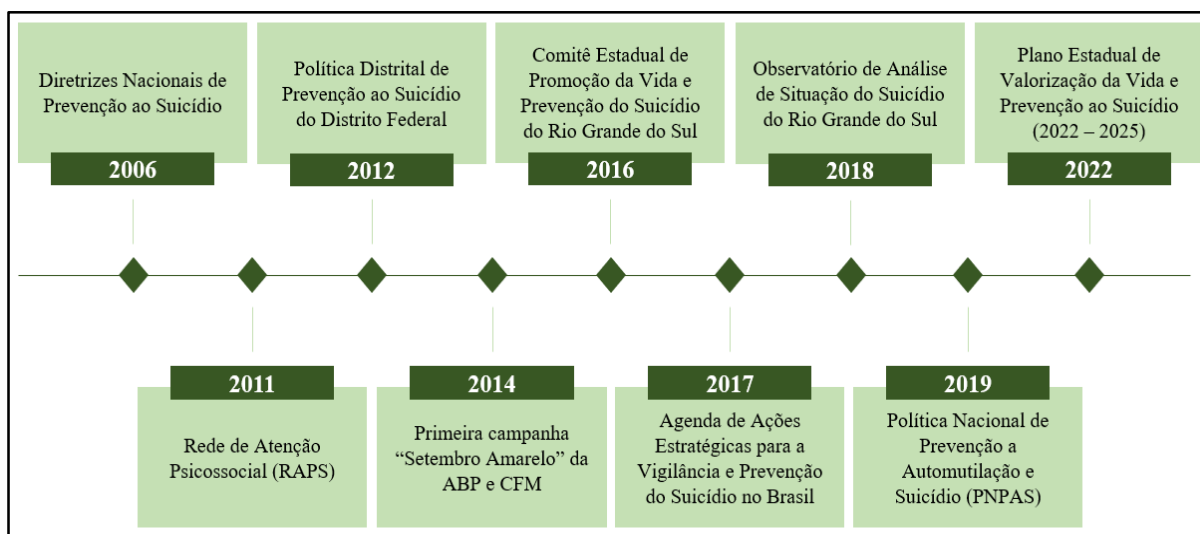
No entanto, cabe destacar que a PNPAS não possui previsão orçamentária e, até o momento, não está vinculada a nenhum fundo econômico para políticas públicas, sendo, essencialmente, uma Lei normativa e sem recursos para implementação. As normas estabelecidas por ela criam novas demandas de notificação compulsória às escolas e Conselhos Tutelares, sem que haja a previsão de espaços formativos para estes atores para identificação

⁵ A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída no Brasil pela Portaria nº 3088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, tendo como objetivo principal a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral, promovendo a vinculação das pessoas com transtornos mentais e suas famílias aos serviços de Saúde Mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Além disso, um dos princípios da RAPS é garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando a assistência por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências psiquiátricas (BRASIL, 2011).

das situações cabíveis de notificação. Esse processo tende a sobrecarregar os trabalhadores em uma das políticas públicas mais defasadas do país — a Educação Pública. Ademais, a criação da PNPAS não acatou aos ritos do processo democrático de construção de políticas públicas, sendo elaborada arbitrariamente por iniciativa parlamentar⁶. Para além de suas contribuições ao debate nacional sobre prevenção ao suicídio, parte de suas diretrizes acusam um posicionamento ideológico de atores políticos alinhados com o pensamento conservador, religioso e com uma forte inclinação à atenção psicologizante de indivíduos em sofrimento psíquico.

