



Universidade de Brasília
Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas
Departamento de Gestão de Políticas Públicas

ANDRESSA CERVELLINI DE FARIAS PARPINELLI

**POLÍTICA DISTRITAL DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO:
Uma análise sobre sua implementação no Distrito Federal**

Brasília – DF
2018

ANDRESSA CERVELLINI DE FARIAS PARPINELLI

**POLÍTICA DISTRITAL DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO:
Uma análise sobre sua implementação no Distrito Federal**

Monografia apresentada ao Departamento de Gestão de Políticas Públicas como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Gestão de Políticas Públicas.

Professor Orientador: Dr. Daniel Bin

Brasília – DF
2018

Cp Cervellini de Farias Parpinelli, Andressa
POLÍTICA DISTRITAL DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: Uma
análise sobre sua implementação no Distrito Federal /
Andressa Cervellini de Farias Parpinelli; orientador Daniel
Bin. -- Brasília, 2018.
76 p.

Monografia (Graduação - Gestão de Políticas Públicas) --
Universidade de Brasília, 2018.

1. Políticas Públicas. 2. Arranjo Institucional. 3.
Prevenção do Suicídio. 4. Política Distrital de Prevenção do
Suicídio. I. Bin, Daniel, orient. II. Título.

ANDRESSA CERVELLINI DE FARIAS PARPINELLI

**POLÍTICA DISTRITAL DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO:
Uma análise sobre sua implementação no Distrito Federal**

A Comissão Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão do Curso de Gestão de Políticas Públicas da Universidade de Brasília da aluna

Andressa Cervellini de Farias Parpinelli

Dr. Daniel Bin
Professor-Orientador

Dra. Rosana Boullosa
Professor-Examinador

Brasília, junho de 2018

*Aos grandes amores da minha vida,
Minha mãe e minha irmã.*

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho não teria sido possível sem a ajuda de tantos que acompanharam minha trajetória. Agradeço, especialmente, à minha mãe, que sempre foi inspiração e símbolo de companheirismo, coragem e amor em toda minha vida. Desde pequena me incentivou a conquistar meus sonhos e a ser resiliente perante as dificuldades. Dedico a você meu amor e agradecimento eterno.

Ao meu pai, por mostrar a importância da dedicação aos estudos e não poupar esforços para que eu e meus irmãos tivéssemos boas oportunidades. Seus ensinamentos seguirão comigo.

À minha irmã, Gabriella, minha pessoa favorita. Obrigada pela atenção, pelo amor e pelo companheirismo em todos os momentos desde a infância. Não foi diferente nesses últimos meses, você sempre me ouviu pacientemente e me ajudou com o seu carinho e compreensão. Acredito ter sido a grande sorte em minha vida ter o privilégio de ser sua irmã.

À Isabel, minha irmã de coração e alma. Suas palavras, risadas e amizade sempre me acompanharam desde muito pequena. Há reflexos seus em mim e fico muito feliz por isso. Obrigada por fazer dessa vida um lugar melhor de se viver.

Ao Erick, uma das pessoas mais especiais que já conheci, por compartilhar essa caminhada ao meu lado. Seu carinho e cuidado são fundamentais. Obrigada pelo apoio durante todo o tempo.

Ao meu orientador, Daniel Bin, pela disposição, paciência e compartilhamento de conhecimento na elaboração da monografia.

À minha família que me inspira. E às minhas amigas, Thais e Mari, sempre atenciosas, amáveis e dispostas a ajudar. Às oportunidades que a vida me trouxe e às pessoas que passaram por mim e deixaram um pouquinho de si. Muito obrigada.

“Conheça todas as teorias,
domine todas as técnicas,
mas ao tocar uma alma humana,
seja apenas outra alma humana.”

Carl G. Jung

RESUMO

O suicídio é um fenômeno que vem crescendo de forma silenciosa no Brasil. Entretanto, a Organização Mundial da Saúde aponta que a maior parte dos casos podem ser prevenidos. Sendo assim, este estudo tem a finalidade de analisar como se configura o arranjo institucional da Política Distrital de Prevenção do Suicídio, implementada no Distrito Federal. Considerou-se o contexto histórico da política, a situação sobre o suicídio no território, os atores envolvidos, a forma articulada para viabilização da política e as principais ações desenvolvidas no período de 2012 a 2017. O estudo é uma análise qualitativa, descritiva e com abordagem de estudo de caso. Utilizou-se como procedimentos metodológicos pesquisa documental, bibliográfica e entrevistas semiestruturadas. A conclusão do trabalho mostra que não há um arranjo institucional configurado na implementação da Política Distrital de Prevenção do Suicídio e os atores envolvidos na implementação são a Secretaria de Saúde, a Secretaria de Segurança Pública, a Secretaria de Educação, as Universidades e o Centro de Valorização da Vida. Apesar dos desafios observados no processo de implementação, a política realiza um trabalho que contribui de forma significativa para a prevenção do suicídio no Distrito Federal.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Prevenção ao Suicídio. Política Distrital de Prevenção do Suicídio. Arranjo Institucional. Implementação.

ABSTRACT

Suicide is a phenomenon that keeps growing in a silent way in Brasil. However, the World Health Organization affirms that most suicide's cases can be prevented. Therefore, this study has the purpose of analyzing how the District Suicide Prevention Policy's institutional arrangement is formed. It was considered the historical context of the policy, the situation of suicide in the territory, the agents involved, the articulation process for the feasibility of the public policy and the main actions developed during the period of 2012 to 2017. The study is a qualitative and descriptive analysis, with the case study's approach. Were used as methodological procedures the documentary and bibliography research, in addition to semi-structured interviews. The study's conclusion shows that there is no institutional arrangement configured in the District Suicide Prevention Policy and the following actors are involved in the implementation process: Secretary of Health, Department of Public Safety, Secretary of Education, Universities and Center of Life's Appreciation. Despite the challenges in the implementation's process, this public policy contributes significantly to the suicide's prevention in the Federal District.

Keywords: Public Policy. Suicide Prevention. District Suicide Prevention Policy. Institutional Arrangement. Implementation process.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Diagnósticos Psiquiátricos e suicídio	9
Figura 2 - Organograma da Secretaria de Saúde DF	35
Figura 3 - Atores da SES-DF envolvidos na implementação da Política Distrital de Prevenção do Suicídio.....	43
Figura 4 - Atores envolvidos na Implementação da Política Distrital de Prevenção do Suicídio	43
Figura 5 - Rede de Atenção Psicossocial e relação entre as unidades (RAPS).....	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Fatores de Risco.....	17
Tabela 2 - Fatores de Proteção	18
Tabela 3 - Mortalidade por Suicídio considerando a Região Administrativa de moradia (continuação)	30

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Participantes da entrevista.....	20
Quadro 2 - Eixos de Ação estabelecidos no Plano Distrital de Prevenção do Suicídio.....	33
Quadro 3 - Quadro Adaptado de Unidades e Serviços de Saúde Mental no DF (continuação)	38

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
1 REFERENCIAL TEÓRICO	4
1.1 Suicídio.....	4
1.1.1 Conceito e Histórico do Suicídio	4
1.1.2 Estudos em Sociologia	7
1.1.3 Estudos em Psicologia e Psiquiatria.....	8
1.2 Políticas Públicas.....	10
1.2.1 Conceito Política Pública	10
1.2.2 Arranjos Institucionais na Implementação de Políticas Públicas.....	11
1.3 Prevenção ao Suicídio	12
1.3.1 Conceito e Estratégias de Prevenção ao Suicídio.....	12
1.3.2 Fatores de Risco e Fatores Protetores	17
2. METODOLOGIA	19
3. RESULTADOS E DISCUSSÕES	23
3.1 Contexto Histórico do Plano Distrital de Prevenção do Suicídio	23
3.2 Análise Situacional sobre o Suicídio no Distrito Federal	28
3.3 Atores envolvidos na Implementação da Política Distrital de Prevenção do Suicídio .	33
3.4 Instrumentos que viabilizam a articulação entre os atores	44
3.5 Ações desenvolvidas na Implementação da Política Distrital de Prevenção do Suicídio.....	47
4. CONCLUSÕES	54
REFERÊNCIAS	58

INTRODUÇÃO

O suicídio ocupa parte significativa da realidade da sociedade brasileira, possuindo, no entanto, um caráter mascarado, devido ao tabu e ao preconceito envolvidos. Tais estigmas afetam diretamente as estatísticas e dados sobre o tema, visto que ainda existe a subnotificação deste tipo de morte por motivos socioculturais, devido a desinformação, negligência, preconceito e até aspectos econômicos, como seguros de vida. Acredita-se que uma das formas para prevenir o suicídio é conversar sobre o assunto, a fim de derrubar mitos e superar tabus (CVV, 2018).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2014), globalmente, mais de 800 mil pessoas tiram a própria vida por ano e, a cada adulto que se suicida, há aproximadamente 20 tentativas contra a própria vida. O suicídio, assim, acaba ocupando a segunda maior causa de mortes entre jovens de 15 a 29 anos no mundo.

No Brasil, os índices de suicídio nas diversas faixas etárias não são tão altos como em países da Europa oriental (Estônia, Letônia, Lituânia, Finlândia, Hungria, Rússia) e da Ásia (China e Japão) (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL ET AL, 2014, p.14) ainda assim, ocorrem mais de 11 mil suicídios por ano, o que significa 32 suicídios por dia no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). A maioria das tentativas contra a própria vida é entre mulheres, enquanto mais homens morrem por causa desse fenômeno. As estatísticas masculinas indicam de 3 a 4 vezes mais suicídios do que as mortes femininas pela mesma causa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Independentemente do sexo, as maiores taxas foram observadas na faixa etária de 70 e mais anos e na população indígena. Além disso, “o perfil dos indivíduos que evoluíram a óbito por suicídio foi semelhante entre os sexos, com maiores proporções entre solteiros(as), viúvos(as) ou divorciados(as)” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, p. 8).

Atualmente, percebe-se um aumento na frequência do comportamento suicida nos indivíduos de ambos os sexos, de escolaridades diversas e de todas as camadas sociais. É preciso reconhecer o grande impacto e os danos causados pelo suicídio e pelas tentativas nas pessoas, nas famílias, nos locais de trabalho, nas escolas e em outras instituições (BRASIL, 2012). Apesar do quadro alarmante, 90% dos casos de suicídio poderiam ser evitados, desde que existam condições mínimas para oferta de ajuda voluntária ou profissional (OMS, 2014).

Em 2017, o Ministério da Saúde elaborou o primeiro Boletim Epidemiológico de Tentativas e Óbitos por Suicídio no Brasil, o qual argumenta que reconhecer o suicídio como um problema de saúde pública e destinar recursos para sua prevenção é um caminho estratégico

para preservar e melhorar a qualidade de vida de muitas pessoas. O estudo também aponta que a existência de Centros de Apoio Psicossocial dentro do Sistema Único de Saúde reduz em 14% o risco de suicídio.

Com o intuito de compreender as estratégias de prevenção com maior profundidade, surge a ideia de estudar um conjunto de medidas para prevenção do suicídio já em execução no Distrito Federal: a Política Distrital de Prevenção do Suicídio. A adoção desta medida posiciona o Distrito Federal como a primeira unidade federativa a estabelecer uma política para combater o problema.

Dessa forma, este estudo destina-se a responder a seguinte pergunta de pesquisa: “Como se configura o arranjo institucional da Política Distrital de Prevenção do Suicídio no Distrito Federal?” Como objetivo geral, espera-se compreender o arranjo institucional e a forma articulada de viabilização da política em questão, considerando a conjuntura do suicídio no Distrito Federal, a identificação dos atores e seus papéis, assim como a forma na qual esses atores interagem.

Os objetivos específicos do trabalho são:

1. Apresentar a conjuntura propulsora para formulação e implementação de Políticas de Prevenção do Suicídio no Mundo, no Brasil e no Distrito Federal
2. Mapear o arranjo institucional por meio da identificação dos atores envolvidos e seus respectivos papéis na implementação da política
3. Compreender a forma articulada de viabilização da Política Distrital de Prevenção do Suicídio, a partir dos mecanismos pelos quais os atores interagem
4. Identificar e descrever as principais ações desenvolvidas no processo de implementação da Política Distrital de Prevenção do Suicídio no Distrito Federal no período de 2012 a 2017

A pesquisa teve seu tema escolhido com base na premissa de que a maioria dos casos de suicídio podem ser evitados. Justifica-se a realização do estudo por ressaltar a importância de políticas de prevenção, compreender o universo empírico destas ações e estudar os arranjos institucionais das políticas públicas. Analisar um plano baseado em estratégias fundamentadas em uma ação intersetorial entre diversas organizações, incluindo os diversos níveis de complexidade do sistema público de saúde, é colocar em evidência formas de promover o bem-estar social da população do Distrito Federal. Além disso, o estudo apresenta formas de obter ajuda para aqueles que precisam.

O trabalho está organizado em quatro seções seguintes subdivididas conforme a extensão do conteúdo abordado. A primeira é o referencial teórico no qual são apresentados histórico e

conceito de suicídio, assim como estudos anteriores com abordagens da sociologia, psicologia e psiquiatria; conceito de política pública, estudos sobre arranjos institucionais no processo de implementação; conceito e estratégias de prevenção ao suicídio e fatores de risco e fatores protetores. A segunda parte é referente à metodologia utilizada, na qual se apresenta a tipologia e descrição dos métodos e técnicas aplicados nesta pesquisa; tipo de abordagem; caracterização dos participantes; e por fim descrição dos procedimentos de coleta e análise de dados. A terceira parte apresenta os resultados e a discussão conforme os objetivos específicos. A última parte contém as conclusões e as referências.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

O suicídio é um fenômeno social dos mais relevantes, tanto em aspectos psicológicos quanto sociológicos. Percebe-se que o número de jovens que cometem o ato suicida tem mantido franca ascensão no território brasileiro nos últimos anos. O Brasil, com todo seu tamanho continental, tem chamado atenção por ser o oitavo país com maior número de suicídio no mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde (2014).

Para Bertolote (2012), só se deu a devida importância do impacto do suicídio no mundo após os esforços desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde e os estudos de diversos autores sobre o fenômeno. Na última década de 90, quando diversos países começaram a se preocupar com essa temática, foi produzido um documento embrionário pela OMS contendo diretrizes nacionais para a prevenção ao suicídio. Dessa forma, ressaltou-se a relevância do suicídio como problema de saúde pública e a necessidade de intervenções de prevenção.

Nesta sessão serão apresentados estudos anteriores sobre o suicídio, políticas públicas e prevenção ao suicídio para melhor compreensão do tema. Os tópicos estão assim organizados para mostrar a multidisciplinariedade do fenômeno e assim ressaltar também a necessidade de uma abordagem variada para compreendê-lo, formular e implementar políticas públicas direcionadas ao assunto.

1.1 Suicídio

1.1.1 Conceito e Histórico do Suicídio

É preciso compreender “o fato do suicídio não ser qualquer morte, é uma morte em específico, é uma determinada morte” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 15), que vem ganhando destaque na discussão atual brasileira. O suicídio causa impactos sociais, não só em valores numéricos, mas também no convívio entre indivíduos. Apesar de parecer um conceito simples, a definição de suicídio possui algumas divergências. A seguir são apresentadas as mais relevantes para este trabalho:

O vocábulo “suicídio”, ao que tudo indica seria derivado do Latim a partir das palavras *sui* (si mesmo) e *caedes* (ação de matar) do verbo (*caedo, is, cediti, caesum, caedere*). Alguns pesquisadores situam a origem desse termo na Inglaterra e o atribuem a Sir Thomas Browne, que o publicou em seu livro “Religio Medici”, em 1643 (NEVES, CORRÊA, NICOLATO; 2010, p. 24).

Já a Organização Mundial da Saúde (1998) define o suicídio como o “ato deliberado, intencional, de causar a morte a si mesmo, ou em outras palavras, um ato iniciado e executado

deliberadamente por uma pessoa que tem a clara noção (ou uma forte expectativa) de que dele pode resultar a morte, e cujo o desfecho fatal é esperado” (apud BERTOLOTE, 2012, p. 21).

Um dos mais conhecidos conceitos é do sociólogo Emile Durkheim (2000), o autor define o suicídio como:

[...] todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima, em que ela sabia que produziria esse resultado. A tentativa é o ato assim definido, mas interrompido antes que dele resulte a morte (DURKHEIM, 2000, p. 14).

O suicídio tem suas concepções variadas de acordo com a época histórica e a cultura. Cada sociedade possui crenças, valores e significados diferentes para a morte. Para Kurcgart e Wang (2004) a forma de explicar e lidar com o tema varia de acordo com diferentes sociedades que possuem aspectos sociais, culturais e políticos diversos. No restante deste tópico será abordado um breve histórico sobre como o fenômeno foi apresentado no passado.

No mundo grego, cada grande escola filosófica possui a sua posição particular, desde a oposição categórica dos pitagóricos à aprovação benevolente dos epicuristas e dos estóicos. Os cirenaicos, os cínicos, os epicuristas e os estoicos reconhecem todos o valor supremo do indivíduo, cuja liberdade reside no poder de decidir por si próprio da sua vida e da sua morte. Os pitagóricos, pelo contrário, dizem-se opostos ao suicídio por duas razões principais: tendo a alma mergulhado num corpo na sequência de um pecado original, ela deve realizar a sua expiação até ao fim; a associação da alma e do corpo é regida por relações numéricas em que o suicídio poderia quebrar a harmonia (MINOIS; 1998).

Na Roma Antiga, o suicídio variava de acordo com a classe social. Os escravos eram proibidos pois eram considerados propriedades, já os homens livres não possuíam impedimento legal e religioso até II d.C. A partir de Diocleciano e Constantino o Império Romano transformou-se num sistema totalitário em que o indivíduo perde todo o direito a dispor da sua própria vida (MINOIS; 1998).

Na Idade Média, a morte voluntária é considerada como resultado de uma tentação diabólica pelo desespero ou como uma atitude de loucura. Os camponeses e artesãos se suicidavam para escapar da miséria e do sofrimento, já os cavaleiros e clérigos deixavam-se morrer para escapar à humilhação. O primeiro era considerado covardia, então severamente reprimido, o segundo era visto como ato honroso, apontado como modelo (MINOIS; 1998).

No Cristianismo, o suicídio foi condenado. Santo Agostinho enuncia a doutrina rigorista da Igreja: “Nós dizemos, declaramos e confirmamos de qualquer forma que ninguém tem o direito de espontaneamente se entregar à morte sob pretexto de escapar aos tormentos

passageiros.” Na Idade Média Cristã, o suicídio era considerado um sacrilégio (MINOIS; 1998, p. 39).

No Renascimento, ocorreram transformações em diversas áreas da sociedade. Por meio da literatura, do teatro e das artes plásticas o público entrou em contato com os grandes suicídios heroicos da história greco-romana e com peças que comportavam um ou vários casos de morte voluntária. Entretanto, no mundo protestante o suicídio era condenado e considerado um crime. Assim, com o interesse de médicos, intelectuais e ensaístas, surgiu outra causa para o comportamento suicida, a melancolia, vista como uma doença (MINOIS; 1998).

