

**JUVENTUDE E SUICÍDIOS: EXAME DA POLÍTICA DE PREVENÇÃO DO  
SUICÍDIO NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**  
*YOUTH AND SUICIDES: EXAMINATION OF THE SUICIDE PREVENTION POLICY IN  
THE CITY OF PORTO ALEGRE*

**Cristiano Lange dos Santos\***  
**João Pedro Schmidt\*\***

**RESUMO:** O presente artigo objetiva fazer uma reflexão crítica sobre o fenômeno psicossocial da automutilação e do suicídio, em adolescentes e jovens com idade entre 15 e 29 anos, tendo como recorte geográfico o Município de Porto Alegre. O problema definido é examinar, a partir das recomendações do *Mental Health Action Plan 2013-2020* - Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020, da Organização Mundial da Saúde, e da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e Suicídio. A pergunta norteadora é: existe em Porto Alegre uma política pública municipal de prevenção da automutilação e do suicídio, com caráter multissetorial e integrador, que atenda as diretrizes da Organização Mundial de Saúde e da política nacional? A hipótese é que a política não está estruturada à luz das recomendações da Organização Mundial da Saúde e da Política Nacional. Adota-se a perspectiva metodológica do ciclo de políticas públicas, com recurso à pesquisa documental e bibliográfica. A linha conclusiva do trabalho é que as ações municipais não compõem um programa permanente e efetivo de prevenção à automutilação e ao suicídio destinado aos jovens de Porto Alegre.

**PALAVRAS-CHAVE:** Juventude; suicídios; políticas públicas; Porto Alegre.

**ABSTRACT:** This article aims to make a critical reflection on the psychosocial phenomenon of self-mutilation and suicide, in teenagers and young people aged between 15 and 29 years old, having as geographic cutout the city of Porto Alegre. The problem defined is to examine, from the recommendations of the *Mental Health Action Plan 2013-2020* – from the World Health Organization and from the National Policy to Prevent Self-mutilation and Suicide. The guiding question is: is there in Porto Alegre a municipal public policy to prevent self-mutilation and suicide, with multisectoral and integrative character, which meets the guidelines from the World Health Organization and the National Policy. The methodological perspective of the public policy cycle is adopted, using documental and bibliographic research. The concluding line of work is that the municipal actions do not compound a permanent and effective program for prevention to self-mutilation and suicide facing the young people from Porto Alegre.

**KEY-WORDS:** Youth; suicides; public policies; Porto Alegre.

\* Doutor em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) com doutorado sanduíche na Universidade de Burgos (UBU) na Espanha financiado pela CAPES. Integrante do Grupo de Estudos em Direitos Humanos de Crianças, Adolescentes e Jovens (GRUPECA/UNISC).

\*\* Doutor em Ciência Política pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com pós-doutorado pela *The George Washington University*, Estados Unidos. Professor da Universidade de Santa Cruz do Sul, docente do Programa de Pós-Graduação em Direito.

## 1. INTRODUÇÃO

O presente artigo tem por objetivo estabelecer uma reflexão crítica sobre o fenômeno psicossocial da automutilação e do suicídio, em adolescentes e jovens com idade entre 15 e 29 anos, no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, haja vista o crescimento alarmante do número de casos nos últimos anos.

O objetivo é examinar, a partir das recomendações do *Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020*<sup>1</sup>, da Organização Mundial da Saúde - OMS (WHO, 2012), e da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e Suicídio, se as políticas que visam enfrentar o problema dos suicídios na cidade de Porto Alegre têm colaborado para reduzir seus índices entre os jovens. A questão de pesquisa é: existe em Porto Alegre uma política pública municipal de prevenção da automutilação e do suicídio, com caráter multissetorial e integrador, que atenda as diretrizes da Organização Mundial de Saúde e da política nacional? A hipótese é que essa política municipal não está assentada nas recomendações do Plano de Ação da OMS, nem da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e Suicídio.

Adota-se a perspectiva metodológica do ciclo de políticas públicas, com recurso à pesquisa documental e bibliográfica. Parte dos dados, relativos à estrutura e funcionamento da política de saúde mental (psicossocial) de Porto Alegre foram obtidos mediante a Lei de Acesso à Informação (LAI) e utilizando-se do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. (PORTO, 2017)

Com o fim de delimitar o recorte, adota-se a concepção de juventude prevista na Lei n. 12.852, de 05 de agosto de 2013, que define o jovem com idade entre os 15 aos 29 anos.

O problema em tela constitui um grave desafio de saúde pública, que tem sido subestimado pelos entes governamentais e em geral não consta na agenda governamental, não obstante o discurso da gravidade da violência endossado pela mídia, pela opinião pública e pelos próprios agentes políticos.