Neste sentido, considera-se o debate nacional para a construção de uma política pública de prevenção ao suicídio como inacabado, incipiente e, em muitos aspectos, contraditório. A classificação do tema como um problema de saúde pública, há mais de 15 anos, evidencia sua relevância no território, apesar de não haver um consenso em relação às causalidades deste fenômeno, tampouco às formas de prevenção (FRAGA; MASSUQUETTI; GODOY, 2016; FRANCK et al., 2021). Apesar disso, reconhece-se os avanços na construção de propostas que encarem a incidência de suicídios como um problema socioterritorial, fornecendo instrumentos para construção de espaços de diálogo democráticos e propositivos. A Figura 1 apresenta uma síntese, na forma de “linha do tempo”, das principais políticas ligadas ao tema implementadas no Brasil e no estado do Rio Grande do Sul, por ser o ente federado com maior adesão política ao tema e, também, o território com a maior taxa social de suicídios nos últimos 20 anos (CEVS, 2018).

Figura 1 – Linha do tempo das principais políticas públicas do Estado brasileiro para redução da taxa social de suicídios entre 2006 e 2022



Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

A trajetória relatada até aqui, que à primeira vista parece ser um processo linear de avanços e conquistas políticas, esconde elementos que tornam sua problematização indispensável para compreensão do fenômeno como problema socioterritorial. Sabe-se que a temática enfrenta barreiras culturais e políticas na esfera pública e que a intervenção para

⁶ A redação da Lei nº 13.819/2019 foi apresentada, primeiramente, pelo médico e deputado federal pelo estado do Rio Grande do Sul, Sr. Osmar Gasparini Terra (MDB) e aprovada como proposta da Câmara de Deputados.

redução de incidência não é homogênea. Apesar disso, é notável que na última década a temática tenha conquistado espaços nas agendas de políticas públicas do país. A mais notável medida neste sentido, e que dá início a um novo ciclo de ações voltadas à redução da incidência de mortes autoprovocadas no território, é a inclusão da problemática nas metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, que compõem a Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas.

4 A AGENDA 2030 NO CONTEXTO BRASILEIRO: OPORTUNIDADES E AMEAÇAS POLÍTICAS PARA REALIZAÇÃO DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

A Agenda 2030 é um acordo internacional entre os 193 países membros da Organização das Nações Unidas (ONU), assinado em 2015 e que propõe a realização de 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e 169 metas, vinculadas aos ODSs. Trata-se de um esforço global para superação das desigualdades sociais, econômicas, educacionais e ambientais entre os povos, visando “fortalecer a paz universal com mais liberdade” (UN, 2015, p. 1). O documento fundamenta-se em um diagnóstico global que aponta, como principal desafio para realização da proposta, a erradicação da pobreza, sendo considerado um fator indispensável para a realização do desenvolvimento sustentável.

Os objetivos e metas da Agenda 2030 são ambiciosos e envolvem diferentes problemáticas emergentes no planeta, como a fome, as mudanças climáticas, a concentração populacional nas cidades, a desigualdade social e econômica, entre outras. Alguns dos ODSs foram previstos anteriormente nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que compunham a agenda de desenvolvimento da ONU entre 2000 e 2015. A maioria dos ODMs não foram realizados, por uma série de fatores, sendo necessário expandir o prazo para realização das metas e, diante de demandas globais emergentes, a inclusão de novos objetivos.

Os ODSs surgem de um processo participativo de construção, que levou mais de dois anos para ser construído e apresentado, sob a coordenação da ONU, em parceria com governos, sociedade civil, iniciativa privada e instituições de pesquisa de diferentes países (UN, 2015). A Figura 2 destaca os 17 ODSs, conforme apresentados no documento “Transformando Nosso Mundo: a agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”, lançado em 2015.

Figura 2 – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável elencados na Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas



Fonte: Nações Unidas – Brasil (2015), disponível em: <https://brasil.un.org/>.

Nota-se que os ODSs envolvem uma variedade de problemas sociais contemporâneos, alguns de amplitude universal, como a “ação contra a mudança global do clima” (ODS 13) e outros; porém a maioria corresponde aos problemas socioterritoriais que, no contexto do neoliberalismo, impactam marcadamente os países periféricos do sistema capitalista (FRASER, 2018). Compreende-se que os cinco primeiros ODSs — apenas para exemplificar nosso argumento — correspondem às demandas de escala local, inscritas nos territórios e condicionadas à capacidade de organização política e produtiva dos povos. Países como o Brasil, que vivenciam o aumento da extrema pobreza e da fome de suas populações (DALARRI, 2022), terão dificuldades de realizar as metas da Agenda 2030 e de promover o “desenvolvimento sustentável”, segundo a ONU.