De acordo com Bertolote (2012), a partir do século XVIII, o suicídio começou a ser cada vez mais considerado patológico. No século XIX, importantes psiquiatras como Philippe Pinel, Esquirol e Sigmund Freud postularam que o suicídio decorria de um transtorno mental, colocando-o no domínio da psicopatologia.

No século XIX, Émile Durkheim (2000) realizou um estudo sobre o suicídio baseado em dados estatísticos da época, sendo considerado um marco na sociologia, propondo que o suicídio era predominantemente um fenômeno sociológico (BERTOLOTE, 2012).

No século XX, o suicídio era considerado “um mal mental, moral, físico e social, não mais a manifestação de uma liberdade humana, tal como os pensadores mais audaciosos haviam sugerido entre os séculos XVI e XVIII” (KURCGANT; WANG, 2004).

Já no século XXI, o suicídio está associado ao novo quadro social. Para Buscioli (2012), as taxas crescentes do suicídio atualmente se devem às mudanças em todas as esferas, como político, social, emocional e econômico que transformaram o indivíduo. A falta de recurso gerou uma crise que levou a sociedade a um sentimento de desespero no qual aspectos como a criminalidade, violência e pobreza aumentaram.

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2013), o suicídio tem suas perspectivas diferenciada de acordo com os momentos históricos. Atualmente, o fenômeno é visto “como uma síntese que se expressa na palavra mal”, isso é resultado das formas como era visto no passado, apesar de mais desenvolvido. Então, “trata-se de uma forma moralizante, que tende a compreender o suicídio como um fenômeno necessariamente negativo, do qual se quer buscar constantemente um afastamento” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; 2013, p.16), assim sendo considerado um tabu.

Atualmente, as taxas de suicídio crescem em todo o mundo, em todas as esferas sociais. Observa-se o caráter disfarçado no qual o suicídio se encontra, não obtendo muita visibilidade. Apesar de ser um fenômeno complexo que envolve fatores psicológicos, sociais e ambientais é importante ressaltar que existe prevenção. Assim é possível, mesmo que vagarosamente,

perceber uma mudança na atitude da sociedade em relação aos problemas de saúde mental, abrindo espaço para o debate e conscientização.

1.1.2 Estudos em Sociologia

A sociologia promoveu estudos sobre o tema, sendo alguns dos principais de Durkheim (2000) e de Marx (2006), que utilizam uma abordagem na qual os aspectos sociais são as principais causas do fenômeno. Para Durkheim (2000),

Em vez de ver o suicídio como acontecimentos particulares, isolados uns dos outros e cada um exigindo um exame à parte, deve-se considerar o conjunto dos suicídios cometidos numa sociedade dada durante uma unidade de tempo. Assim, contata-se que o total obtido não é uma simples soma das unidades independentes, e sim um fato novo e sui generis, que tem sua unidade e sua individualidade, por conseguinte sua natureza própria, e que, além do mais, essa natureza é eminentemente social. (DURKHEIM, 2000, p. 17).

Durkheim (2000) expõe a sua tipologia do suicídio segundo as suas causas. Distingue três grandes tipos:

- a) Suicídio egoísta: seria motivado por um isolamento exagerado do indivíduo com relação à sociedade, que o transforma em um “solitário”, um marginalizado, que não possui laços suficientemente sólidos de solidariedade com o grupo social;
- b) Suicídio altruísta: está no outro extremo, ou seja, quando ser humano está não mais ligado da sociedade, mas ao contrário está demasiadamente ligado a ela;
- c) Suicídio anômico: que vem da noção de anomia, a ausência de normas. O suicida por anomia é aquele que não soube aceitar os limites morais que a sociedade impõe; aquele que aspira a mais do que pode, que tem demandas muito acima de suas possibilidades reais, e cai, portanto, no desespero.

Ao tratar de anomia, Durkheim a conceitua como:

A anomia é, portanto, em nossas sociedades modernas, um fator regular e específico de suicídios; é uma das fontes em que se alimenta o contingente anual. Por conseguinte, estamos diante de um novo tipo, que deve ser distinguido dos outros. Difere deles na medida em que depende não da maneira pela qual os indivíduos estão ligados à sociedade, mas da maneira pela qual ela os regulamenta. O suicídio egoísta tem como causa os homens já não perceberem razão de ser na vida; no suicídio altruísta, essa razão lhes parece estar fora da própria vida; o terceiro tipo de suicídio, cuja existência acabamos de constatar, tem como causa o fato de sua atividade se desregrar e eles sofrerem com isso. Por sua origem, daremos a essa última espécie o nome de suicídio anômico. (DURKHEIM, 2000, p. 328-329).

Outro importante autor a discutir sobre o tema foi Karl Marx, em sua obra “*Sobre o suicídio*”. O autor relata quatro casos de suicídio, dentre os quais três cometidos por mulheres. A crítica que Marx realizou no ensaio não se dirige exclusivamente à sociedade machista, à opressão familiar nem ao patriarcado. Na verdade, o autor fez uso desses exemplos para atribuir

um caráter mais amplo a sua crítica social, caracterizando a sociedade moderna, marcada por injustiças sociais, desemprego, miséria, violência e patologias que podem levar ao suicídio (RODRIGUES; 2009; MARX; 2006).

Rodrigues (2009) realiza um estudo, na qual compara as obras de Marx e Durkheim, revelando suas similaridades, como a ênfase nos aspectos sociais, contexto e ambiente social. “O indivíduo vive em sociedade, é um ser social. Ainda que levemos em conta os fatores psicológicos individuais, as motivações para o suicídio não estão apenas no indivíduo” (RODRIGUES; 2009, p. 127).

A abordagem sociológica do suicídio é útil para compreender o fenômeno pois estabelece uma visão global e explica os tipos de suicídio de acordo com a forma na qual o indivíduo está ligado a sociedade e como esta o regulamenta. Aspectos sociais como pobreza, desemprego e violência são alicerces para formular políticas públicas que contribuam para a qualidade de vida das pessoas e que consequentemente possam gerar diminuição das taxas de suicídio.

1.1.3 Estudos em Psicologia e Psiquiatria

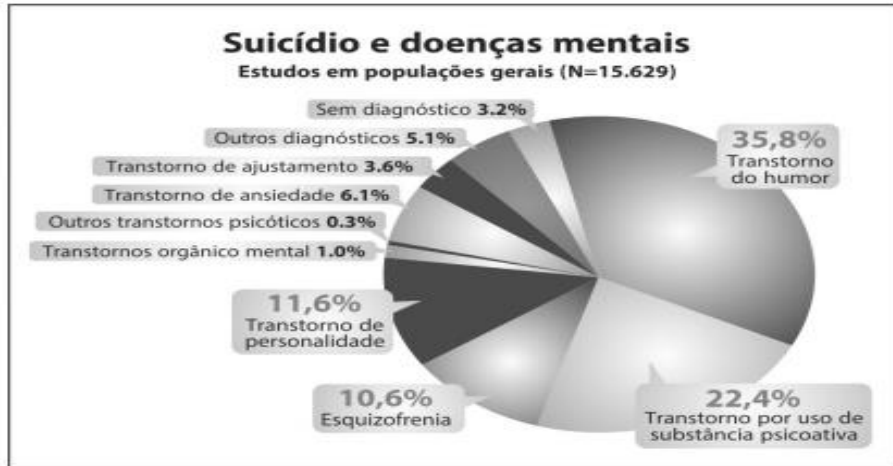
A psicanálise e a psiquiatria também tiveram contribuições fundamentais para o tema, compreendendo o suicídio focado no âmbito individual. Este tópico tem como objetivo obter uma breve revisão sobre o assunto, destacando-se que essas áreas ofereceram inúmeros estudos enriquecedores para compreender o fenômeno.

Freud, em “*Luto e Melancolia*”, procurou explicar alguns mecanismos do ato suicida. Nessa obra, o autor define luto como “a reação à perda de um ente querido ou de uma abstração que esteja no lugar dele, como o país, liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante”. Em algumas pessoas, as mesmas influências produzem melancolia em vez de luto; por conseguinte, suspeita-se de que essas pessoas possuem uma disposição patológica (FREUD, 1980).

De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (2014),

Sabe-se que quase todos os suicidas tinham uma doença mental, muitas vezes não diagnosticada, frequentemente não tratada ou não tratada de forma adequada. Os transtornos psiquiátricos mais comuns incluem depressão, transtorno bipolar, alcoolismo e abuso/dependência de outras drogas e transtornos de personalidade e esquizofrenia. Pacientes com múltiplas comorbidades psiquiátricas têm um risco aumentado, ou seja, quanto mais diagnósticos, maior o risco (ABP; 2014, p. 15)

Figura 1 - Diagnósticos Psiquiátricos e suicídio



Fonte: Bertolote et al (2002) traduzido por ABP (2014, p. 15)

Shneidman (1985) argumenta ser fundamental a combinação de elementos para o suicídio acontecer. Este é causado por um sentimento de dor psíquica intolerável, é caracterizado por uma atitude de autodesvalorização, forte sensação de isolamento, intenso sentimento de desesperança, marcando prejuízo nas ações do dia-a-dia. O indivíduo passa a acreditar que o suicídio é um meio para resolver sua dor intolerável, uma forma de reduzir a tensão.

De acordo com Cassorla (1991, p. 20), o fenômeno do suicídio “trata-se de um evento que ocorre como culminância de uma série de fatores que vão se acumulando na biografia do indivíduo, em que entram em jogo desde fatores constitucionais até fatores ambientais, culturais, biológicos e psicológicos”.

Baptista (2004) ressalta que apesar de muitos estudos terem sido feitos em relação às bases neurobiológicas do comportamento suicida, as divergências das explicações demonstram o quanto há para ser estudado sobre os fatores fisiopatológicos envolvidos no fenômeno suicídio.

Além disso, Pietro e Tavares (2014, p. 36) apontam “uma diversidade de fatores em interação e revela uma condição de multideterminação envolvida na crise suicida. O suicídio assume características e significados diversos dependendo das disposições pulsionais e da qualidade das relações de objeto do sujeito em sofrimento.”

Assim, para Buscioli (2012), é preciso estar ciente da complexidade do fenômeno e analisa-lo de maneira contextualizada para evitar pré-julgamentos e explicações reducionistas. É necessário considerar as variáveis psicológicas, histórico do indivíduo, social e econômica para melhor acolhimento de uma pessoa em sofrimento psíquico.

A abordagem mais voltada aos aspectos individuais, explicitada pela psiquiatria e psicologia, são essenciais para entender os fatores que podem influenciar a ocorrência do suicídio, como a incidência de transtornos mentais e o sofrimento do indivíduo. É importante estudar ambas as abordagens para compreender o suicídio como um fenômeno complexo que é vinculado a variados fatores.

1.2 Políticas Públicas

1.2.1 Conceito Política Pública

Para compreender as políticas públicas de prevenção ao suicídio, é necessário conceituar, primeiramente, o que é política pública. Rodrigues (2010) conceitua como:

Políticas públicas são ações de Governo, portanto, são revestidas da autoridade soberana do poder público. Dispõem sobre “o que fazer” (ações), “aonde chegar” (metas ou objetivos relacionados ao estado de coisas que se pretende alterar) e “como fazer” (estratégias de ação) (RODRIGUES, 2010, p. 53).

Existe uma diversidade de conceitos amplamente difundidos sobre o que seja uma política pública. Secchi (2010) argumenta que as ideias se divergem em relação ao protagonista central do processo. Na abordagem estatista, como a de Rodrigues (2010) e Dye (1984), sintetizada por “é o que o governo deixa ou não de fazer”, coloca o Estado como protagonista. Já na abordagem multicêntrica, Secchi considera:

“organizações privadas, organizações não governamentais, organismos multilaterais, redes de políticas públicas (policy networks), juntamente com atores estatais, protagonistas no estabelecimento das políticas públicas (Dror, 1971; Kooiman, 1993; Rhodes, 1997; Regonini, 2001 apud Secchi, 2010, p. 2).

De acordo com Secchi (2016, p. 5), “dois conceitos são fundamentais para entender o campo da política pública: o problema público e a política pública. O primeiro trata do fim ou da intenção de resolução. O segundo trata do meio ou mecanismo para levar a cabo tal intenção”.

Ainda de acordo com o autor, uma política pública é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público,

É um conceito abstrato que se materializa com instrumentos concretos como, por exemplo, leis, programas, campanhas, obras, prestação de serviço, subsídios, impostos e taxas, decisões judiciais, entre muitos outros. A finalidade de uma política pública é o enfrentamento, diminuição e até mesmo a resolução do problema público (SECCHI; 2016, p.5).

Para a finalidade deste trabalho, será considerado o conceito de política pública multicêntrica de Secchi (2010), pois quando se trata de prevenção ao suicídio, diversas estratégias e medidas são feitas tanto pelo governo (Ministério da Saúde) quanto por

organizações privadas, organizações governamentais e organismos multilaterais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Centro de Valorização da Vida (CVV).

Utilizando o conceito de Secchi (2016), pode-se inferir que uma política pública de prevenção ao suicídio pode se materializar em um programa baseado em estudos teóricos com medidas orientadas a diminuição das taxas de suicídio em determinada localidade, por meio de assistência médica, psicológica e ações de promoção à saúde.

1.2.2 Arranjos Institucionais na Implementação de Políticas Públicas

Para compreensão do processo de implementação de uma política pública, é necessário analisar o contexto e atores envolvidos na execução da ação pública, assim como os processos e relações estabelecidos entre eles. Para este objetivo, foi escolhido o texto de Pires e Gomide (2014) para dar sustentação teórica ao tópico.

Os autores argumentam que no contexto político-institucional brasileiro, tem-se diversos atores com seus devidos interesses a serem coordenadores e articulados na implementação de uma política pública. Nessa conjuntura, há burocratas de diferentes poderes e níveis do governo, parlamentares de diferentes partidos, organizações da sociedade civil entre outras. Cada política pública engloba arranjos nos quais são envolvidas organizações, mecanismos de coordenação, espaços para negociação entre os atores, além das obrigações de transparência e prestação de contas (PIRES & GOMIDE; 2014)

O conceito de arranjo institucional é compreendido como:

Conjunto de regras, mecanismos e processos que definem a forma particular como se coordenam atores e interesses na **implementação** de uma política pública específica. (Pires & Gomide; 2013, p. 13)

Esses arranjos possibilitam que o Estado possua determinada capacidade de execução de políticas. Assim, entende-se que eles delimitam as capacidades estatais no processo de implementação de determinada política específica. Tais capacidades compreendem dois componentes: o técnico-administrativo e o político. O técnico-administrativo contempla habilidades do Estado, derivado do conceito weberiano de burocracia, para consecução de suas políticas. O político está associado à dimensão política, englobando as habilidades de inclusão de atores diversos e de negociação nos processos decisórios (PIRES & GOMIDE; 2014)

Ainda de acordo com Pires e Gomide (2014, p. 18), a capacidade técnico-administrativa é operacionalizada por três critérios:

- a) a presença de organizações com recursos humanos, financeiros e tecnológicos adequados e disponíveis para a condução das ações;

- b) a existência e operação de mecanismos de coordenação (intra e intergovernamentais);
e
- c) estratégias de monitoramento (produção de informações, acompanhamento e exigências de desempenho)

As capacidades políticas são orientadas por meio dos seguintes critérios:

- a) existência e formas de interações das burocracias do Executivo com os agentes do sistema político-representativo (o Congresso Nacional, seus parlamentares, dirigentes dos governos subnacionais – governadores e prefeitos – e seus partidos políticos);
- b) existência e operação efetiva de formas de participação social (conselhos, conferências, ouvidorias, audiências e consultas públicas, entre outras);
- c) atuação dos órgãos de controle (sejam eles internos ou externos).

O estudo dos arranjos de implementação das políticas é importante, pois revela as diferenças existentes entre as suas perspectivas formais e informais, ou seja, entre os atos normativos que planejam e compõem o arranjo e como eles se manifestam na prática. Pode ocorrer de arranjos formais serem bem elaborados, mas sua operacionalização revelar inúmeras limitações. Em outros casos, os arranjos podem não ser bem elaborados, mas na prática mostrarem-se eficientes por meio de outros mecanismos que compensam suas limitações (PIRES & GOMIDE; 2014).

Percebe-se que, atualmente, os arranjos institucionais têm experimentado em comum a busca pela integração, seja de pessoas, organizações ou áreas, motivada por certas questões sociais. Existem ações envolvendo relações federativas e integração entre atores para combater problemas complexos e específicos como a saúde, saneamento, assistência social, combate à miséria entre outros. Os programas “Brasil sem Miséria”, “Minha Casa, Minha Vida”, “Bolsa Família”, “Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC)”, entre outros, são exemplos desses arranjos (LOTTA & FAVARETO; 2016). No presente trabalho, estuda-se a busca pela integração entre os atores na implementação das ações do Plano Distrital de Prevenção do Suicídio no Distrito Federal.

1.3 Prevenção ao Suicídio

1.3.1 Conceito e Estratégias de Prevenção ao Suicídio

Ações visando a promoção da vida ou a prevenção ao suicídio não necessitam se relacionar especificamente com o assunto do suicídio. Existem ações que corroboram com o bem-estar físico, mental e psicológico dos indivíduos. Dentre essas ações pode se destacar as

atividades físicas, a promoção de habilidades emocionais e a boa alimentação que também possuem caráter preventivo. Percebe-se que toda a sociedade está envolvida em medidas de prevenção, pois “a prevenção do comportamento suicida é um grande desafio não só para a Psicologia, mas para toda a sociedade, por ser um desafio social, econômico e político” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 28). Em medicina e em saúde pública, entende-se por prevenção “qualquer medida que vise a interceptar a causa de uma doença antes que ela atinja um indivíduo, dessa forma prevenindo a sua ocorrência (BERTOLOTE, 2012, p. 81).

Em relação à prevenção, Gordon¹ (1983, p. 107, tradução nossa) explica as seguintes categorias: a prevenção primária - praticada antes da origem biológica da doença; a secundária - praticada depois do reconhecimento da doença e antes de causar sofrimento; e a terciária - praticada depois da experiência de desestabilidade e sofrimento e é praticada para evitar um agravamento.

Um artigo de Mrazek e Hogarty (1994 apud Bertolote, 2012, p.88-89), publicado em 1994 pelo Instituto de Medicina dos EUA, disseminou a abordagem de Gordon, propondo três níveis de prevenção segundo grau de risco propostos por Gordon: prevenção Universal, Seletiva e Indicada.

A prevenção Universal é destinada a toda população, sem necessariamente apresentação de algum grau de risco. Seu principal objetivo é impedir o início do comportamento que desencadeie no suicídio e não está estritamente relacionada com a seleção dos indivíduos para a intervenção. Um exemplo é o Dia Mundial da Prevenção do Suicídio, onde toda a população é informada sobre o suicídio, impacto e como enfrenta-la (BERTOLOTE, 2012, p. 88).