O presente artigo está organizado em três seções: no primeiro, examina-se os dados estatísticos sobre o suicídio caracterizando-o como um problema de saúde pública tendo em vista o crescimento alarmante dos casos envolvendo jovens (15 a 29 anos); no segundo, objetiva-se apresentar os instrumentos jurídicos normativos que reconhecem a juventude como assegurados pela doutrina da proteção integral, assim como o Plano de Ação de Saúde Mental

---

<sup>1</sup> Será utilizada nas citações a versão espanhola do *Mental Health Action Plan 2013-2020*, da OMS.

2013-2020, da OMS, a qual o Brasil é signatário e por isso tem a responsabilidade de proteger o público jovem ; por fim, pretende-se descrever o atual desenho das políticas desenvolvidas pelo Município de Porto Alegre no que tange ao tratamento dos casos de suicídio para adolescentes e jovens apresentando sugestões a partir do Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020, da OMS, e do Política Nacional de Prevenção da Automutilação e Suicídio.

## **2. O FENÔMENO SOCIAL DO SUICÍDIO E A SUA FRACA PRESENÇA NA AGENDA PÚBLICA**

Os dados estatísticos autorizam a caracterização do suicídio como um importante problema de saúde pública, que requer políticas públicas orientadas por conhecimento especializado e reconhecido pelas agências nacionais e internacionais do âmbito da saúde. No entanto, cercado de tabus e estigmas, o tema não geralmente não tem maior relevância na agenda governamental dos diferentes entes federativos.

O suicídio é um fenômeno complexo e multifatorial, motivado por questões econômicas, sociais, biológicas e culturais. Jaen-Varas et al (2019), em pesquisa realizada entre adolescentes de seis grandes cidades (Porto Alegre, Recife, Salvador, Belo Horizonte, São Paulo e Rio de Janeiro), nos anos de 2006 a 2015, demonstrou a correlação entre taxas de suicídio e indicadores socioeconômicos, como o PIB, a desigualdade social, a renda e a taxa de desemprego.

A Organização Mundial da Saúde – OMS (WHO, 2016) reconhece o suicídio como uma forma de violência, definindo-a como

La violencia es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte. (WHO, 2016)

As situações de violência por suicídio envolvem sofrimento psíquico e psicológico, com forte impacto no entorno, que atinge diretamente, pelo menos, as seis pessoas mais próximas, além de afetar centenas, quando o evento ocorre no âmbito escolar ou no trabalho. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017) Por isso, o suicídio deve ser considerado um problema de saúde pública, que merece atenção e cuidados por parte dos gestores públicos, tendo em vista suas características invisíveis e dinâmicas epidemiológicas tão impactantes na sociedade.

O suicídio, segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2017), é a segunda maior causa de mortalidade de jovens por causas externas no mundo, no grupo etário de 15 a 29 anos, concentrando-se principalmente nos países de baixa e média renda. No Brasil, tais números não são distintos. Segundo dados do Mapa da Violência (2013, p. 23), as maiores causas externas de morte são “os acidentes de transporte [...] responsáveis por mais 20,4% dos óbitos juvenis, e suicídios adicionam ainda 3,7%. Na população não jovem, acidentes de transporte originaram 3,0%, e suicídios 0,7%.” Há um crescimento progressivo dessas cifras nos últimos vinte anos, especialmente na camada dos jovens entre 15 e 29 anos.

A OMS classifica a mortalidade por suicídio em quatro níveis: a) *baixa*, quando as taxas são menores do que 5/100 mil habitantes; b) *média*, entre 5 a 15/100 mil habitantes; c) *alta*, de 15 a 30/100 mil habitantes; e d)  *muito alta*, quando os números são superiores a 30/100 mil habitantes. (WHO, 2017) No Brasil, no período de 2011 a 2015, foram registrados 55.649 óbitos por suicídio, com uma taxa geral de 5,5/100 mil habitantes, variando de 5,3 em 2011 a 5,7 em 2015. (BRASIL, 2017)

Tabela 1: Número de óbitos por suicídios no Brasil e taxa por 100 mil habitantes

<b>Ano</b>	<b>Nº de óbitos por suicídio</b>	<b>Taxa por 100 mil habitantes (%)</b>
<b>2011</b>	10.490	5,3
<b>2012</b>	11.017	5,5
<b>2013</b>	11.186	5,6
<b>2014</b>	11.220	5,5
<b>2015</b>	11.736	5,7

Fonte: elaborado pelos autores a partir dos dados fornecidos pelo Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde.

A Tabela 1 indica que o Brasil situa-se no nível *médio*, que varia entre 5 e 15/100 mil habitantes. No entanto, o problema reside na concentração de taxas maiores em determinadas regiões. A Região Sul, por exemplo, concentra 23% dos casos, com uma população equivalente a 14% do total. O Rio Grande do Sul é o estado brasileiro que apresenta maior número de suicídios com índices superiores a 10,2/100 mil habitantes, quase o dobro da média nacional, que é de 5,4/100 mil habitantes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017) Essas cifras apontam para

a necessidade de maior atenção a esse fenômeno social, que tem vitimado um significativo grupo de adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade.