Neste sentido, é imperativo considerar quais objetivos e metas da Agenda 2030 correspondem às capacidades socioterritoriais de um país, sobretudo no contexto de crises econômicas, pandêmicas e sociais que marcam a década atual. É necessário, para que o acordo firmado em 2015 se sustente como programa de desenvolvimento para os territórios, que sua implementação priorize aqueles territórios com maior desvantagem de ação ou que, no contexto global, sofrem mais fortemente com as consequências das crises do sistema econômico. Em outras palavras: as Nações Unidas devem estabelecer um plano de ação que beneficie os territórios com os piores indicadores de desenvolvimento, priorizando a redução das desvantagens socioeconômicas e políticas destes locais, ao invés de estabelecer metas globais que, em uma correlação média, possam ocultar as desigualdades socioterritoriais do planeta.

Além disso, no caso brasileiro, outras ameaças se colocam no contexto político em relação às metas da Agenda 2030, sobretudo sobre sua governança local. A Comissão Nacional de Desenvolvimento Sustentável (CNODS), criada em 2016 e vinculada à estrutura da Secretaria de Governo da Presidência da República, é a instituição responsável por estabelecer os indicadores sociais mais apropriados para verificação das metas dos ODSs, além de ser o órgão responsável pela formação de parcerias institucionais para monitoramento da Agenda

2030 (IV Relatório Luz, 2020). Entretanto, a Comissão foi destituída em abril de 2019, no primeiro ano do Governo de Jair Bolsonaro, no ato que ficou conhecido como “revogação”⁷.

[...] O fim da CNODS indica que o governo federal não considera o acordo assinado em 2015 um compromisso de Estado, que deve estar acima de governos, partidos, ideologias, o que foi comprovado com o veto presidencial que exclui a concretização das metas dos ODS de um dos principais instrumento de planejamento das políticas públicas do governo federal a médio prazo — o Plano Plurianual 2020 – 2023 (Lei 13.971, de 27 de dezembro de 2019). (IV Relatório Luz, 2020, p. 6).

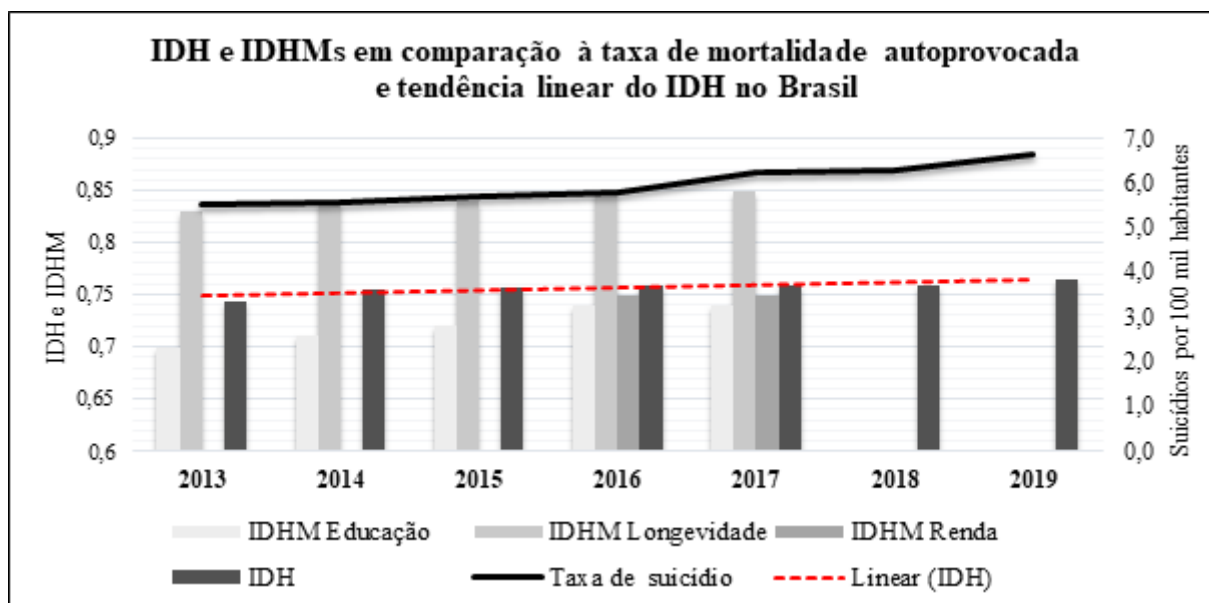
A crítica expressa pelo Grupo de Trabalho da Sociedade Civil para a Agenda 2030 — organizadores do *IV Relatório Luz da Sociedade Civil da Agenda 2030* (2020) — demonstra os limites institucionais que os ODSs enfrentam no Brasil. Neste contexto, se faz necessário aproximar a comunidade acadêmica e a sociedade civil dos processos de avaliação das políticas públicas, a fim de criar oportunidades políticas para realização dos objetivos da Agenda 2030.