A prevenção Seletiva é destinada a populações e/ou indivíduos com baixo risco. Como objetivo busca também impedir que um dado comportamento se instale. Neste ponto utilizaríamos da busca de sujeito e/ou populações com vulnerabilidade na questão. Um exemplo seria a busca ativa de indivíduos com certos transtornos mentais fortemente associados ao suicídio, como depressão e esquizofrenia (BERTOLOTE, 2012, p.88).

Já na questão da prevenção indicada temos uma intervenção destinada a populações e/ou indivíduos que apresentam risco moderado ou considerável. Um exemplo da prevenção

¹ “These classes are summarily defined as primary – practiced prior to the biologic origin of disease; secondary – practiced after the disease can be recognized, but before it has caused suffering and disability; and tertiary – practiced after suffering or disability have been experienced, in order to prevent further deterioration.” Gordon, RS jr. (1983). An operational classification of disease prevention. Public Health Reports, 98, p. 107.

indicada seria a atenção e o acompanhamento de perto de indivíduos que já tentaram o suicídio (BERTOLOTE, 2012, p. 89).

Em 2000 foram lançadas uma série de recursos e manuais preparados como parte do SUPRE (Suicide Prevention Program) da Organização Mundial da Saúde, e destinado a grupos profissionais e sociais particularmente relevantes na prevenção do suicídio (OMS, 2000).

Até 2012, nove livretos já foram lançados, a maioria traduzida em mais de 20 idiomas, alguns estão disponíveis em português. Foram feitos manuais para profissionais da saúde em atenção primária; para médicos clínicos gerais; para profissionais da mídia; para professores e para educadores; para profissionais da saúde em atenção primária; para agentes penitenciários; para conselheiros; para ambientes de trabalho; para agentes de intervenção em emergência; para grupos de sobreviventes; diretrizes para registros de casos (OMS, 2000; BERTOLOTE, 2012).

A seguir, será abordado resumidamente as diretrizes contidas em alguns dos livretos disponíveis. Nos manuais para profissionais da saúde, são apresentados os principais passos para a avaliação e o manejo de pacientes quando há suspeita ou identificação do risco de suicídio. Quando o profissional suspeitar da situação, é preciso que ele se disponha a dedicar um pouco mais de tempo com aquele paciente. As incertezas sobre o que fazer e como proceder derivam dos mitos em relação ao tema. Um dos mitos é o fato de que falar sobre suicídio com o paciente pode gerar um comportamento suicida, quando na realidade, falar sobre suicídio em geral reduz a ansiedade ligada a esse tema, fazendo com que o paciente se sinta compreendido e aliviado (OMS, 2000; BERTOLOTE, 2012)

No manual para educadores é ensinado como identificar e lidar com indivíduos em risco, além de como agir em tentativas de suicídio ou o suicídio em si quando ocorre no meio escolar. Algumas atividades identificadas que podem potencialmente reduzir o comportamento suicida são: reforçar a saúde mental dos professores; reforçar a autoestima dos alunos; promover a expressão saudável das emoções; prevenir o *bullying* e outras formas de violência nas escolas; fornecer informações sobre serviços de ajuda (OMS, 2000).

No Brasil, a Associação Brasileira de Psiquiatria preparou, com a ajuda de profissionais do meio de comunicação, uma cartilha inspirada no modelo da OMS e adaptada às condições brasileiras (BERTOLOTE, 2012). Essas orientações para a mídia são importantes, pois os meios de comunicação desempenham um papel significativo na sociedade atual ao proporcionar uma ampla gama de informações, através dos mais variados recursos. Influencia fortemente as atitudes, crenças e comportamentos da comunidade e ocupa um lugar central nas práticas políticas, econômicas e sociais (OMS, 2000).

Devido a essa grande influência, os meios de comunicação podem também ter um papel ativo na prevenção do suicídio. Os manuais procuram enfatizar o impacto que a cobertura midiática pode ter nos suicídios, indicar fontes de informação confiáveis, sugerir como abordar suicídios tanto em circunstâncias gerais quanto específicas e apontar as armadilhas a serem evitadas nas coberturas de suicídios (OMS, 2000).

As indicações para boas práticas jornalísticas são: oportunidade para educar o público; evitar linguagem que sensacionalize ou normalize o suicídio; evitar descrições explícitas do método empregado; redija cuidadosamente os títulos e cabeçalhos; seja cauteloso e respeitoso ao utilizar fotos, vídeos e imagens; forneça informações a respeito de onde obter ajuda; reconheça que os próprios profissionais da comunicação podem ser afetados por histórias de suicídio (OMS, 2000; BERTOLOTE, 2012, p. 112-113).

O Ministério da Saúde também desenvolveu cartilhas e folhetos intitulados “Suicídio. Saber, Agir e Prevenir” para a compreensão do tema. Foram produzidos folhetos direcionados à jornalistas e profissionais da saúde. Em 2017 foi lançada a “Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio”, além do primeiro boletim epidemiológico do suicídio no Brasil.

A partir da Portaria MS nº 1.271/2014, a tentativa de suicídio passou a ser um agravo de notificação obrigatória e imediata, devendo a notificação ser feita para a Secretaria Municipal de Saúde em até 24 horas. A notificação imediata é uma estratégia de prevenção de novas tentativas e da concretização do suicídio. O início do cuidado para a pessoa também deve ser imediato, devendo ela receber os acompanhamentos de emergência necessários, bem como acompanhamento psicossocial na Rede de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017; BRASIL, 2014).

Entretanto, de acordo com Meneghel et al (2004), existe subnotificação da mortalidade por suicídio, que varia de acordo com a região e a cultura, já que o suicídio é um tema tabu na maioria dos grupos sociais. Além disso, “sabe-se que óbitos por suicídio, justamente devido ao tabu que cerca esse evento, podem ser notificados como causa externa do tipo ignorado, induzindo a subnotificação do agravo” (MENEGHEL ET AL, 2004, p. 806).

Gunnell e Frankel² (1994, p. 1229, tradução nossa) argumentam por meio de estudos publicados, que a limitação de acesso aos métodos possui grande potencial de prevenção e pode abaixar as taxas de suicídio. Essa indicação também está presente nos manuais elaborados pela Organização Mundial da Saúde.

² “There is some evidence that the availability of particular methods of suicide influences both the method specific and all cause suicide rates.” Gunnell, David., & Frankel, Stephen. (1994). Prevention of suicide: Aspirations and evidence. *BMJ*, 308, p. 1229.

A restrição de acesso aos métodos é ainda mais evidente no tratamento de pessoas com risco de suicídio em hospitais, local onde a incidência de suicídio é mais alta (MARTELLI, AWAD & HARDY, 2010). Isso ocorre, pois “a ausência de redes de proteção, janelas em andares elevados, falta de preparo ou atenção da equipe, banheiros com trancas, bem como acesso indevido a medicações e a instrumentos perfurocortantes são fatores que aumentam o risco” (BOTEGA, 2014, p. 232).

Uma das principais medidas de prevenção do suicídio existentes no Brasil é o CVV — Centro de Valorização da Vida.

Fundado em São Paulo, em 1962, o CVV é uma associação civil sem fins lucrativos, filantrópica, reconhecida como de Utilidade Pública Federal, desde 1973. Presta serviço voluntário e gratuito de apoio emocional e prevenção do suicídio para todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo. São realizados mais de um milhão de atendimentos anuais por aproximadamente 2.000 voluntários em 18 estados mais o Distrito Federal. Esses contatos são feitos pelos telefones 188 (24 horas e sem custo de ligação) ou 141 (nos estados Bahia, Maranhão, Pará e Paraná), pessoalmente (nos 87 postos de atendimento) ou pelo site www.cvv.org.br via chat, VoIP e e-mail. O CVV desenvolve outras atividades relacionadas a apoio emocional além do atendimento, com ações abertas à comunidade que estimulam o autoconhecimento e melhor convivência em grupo e consigo mesmo em todo o Brasil (CVV, 2018).

O Ministério da Saúde e o CVV assinaram em 2017 um acordo de cooperação técnica que permitirá o acesso gratuito ao serviço prestado pelo número de telefone 188. A linha começou a funcionar no Rio Grande do Sul e, em setembro de 2017, iniciou sua expansão para todo o Brasil, com a intenção de ser concluída em 30/06/2018, com a integração de todos os estados (CVV, 2018).

Destaca-se também, que para a prevenção do suicídio, é necessário o tratamento do estigma e uma maior conscientização. O estigma pode impedir as pessoas de buscarem ajuda, impedindo o acesso aos serviços de prevenção do suicídio, tratamento e apoio após crise suicida. Já a conscientização, muitas vezes apoiada com a ação da mídia, pode influenciar agentes políticos e a opinião pública. Estes esforços são primordiais para gerar aceitação das comunidades e reconhecimento da importância de ações preventivas (OMS, 2012).

Assim, devido aos múltiplos fatores envolvidos e aos diversos caminhos que podem conduzir o indivíduo ao comportamento suicida, os esforços para prevenção de suicídios requerem uma abordagem multidisciplinar direcionada à população e aos seus grupos de risco, bem como os contextos sociais que podem se apresentar (OMS, 2014).

1.3.2 Fatores de Risco e Fatores Protetores

Para a formulação e implementação de políticas públicas de prevenção do suicídio é necessário compreender quais são os fatores de risco e os fatores protetores, para que assim seja considerado os aspectos para uma prevenção mais eficaz.

Para Bertolote (2012), a identificação dos fatores de risco para o suicídio tem atraído a atenção de diversos pesquisadores interessados sobre o tema há muito tempo. Entretanto, uma das limitações da literatura dos autores considerados “clássicos” é que suas linhas de estudo focam em apenas um fator, sem levar em conta a multicausalidade do fenômeno.

É importante diferenciar fatores predisponentes – que criam o terreno no qual vai se instalar um processo suicida – de fatores precipitantes que podem provocar o ato final do suicídio. Os primeiros também por ser chamados de “fatores distais”, por agirem bem antes do ato suicida, e o últimos são chamados de “fatores proximais”, pela proximidade temporal do ato (BERTOLOTE, 2012, p. 69).

Abaixo, segue uma tabela, não exaustiva, dos habituais fatores de risco, de acordo com Bertolote (2012).

Tabela 1 – Fatores de Risco

Fatores predisponentes (distais em relação ao ato suicida)	Fatores precipitantes (proximais em relação ao ato suicida)	
Fatores sociodemográficos e individuais	Fatores ambientais	Estressores recentes
Tentativa(s) prévia(s) de suicídio Transtornos psiquiátricos (principalmente depressão, alcoolismo, esquizofrenia e certos transtornos de personalidade) Doenças físicas (terminais, dolorosas, debilitantes, incapacitantes, desaprovadas socialmente – como a AIDS) História familiar de suicídio, alcoolismo ou outros transtornos psiquiátricos Estado civil divorciado, viúvo ou solteiro Isolamento social Desempregado ou aposentado Luto ou abuso sexual na infância Alta recente de internação psiquiátrica	Fácil acesso a métodos de suicídio	Separação conjugal Luto Conflitos familiares Mudança de situação empregatícia ou financeira Rejeição por parte de pessoa significativa Vergonha e temor de ser considerado culpado

Fonte: BERTOLOTE (2012; p. 73)

Há evidências que demonstram que o reforço de certos fatores ditos de proteção, está associado a taxas menores das diversas etapas do processo de suicídio (ideação, planos e atos) (BERTOLOTE, 2012). Os principais fatores de proteção estão listados a seguir.

Tabela 2 - Fatores de Proteção

Estilo cognitivo e personalidade	Padrão familiar	Fatores culturais e sociais	Fatores ambientais
Sentimento de valor pessoal Confiança em si mesmo Disposição para buscar ajuda quando necessário Disposição para pedir conselho diante de decisões importantes Abertura à experiência alheia Disposição para adquirir novos conhecimentos Habilidade para se comunicar	Bom relacionamento intrafamiliar Apoio de parte da família Pais dedicados e consistentes	Adesão a valores, normas e tradições positivas Bom relacionamento com amigos, colegas e vizinhos Apoio de pessoas relevantes Amigos que não usam drogas Integração social no trabalho, em alguma igreja, em atividades esportivas, clubes etc. Objetivos na vida	Boa alimentação Bom sono Luz solar Atividades físicas Ambiente livre de fumo e de drogas

Fonte: BERTOLOTE (2012, p. 76)

Para Botega et al (2006), dependendo do tipo de sociedade, seus valores podem atuar como fatores de proteção ou de risco.

Em sociedades que valorizam a interdependência, nas quais existe estímulo para conversas sobre os problemas com diferentes indivíduos e são mais abertas a mudanças de opinião, parecem favorecer aspectos mais protetivos em relação à ocorrência de suicídio. Por outro lado, em sociedades nas quais a independência e a capacidade de tomar decisões são valorizadas e pedir ajuda é visto como um sinal de fraqueza, ocorre o oposto (2006, p. 216).

Assim, apesar de o suicídio envolver questões socioculturais, genéticas, psicodinâmicas, filosófico-existenciais e ambientais, na quase totalidade dos casos o transtorno mental é um fator vulnerabilizador que necessita estar presente para que, culmine no suicídio do indivíduo, quando somado a outros fatores (BOTEGA et al. 2006, p. 216).

2. METODOLOGIA

Este capítulo tem como objetivo descrever os procedimentos metodológicos utilizados para o desenvolvimento da pesquisa. De acordo com Gil (2008, p.8), “pode-se definir método como o caminho para se chegar a determinado fim. E método científico como o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento”. Inicialmente, tentou-se aplicar esta pesquisa na Universidade de Brasília, porém, devido à falta de políticas institucionais sobre o tema na instituição, o estudo foi inviabilizado. Assim, aumentou-se o escopo para o Distrito Federal, pois já havia uma política institucional em execução.

Dessa forma, o método escolhido quanto aos fins da presente pesquisa foi o descritivo, “as pesquisas deste tipo têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis” (GIL, 2008, p. 28). No presente trabalho, os objetivos principais são analisar e descrever o arranjo institucional formado pelos atores responsáveis por implementar o Plano Distrital de Prevenção do Suicídio.

A metodologia quanto ao tipo é a pesquisa qualitativa. Para Minayo e Deslandes (2002),

[...] a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (2002, p. 22).

A pesquisa adequa-se à qualitativa pois utiliza dados mais textuais, com o caso específico da Política Distrital de Prevenção do Suicídio, e possui como resultado uma generalização analítica.

Yin (2005, p. 32) define o estudo de caso como “um estudo empírico que investiga um fenômeno atual dentro do seu contexto de realidade, quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidas e no qual são utilizadas várias fontes de evidência, como análises históricas, além da observação direta e entrevistas”. Esta pesquisa adequa-se ao estudo de caso pois é caracterizada como uma pesquisa profunda sobre a Política Distrital de Prevenção do Suicídio, o que permite seu conhecimento detalhado.

Para atender ao objetivo proposto foram realizadas entrevistas semiestruturadas presenciais, por telefone e por formato eletrônico (e-mail). As entrevistas contaram com um roteiro flexível, com perguntas organizadas conforme os objetivos específicos. O roteiro de entrevista adequou-se a atividade exercida por cada participante, com o objetivo de que cada

um contribuísse com o seu conhecimento adquirido. Assim, foram realizadas 06 entrevistas, 02 presenciais, 03 por telefone, 01 por formato eletrônico.

Os participantes foram escolhidos com base em seus papéis centrais no processo de implementação da política, pelo seu conhecimento completo sobre o arranjo institucional envolvido ou pelo conhecimento sobre o assunto. Ressalta-se a importância fundamental das entrevistas realizadas para a consecução da pesquisa.

Assim, os participantes escolhidos foram: a atual coordenadora do Plano Distrital de Prevenção do Suicídio, locada na Diretoria da Saúde Mental da Secretaria de Saúde – DF; a ex-coordenadora que atuou desde o começo de sua implementação, em 2012, até o ano de 2016; o voluntário do Centro de Valorização da Vida; o representante do Diretório Central dos Estudantes da UnB; a psicóloga com mestrado em prevenção do suicídio; e o coordenador nacional do Programa de Seleção de Voluntários do CVV. Para facilitar a análise das entrevistas das participantes, criou-se um quadro para identificação:

Quadro 1 – Participantes da entrevista

Código	Atividade
Entrevistada 01	Atual Coordenadora da política
Entrevistada 02	Ex-Coordenadora da política
Entrevistado 03	Voluntário CVV
Entrevistado 04	Representante DCE UnB
Entrevistada 05	Pesquisadora sobre prevenção ao suicídio
Entrevistado 06	Coordenador Nacional do Programa de Seleção de Voluntários do CVV

Fonte: Elaboração própria

As entrevistas realizadas presencialmente e por telefone foram gravadas e transcritas, a realizada por e-mail não passou por esse processo. Todas as entrevistas foram organizadas para análise e discussão, sendo incorporadas aos capítulos analíticos de acordo com o conteúdo abordado.

Além disso, foram incorporados outros procedimentos de coleta e análise de dados, a bibliográfica e documental. Os dois procedimentos se diferem pelo fato da pesquisa documental procurar analisar documentos que ainda não sofreram tratamento analítico, já a pesquisa bibliográfica é baseada em livros e artigos científicos (GIL, 2008). Foram analisados os conteúdos de portarias, legislações, livros, atas, artigos, dissertações, teses, documentos

administrativos, sites, notícias, estudos e estatísticas sobre o tema a fim de corroborar e valorizar as evidências oriundas de outras fontes.

A maior parte dos documentos submetidos ao procedimento documental são dados fornecidos pelo site da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, legislações e portarias. Na pesquisa bibliográfica foram utilizados livros e artigos científicos, como teses e dissertações.

O tipo de análise será de conteúdo. Segundo Bardin (2007, p. 7), a análise do conteúdo é “um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados”.

O funcionamento e objetivo da análise de conteúdo consiste em:

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin; 2007, p. 37).

Para Bardin (2007), a técnica de análise de conteúdo é dividida em três polos cronológicos. A primeira etapa é destinada à pré-análise dos documentos. Na segunda etapa é composta pela exploração do material, e a terceira etapa consiste no tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Esta pesquisa possuiu três etapas. A primeira etapa baseou-se na organização e escolha do material, por meio da leitura flutuante, estabelecendo um primeiro contato com os dados bibliográficos e documentais disponíveis nos sites, legislações, livros e artigos científicos. Utilizou-se mecanismos de localização de documentos com as palavras chaves “suicídio”, “políticas públicas” e “prevenção do suicídio”. Devido à dificuldade em acessar informações com maior profundidade sobre a política distrital de prevenção do suicídio, grande parte do conhecimento inicial sobre a política baseou-se em notícias do portal da Secretaria de Saúde e jornais online.