5 SAÚDE E BEM-ESTAR PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL: OS DESAFIOS DO BRASIL PARA A REALIZAÇÃO DA META 3.4 DA AGENDA 2030

A multiplicidade das metas da Agenda 2030 dificultam a problematização das condições de realização dos ODS, o que envolveria a análise crítica dos indicadores sociais e dos processos de implementação de políticas públicas no Brasil. Considera-se viável, entretanto, analisar a adesão local de atores e instituições à ideia de “Desenvolvimento Sustentável”, e verificar em que medida as metas da ONU dialogam com a realidade local e regional dos territórios. Neste intuito, o olhar deste estudo limita-se ao ODS 3, “Saúde e Bem-estar”, que objetiva “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades” (UN, 2015). Este recorte empírico estabelece relações entre a Prevenção ao Suicídio e a Agenda 2030, considerando o crescimento da taxa social de suicídios no Brasil como um efeito contraditório à tendência dos indicadores de desenvolvimento mais referenciados no país: IDH e IDHM.

⁷ “Estima-se que cerca de 500 órgãos colegiados do governo federal nascidos via outros decretos ou portarias — conselhos, comitês, comissões, grupos, juntas, equipes, mesas, fóruns, salas e outras denominações semelhantes — tenham sido impactados, salvando-se apenas aqueles criados por meio de leis” (IV Relatório Luz, 2020, p. 6).

Gráfico 1 – Taxa social de suicídios em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e Índices de Educação, Longevidade e Renda no Brasil, entre 2013 e 2019



Fonte: IPEA/PNUD (2019); SIM/DataSUS (2022). Elaborado pelos autores.

A partir do Gráfico 1, entende-se que o IDH e as variáveis de IDHM para o Brasil demonstram um crescimento contínuo, apesar de modesto, de seus indicadores. No que pese as críticas aos indicadores utilizados pelo PNUD (MACHADO; PAMPLONA, 2008), considera-se que a interrelação entre IDH (escala nacional) e o IDHM (escala municipal) representa o parâmetro de avaliação atual sobre o desenvolvimento humano no território. Nota-se que, entre 2013 e 2019, houve uma tendência positiva de elevação dos níveis de IDH e IDHM, ao tempo em que se elevou a taxa social de suicídios, com destaque para o ano de 2016 em diante. Existe um fato indicando que, apesar da melhora nos indicadores de desenvolvimento do país, não houve diminuição do número de mortes autoprovocadas (MS, 2017).

A reflexão sobre estes indicadores, diante das metas assumidas pelo Estado, devem servir para alertar que as políticas públicas não estão sendo efetivas no que se refere à prevenção ao suicídio. Ademais, cabe ponderar os limites dos instrumentos de análise destes indicadores, e sua própria incapacidade de captar a complexidade do fenômeno como fato social. É ponto pacífico nas ciências sociais que a promoção de bem-estar social e a melhora das condições de vida das populações impactam positivamente na prevenção de doenças e transtornos mentais, a exemplo da depressão e da ideação suicida (LOUREIRO et al., 2010; CASSORLA, 2017).

Neste sentido, entende-se que os instrumentos de monitoramento e avaliação capazes de medir o impacto de políticas de prevenção ao suicídio ainda não foram apresentados e que sua elaboração é fundamental para realização da meta 3.4 do ODS 3, que em sua atual redação⁸, objetiva: “Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, promover a saúde mental e o bem-estar, a saúde do

⁸Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2019), a redação foi alterada para evidenciar a necessidade de enfrentar os problemas ligados à saúde dos trabalhadores, incluindo problemas de saúde mental, e as crescentes taxas de suicídio no Brasil. (Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>).

trabalhador e da trabalhadora, e **prevenir o suicídio, alterando significativamente a tendência de aumento**” (IPEA, 2019, grifo nosso).

Ademais, destaca-se que a Organização Mundial da Saúde elaborou, em 2013, um conjunto de metas globais para enfrentamento da tendência de aumento dos suicídios no mundo, projetando a redução de [no mínimo] 10% deste tipo de óbito até 2020, previstas no *Plano de Ação sobre Saúde Mental (2013-2020)*. Este plano de ação propôs aos Estados-membros a criação de serviços de intervenção em casos de ideação suicida e automutilação em seus territórios, bem como qualificassem seus instrumentos de coleta e análise de dados epidemiológicos. Contudo, estas metas não foram alcançadas em 2020, e a tendência de óbitos deste tipo no mundo continuou crescendo, em especial devido aos impactos sociais e de saúde da pandemia de Covid-19 (WHO, 2021; OPAS, 2020).

Assim, apesar da ênfase dada à problemática e da concordância sobre a necessidade de intervenção dos países, tanto aqueles membros da ONU quanto da OMS, a falta de instrumentos adequados para avaliação destas políticas limita a validação de seus resultados, levando muitos cientistas a “questionarem a cientificidade e os resultados dos programas de prevenção do suicídio em geral, tanto em termos de eficácia quanto da relação custo-benefício” (BERTOLOTE, 2012, p. 93). Ademais, os dados epidemiológicos do fenômeno indicam que a meta de redução de 10% dos suicídios no Brasil enfrentará sua tendência contrária.

Silva e Marcolan (2022), ao analisarem a tendência da taxa de mortalidade por suicídio no Brasil, afirmam que as mortes autoprovocadas “tiveram aumento significativo e com tendência ainda crescente em todas as regiões brasileiras e em 19 Unidades da Federação” e enfatizam que os índices cresceram especialmente entre os mais jovens e pessoas com mais anos de escolaridade (SILVA; MARCOLAN, 2022, p. 9). Esta compreensão é acompanhada por outros pesquisadores sobre o tema, que indicam uma tendência ascendente da taxa social de suicídios brasileira na próxima década (FRANCK et al., 2021; WEBER et al., 2020).

Bertolote (2012), ao problematizar o suicídio no campo da saúde pública, defende a possibilidade de prevenção a partir da identificação de *fatores de risco*. Para o psiquiatra e pesquisador, os fatores de risco são classificados em duas categorias: I) *fatores predisponentes*, ligados à condição orgânica, mas também a traços comportamentais dos indivíduos; e II) *fatores precipitantes*, que são as situações do mundo da vida capazes de infligir sofrimento psíquico. A união destes fatores “provocam a sequência final de comportamentos que levam ao suicídio” (BERTOLOTE, 2012, pp. 69 - 70). Como prevenção, o autor argumenta em favor dos “fatores de proteção”, que seriam “características psicológicas” que guardariam alguma vantagem em relação ao *comportamento suicida* – “inteligência emocional, [...] senso de responsabilidade pela família [...] objeções morais e religiosas ao suicídio” (BERTOLOTE, 2012 p. 75).