Em uma segunda etapa os documentos disponíveis e as entrevistas semiestruturadas realizadas com as coordenadoras foram reunidos, assim como o documento contendo o Plano Distrital de Prevenção do Suicídio na íntegra, disponibilizado pelas entrevistadas. Após a análise do Plano e a identificação dos atores chaves envolvidos, foram realizadas mais entrevistas para complementar a pesquisa. Por fim, todos os dados coletados foram analisados para atingir resultados, inferências e interpretações de acordo com os objetivos propostos pelo trabalho.

Ao longo do processo foram observadas dificuldades como o acesso a certos documentos. O Plano Distrital de Prevenção do Suicídio só foi acessível devido a disponibilização pela atual coordenadora. Este documento foi essencial para a identificação dos atores e suas respectivas responsabilidades, assim como dados estatísticos sobre o suicídio no Distrito Federal. Tentou-se obter dados recentes sobre as taxas de suicídio no DF por meio do Núcleo de Estudos e Programas na Atenção e Vigilância em Violência (NEPAV), da Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SVS), porém, sem êxito. As mudanças recentes no organograma da Secretaria de Saúde realocaram algumas unidades mencionadas no Plano, todavia, essas alterações não comprometeram os resultados da pesquisa.

Outra dificuldade enfrentada se deu na escolha dos participantes, a Coordenação de Prevenção do Suicídio, núcleo responsável pela política na Secretaria de Saúde do Distrito Federal, conta com somente a coordenadora como equipe. Com isto, houve limitação em relação aos entrevistados que possuíam pleno conhecimento sobre o arranjo institucional envolvido na implementação da política em questão.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

De acordo com as entrevistas realizadas, a Política Distrital de Prevenção do Suicídio define como principal objetivo diminuir as taxas de mortalidade por suicídio no Distrito Federal. Para atingir este propósito, a política prevê uma ação intersetorial e integrada, realizada com parceiros-chaves. Para tanto, foi elaborada uma proposta de um Plano Distrital de Prevenção do Suicídio, dividido em cinco eixos: avaliação e monitoramento, compromisso político, prevenção, tratamento e pós-venção, e por fim, capacitação e informação.

A análise realizada neste trabalho sobre a política foi organizada de acordo com os objetivos específicos, que estão dispostos por categorias de análise. A primeira categoria segue o objetivo específico 1 - apresentar a conjuntura propulsora para formulação e implementação de Políticas de Prevenção do Suicídio no Mundo, no Brasil e no Distrito Federal. A primeira categoria divide-se em dois tópicos, no primeiro será exposto um contexto histórico do Plano Distrital de Prevenção do Suicídio, já no segundo será feita uma análise situacional sobre o suicídio no Distrito Federal.

A segunda categoria de análise observa os objetivos 2 e 3 – mapear o arranjo institucional por meio da identificação dos atores envolvidos e seus respectivos papéis; e compreender a forma articulada de viabilização da Política Distrital de Prevenção do Suicídio, a partir dos mecanismos pelos quais os atores interagem.

A terceira e última categoria de análise está relacionada ao objetivo específico 4, que destina-se a identificar e descrever, de forma não exaustiva, as principais ações desenvolvidas no processo de implementação da política no período de 2012 a 2017. A finalidade é exemplificar como as ações e articulações entre os atores ocorreram na prática.

3.1 Contexto Histórico do Plano Distrital de Prevenção do Suicídio

A história da prevenção do suicídio é datada desde o começo do século XX, no qual os primeiros programas preventivos foram lançados nos Estados Unidos e na Europa (BERTOLOTE, 2012). Entretanto, só no início da década de 90, houve preocupações crescentes em diversos países sobre aumento de mortalidade por suicídio e tentativas de suicídio. Dessa forma, alguns países procuraram a Organização das Nações Unidas solicitando orientação nos projetos de planos nacionais para cuidarem dessa questão de saúde pública com eficácia (OMS, 2012).

Diante disso, em 1994, no Canadá, ocorreu uma reunião internacional entre peritos convocados pela ONU e OMS, na qual a Organização das Nações Unidas publicou um

documento embrionário chamado “Prevenção de Suicídio: Diretrizes para a formulação e implementação de estratégias nacionais” (BERTOLOTE, 2012).

Este documento foi um importante marco, pois pela primeira vez duas grandes organizações internacionais criteriosas se juntaram e reconheceram que os comportamentos suicidas eram, de fato, um problema de saúde pública. Essa foi uma declaração política que gerou muita repercussão (BERTOLOTE, 2012, p 99).

O documento elaborado enfatizou a necessidade de colaboração intersetorial, abordagens multidisciplinares e avaliação e revisão permanente. Também identificou elementos chaves para aumentar a eficácia de estratégias de prevenção, tais como o apoio da política governamental e atenção integral as pessoas com risco de comportamento suicida. Assim, o documento fornecia diretrizes relativas a princípios organizacionais e áreas relevantes para a formulação de políticas públicas (OMS, 2012; BERTOLOTE, 2012)

O documento elaborado ressalta o papel das Organizações não Governamentais, pois “estas geralmente continuam a trabalhar ativamente na prevenção do suicídio, particularmente quando a ação do setor público é fraca ou inexistente” (OMS, 2012, p. 12). As ONGs frequentemente oferecem serviços de orientação, realizam pesquisa, formulam e implementam programas de educação pública e trabalham com a mídia (OMS, 2012).

Como consequência da publicação dessas diretrizes, “diversos países seguiram os passos sugeridos no documento, e formularam e implementaram estratégias nacionais, entre os quais Finlândia, Noruega, Suécia, Austrália, Reino Unido, Estados Unidos, França, Japão e Brasil” (BERTOLOTE, 2012, p. 100)

Em 1999, a Organização Mundial da Saúde lançou o programa SUPRE (Suicide Prevention Program), o qual contava com uma iniciativa mundial para a prevenção do suicídio baseada no conhecimento técnico e experiência clínica de especialistas. Baseado nas evidências disponíveis, identificou-se três áreas prioritárias para o desenvolvimento de atividades: tratamento de pessoas com transtornos mentais; restrição do acesso à métodos empregados em comportamentos suicidas e; abordagem adequada pelos meios de comunicação de notícias e informações relativas a comportamentos suicidas (OMS, 2000; BERTOLOTE, 2012, p. 100).

Apesar da pesquisa limitada no qual o documento foi baseado, foram feitas revisões sistemáticas acerca das estratégias propostas e essas afirmam o acerto das proposições. Uma importante confirmação e validação internacional dessas abordagens foi produzida por um grupo de peritos provenientes de 15 países de todos os continentes reunidos na Áustria, que confirmaram a relevância das três propostas da OMS e acrescentaram outras duas: programas adequados de educação e de informação em escolas, para o público em geral e para os

trabalhadores do setor sanitário e social; e busca ativa e triagem sistemática de pessoas com alto risco de comportamentos suicidas (BERTOLOTE, 2012, p. 101).

.Afim de se compreender a dimensão dos esforços feitos para a prevenção do suicídio no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve ter sua importância destacada. Por meio da constituição de 1988 e com a lei orgânica de 1990, tentou-se garantir o acesso universal à saúde (MACHADO & LEITE & BANDO, 2014, p. 337). Em 2001 houve a Reforma Psiquiátrica, por meio da Lei Federal 10.216, que “redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2005, p. 8). A reforma criou mecanismos para financiamento de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas (SRT) e leitos psiquiátricos em hospitais gerais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Entretanto, foi por meio da portaria nº 2.542/2005 que foi instituído Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implementar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio. O grupo possuía representantes de órgãos, instituições, universidades e membros da sociedade civil organizada. Assim, a Coordenação Nacional de Saúde Mental apresentou a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio (ENPS), preconizada pela Portaria n.º 1.876, de 14 de agosto de 2006, na qual se instituem as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio.

As diretrizes estabelecidas foram:

- I – desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos;
- II – desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;
- III – organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas;
- IV – identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade;
- V – fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;
- VI – contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos;
- VII – promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações;
- VIII – promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização (BRASIL, 2006).

Como parte das ações do Governo Federal, existe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criada em 2011, que estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com transtornos mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A Rede integra o Sistema Único de Saúde (SUS). A Rede é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

No Distrito Federal (DF), em agosto de 2011, foi criada a Coordenação de Prevenção do Suicídio dentro da Diretoria de Saúde Mental (DISAM) da Secretaria de Saúde do DF (SES-DF). “Essa Coordenação instituiu, a partir de 2012, a Jornada Distrital de Prevenção do Suicídio, que tem ocorrido anualmente por ocasião da data do Dia Mundial de Prevenção do Suicídio, com o intuito de mobilização política e social acerca do tema” (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL ET AL, 2014, p. 6).

Após seis anos desde a publicação das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio pelo Ministério da Saúde, durante a I Jornada de Prevenção do Suicídio em setembro 2012, o Distrito Federal lançou a Política Distrital de Prevenção do Suicídio. Dessa forma, o Distrito Federal foi a primeira unidade da federação a criar uma Política Distrital para prevenção ao suicídio, apontando a necessidade de se desenvolver um Plano Distrital para esse tema (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL ET AL, 2014, p. 6). Por meio da portaria 184, de 12 de setembro de 2012, a Política Distrital de Prevenção do Suicídio foi aprovada, contendo os seguintes princípios norteadores:

- Art. 2 São princípios norteadores da Política Distrital de Prevenção do Suicídio:
- I universalidade do atendimento;
 - II atenção integral as pessoas em sofrimento psíquico;
 - III organização da rede de atendimento, conforme hierarquização e regionalização dos serviços de saúde;
 - IV os princípios norteadores da Política Nacional de Humanização;
 - V intersetorialidade no desenvolvimento de ações; (BRASIL, 2012)

Nesta análise, serão utilizados os códigos estabelecidos anteriormente apresentados na metodologia. A entrevistada 02 coordenou a Política Distrital de Prevenção do Suicídio desde sua implementação em 2012 até 2016. Devido ao fato de ter escrito sua dissertação de mestrado sobre o tema, a entrevistada 02, locada no Ministério da Saúde, pôde participar da elaboração das diretrizes nacionais e posteriormente, quando foi nomeada pela Secretaria de Saúde, foi convidada para coordenar e implementar o Plano Distrital de Prevenção do Suicídio no Distrito Federal. A participante declarou que o contexto que originou a implementação da política foi

uma gestão sensível a essa temática: “Apesar do DF não ser uma unidade que possui as maiores taxas de suicídio, comparado com outras unidades, houve essa vontade política de organizar e já se preparar para o atendimento dessa demanda” (ENTREVISTADA 02).

Em 20 de novembro de 2013, um Grupo de Trabalho multidisciplinar e multisetorial foi instituído pela Portaria nº 311 para elaborar o Plano Distrital de Prevenção do Suicídio. O grupo foi composto por representantes da Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS); da Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SVS); da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS); do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); da Subsecretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde; da Sociedade Civil Organizada; e representantes de Instituições de Ensino Superior.

O principal objetivo do Plano Distrital de Prevenção do Suicídio, de acordo com as participantes 01 e 02, é a diminuição das taxas de suicídio. Abaixo seguem os objetivos diretos e indiretos expostos do Plano (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL ET AL, 2014, p. 22-23):

- a - Definir as metas, prioridades e ações do Plano Distrital de Prevenção do Suicídio, envolvendo os diversos atores sociais e parceiros nos Eixos Estratégicos de: Avaliação e Monitoramento, Compromisso político, Prevenção, Tratamento e pós-venção, Capacitação e Informação;
- b - Indicar no documento a necessidade de colaboração intersetorial, abordagens multidisciplinares e contínua avaliação e revisão, e também a identificação de elementos-chave como os meios necessários para aumentar a eficácia das estratégias de prevenção do suicídio
- c - Descrever o escopo e magnitude do problema, mas principalmente, reconhecer que os comportamentos suicidas são um grande problema de saúde pública;
- d - Sinalizar o compromisso do governo para resolver a questão;
- e - Recomendar um quadro estrutural, incorporando vários aspectos de prevenção do suicídio;
- f - Fornecer orientação confiável sobre atividades preventivas chaves baseadas em evidências, ou seja, identificar o que funciona e o que não funciona;
- g - Identificar os principais parceiros chaves e atribuir responsabilidades específicas entre eles. Além disso, delimitar a necessária coordenação entre os vários grupos;
- h - Identificar lacunas importantes na legislação existente, na prestação de serviços e na coleta de dados;
- i - Indicar os recursos humanos e financeiros necessários para as intervenções;
- j - Definir formas de defesa, sensibilização, comunicação da mídia;
- l - Propor um ostensivo monitoramento e avaliação do quadro, incutindo assim um senso de responsabilidade entre os responsáveis pelas intervenções;
- m - Fornecer um contexto para uma agenda de pesquisa sobre os comportamentos suicidas;
- n - Viabilizar acesso facilitado e sistematizado aos dados de mortalidade e tentativa de suicídio nas bases de dados existentes (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL ET AL, 2014, p. 22-23).

Após a elaboração do Plano, esse deveria ser apresentado e pactuado no Colegiado de Gestão e Conselho de Saúde da SES-DF, porém nunca foi pautado pelo Conselho para sua

apreciação. Apesar disso, as ações estabelecidas foram implementadas. A entrevistada 02 explica a sucessão dos eventos:

O Plano foi construído a várias mãos. Quando ele ficou pronto foi submetido ao Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde, que é um colegiado superior, e foi aprovado. Após isso, foi enviado para o Conselho de Saúde para apreciação, e o conselho de saúde nunca pautou o Plano Distrital de Prevenção do Suicídio para sua apreciação. A gestão entendia que precisava dessa avaliação do Conselho de Saúde, que realmente é um órgão voltado para apreciação das políticas de saúde. Enfim, apesar de não ter sido apreciado no Conselho de Saúde, nós fomos fazendo as ações previstas. Nós fomos fazendo porque constituímos um grupo, trabalhamos, entregamos o produto, entregamos para a gestão, a gestão aprovou e mandou para o Conselho (Entrevistada 02).

Percebe-se a complexidade do Plano, baseado na intersectorialidade, com ações desde a promoção da saúde em crianças até o tratamento e atendimento em emergências. Assim, como explícito no referencial teórico, é possível observar que os objetivos diretos e indiretos do Plano Distrital de Prevenção do Suicídio se caracterizam como medidas preventivas, pois prevenção é “qualquer medida que vise a interceptar a causa de uma doença antes que ela atinja um indivíduo, dessa forma prevenindo a sua ocorrência (BERTOLOTE, 2012, p. 81).

3.2 Análise Situacional sobre o Suicídio no Distrito Federal

De acordo com a legislação brasileira, quando ocorre uma morte por causas externas, exige-se realização de autópsia pelo órgão policial responsável, o Instituto Médico Legal (IML) (POLICIA CIVIL DO DF, 2003 & 2004). A subnotificação é uma das características mais marcantes do suicídio e é necessário aprimorar a qualidade dos dados com informações mais fidedignas para a análise do fenômeno com maior precisão. A seguir, seguem exemplos de como a subnotificação pode ocorrer:

A subnotificação pode ocorrer na determinação da intencionalidade das mortes por causa externa, como nos casos de *overdose* “acidental”, algumas mortes por colisão automobilística, atropelamentos e outras mortes violentas tidas como acidentais. Pode ocorrer também pela atribuição errônea de uma morte por causa externa como causa interna no ato da declaração de óbito (por exemplo, atribuir a causa da morte como parada cardiorrespiratória sem considerar que o fator que levou a essa parada tenha sido uma intoxicação exógena no período anterior à morte. Este erro pode ocorrer por desinformação, negligência ou mesmo por fatores culturais relacionados ao suicídio que dificultam o registro dessa forma de morte) (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL ET AL, 2014, p. 15).

Estes dados, extraídos do Plano Distrital de Prevenção do Suicídio, corroboram com o que Meneghel et al (2004) argumentam sobre a subnotificação da mortalidade por suicídio. Além da desinformação e negligência, o erro pode ocorrer devido ao preconceito e tabu envolvido no tema. A entrevistada 05 acrescenta que fatores religiosos também podem

influenciar nos registros, pois algumas religiões consideram o suicídio um pecado capital repugnável.

Dentre outros pontos citados na entrevista, existe ainda o fato da família se envergonhar da situação suicida e tentar ocultar a informações. Além do mais, muitas pessoas que possuem seguro de vida ou familiares de militares que são aptos a receber pensão têm esse benefício cortado se a morte for dada por suicídio. Assim, “é de interesse político e econômico que essas mortes sejam abafadas, o tempo todo há fatores sociais que estão atuando no sentido de abafar e manter esse assunto como polêmico, como um grande tabu” (ENTREVISTADA 05).

Os dados de mortalidade do ano de 2012 e 2013 a seguir foram coletados da Gerência de Informação e Análise de Situação em Saúde – GIASS, da Subsecretaria de Vigilância à Saúde e publicados na Proposta do Plano Distrital de Prevenção do Suicídio (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL ET AL, 2014). Os resultados da pesquisa apresentam o perfil epidemiológico do suicídio no Distrito Federal.

As proporções de homens que se matam são quase três vezes maiores em relação às mulheres em todas as faixas de idade (72,39% em 2012 e 77,6% em 2013)

Há maior número de mortes na faixa etária entre 20 e 39 anos de idade

Em relação ao estado civil, com quase dois terços do total de pessoas solteiras, viúvas ou separadas

Com relação aos dados sobre grau de instrução em 2012 e 2013, percebe-se que a grande maioria das pessoas que morreram por suicídio passou mais de 4 anos em alguma instituição de ensino

Não há dados acerca dos métodos utilizados para o suicídio em 2012. Em 2013, os métodos letais utilizados nos óbitos registrados podem ser divididos em dois tipos: Autointoxicação intencional e Lesão autoprovocada intencionalmente. Mais de 88% dos métodos utilizados nos suicídios consumados são provenientes de lesões autoprovocadas intencionalmente, dentre os quais a maior parte é decorrente de enforcamento, estrangulamento e sufocação (pouco mais de 57%), seguido por precipitação de local elevado (cerca de 19%) (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL ET AL, 2014, p. 15-17).

Percebe-se que o perfil epidemiológico registrado no Distrito Federal acompanha as estatísticas internacionais e isso comprova alguns pontos apresentados no referencial teórico. Em relação ao estado civil, observa-se grande parte de pessoas solteiras, viúvas ou separadas, o que corrobora com a visão de Durkheim sobre a importância dos laços sociais. O estudo também revela a importância da limitação aos métodos, argumentado por Gunnel e Frankel (1994). Além de ressaltar a importância de se estimular a regulação ou a implementação de barreiras de acesso a meios em construções, apresentado por Botega (2014).

A entrevistada 05 explica que este perfil apresentado no Plano poderia ser avaliado por inúmeros fenômenos, como os estudos de gênero. A partir destes estudos pode-se avaliar o processo de socialização masculina, na qual os homens são reprimidos de uma forma diferenciada em relação às próprias emoções. Eles são historicamente reforçados a poderem

lidar com a agressividade, ao invés da sensibilidade, exemplificado no ditado “homem não chora”. Assim, “dentro dos parâmetros de masculinidade hegemônica, os homens vão também atuar nesse sentido maior de externalização” (ENTREVISTADA 05).