Cassorla (2017), por sua vez, articula categorias da Psicanálise para refletir sobre o “significado da morte para o suicida” e defende que “o indivíduo que quer morrer deseja também viver” (CASSORLA, 2017, p. 30). O autor é um crítico à hegemonia da medicina nas intervenções de prevenção ao suicídio, pois defende que o *sofrimento mental* extrapola às determinações orgânicas do sujeito, sendo prioritário compreender as causas do sofrimento para então intervir em situações de ideação suicida e comportamentos autodestrutivos.

As pessoas com comportamento suicida vivenciam um sofrimento mental. Esse sofrimento será identificado e tratado pelo profissional de saúde, que deverá utilizar todos os meios de que dispõe para ajudar seu paciente, incluindo medicamentos,

tratamentos biológicos, abordagens sociais e psicológicas, tratamentos psicoterápicos de variadas orientações e, eventualmente, internações. (CASSORLA, 2017, p. 40).

A prevenção ao suicídio, portanto, está relacionada a diferentes espaços do mundo da vida, assim como está relacionado ao contexto sociopolítico, e condicionada às determinações históricas dos territórios. Neste sentido, considera-se que a meta 3.4 dos ODS deverá articular diferentes políticas públicas e atores sociais, destacando-se no campo do desenvolvimento regional por agregar categorias que visam a qualidade de vida e a promoção de bem-estar social.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho tratou de uma problemática emergente no Brasil e que figura entre as metas de Desenvolvimento Sustentável propostas na Agenda 2030 da ONU. Verificou-se que o Brasil é pioneiro na implementação de políticas de prevenção ao suicídio, com ações em diferentes escalas do território. Contudo, o contexto sociopolítico e as contradições que envolvem o tema indicam uma tendência contrária à realização do ODS 3.4, além das dificuldades em aferir os impactos das políticas publicadas a partir dos indicadores sociais contemporâneos.

Por fim, ressalta-se que as ações neste campo abrangem diferentes teorias e formas de agir, sendo inoportuno questionar: *Qual política pública deve ser mobilizada para reduzir a incidência de suicídios no Brasil?* Até hoje, poucos estudos foram capazes de indicar uma “solução” para a questão, em especial por ser um fenômeno que não se mede com as réguas de outros problemas públicos. De fato, há lacunas significativas no debate sobre prevenção ao suicídio para além da ação individualizada de atores e instituições. Ocorre que o conhecimento produzido até aqui, não oferece um caminho que seja aplicável a todos os contextos e territórios — e talvez esta seja a condição basilar das políticas de prevenção ao suicídio.

AGRADECIMENTOS E INFORMAÇÕES

Agradece-se à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio através da bolsa de estudos para Doutorado — Modalidade I.

REFERÊNCIAS

BERTOLETE, José Manoel. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: UNESP, 2012.

BOMBARDI, Larissa Mies. Intoxicação e morte por agrotóxicos no Brasil: a nova versão do capitalismo oligopolizado. **Boletim Dataluta**. Núcleo de Estudos, Pesquisas e Projetos de Reforma Agrária: Presidente Prudentep, 2011, p. 1 – 21

BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231-236, dez., 2014.

BRASIL. **Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019.** Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. **Diário Oficial da União:** Brasília, DF, 26 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Estadual da Saúde. **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.** CORAG: Porto Alegre, 2011

BRASIL. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio,** Brasília, 14 ago. 2006.

BRASIL. **Portaria nº 185, de 12 de setembro de 2012.** Institui as normas para atenção às emergências em Saúde Mental no âmbito do SUS-DF. Distrito Federal, 12 set. 2012.

CASSORLA, Roosevelt Moises Smeke. **Suicídio: fatores inconsciente e aspectos socioculturais: uma introdução.** São Paulo: Blucher; 2017

CEVS (Centro Estadual de Vigilância em Saúde). Rio Grande do Sul. Boletim de Vigilância do Suicídio e Tentativa de Suicídio. **Bol. Vig. Suicídio**, v. 1, n. 1. set. 2018.