Do mesmo modo, os estudos de gênero também poderiam explicar o número maior de tentativas de suicídio ser entre as mulheres, “os meios que elas recorrem também podem estar associados a práticas da feminilidade, o que é esperado da feminilidade” (ENTREVISTADA 05). De acordo com a entrevistada, as mulheres têm tido como principal método o abuso de substâncias psicotrópicas, uso de antidepressivos, ansiolíticos e reguladores de humor.

Silva (2016) realizou um estudo descritivo sobre a mortalidade por suicídio no Distrito Federal no período de 2000 a 2014 e observou que o principal local de ocorrência de suicídio foi o domicílio (48,4%). A entrevistada 05 explica que no mundo inteiro a maioria dos suicídios é consumado dentro de casa explica o porquê de isso ocorrer:

Em função do próprio comportamento suicida ser um comportamento íntimo, privado, particular. A maioria das pessoas que estão sendo acometidas por ideias suicidas não se sente totalmente confortável de compartilhar esses pensamentos, esses sentimentos, e muitas vezes quando conseguem trazê-los à tona também não são idealmente acolhidas (ENTREVISTADA 05).

Para compreender as taxas de suicídio no Distrito Federal, é preciso entender que o território do DF é dividido em Regiões Administrativas (RAs) cujos limites físicos, estabelecidos pelo poder público, definem a jurisdição da ação governamental para fins de descentralização administrativa e coordenação dos serviços públicos de natureza local (LEI ORGÂNICA DO DF). Assim, “na prática funcionam como típicas cidades, mas com a particularidade de não possuir prefeitos nem vereadores e sim administradores regionais e secretários indicados pelo Governador do Distrito Federal” (PORTAL BRASIL, 2018).

A seguir são apresentados dados sobre a quantidade de óbitos por suicídio no DF de 2009 a 2013, considerando Bairro de residência.




Tabela 3 - Mortalidade por Suicídio considerando a Região Administrativa de moradia (continuação)

Mortalidade por Suicídio, Bairro de Residência e Ano de Ocorrência					
As taxas de morte considerando a Região Administrativa de moradia da pessoa	Taxa de Mortalidade				
	2009	2010	2011	2012	2013
Águas Claras	9,2	5,9	3,8	9,5	3,6

Asa Norte	5,8	6,6	2,4	4,0	3,0
Asa Sul	3,2	7,1	3,5	8,0	6,4
Brazlândia	6,6	5,2	6,8	13,5	6,4
Ceilândia	5,3	6,5	3,2	4,8	3,9
Cruzeiro	7,9	5,7	2,8	2,8	7,9
Gama	1,4	7,5	5,9	5,1	6,2
Guará	2,9	0,9	4,6	4,6	6,0
Itapoã	3,5	4,4	4,3	0,0	4,1
Jardim Botânico	0,0	0,0	5,0	4,9	0,0
Lago Norte	3,5	9,3	6,1	6,0	5,6
Lago Sul	16,5	6,8	3,3	6,6	3,1
Núcleo Bandeirante	7,1	4,1	4,0	4,0	7,5
Paranoá	10,1	0,0	3,6	7,1	5,0
Park Way	0,0	10,4	0,0	5,1	0,0
Planaltina	2,3	8,2	4,0	4,0	5,4
Recanto das Emas	3,9	4,0	5,5	2,3	2,2
Riacho Fundo I	9,2	5,6	0,0	8,1	7,7
Riacho Fundo II	4,6	16,7	11,0	2,7	7,7
Samambaia	3,8	5,0	3,0	4,4	2,8
Santa Maria	7,2	3,4	1,7	7,4	3,9
São Sebastião	13,3	3,5	4,6	6,8	7,6
SCIA (Estrutural)	5,5	3,3	3,2	9,6	0,0
Sobradinho	1,3	3,9	3,9	2,5	4,8
Sobradinho II	9,0	5,5	2,7	5,3	3,8

Sudoeste/Octogonal	1,7	8,0	2,0	1,9	5,5
Taguatinga	4,0	6,9	4,8	4,3	5,0
Vicente Pires	-	5,1	0,0	1,6	1,6
Varjão do Torto	-	-	-	-	0,0
SAI	-	-	-	-	0,0
Candangolândia	-	-	-	-	0,0
Fercal	-	-	-	-	0,0
Total	4,9	5,8	3,8	5,1	4,5

Fonte: GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL ET AL (2014, p. 20-21).

-  Taxa acima da média nacional (a partir de 4,9)
-  Taxa moderada segundo a OMS (a partir de 8)
-  Taxa elevada segundo a OMS (a partir de 16)

A análise dos dados não permite observar nenhuma tendência, nem de crescimento nem de decréscimo, porém é possível notar que algumas regiões administrativas aparecem com taxas moderadas frequentemente, como Brazlândia. A entrevistada 02 relata hipóteses que podem explicar as altas taxas de Brazlândia. Uma delas possui relação com as atividades rurais que permitem acesso a meios e intoxicação exógena. Alguns estudos mostram que, dependendo do manejo de agrotóxicos e tipo de cultivo, pode-se causar impacto no sistema nervoso central e gerar mais depressões. Entretanto, a entrevistada argumenta que é necessário mais estudo para obter análises mais precisas.

Tomasini (2016, p. 117) realizou um estudo no qual “buscou analisar a existência de um padrão espacial da distribuição das ocorrências de mortalidade por suicídio no Distrito Federal no período de 2000-2015 e verificar se existe relação com variáveis sócio-econômicas-culturais das diferentes Regiões Administrativas do Distrito Federal - DF, através de técnicas de geoprocessamento”. Nos resultados, observou:

No DF, a escolha pelo uso dos mapas de densidade mostrou no local de ocorrência dos suicídios uma densidade nas regiões mais ao Sudoeste do DF, essas mesmas também mostraram uma relação positiva com a localização dos serviços de saúde - CAPS. Essas áreas são também a parte mais urbanizada da região. As Regiões Administrativas que fizeram parte do padrão espacial são singulares, cada uma com seus contextos socioeconômicos e culturais diferenciados (TOMASINI, 2016, p. 118).

Percebe-se que as causas e fatores relacionados às taxas de suicídio são vários, não podendo ser compreendido de uma maneira simplista. É preciso realizar estudos direcionados a esse tema considerando os múltiplos fatores envolvidos em cada território analisado. Ademais, a entrevistada 01 complementa explicando que atualmente o levantamento de notificações não é mais feito por região administrativa, e sim por região de saúde – região norte, sul, centro norte etc. Dessa forma, não é possível realizar comparações de dados mais recentes.

3.3 Atores envolvidos na Implementação da Política Distrital de Prevenção do Suicídio

De acordo com Pires & Gomide (2014, p. 13), como visto anteriormente, arranjo institucional é um “conjunto de regras, mecanismos e processos que definem a forma particular como se coordenam atores e interesses na implementação de uma política pública específica”. Diante disso, este tópico será destinado a identificar os atores envolvidos e seus respectivos papéis no processo de implementação da Política Distrital de Prevenção do Suicídio no Distrito Federal.

Para a identificação dos atores e suas responsabilidades na consecução dos objetivos propostos pela política, utilizou-se o Plano Distrital de Prevenção do Suicídio (2014). Neste documento, é apresentado um Plano de ação no qual as metas, ações e responsáveis são definidos. Abaixo segue tabela com os eixos de ação preestabelecidos pelo Plano de ação (2014) para compreensão das ações que serão descritas.

Quadro 2 - Eixos de Ação estabelecidos no Plano Distrital de Prevenção do Suicídio

EIXO	CARACTERÍSTICA
Avaliação e Monitoramento	Eixo que contempla metas e ações que viabilizem o mapeamento do fenômeno do suicídio no Distrito Federal, por meio de levantamento de dados, estatísticas, legislações e parceiros existentes
Compromisso Político	Contribuir para o fortalecimento de articulações e responsabilidade nacionais, regionais e locais na prevenção do suicídio, comprometendo o Governo e a sociedade civil no enfrentamento dessa problemática, focalizando nos sinais/indicadores do suicídio e avaliando os resultados das ações de prevenção.
Prevenção	Assegurar ações preventivas para o suicídio, por meio do aumento de recursos protetivos e redução de fatores de risco, possibilitando o aumento da resiliência para o

	enfrentamento das dificuldades da vida em crianças, adolescentes, adultos e idosos.
Tratamento e Pós-Venção	Garantir e melhorar o atendimento especializado e em rede a pessoas em situação de risco de suicídio, por meio de profissionais especializados e capacitados.
Capacitação e Informação	Promover e assegurar ações sistemáticas de capacitação profissionais e informação adequada a população.

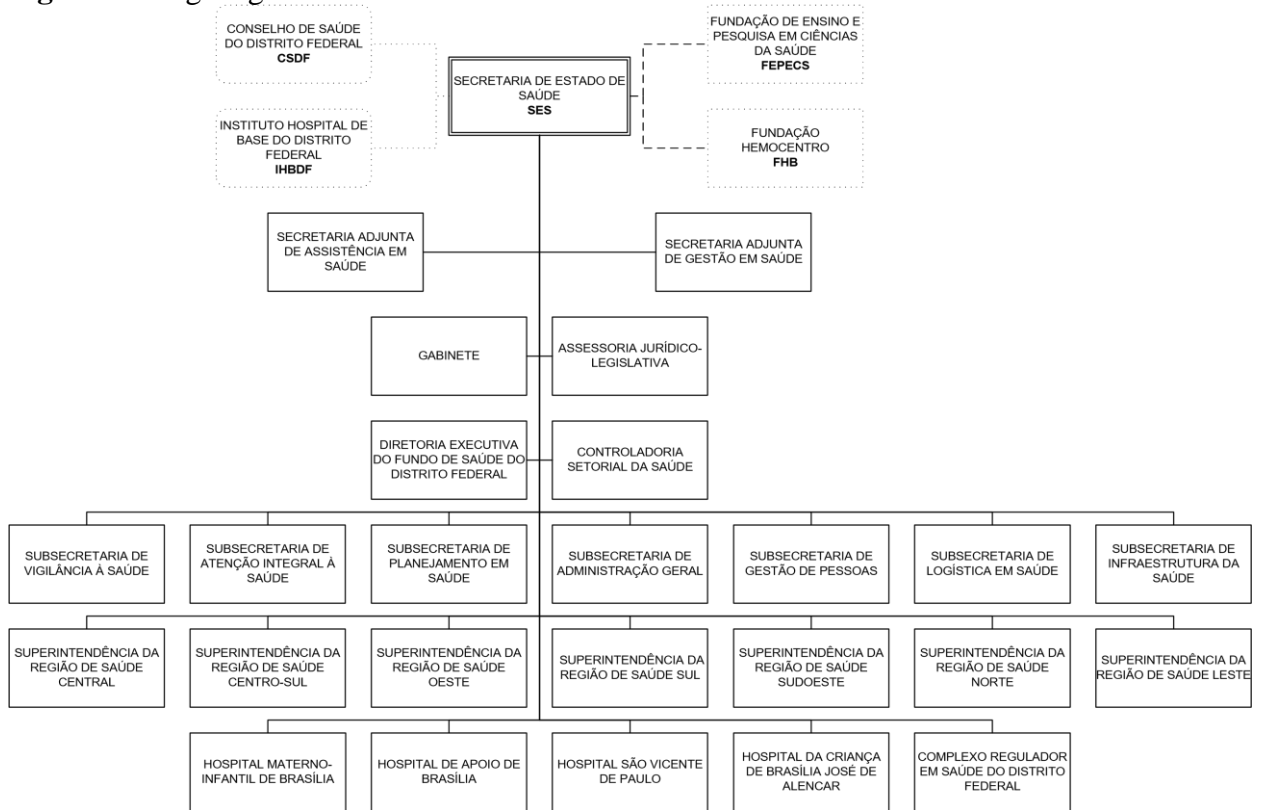
Fonte: Elaboração própria, baseado no Plano Distrital de Prevenção do Suicídio de 2014.

O primeiro ator a ser caracterizado é a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). A SES-DF é um “órgão do Poder Executivo do Distrito Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, prevenção e assistência à saúde”. A função dessa Secretária é “dispor de condições para a proteção e recuperação da saúde da população, garantindo a qualidade de vida dos moradores do DF” (SECRETARIA DE SAÚDE, 2018). De acordo com o Plano de Ação estabelecido, já se percebe que a implementação da política é centralizada na Secretária de Saúde do DF, por meio de suas Diretorias, Subsecretarias e Rede de Atendimento. No Plano (2014, p. 25-26), a SES-DF, de forma geral, possui as seguintes atribuições:

1. No eixo de Avaliação e Monitoramento: Incentivar a implementação efetiva em toda a rede de assistência à saúde da Ficha de Notificação de Violência por parte de todos os profissionais de saúde: registra violência doméstica, sexual e outras violências, o que já incluindo a tentativa de suicídio.
2. No eixo de Prevenção: Estimular e apoiar ações de promoção a saúde voltadas para população em geral com o objetivo de desenvolver habilidades emocionais relacionais e sociais

O organograma a seguir refere-se ao ano de 2018, disponibilizado no site da Secretaria de Saúde. Como o Plano de Prevenção foi elaborado no ano de 2014, algumas subsecretarias, diretorias e coordenações não possuem os mesmos nomes, não estão organizadas ou alocadas da mesma forma. As divergências não comprometem os resultados da pesquisa, uma vez que as unidades e as respectivas responsabilidades dispostas no Plano não sofreram modificação.

Figura 2 - Organograma da Secretaria de Saúde DF



Fonte: Secretaria de Saúde - DF (2018)

Dentro da Secretaria de Saúde estão outros atores envolvidos na implementação. Dentre eles está a Diretoria de Saúde Mental (DISAM – SES/DF), após a mudança no organograma se tornou DISSAM, que “é uma unidade orgânica de assessoramento superior, subordinada à Coordenação de Redes e Integração de Serviços, da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde – SAIS” (SECRETARIA DE SAÚDE, 2018). De acordo com a proposta do Plano Distrital de Prevenção do Suicídio (p. 25-36), a DISSAM é responsável, principalmente, pela coordenação da Política Distrital de Prevenção do Suicídio. Entretanto, o Plano de Ação (2014) estipulava outras ações a serem realizadas pela Diretoria:

1. Eixo de Avaliação e Monitoramento:
 - a) Monitorar a internação por tentativa de suicídio em Hospital Geral.
2. Eixo Compromisso Político:
 - a) Buscar o apoio e compromisso dos parceiros identificados;
 - b) Fazer referência frequente e adequada do suicídio como uma questão de política pública nos meios de comunicação;
 - c) Realizar anualmente no DF as Jornadas de Prevenção do Suicídio, em adesão ao Dia Mundial da Prevenção do Suicídio em 10 de setembro.

3. Eixo de Prevenção:

- a) Incentivar e facilitar a implantação de programas de desenvolvimento de habilidades emocionais e sociais em crianças e adolescentes nas escolas da Secretaria de Estado de Educação como modelos de prevenção universal eficientes para a promoção de Saúde Mental em crianças e jovens, com impacto reconhecido para evitar a incidência de novos casos de problemas comportamentais e psicológicos;
- b) Desenvolver e apoiar ações direcionadas para os grupos de risco estabelecidos e identificados, de acordo com os dados epidemiológicos levantados;

4. Eixo Tratamento e Pós-venção:

- a) Promover a identificação precoce, avaliação e tratamento de pessoas em situação de risco de comportamentos suicidas por parte dos profissionais da saúde nos diferentes níveis de complexidade da RAPS/SUS;
- b) Propor e implantar protocolos de avaliação de risco e manejo da crise suicida nos diferentes pontos de atenção da RAPS;
- c) Fortalecer e implementar o atendimento de urgência e emergência relacionado ao comportamento suicida

5. Eixo Capacitação e Informação:

- a) Disponibilizar capacitações periódicas intra e intersetoriais na temática de prevenção do suicídio;
- b) Estimular a inclusão da temática de prevenção do suicídio nos currículos de profissionais da saúde, educação e assistência social e em cursos de especialização, atualização e capacitação de profissionais;
- c) Criar um Fórum de Instituições de Ensino Superior voltado para pesquisa e estudos sobre suicídio para geração de dados científicos. Estimular a publicação de pesquisas bem-feitas e documentos com políticas e posicionamentos acerca da prevenção do suicídio.

Atuando no eixo de Avaliação e Monitoramento, a Subsecretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SUGETES- SES/DF) é responsável por levantar as necessidades e disponibilidade de recursos humanos e financeiros na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e incentivar a cobertura dessas iniciativas, por meio de pesquisa em banco de dados e definição de parâmetros de RH por equipamento de saúde (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL ET AL, 2014, p. 25).

A Secretaria de Saúde do Distrito Federal também oferece uma rede de atendimento de saúde mental composta por suas unidades e serviços ofertados. Esta rede corrobora com as

teorias da psicologia e psiquiatria, contendo ações direcionadas à saúde mental do indivíduo, uma vez que “quase todos os suicidas tinham uma doença mental, muitas vezes não diagnosticada, frequentemente não tratada ou não tratada de forma adequada” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014, p. 15). Uma parte desta rede é a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que é constituída pelos seguintes componentes:

- I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) Unidade Básica de Saúde;
 - b) equipe de atenção básica para populações específicas:
 - 1. Equipe de Consultório na Rua;
 - 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
 - c) Centros de Convivência;
- II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;
- III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) SAMU 192;
 - b) Sala de Estabilização;
 - c) UPA 24 horas;
 - d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
 - e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;
- IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) Unidade de Recolhimento;
 - b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;
- V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) enfermaria especializada em Hospital Geral;
 - b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
- VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:
 - a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e
- VII - reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

No Distrito Federal, nem todos os serviços estabelecidos pela portaria que institui a RAPS são disponíveis. Esses serviços possuem contato direto com as demandas e necessidades da população.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são ações estratégicas que compõem a RAPS:

Serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituído por equipe multiprofissional e que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial e são substitutivos ao modelo asilar (SECRETARIA DE SAÚDE DO DF, 2018).

Existem as seguintes modalidades de CAPS disponíveis:

Modalidades

CAPS I: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.

CAPS II: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

CAPS i: Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

CAPS ad Álcool e Drogas: Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

CAPS III: Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

CAPS ad III Álcool e Drogas: Atendimento e 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes (SECRETARIA DE SAÚDE, 2018).

No Distrito Federal, outro importante ator que compõe a RAPS é o Núcleo de Saúde Mental (NUSAM) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). “O NUSAM do SAMU/DF é o único no Brasil que conta com psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais e agentes de serviço social. O serviço atende a pelo menos seis chamadas, por dia, de tentativa de suicídio” (SECRETARIA DE SAÚDE DO DF, 2016).

As unidades de saúde mental também são consideradas atores por comporem a rede de atendimento direcionado à saúde mental, pois “os CAPS são como ordenadores do território, organizadores das demandas de saúde mental de cada território, eles já são naturalmente implicados nessa tarefa de fazer o Plano acontecer em termos de atendimento de saúde mental” (ENTREVISTADA 02). É a partir dessa rede que os serviços são organizados de acordo com a complexidade de cada caso, estabelecendo onde o indivíduo vai ser atendido. No Plano de Ação de 2014, a rede de atendimento está envolvida em ações individuais e ações conjuntas, que serão expostos ao final deste tópico.

1. Hospitais Gerais: monitorar, após alta hospitalar, as pessoas admitidas no serviço de urgência por motivo de ato autoagressivo ou de elevado risco de suicídio (verificando o risco atual, as condições gerais de adesão ao tratamento, o cumprimento dos encaminhamentos estabelecidos pelo serviço de saúde, o engajamento no tratamento, o estado do paciente, a necessidade de um novo encaminhamento, entre outros).

A seguir segue um quadro, baseado em dados publicados no portal da Secretaria de Saúde do DF (2018), com as unidades e serviços de saúde mental disponíveis no Distrito Federal ofertados pela SES-DF.

Quadro 3 - Quadro Adaptado de Unidades e Serviços de Saúde Mental no DF (continuação)

Unidade	Serviço Ofertado
Adolescentro	Ambulatório multiprofissional para adolescentes de 12 a 18 anos com transtorno mental, transtorno de aprendizagem e vítimas de violência sexual e seus familiares/responsáveis.
Centro de Orientação Médico Psicopedagógica (COMPP)	Ambulatório multiprofissional para crianças e adolescentes (0 a 18 anos incompletos) e seus familiares.
Núcleo de Apoio Terapêutico (NAT) – Hospital Materno Infantil de Brasília	Ambulatório de psiquiatria e psicologia para gestantes, crianças e puérperas.
Unidade de Psiquiatria/ Hospital de Base do Distrito Federal	Ambulatório, emergência e leitos psiquiátricos.
Hospital São Vicente de Paulo	Ambulatório, emergência e leitos psiquiátricos.
Núcleo de Saúde Mental /SAMU	Urgência.
CAPS ad Guará	CAPS ad – Usuários maiores de 16 anos que fazem uso nocivo de álcool e outras drogas.
CAPS ad Itapoã	CAPS ad - Usuários maiores de 16 anos que sofrem com transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas.
CAPS ad III Ceilândia	CAPS ad III (24h) - Usuários maiores de 16 anos que sofrem com transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas.
CAPS ad III Candango/ Rodoviária	CAPS ad III (24h) - Usuários maiores de 16 anos que sofrem com transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas.
CAPS ad Santa Maria	CAPS ad - Usuários que sofrem com transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas.
CAPS ad Sobradinho	CAPS ad - Usuários que sofrem com transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas.
CAPS ad III Samambaia	CAPS ad III – Usuários maiores de 16 anos que sofrem com transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas.
CAPSi Asa Norte	CAPS i - Crianças e adolescentes de 0 a 18 anos incompletos com transtorno mental grave e de 0 a 16 anos incompletos com problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas.
CAPS i Recanto das Emas	CAPS i - Crianças e adolescentes de 0 a 18 anos incompletos com transtorno mental grave e de 0 a 16 anos incompletos com problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

CAPS i Sobradinho	CAPS i - Crianças e adolescentes de 0 a 18 anos incompletos com transtorno mental grave e de 0 a 16 anos incompletos com problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas.
CAPS i Taguatinga	CAPS i- Crianças e adolescentes de 0 a 18 anos incompletos com transtorno mental grave e de 0 a 16 anos incompletos com problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas.
CAPS II Brasília	CAPS II - Usuários com transtorno mental moderado ou grave, maiores de 18 anos, sem uso de álcool e/ou drogas.
CAPS II Taguatinga	CAPS II - Usuários com transtorno mental moderado ou grave, maiores de 18 anos, sem uso de álcool e/ou drogas.
CAPS II Paranoá	CAPS II - Usuários com transtorno mental moderado ou grave, maiores de 18 anos, sem uso de álcool e/ou drogas.
CAPS II Planaltina	CAPS II - Usuários com transtorno mental moderado ou grave, maiores de 18 anos, sem uso de álcool e/ou drogas.
CAPS III Samambaia	CAPS III - Usuários com transtorno mental moderado ou grave, maiores de 18 anos, sem uso de álcool e/ou drogas.
CAPS Instituto de Saúde Mental	CAPS II - Usuários com transtorno mental moderado ou grave, maiores de 18 anos, sem uso de álcool e/ou drogas.

Fonte: Elaboração própria baseada no quadro disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/saude-mental>. Acesso em: 05 de maio de 2018.

As instituições acadêmicas também possuem suas ações englobadas no Plano de ação de Prevenção do Suicídio. A entrevistada 01 indica a necessidade de colaboração intersetorial e ressalta a importância das articulações com as faculdades como o CEUB, a FEPECS e a UNB. Essas articulações podem ocorrer por meio da abordagem do assunto nos currículos, pois estas instituições estão formando profissionais da saúde e muitas vezes possuem clínicas de atendimento. No Plano de ação (2014, p. 25-36) somente a UnB está identificada com ações exclusivas:

1. Eixo de Avaliação e Monitoramento: realizar Grupos Focais com provedores de assistência em saúde psicossocial nos principais serviços da RAPS para levantamento da sua realidade com o intuito de levantar demandas, dificuldades, recursos e prioridades;
2. Eixo de Prevenção: fazer o levantamento de atitudes e conhecimentos dos profissionais de saúde sobre a avaliação e manejo do risco de suicídio e o impacto que este tema tem

na Saúde Mental do trabalhador, dirigido especialmente para os profissionais que tem contato mais frequente na assistência a pessoas em risco de suicídio.

O Centro de Valorização da Vida está presente representando a Organização da Sociedade Civil. Como já mencionado no referencial teórico, “o CVV é uma associação civil sem fins lucrativos, filantrópica e presta serviço voluntário e gratuito de apoio emocional e prevenção do suicídio para todos as pessoas que desejam conversar, sob total sigilo e anonimato” (CVV, 2018). O CVV não possui ações individuais previstas no Plano de Ação, e sim ações conjuntas com outras áreas. Ainda assim, a importância do serviço prestado por eles foi sempre ressaltada e apreciada pelas entrevistadas 01 e 02. O entrevistado 03 relata a filosofia do CVV, “o que o CVV oferece para as pessoas que ligam para a instituição é uma acolhida totalmente isenta de questionamentos, totalmente isenta de recomendações, orientações, conselhos. É uma acolhida incondicional”(ENTREVISTADO 03).

O Plano de Ação do Plano Distrital de Prevenção do Suicídio (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL ET AL, p. 25-36) prevê ações a serem realizadas conjuntamente entre os atores:

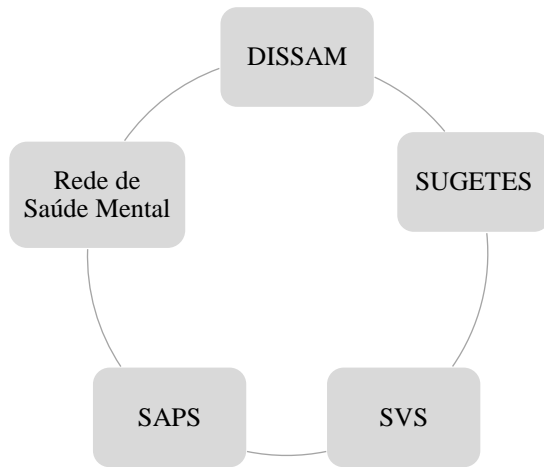
1. Realizar análise meticolosa da situação das Regiões Administrativas referente a estimativa da incidência anual de suicídio e tentativas naquela área, investigando os fatores sociodemográficos, estruturais e clínicos relacionados, os métodos mais comumente usados para o ato de suicídio e as razões potenciais para o mesmo. A ação deve realizada por: SES-DF e UNB;
2. Identificar métodos e locais eleitos culturalmente para o suicídio e intervir junto aos órgãos responsáveis e de controle de acesso a meios. Deve-se estimular a regulação ou a implementação de barreiras de acesso a meios (acesso a prédios altos, pesticidas, medicamentos, armas de fogo, etc). A ação deve ser realizada pela DISSAM e UNB;
3. Incentivar e facilitar a implantação de programas de desenvolvimento de habilidades emocionais e sociais em crianças e adolescentes nas escolas da SEE como modelos de prevenção universal eficientes para a promoção de Saúde Mental em crianças e jovens, com impacto reconhecido para evitar a incidência de novos casos de problemas comportamentais e psicológicos. Ação deve ser realizada por: SAPS (Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SES/DF), DISSAM (Diretoria de Saúde Mental) e Secretaria de Estado de Educação (SEE);
4. Fazer levantamento dos dados de mortalidade por suicídio entre servidores da saúde e dos dados de afastamentos por problemas de saúde mental. Ação deve ser realizada por:

- DISSAM (SES/DF); Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTE) e Diretoria de Saúde Ocupacional (DSOC);
5. Promover estratégias de cuidado com o cuidador para os profissionais que tem contato mais frequente na assistência a pessoas em risco de suicídio, em especial para aqueles que perderam pacientes por suicídio e/ou que trabalham com situações de estresse elevado inerente ao serviço. Ação deve ser realizada por: DISSAM (SES/DF); Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTE) e Diretoria de Saúde Ocupacional (DSOC);
 6. Desenvolver e apoiar ações direcionadas para os grupos de risco estabelecidos e identificados, de acordo com os dados epidemiológicos levantados. Ação deve ser realizada por: DISSAM e RAPS-DF.
 7. Estimular a formação de grupos de sobreviventes (familiares enlutados por suicídio) nos serviços de saúde das regionais (iniciando por aquelas identificadas com maior índice de suicídio). Ação deve ser realizada por: DISSAM; CAPS; CVV; Comunidade;
 8. Realizar levantamento e avaliação da qualidade dos dados, da realidade sociodemográfica e de estratégias de prevenção, permitindo o acesso privilegiado e sistemático a microdados de mortalidade por suicídio do DF. O procedimento para atingir garantir essa ação é estabelecendo compromisso intersetorial de disponibilização periódica desses dados, compromisso que foi firmado e formalizado junto aos atores envolvidos. Ação deve ser realizada por: a Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SVS-SES/DF) e Secretaria de Segurança Pública (SSP)

Logo, os atores que atuam dentro da Secretaria de Saúde do DF e que participam da Política Distrital de Prevenção do Suicídio são compostos por: Diretoria de Saúde Mental (DISSAM); Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SVS) – que engloba o Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST); Subsecretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SUGETES) – que engloba a Diretoria de Saúde Ocupacional (DSOC); Rede de Atendimento – que engloba os serviços ofertados pela SES-DF; e a Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS).

Considerando que a Secretaria de Saúde do Distrito Federal conta com múltiplos atores envolvidos no processo de implementação da política, desenhou-se uma figura para resumir as unidades envolvidas, uma vez que a Secretaria possui papel de destaque na realização das ações.

Figura 3 - Atores da SES-DF envolvidos na implementação da Política Distrital de Prevenção do Suicídio



Fonte: Elaboração Própria com base no Plano Distrital de Prevenção do Suicídio (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL ET AL, 2014)

Abaixo segue um resumo dos atores envolvidos na implementação do Plano Distrital de Prevenção do Suicídio no Distrito Federal. A imagem apresenta a identificação e a relação de cooperação entre os atores, estabelecida por meio do Plano de Ação contido no Plano Distrital de Prevenção do Suicídio.

Figura 4 - Atores envolvidos na Implementação da Política Distrital de Prevenção do Suicídio



Fonte: Elaboração Própria baseado no Plano Distrital de Prevenção do Suicídio (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL ET AL, 2014)

Assim, de acordo com a base teórica sobre arranjo institucional, cada política pública envolve atores com seus devidos interesses a serem articulados na implementação de uma política pública. Na Política Distrital de Prevenção do Suicídio, não se observa parlamentares de diferentes partidos no processo, porém é possível identificar os burocratas que compõe as Secretarias envolvidas e o Centro de Valorização da Vida como sociedade civil, além das Universidades. Todos possuem o interesse de realizar ações de prevenção ao suicídio, uma vez que o Plano Distrital de Prevenção do Suicídio foi elaborado com a participação desses membros.

3.4 Instrumentos que viabilizam a articulação entre os atores

Como abordado no referencial, atualmente, os arranjos institucionais tem experimentado em comum a busca pela integração de organizações motivadas para combater questões sociais (LOTTA & FAVARETO, 2016). No presente trabalho, estuda-se a busca pela integração entre os atores na implementação das ações do Plano Distrital de Prevenção do Suicídio no Distrito Federal. Assim, para compreender a forma articulada de viabilização da política escolhida por esta pesquisa, este tópico destina-se a apresentar os instrumentos que possibilitam a intersectorialidade, integração e coordenação dos atores na implementação da ação.

Um desses instrumentos são as portarias, que são atos administrativos que regulamentam a política. Estas portarias já indicavam um viés de articulação a ser seguido. A portaria 184, de 12 de setembro de 2012, que aprova a Política Distrital de Prevenção do Suicídio, estabelece como uma de suas diretrizes a “implementação de medidas preventivas nas políticas públicas, de maneira integrada a intersectorial, nas áreas de saúde, educação, trabalho, justiça, assistência social, direitos humanos, dentre outras” (BRASIL, 2012). Além disso, o artigo 4º institui:

Art. 4º a Política Distrital de Prevenção do Suicídio deverá ser implementada pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, de forma articulada com as instituições acadêmicas, as organizações da sociedade civil, os organismos governamentais e os não-governamentais, nacionais e internacionais [...] (BRASIL, 2012).

Para a construção do Plano, a portaria estabelece:

Art. 5º Determinar à Subsecretaria de Atenção à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal Saúde (SAS/SES-DF), por meio da Diretoria de Saúde Mental, em conjunto com áreas e agências da SES-DF, que adote as providências necessárias para a elaboração de proposta do Plano Distrital de Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2012).

A portaria já indicava que a política seria coordenada pela DISSAM, onde está alocada a Coordenação de Prevenção do Suicídio. Assim, mecanismos de supervisão e padronização de algumas normas norteiam a atuação dos envolvidos.

Como mencionado no tópico anterior, a proposta do Plano Distrital de Prevenção do Suicídio estabelece eixos nos quais já são indicados os atores e suas respectivas ações para a implementação da política. Assim, este Plano de Ação também é considerado um mecanismo para coordenação dos atores.

Em relação à Rede de Atenção Psicossocial, a portaria GM nº 3.088, de dezembro de 2011 “dispõe sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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” (BRASIL, 2011).

A entrevistada 01 explica que a organização da rede de atendimento para prevenção do suicídio é a mesma de toda a rede de saúde; a política não propõe uma rede paralela. A proposta da política é trabalhar na capacitação dos atores e da sociedade para que cada um possa contribuir com a sua parte. A figura seguinte, disponibilizada pelo Ministério da Saúde (2017), apresenta as interações dentro da própria RAPS:

Figura 5 - Rede de Atenção Psicossocial e relação entre as unidades (RAPS)



Fonte: Ministério da Saúde (2017)

A figura representa a interação que as unidades da Rede de Atenção Psicossocial possuem. É possível observar que os CAPS possuem um papel central, o que corrobora com o que a entrevistada 02 apresentou no tópico anterior. Os CAPS são ordenadores do território e organizadores das demandas de saúde mental. É por meio deles que as pessoas que já possuem

risco configurado são atendidas e encaminhadas de acordo com o nível de complexidade de cada caso.

A Portaria 185, de 12 de setembro de 2012, “institui as normas para atenção às emergências em Saúde Mental no âmbito do SUS-DF” (BRASIL, 2012). A entrevistada 02 ressalta que a publicação da portaria 185 ajudou na implementação da política, pois organizou a atenção nas urgências e emergências de saúde mental:

A Portaria 185 ainda apresenta vários desafios e ainda precisa ser melhorada, essa gestão de agora está revendo essa portaria, mas antes dele era muito pior porque não tinha nenhuma orientação oficial dessa organização de fluxo. Então, na implementação de ações, a portaria 185 ajudou no estabelecimento do fluxo, entrou a tentativa de suicídio e a necessidade de notificação além da inclusão de critérios de risco de suicídio e critérios de inclusão nos serviços dos CAPS (ENTREVISTADA 02).

Cabe ressaltar que para a coordenação da rede, a Subsecretaria de Integração a Saúde (SAIS) da Secretaria de Saúde é encarregada por essa função. As redes da saúde são circunscritas aos serviços de saúde dentro do SUS. “Existe a portaria que institui a RAPS e tem uma equipe que ajuda a coordenar e a ligar esses pontos dentro da Secretária de Saúde, na gestão e na ponta” (ENTREVISTADA 02). Assim, a DISSAM coordena as ações relacionadas à Política Distrital de Prevenção do Suicídio e as capacitações demandadas pela rede de atendimento, e não da rede de serviços em si.

A entrevistada 02 argumenta que o Plano Distrital foi um passo importante para a Secretaria de Saúde assumir a tarefa de prevenção do suicídio, de forma institucionalizada e organizada. Entretanto, ela ressalta que as articulações verbais são muito necessárias no processo de implementação da política, pois somente formalidades no papel não transformam contextos de atenção e conseqüentemente o Plano não vira ação. É preciso fazer um trabalho de articulação verbal e proximidade com os outros atores.

Dessa forma, além de mecanismos administrativos, outro instrumento para viabilizar a maneira articulada dos atores envolvidos na implementação da Política Distrital de Prevenção no Suicídio no Distrito Federal são as articulações verbais. Elas se mostram presentes principalmente no processo das capacitações fornecidas pela SES-DF.

As solicitações para capacitação foram feitas muitas vezes de forma verbal, outras vezes elas foram constituídas de forma oficial. Então a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) entrou em contato com a escola de aperfeiçoamento do SUS e a escola chamou a DISSAM, e juntos a gente organizou um curso formal. Então, esse processo foi todo documentado, todo oficializado em termos documentais, digamos assim, mas as demandas nunca foram recusadas por falta de formalização, entende? Se alguém chegasse e pedisse, nós não falaríamos ‘não, antes de você pedir para mim você assina esse documento, monta processo, formaliza’. Não tinha esse formato (ENTREVISTADA 02).

3.5 Ações desenvolvidas na Implementação da Política Distrital de Prevenção do Suicídio

“A Política é distrital, tem esse nome, mas ela aconteceu muito mais no âmbito da Secretaria de Saúde, juntamente com a rede de saúde mental e de alguns parceiros como as Universidades e o Centro de Valorização da Vida.” (ENTREVISTADA 02)

Diante disso, com base no Plano Distrital de Prevenção do Suicídio, nas entrevistas transcritas, no acesso aos documentos e pelo período escolhido ser longo, optou-se por selecionar as consideradas principais ações no processo de implementação da política no período de 2012 a 2017. O objetivo do tópico é apresentar de maneira sintética, não exaustiva, as contribuições da política para a prevenção do suicídio e exemplificar como as articulações ocorreram na prática.