DALLARI, Pedro Bohomoletz de Abreu. **Fome e pobreza aumentam no Brasil.** Globalização e cidadania. São Paulo, SP: Rádio USP (93,7 MHz); 2022. Disponível em: <https://jornal.usp.br/radio-usp/fome-e-pobreza-aumentam-no-brasil/>. Acesso em: 16 abr. 2023.

DATASUS (Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil). **Informações de saúde, epidemiológicas e morbidade.** 2022. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 17 abr. 2023.

FRAGA, Wagner Santana de; MASSUQUETTI, Angélica; GODOY, Marcia Regina. Determinantes socioeconômicos do suicídio no Brasil e no Rio Grande do Sul. In: ENCONTRO DE ECONOMIA DA REGIÃO SUL; 19. Florianópolis/SC, 2016. **Anais [...].** Florianópolis, 2016.

FRANCK, Maria Cristina; MONTEIRO, Maristela Goldnadel; LIMBERGER, Renata Pereira. Mortalidade por suicídio no Rio Grande do Sul: uma análise transversal dos casos de 2017 e 2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 2, 2021.

FRASER, Nancy. Crise de legitimação? Sobre as contradições políticas do capitalismo financeirizado. **Cadernos de Filosofia alemã**, v. 23, n. 2, p. 153-188, jul - dez, 2018.

LOUREIRO, Paulo R. A.; MENDONÇA, Mario J. C. de; SACHSIDA, Adolfo. Os determinantes econômicos do suicídio: um estudo para o Brasil. **IPEA — Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada:** Texto para discussão nº 1487, Rio de Janeiro, p. 1-25, 2010.

MACHADO, João Guilherme Rocha; PAMPLONA, João Batista. A ONU e o desenvolvimento econômico: uma interpretação das bases teóricas da atuação do PNUD. **Economia e Sociedade**; v. 17, n. 1, pp. 53-84, 2008.

MACHADO, Marcos Fabrício Souza; LEITE, Cristiane Kerches da Silva; BANDO, Daniel Hideki. Políticas Públicas de Prevenção do Suicídio no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Gestão & Políticas Públicas**, v. 4, n. 2, p. 334-356, 2014.

MILLER, David N.; GOULD, Kaitlin. Forgotten founder: Harry Marsh Warren and the history and legacy of the Save-A-Life League. **Suicidology online**, v. 4, pp. 12-15, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.749, de 18 de dezembro de 2017**. Institui Comitê para a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil. Brasília, 18 dez. 2017.

MINOIS, Georges. **História do Suicídio**: a sociedade ocidental diante da morte voluntária. Tradução de Fernando Santos. São Paulo: Unesp, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Suicídio**: dados e números. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Acesso em: 10 abr. 2023.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Pandemia de COVID-19 aumenta fatores de risco para suicídio**. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/10-9-2020-pandemia-covid-19-aumenta-fatores-risco-para-suicidio>. Acesso em: 19 abr. 2023.

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **IPEA**. Ministério da Economia; 2019.

RELATÓRIOS LUZ. IV Relatório Luz sobre a agenda 2030 no Brasil. Grupo de Trabalho da Sociedade Civil para Agenda 2030. Disponível em: <https://gtagenda2030.org.br/>. Acesso em: 12 maio 2023.

STAVIZKI JUNIOR, Carlos. **Repertórios de ação coletiva e políticas públicas**: uma análise a partir da construção da política de prevenção ao suicídio no município de Santa Cruz do Sul (RS). 2021. 249 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional). UNISC. Santa Cruz do Sul, 2021.

STAVIZKI JUNIOR, Carlos; VICCARI, Eunice Maria. O Serviço Social no atendimento de emergências psiquiátricas: processos de trabalho de assistentes sociais e residentes no atendimento de pacientes adolescentes com ideação e tentativa de suicídio. Santa Cruz do Sul: **Barbarói**; v.51, n.2, p. 113-132; jan./jun., 2018.