Para promover a saúde mental em crianças e jovens, o Plano prevê pactuar a implementação de projetos pilotos do programa “Amigos do Zippy” em pelo menos uma escola da Secretaria de Educação do Distrito Federal e avaliar seu impacto. O programa Amigos do Zippy “é um programa de Educação Emocional para crianças de seis a sete anos de idade, com qualquer aptidão. Ele ensina os pequenos a lidarem com as dificuldades do dia a dia, a identificarem seus sentimentos e conversarem sobre eles, e a explorarem maneiras de lidar com esses sentimentos” (AMIGOS DO ZIPPY, 2018).

O projeto piloto foi desenvolvido em 6 escolas públicas da SEE-DF de Sobradinho e foi financiado pelo HSBC em parceria com a Associação pela Saúde Emocional das Crianças (Asec). “Cinquenta e três professores participaram da formação, que teve início em 2016, e 1.029 alunos foram contemplados” (CORREIO BRAZILIENSE, 2016).

Para as entrevistadas 01 e 02, a iniciativa é de suma importância, pois por meio desses programas as crianças trabalham suas habilidades emocionais, identificam seus sentimentos, identificam os sentimentos dos outros e constroem alternativas. Programas como este “fornecem ferramentas para que lá na frente a pessoa possa ter outros recursos para poder lidar com alguma crise suicida” (ENTREVISTADA 01). Programas como o “Amigos do Zippy” reforçam os fatores protetores descritos por Bertolote (2012). Os fatores que se aplicam ao programa são: habilidade de se comunicar, sentimento de valor pessoal, confiança em si mesmo, bom relacionamento intrafamiliar e colegas, entre outros.

Outra ação foram as capacitações fornecidas pela DISSAM que eram realizadas sob demanda, pois não havia uma equipe que pudesse comportar, preparar e executar ações de capacitação de forma sistemática (ENTREVISTADA 02). Na entrevista, relatou-se um exemplo de ação de capacitação ocorrido:

A UPA de samambaia identificou que 60% da sala vermelha dela eram em função de demandas de saúde mental, decorrente de saúde mental, e que dessas demandas, a maior parte era de tentativa de suicídio. Então eles perceberam que precisavam estar melhor preparados para atender essa demanda, e solicitar capacitação foi uma experiência excelente. Juntou a UPA de Samambaia, com o CAPS ad, com CAPS transtorno da região eles se conheceram e puderam articular essas demandas de uma maneira muito interessante nessa capacitação (ENTREVISTADA 02).

A DISSAM adotou os manuais da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde, expostos no referencial teórico, como referência em suas ações. Todas as capacitações realizadas foram feitas com a utilização do material que se encontrava disponível para todos (ENTREVISTADA 02).

Outro foco importante realizado foi o aprimoramento na qualidade dos dados. A Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SVS) fez uma nota técnica no final do ano de 2017 orientando os profissionais sobre o processo de notificação de casos de suicídio e tentativas de suicídio, norteados quem deve notificar e qual fluxo deve ser realizado, para que assim os dados sejam computados (ENTREVISTADA 01).

Dentre as ações, a própria constituição do grupo de trabalho intersetorial para a elaboração do Plano Distrital de Prevenção, em 2014, foi uma importante ação para a organização e foi considerada fundamental para a implementação da política distrital de forma articulada.

O Centro de Valorização da Vida tem se mostrado um ator de extrema importância na prevenção do suicídio no Distrito Federal e no Brasil. Assumindo como sua tarefa estimular o estudo e discussão sobre o tema, desde a sua criação, o CVV acredita que somente com informações suficientes, a população, os profissionais da saúde, os jornalistas e os governantes conseguem conduzir medidas adequadas e ao seu alcance (CVV, 2018).

O CVV trabalha preventivamente com o intuito de permitir que as pessoas consigam expressar seus sentimentos. O entrevistado 03 explica que a contribuição do CVV para a prevenção do suicídio é por meio da escuta, pois “colocar seus sentimentos para fora, exprimir seus sentimentos, falar dos seus sentimentos tem um duplo aspecto positivo. Primeiro que você coloca para fora mesmo, expurga os sentimentos ruins. E outra que quando você vai falando, você organiza os seus sentimentos e organiza as suas ideias também”. (ENTREVISTADO 03)

A metodologia utilizada no serviço prestado pelo CVV se baseia na abordagem centrada na pessoa, desenvolvida por Carl Rogers. O entrevistado 03 relata a dinâmica dessa escuta ativa, “então ela é feita de uma forma onde você ouve o relato da pessoa. Você centra nos sentimentos dela e não no problema que ela está relatando, e faz uma reflexão com ela como se você fosse um espelho”.

Por meio do trabalho voluntário e pela vontade de ajudar os outros, pessoas com mais de 18 anos de idade que possuam pelo menos quatro horas disponíveis por semana podem ser plantonistas no Programa de Apoio Emocional do CVV. Para isso, é preciso participar de um curso gratuito de preparação em uma das redes (CVV, 2018). O entrevistado 03 explica que o treinamento é composto por 06 aulas aos sábados, com quatro horas diárias. O voluntário do CVV relata sua experiência:

Então havia algumas leituras como de Carl Rogers, que foi quem estruturou essa metodologia que o CVV adotou. Mas, principalmente, ao longo desses 10 sábados (atualmente aqui em Brasília são 06 sábados), o treinamento é baseado em simulações de atendimento, no qual os voluntários mais antigos simulam situações que acontecem, das mais diferentes naturezas de atendimento. Isso é feito para que a pessoa que está fazendo programa de seleção se familiarize com o atendimento, possa experimentar um pouco do que são as diversas modalidades de atendimento e possa fazer um ensaio assistido pelos voluntários mais antigos onde a gente vai chamando a atenção, corrigindo, orientando. São 06 sábados de treinamento intensivo de casos” (ENTREVISTADO 03).

Após esse treinamento de seis semanas, o candidato a voluntário é assistido por um voluntário antigo durante quatro plantões. Após o atendimento realizado, o voluntário mais antigo reforça os aspectos importantes, aponta reparos a serem feitos e escuta o relato do candidato. O entrevistado 03 explica que também é necessário apoio emocional a comunidade interna do CVV. “Muitas vezes você pega casos que não está preparado. Muitas vezes por mais que você faça um treinamento para os casos reais, é uma outra coisa atender na vida real.” (ENTREVISTADO 03).

Após o acordo de cooperação técnica com o Ministério da Saúde que permitiu a gratuidade do atendimento telefônico, em 6 meses houve um aumento de 367% no número de atendimentos/mês no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Em relação à articulação dos atores, o entrevistado 06 relata que o CVV participou da elaboração do Plano Distrital de Prevenção ao Suicídio, porém não existe uma articulação frequente; a parceria ocorre durante a Jornada de Prevenção do Suicídio, em setembro.

A Jornada de Prevenção do Suicídio é uma das ações que se mantiveram de 2012 até hoje. Todos os anos os atores se reúnem para a realização do evento no mês de setembro, em adesão ao Dia Mundial de Prevenção do Suicídio em 10 de setembro, organizado pela Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio (IASP). A Jornada conta com mesas-redondas e palestras voltadas aos servidores e é aberta à comunidade. Muitos temas são trabalhados, “desde a notificação e sua importância, até luto por suicídio, intervenção em crise, como formar grupos de pessoas com histórico de tentativa” (ENTREVISTADA 02).

As entrevistadas 01 e 02 argumentam que não há um financiamento direcionado à essa política específica, todas as ações foram executadas por meio da DISSAM ou parcerias. Um exemplo é a própria Jornada de Prevenção do Suicídio,

[...] quando há participação de palestrantes de outros Estados, o Ministério da Saúde fornece apoio financiando com as passagens e diárias. O material gráfico é produzido na gráfica, mas não teve um empenho de um recurso de saúde mental específico para a contratação disso ou daquilo, tudo foi feito com parcerias. Uma pessoa que disponibilizou o local, uma pessoa que disponibilizou o lanche, essas coisas, o corpo docente está aqui presente, e a Universidade, obviamente (ENTREVISTADA 02).

A entrevistada 01 relata que uma das propostas a serem desenvolvidas é constituir um Comitê Permanente para Prevenção do Suicídio. Esta ideia surge com a publicação de um edital do Ministério da Saúde em janeiro de 2018 que fornece patrocínio para realizar ações direcionadas à prevenção do suicídio, porém é necessário um Comitê Permanente de Prevenção do Suicídio. Com isso, os atores conseguiriam pleitear um financiamento para a execução de suas ações, como “montar um centro de referência em educação e prevenção do suicídio” (ENTREVISTADA 01).

De acordo com a entrevistada 02, “as universidades contribuíram enormemente com o conhecimento, com pesquisa e com projetos nessa área” (ENTREVISTADA 02). A Universidade de Brasília, em novembro de 2017, criou, por meio do Ato da Reitoria 1753/2017, uma comissão para propor políticas de atenção à saúde mental e ao sofrimento psicossocial dos estudantes da Universidade.

Apesar de não haver políticas institucionais específicas sobre o tema na UnB, o entrevistado 04 apresenta algumas medidas existentes na instituição que se relacionam com a prevenção ao suicídio. No Diretório Central dos Estudantes (DCE), existe a coordenação de saúde que foi criada com o intuito de debater questões da saúde mental dos universitários, inclusive prevenção ao suicídio. No âmbito do Instituto de Psicologia, existe o Centro de Estudos e Atendimentos Psicológicos (CAEP), o qual oferece atendimento clínico à comunidade, e ainda há o Núcleo de Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio. Outras medidas são o Serviço de Orientação ao Universitário (SOU), que é composto por pedagogos e psicólogos escolares que prestam atendimento no sentido da psicologia escolar e a Diretoria de Diversidade (DIV), que possui relação com o tema pois realiza o direcionamento para a rede externa, como o CVV.

De acordo com o entrevistado 04, o suicídio tem profunda relação com a maneira que os processos de ensino e aprendizagem ocorrem. “Quando se pensa em uma política de saúde mental em instituições acadêmicas, o mais coerente é promover a saúde mental na universidade,

por meio de políticas institucionais que evitem o suicídio, assumindo que a UNB tem responsabilidade sobre a saúde mental de seus estudantes” (ENTREVISTADO 04). O entrevistado relata que o DCE tem se empenhado para criar comissões de avaliação pedagógica. O intuito dessas comissões seria analisar como os professores tem avaliado seus alunos, a fim de evitar arbitrariedades e facilitar processos de trancamento justificado de alunos que estão em processo de adoecimento.

A entrevistada 05 relata que no curso de psicologia da UnB existe a oferta de uma disciplina optativa chamada “intervenção em crise”, que pressupõe intervenção em crise suicida. A disciplina foi criada para que “os futuros profissionais de psicologia possam minimamente se amparar tecnicamente em relação a esse tema” (ENTREVISTADA 05), porém a disciplina não consta como obrigatória e foi o único contato com o assunto durante a graduação. Assim, além de sugerir a inclusão da matéria como obrigatória, ela indica como uma das ações a serem estabelecidas, “uma política de assistência estudantil que reconhecesse ou que buscasse amparar os alunos, profissionais, técnicos, servidores e professores que estejam passando por uma situação delicada” (ENTREVISTADA 05), e quando ocorrerem suicídios consumados, a UNB promova rodas de debate e discussão.

A Universidade de Brasília também se mostra presente nas ações conjuntas estabelecidas pelo Plano Distrital de Prevenção do Suicídio, como nos eventos da Jornada de Prevenção do Suicídio. A entrevistada 02 relata a articulação com a UnB “não teve nenhum contrato que formalizasse toda a consultoria que a UnB prestou com o Professor Marcelo Tavares. Então, por exemplo, ele esteve com a gente em todas as ações, ele foi uma pessoa que apoiou, ajudou a pensar e a superar vários desafios” (ENTREVISTADA 02).

Em 2017, percebeu-se um aumento na visibilidade e discussão sobre o suicídio, um dos motivos foi devido a série americana “*13 Reasons Why*” e o “Jogo da Baleia Azul”, a entrevistada 01 indica que neste determinado ano as demandas relacionadas à DISSAM multiplicaram. O entrevistado 03 explica que, além da nacionalização do atendimento por meio do 188, o CVV também observou o aumento significativo nas chamadas devido à série americana, o “Jogo da Baleia Azul” e o auto relato sobre depressão de Felipe Neto, vlogger brasileiro.

A série se baseia em “um compartilhamento de documentos narrativos através de fitas cassetes com o testemunho de Hannah, uma garota de 17 anos, que tirou a própria vida” (LENZI & FERRARI, 2017). Já *Baleia Azul* é um suposto jogo online que teria surgido na Rússia, no qual ocorre a relação entre o jogador e os curadores, que são os administradores do jogo. Os curadores envolvem a proposta de uma série de cinquenta tarefas, apresentadas como desafios

arriscados que os jogadores devem cumprir, até chegar no desafio final: tirar a própria vida (MORETTO ET AL, 2017).

Tais fatos reforçam a relevância dos meios de comunicação quando se trata de prevenção. Deve-se definir formas de sensibilização e comunicação da veículos midiáticos, o que é um dos objetivos do Plano Distrital de Prevenção do Suicídio. A entrevistada 05 ressalta o papel crucial das mídias, “hoje a gente tem uma grande difusão de informações, e do mesmo modo que isso pode ser visto de um fator positivo, também pode ser visto como um fator negativo. Então depende de como se fala, e não do determinismo que se deve proibir falar sobre esse tema” (ENTREVISTADA 05). Como mencionado no referencial, é importante que os meios de comunicação observem as orientações da OMS que esclarecem como o tema deve ser abordado.

De acordo com a entrevistada 01, diante desse cenário, ocorreram diversas atividades de capacitação em 2017. Dentre elas: após o suicídio de uma servidora da CGU, foram realizadas intervenções por meio de oficinas sobre luto com colegas de trabalho; Capacitação de professores e gestores da Secretaria de Educação; Participação no Congresso da Liga Acadêmica de Psiquiatria na UnB, no qual foi discutido atitudes e abordagens ao paciente em risco de suicídio; entre muitas outras.

O tema repercutiu de tal forma que entrou na pauta do poder legislativo, foram realizadas audiências públicas na Câmara dos Deputados e no Senado Federal, a fim de debater a adoção de políticas públicas de prevenção do suicídio entre jovens por parte do poder público entre outros assuntos relacionados. Uma das medidas aprovadas foi a Semana Nacional de Valorização da Vida, que está prevista no PLS 163/2017 (SENADO FEDERAL, 2017). A Diretoria de Saúde Mental se mostrou presente nessas audiências participando como oradores, ressaltando as medidas de prevenção e a conscientização sobre o tema. Esta ação está ligada ao Plano, pois era estabelecida como uma das responsabilidades da Diretoria de Saúde Mental fazer referência frequente e adequada do suicídio como uma questão de política pública nos meios de comunicação.

Ademais, foi possível perceber que de forma geral o Plano de Ação estipulado pelo Plano Distrital de Prevenção do Suicídio está em consonância com a classificação de Gordon, disseminada pelos autores Mrazek e Hogarty (1994 apud Bertolote, 2012, p.88-89), que estabelecem a prevenção Universal, Seletiva e Indicada.

Em relação a prevenção universal, o Plano prevê ações como a Jornada de Prevenção do Suicídio e implementação do programa “Amigos do Zippy” que é indicada a toda população, sem necessariamente apresentação de algum grau de risco. Esta prevenção tem o objetivo de

impedir o início do comportamento que desencadeie no suicídio. A entrevistada 01 complementa, “as medidas universais são para todo mundo, é a vacina. Teve contato ou não teve contato com a doença, tem que vacinar. Então seria nessa questão de promoção à saúde, seriam iniciativas mais de antes da pessoa adoecer, de formar vínculos sociais” (ENTREVISTADA 01).

Como prevenção seletiva, o Plano prevê uma rede de atendimento que conta com psicólogos para atender indivíduos e/ou populações com vulnerabilidade na questão, como indivíduos que possuem transtorno mental. A entrevistada 01 explica:

Por exemplo, tem medidas que a gente pode fazer voltadas a prevenção seletiva, como triar todo mundo que chega no serviço de saúde mental. Chega lá depressão, ansiedade, psicose, uso de drogas. Chegou no serviço de saúde mental, a gente tem que pelo menos investigar se existe ou não o risco. É um grupo que a gente sabe que tem um risco maior, tem que identificar os casos (ENTREVISTADA 01).

Por fim, na prevenção indicada, existem hospitais que atendem um maior nível de complexidade e algumas unidades da rede de atendimento que propõem atenção e acompanhamento de perto de indivíduos que já tentaram suicídio.

4. CONCLUSÕES

Na presente pesquisa, buscou-se analisar como se configura o arranjo institucional da Política Distrital de Prevenção do Suicídio, implementada no Distrito Federal. Considerou-se o contexto histórico da Política, a situação sobre o suicídio no território, os atores envolvidos, a forma articulada para viabilização da política e as principais ações desenvolvidas no período de 2012 a 2017.

Para responder o objetivo geral da pesquisa, primeiramente, foi realizada uma revisão da literatura sobre suicídio, prevenção ao suicídio e políticas públicas. A metodologia adotada foi descritiva, qualitativa e abordagem de estudo de caso. Foram realizadas seis entrevistas, o critério para a definição dos entrevistados foi a atividade que exercem. Escolheu-se indivíduos que pudessem contribuir com o seu conhecimento em relação ao tema, seja por seu papel central na implementação da política, seja pela proximidade com o assunto. As entrevistas foram essenciais para os resultados do presente trabalho.

Os dados utilizados foram extraídos de sites, legislações, livros, atas, artigos, dissertações, teses, documentos administrativos, notícias, sites, estatísticas e, principalmente, do Plano Distrital de Prevenção do Suicídio e das entrevistas. Os documentos e as entrevistas foram reunidos a fim de responder ao problema de pesquisa proposto.

Na análise foi possível compreender o contexto para implementação da Política Distrital de Prevenção do Suicídio. O tema começou a se destacar na década de 90, a partir das diretrizes elaboradas pela Organização Mundial da Saúde, na qual vários países se inspiraram e elaboraram suas próprias diretrizes nacionais, incluindo o Brasil em 2006. Em 2012, seguindo as orientações propostas, o Distrito Federal lançou a Política Distrital de Prevenção do Suicídio, tornando-se a primeira unidade federativa a criar uma política com essa temática. Em seguida, por meio da elaboração conjunta dos atores, o Plano Distrital de Prevenção do Suicídio foi construído e implementado. Um fato importante verificado foi que o Plano Distrital foi aprovado pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, porém nunca entrou na pauta do Conselho de Saúde, e por isso não foi apreciado. Entretanto, mesmo sem a devida apreciação, as medidas elaboradas foram implementadas.

A partir da análise dos dados disponíveis sobre suicídio no Distrito Federal observou-se o perfil epidemiológico do fenômeno no território. Este perfil, exposto no Plano Distrital de Prevenção do Suicídio e nos demais estudos, é composto majoritariamente por homens; de 20 a 39 anos de idade; solteiros, viúvos ou separados; com mais de 4 anos de ensino; e o principal local de incidência de suicídio é o domicílio. As estatísticas do Distrito Federal acompanham

as estatísticas internacionais sobre este tipo de morte. A partir dos estudos e das entrevistas, foram apresentadas possíveis explicações para os dados. Entretanto, ressalta-se que uma característica marcante sobre o registro de suicídio é sua subnotificação, fato que pode negligenciar e prejudicar a prevenção.

Em relação à pergunta central da pesquisa, os atores envolvidos na implementação da política Distrital de Prevenção do Suicídio são: Secretaria de Saúde, Secretaria de Segurança Pública, Secretaria de Educação, Universidades e o Centro de Valorização da Vida. A Secretaria de Saúde possui um papel central na implementação da política, suas unidades que participam da execução das ações são: Diretoria de Saúde Mental, Subsecretaria de Vigilância em Saúde, Subsecretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, Subsecretaria de Atenção primária à Saúde e a rede de atendimento composta pelos serviços de saúde mental ofertados pela Secretaria de Saúde no Distrito Federal.

Concluiu-se que apesar de envolver diferentes atores, não existe um arranjo institucional na Política Distrital de Prevenção do Suicídio no Distrito Federal. Para chegar a essa conclusão, considerou-se os critérios de Pires e Gomide (2014). De acordo com os atores, os arranjos institucionais possuem capacidades de execução e a política em questão não possui nenhum dos requisitos exigidos. Para a capacidade técnico- administrativa, não há presença de recursos humanos suficientes e nenhum incentivo financeiro; não existem operações de mecanismos de coordenação, além do próprio Plano Distrital de Prevenção do Suicídio; e não há estratégias de monitoramento efetivas. Para as capacidades políticas, a Política Distrital de Prevenção do Suicídio não possui formas de interações entre burocracias, operações efetivas de participação social e nem atuação de órgãos de controle.

As ações realizadas para a consecução da política são viabilizadas por meio de articulações e instrumentos que permitem a interação entre os atores. A coordenação da política como um todo é função da Diretoria de Saúde Mental. Já as portarias, o Plano Distrital de Prevenção do Suicídio e as comunicações verbais foram mecanismos nos quais as articulações foram estabelecidas e realizadas.

A política é distrital e toda a sociedade deveria ser envolvida em sua implementação, porém, de acordo com as entrevistadas, as ações foram executadas principalmente pela Secretaria de Saúde e por parcerias com as Universidades e o Centro de Valorização da Vida. Foram observadas medidas de prevenção universais, seletivas e indicadas no Plano Distrital de Prevenção do Suicídio, o que demonstrou consonância com a literatura sobre o assunto. Algumas das ações identificadas foram: a Jornada de Prevenção do Suicídio, capacitações realizadas pela Diretoria de Saúde Mental e implementação do programa “Amigos do Zippy”.

Ademais, tentou-se mostrar como os parceiros-chaves como a Universidade de Brasília e Centro de Valorização da Vida atuam e como se deu as articulações.

No decorrer da pesquisa foram observadas dificuldades para a realização do trabalho proposto. Como mencionado, a princípio, o objetivo era estudar políticas de prevenção ao suicídio na Universidade de Brasília. Todavia, com a limitação de dados e sem políticas institucionais estabelecidas, aumentou-se o escopo para o Distrito Federal, a fim de se obter uma análise mais abrangente.

Com o foco na Política Distrital de Prevenção ao Suicídio, ainda foram observados alguns desafios. Os dados sobre o fenômeno precisam ser melhorados devido a subnotificação, o que influencia na precisão das estatísticas. Há também as variadas abordagens e teorias das possíveis causas, que não podem ser tratadas de maneiras simplistas devido ao caráter multifacetado do fenômeno. Além disso, durante o percurso da pesquisa foi observado um certo receio ao se debater essa questão por parte da população, o que reforça o tabu e preconceito envolvido.

Após examinar a Política Distrital de Prevenção do Suicídio, concluiu-se que apesar da gestão estar sensível para o tema em 2012 para a implementação, o fato de não ter entrado na pauta para apreciação pelo Conselho de Saúde mostra que é preciso que o Plano Distrital de Prevenção do Suicídio seja institucionalizado. A proposta prevê que o Plano seja revisado após cinco anos, o que está sendo feito pela atual coordenadora, uma vez que por ser muito abrangente precisa ser aperfeiçoado e adequar-se ao que de fato é possível ser feito. A intenção era de que, com o passar dos anos, outros atores pudessem participar ativamente na implementação da política e torna-la integrada com outras áreas.

Um outro ponto considerado é a diferença entre o que o Plano prevê e o que foi feito na realidade. Não foi possível investigar se todas as ações propostas foram implementadas, todavia, por meio das entrevistas, concluiu-se que o Plano está além das atuais capacidades de execução dos atores. Elaborou-se um plano complexo pela gestão, e isso não necessariamente se traduziu em ações efetivamente realizadas ou pela oferta de serviços.

Ainda, por meio desta análise, foram pontuadas outras questões como a necessidade de aumentar a equipe que oferece capacitação e informação na Diretoria de Saúde Mental, pois a coordenação de prevenção do suicídio é formada somente por uma pessoa: a própria coordenadora. A política não possui um financiamento próprio para aumentar seu alcance, todas as ações são feitas pelos próprios atores ou por meio de parcerias. Assim, sugere-se a criação de um Comitê Permanente de Prevenção ao Suicídio para que seja pleiteado um financiamento e aperfeiçoamento da política.

Em relação a articulação entre os atores, concluiu-se que as integrações ainda podem ser desenvolvidas. A maior parte das atividades se concentram na Secretaria de Saúde, e por ser uma gestão colegiada, as decisões e ações são compartilhadas. Se há necessidade de discussão de assuntos relacionados ao Plano Distrital de Prevenção do Suicídio, é feito dentro do colegiado de saúde mental, que é compartilhado entre os atores. Assim, identificou-se que no processo de elaboração das ações, estas foram estabelecidas conjuntamente e de forma articulada. Essa integração foi necessária devido aos recursos humanos também, como a Coordenação de Prevenção do Suicídio da Secretaria de Saúde conta somente com a coordenadora como equipe, a formulação das ações precisa ser coletiva.

Entretanto, na prática, observou-se que as ações envolvendo todos os atores foram, muitas vezes, pontuais. Uma dessas ocasiões é a realização da Jornada de Prevenção do Suicídio, que conta com a participação e articulação dos atores. Os temas são sugeridos e compilados coletivamente, assim como decisões logísticas. A maior parte dos atores se reúnem a fim de se ajudarem e se apoiarem para a consecução do trabalho. O Centro de Valorização da Vida também participa das ações conjuntas e é muito valorizado pelos entrevistados pelo trabalho que oferece.

Dito isso, conclui-se que a Política Distrital de Prevenção do Suicídio é uma medida importante no combate a esse tipo de morte. Foi constituída para ser realizada de forma integrada, contando com atores chaves para sua consecução. Apesar de não existir um arranjo institucional e dos desafios na implementação, como sua apreciação pelo conselho, recursos humanos, recursos financeiros, articulação entre os atores, além do tabu e do preconceito envolvidos no tema, a política contribui de forma significativa para a prevenção do suicídio no Distrito Federal.

Por fim, é importante lembrar que o suicídio e a prevenção do suicídio como um todo são um problema de saúde pública e, assim, deve ser pensado em termos de política pública. Se trata de um fenômeno que vem crescendo nos últimos anos no Brasil de forma silenciosa, e toda a sociedade pode contribuir por meio da discussão a fim de superar tabus. Além de tudo, ressalta-se a relevância do papel dos gestores na formulação, implementação e avaliação de políticas públicas que auxiliem na promoção à saúde e no acolhimento dessa população.

REFERÊNCIAS

AMIGOS DO ZIPPY. O programa. Disponível em: http://www.amigosdozippy.org.br/index/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=28>. Acesso em: 05 de maio de 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Suicídio: Informando para prevenir**. 2014.

BAPTISTA, M. N. **Suicídio e depressão**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2007, 223p.

BERTOLETE, J. M., Fleischmann A. **Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective**. 2002.

BERTOLETE, J. M. **O suicídio e a sua prevenção**. 2012. Editora UNESP.

BOTEGA, N. J., WERLANG, B., CAIS, C., MACEDO, M. (2006). **Prevenção do Comportamento Suicida**. Psico v. 37, n. 3. pp. 213-220.

BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida: Epidemiologia**. Psicologia USP. Volume 25. Número 3. 2014. P. 231-236.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. [Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do suicídio]. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Acesso em: 18 fevereiro 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014. [Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências]. Acesso em: 02 de maio de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 252, de 22 de dezembro de 2005. [Institui Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio]. Acesso em: 18 de maio de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. [Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)]. Acesso em: 21 de abril de 2018.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei n. 10.216, de 06 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]. Acesso em: 20 de maio de 2018.

_____. Secretaria de Saúde do DF. Portaria nº 185, de 12 de setembro de 2012. [Institui as normas para atenção às emergências em Saúde Mental no âmbito do SUS-DF]. Acesso em: 28 de abril de 2018.

_____. Secretaria de Saúde do DF. Portaria nº 184, de 12 de setembro de 2012. [Aprova a Política Distrital de Prevenção do Suicídio PDPS com a finalidade de estabelecer princípios, diretrizes e eixos de ação para a prevenção de tentativas e de suicídios consumados a ser implantada em todo território do Distrito Federal]. Acesso em: 02 de janeiro e 2018.

_____. Secretaria de Saúde do DF. Portaria nº 311, de 20 de novembro de 2013. [Institui Grupo de Trabalho para elaboração do Plano Distrital de Prevenção do Suicídio]. Acesso em: 10 de março de 2018.

BUSCIOLI, Silvana L. **NARRATIVAS ACERCA DA TENTATIVA DE SUICÍDIO: CONSIDERAÇÕES SOBRE A PREVENÇÃO NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA.** 108 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Prof.a Dr.a Lucia Cecília da Silva. Maringá, 2012.

CASSORLA, R. M. S. (Coord.). **Do suicídio: estudos brasileiros.** Campinas: Papyrus, 1991.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia.** Brasília, 1ª Edição, 2013. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>. Acessado em: 08 de janeiro de 2018.

CORREIO BRAZILIENSE. Programa de escola em Sobradinho prepara alunos para dificuldades da vida. Disponível em:

<https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2016/01/21/interna_cidadesdf,514703/programa-de-escola-em-sobradinho-prepara-alunos-para-dificuldades-da-v.shtml>.

Acesso em: 22 de maio de 2018.

CVV. O CVV. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/o-cvv/>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2018.

DURKHEIM, E. **O suicídio: estudo de sociologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

DYE, T. R. **Understanding public policy**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1972.

FREUD, S. **Luto e melancolia**. In: Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. XVIII, Tradução de Jayme Salomão et. al. Rio de Janeiro: Imago. 1980.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de pesquisa social**. – 6.ed. – 6. reimpr. – São Paulo : Atlas, 2008

GORDON, RS jr. (1983). **An operational classification of disease prevention**. Public Health Reports, 98, 107-109.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL ET AL. **PLANO DISTRITAL DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: PROPOSTA**. 2014. 43 p.

GUNNEL, David, & FRANKEL, Stephen. (1994). **Prevention of suicide: Aspirations and evidence**. BMJ, 308, p. 1227-1233.

KOOIMAN, J. **Modern governance: new government-society interactions**. Londres/Califórnia: Newbury Park/Sage, 1993.

KURCGANT, D.; WANG, Y. P. Aspectos históricos do suicídio no Ocidente. In: MELEIRO, A. M. A. S.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. (Coord.). **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

LEI ORGÂNICA DO DISTRITO FEDERAL. Disponível em: <<http://www.fazenda.df.gov.br/aplicacoes/legislacao/legislacao/TelaSaidaDocumento.cfm?txtNumero=0&txtAno=0&txtTipo=290&txtParte=>>>. Acesso em: 01 de junho de 2018.

LENZI, Bruno; FERRARI, Carla Fernanda Bastos. **Conversando com famílias, adolescentes e suicídio**. Nova perspect. sist., São Paulo , v. 26, n. 58, p. 125-130, ago. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-78412017000200012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 maio 2018.

LOTTA, Gabriela; FAVARETO, Arilson. **Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil**. Rev. Sociol. Polit., Curitiba , v. 24, n. 57, p. 49-65, Mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v24n57/0104-4478-rsocp-24-57-0049.pdf>. Acessado em: 17 de abril de 2018.

MACHADO, Marcos Fabrício S., LEITE, Cristiane Kerches S., & BANDO, Daniel H. **Políticas Públicas de Prevenção do Suicídio no Brasil: uma revisão sistemática**. RG&PP, vol. 4(2): 334-356, 2014.

MARTELLI, C., AWAD, H., & HARDY, P. (2010). **In-patients suicide: Epidemiology and prevention**. Encephale, 36 (suppl 2), D83-91.

MARX, Karl. **Sobre o suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006.

MRAZEK, P. J.; HAGGERTY, R. J. (eds.). **Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research**. Committee on Prevention of Mental Disorders. Washington, D.C.: Institute of Medicine, 1994.

MENEGHEL, Stela N., VICTORA, Cesar G., FARIA, Neice M. X., CARVALHO, Lenine A., & FALK, João W. (2004). **Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul**. Rev. Saúde Pública. v.38, n.6, p. 804-810.

MINAYO, M., DESLANDES, S., NETO, O., GOMES, R. **Pesquisa Social. Teoria, Métodos e Criatividade**. 21ª edição. Editora Vozes. Petrópolis, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conheça a RAPS – Rede de Atenção Psicossocial. 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf. Acesso em: 18 de janeiro de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Suicídio. Saber, agir e prevenir.** Secretaria em Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Volume 48. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2018. MS libera meio milhão para o CVV como ajuda de prevenção ao suicídio. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/sas/42666-ms-libera-meio-milhao-para-o-cvv-como-ajuda-de-prevencao-ao-suicidio>>. Acesso em: 21 de maio de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2017. Exposição Slide convidado Quirino Cordeiro. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/comissoes/reuniao?reuniao=6400>>. Acessado em: 03 de fevereiro de 2018.

MINOIS, Georges. **História do suicídio: a sociedade ocidental perante a morte voluntária.** Tradução de Serafim Ferreira. Lisboa: Teorema, 1998.

MORETTO, Maria Livia Tourinho et al . **O suicídio e a morte do narrador.** Psicol. USP, São Paulo , v. 28, n. 2, p. 159-164, Aug. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642017000200159&lng=en&nrm=iso. acesso em 23 de maio 2018.

NEVES, F., CORRÊA, H. & NICOLATO, R. (2010). **Uma proposta para o fortalecimento da rede de cuidados em saúde mental.** Debates Psiquiatria Hoje, 2 (5).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde Pública - Ação para a prevenção de suicídio: uma estrutura.** 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: manual para professores e educadores.** 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais.** 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia.** 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária.** 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Preventing suicide: a global imperative** [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2018.

PIETRO, Daniela; TAVARES, Marcelo. **Crise suicida – sofrimento narcísico e dificuldades nas relações de objeto**. Revista de Estudos Psicanalíticos | Vol. 31 (1/2) - 2013 | Vol. 32 (1) - junho de 2014. P. 25-39.

PIRES, R. & GOMIDE, A., 2014. **Burocracia, democracia e políticas públicas: arranjos institucionais de políticas de desenvolvimento**. Texto para discussão, 1940. Brasília: IPEA.

POLÍCIA CIVIL DO DF. Instrução Normativa 95, de 15 de maio de 2003. Estabelece regras para classificação e comunicação de ocorrências policiais no âmbito desta Polícia Civil do Distrito Federal.

POLÍCIA CIVIL DO DF. Lei 3.358, de 15 de junho de 2004. Dispõe sobre os Serviços de Verificação de Óbitos no Distrito Federal e dá outras providências.

POLÍCIA CIVIL DO DF. Ordem de Serviço 03, de 16 de outubro de 2003. Institui o Plano de Contingenciamento do Departamento de Polícia Técnica, que versa sobre procedimentos a serem desencadeados no âmbito dos Instituto de Criminalística, Medicina Legal, Identificação e Pesquisa de DNA Forense da Polícia Civil do Distrito Federal, em caso de fatalidades coletivas e desastres.

PORTAL BRASIL. Regiões Administrativas do DF. Disponível em: <http://www.portalbrasil.net/brasil_cidades_brasilia_ras.htm>. Acesso em: 03 de maio de 2018.

REGONINI, G. **Capire le politiche pubbliche**. Bologna: Il Mulino, 2001.

RHODES, R. A. W. **Understanding governance: policy networks, governance, reflexivity, and accountability**. Buckingham/Filadélfia: Open University Press, 1997

RODRIGUES, M. M. A. **Suicídio e sociedade: um estudo comparativo de Durkheim e Marx**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 698-713, dez. 2009.

RODRIGUES, Marta Maria Assumpção. **Políticas Públicas**. São Paulo: Publifolha, 2010.

SECCHI, Leonardo. **Análise de políticas públicas – Diagnóstico de problemas, recomendação de soluções**. São Paulo: Cengage Learning, 2016.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DF. Saúde Mental. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/saude-mental/>>. Acesso em: 02 de abril de 2018.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DF. Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/centros-de-atencao-psicossocial-caps/>>. Acesso em: 15 de abril de 2018.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DF. DF foi pioneiro na implementação de políticas de prevenção ao suicídio. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/df-foi-pioneiro-na-implementacao-de-politicas-de-prevencao-ao-suicidio/>>. Acesso em: 15 de abril de 2018.

SENADO FEDERAL. 2017. Comissão debate criação da semana de conscientização contra o suicídio. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2017/08/04/comissao-debate-criacao-da-semana-de-conscientizacao-contr-o-suicidio>>. Acesso em: 02 de janeiro de 2018.

SHNEIDMAN, E. S. (1985) – Definition of suicide. New York: Wiley.

SILVA, A. G. **REGISTROS DE SUICÍDIO NO DISTRITO FEDERAL DE 2000 A 2014**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade de Brasília. Orientadora: Prof.^a Dr.^a Diane Maria Scherer Kuhn Lago. 2016.

SOUZA, C. **Política Públicas: uma revisão da literatura**. Sociologias. Porto Alegre, n.16, p.20-45, jun/dez. 2006.

TOMASINI, Ana Júlia. **PADRÃO ESPACIAL DO SUICÍDIO NO DISTRITO FEDERAL**. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília. Orientadora Profa. Dr.^a Helen da Costa Gurgel. 2016.

WASSERMAN, D. (2001). **A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process**. In: D Wasserman (ed.). *Suicide: An Unnecessary Death*. London: Martin Dunitz.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212 p.