Em Porto Alegre, por sua vez, o número de suicídios cresce a cada ano, representando a quarta causa de óbito por causas externas, equivalente ao coeficiente de 6,88/100 mil hab. (PORTO ALEGRE, 2019) A partir da Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011, que criou o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), determinando a obrigatoriedade dos registros envolvendo as diversas formas de violência<sup>2</sup>, foram notificadas até o ano de 2017, 176.226 lesões autoprovocadas, sendo que dessas 48.204 casos foram identificados como tentativas de suicídios, representando um aumento de 27,4% nos últimos cinco anos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

Tabela 2: Número de notificações envolvendo situações de lesões autoprovocadas

	<b>Notificações</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>
<b>2011</b>	14.940	5.244	9.696
<b>2012</b>	21.164	7.266	13.898
<b>2013</b>	25.470	8.798	16.670
<b>2014</b>	29.708	9.797	19.910
<b>2015</b>	39.469	13.538	25.926
<b>2016</b>	45.559	15.455	30.013

Fonte: elaborado pelos autores a partir dos dados fornecidos pelo Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde

Torna-se visível, pela Tabela 2, que desde que a notificação desses casos foi instituída como obrigatória, os números têm crescido substancialmente, especialmente entre o sexo feminino, com representação de 69% dos registros de tentativas. No entanto, as taxas de mortalidade envolvendo o sexo masculino são 3,6 vezes maiores, se comparado com o sexo feminino, possivelmente por conta dos métodos usados, normalmente mais violentos e letais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

<sup>2</sup> Essa Portaria foi aperfeiçoada pela Portaria nº 1271, de 06 de junho de 2014 GM/MS, para que a comunicação seja feita em até 24 horas, com vistas a garantir a intervenção imediata do paciente.

Esses números evidenciam a dimensão preocupante que representa o suicídio para a saúde pública. Além do mais, é preciso registrar, que os dados estatísticos oficiais sobre o tema podem estar encobertos por outros fatores, como acidentes e homicídios, já que podem constar como “morte de causa indeterminada.” (BORGES, WERLANG, COPATTI, 2008) E ainda, as taxas podem ser maiores na realidade, tendo em vista as subnotificações, das tentativas infrutíferas de autoextermínio que não se consumaram ou foram escondidas pelas famílias, em razão dos estigmas e do preconceito que ronda o suicídio. (BORGES, WERLANG, COPATTI, 2008)

Afinal, o que leva um adolescente ou jovem a tirar a sua própria vida? Na maioria dos casos, o sentimento de abandono, a experiência de abusos físicos ou sexuais, a desorganização familiar, o consumo de substâncias tóxicas, o desajustamento na escola (*bullying*) ou em casa e a desesperança em relação ao futuro são alguns dos fatores que aparecem como os principais motivadores. (BUENDÍA; RIQUELME; RUIZ, 2004 p. 33-45; ZAPPINO, 2017 p. 226-229) Em decorrência, adolescentes e jovens, podem muitas vezes recorrer a comportamentos agressivos, impulsivos ou suicidas. (BORGES; WERLANG, 2006, p. 345-346)

Borges e Werlang (2006) apresentam os resultados da pesquisa realizada em Porto Alegre que demonstram a dimensão do problema. O estudo objetivou identificar a existência de ideação suicida (pensamentos, ideias e desejos de se matar), considerada um fator de risco em adolescentes da população não-clínica. Foram entrevistados 526 adolescentes, constatando-se que “188 (36%) adolescentes apresentaram ideação suicida, ou seja, um pouco mais de um terço da amostra”. (BORGES; WERLANG, 2006, p. 348)

Outros aspectos que chamam a atenção no estudo de Borges e Werlang (2006): (i) 67,6% eram do sexo feminino; (ii) 18 adolescentes da amostra já haviam perdido um dos pais por suicídio; (iii) 28,6% apresentavam sentimentos de desesperança, uma perspectiva negativa em relação ao futuro, na tentativa de escapar dos problemas irresolúveis e complexos no presente. (BORGES; WERLANG, 2006)

Há uma série de dificuldades em tratar do tema publicamente, por ser tabu, envolver medo e um certo sentimento de culpa, que faz com que as famílias prefiram silenciar suas dores a divulgar suas dificuldades. Por ser um fenômeno complexo e multifatorial, motivado por questões econômicas, sociais, biológicas e culturais, as respostas exigidas não podem ter um caráter simplista.

### **3. OS DIREITOS DE JUVENTUDE E A RELEVÂNCIA DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAIS**

O Brasil, após duas décadas de regime de exceção, avançou na edificação de um Estado de Bem-Estar Social, respeitador dos direitos e garantias individuais e com provisão de bens de interesse social sob responsabilidade do poder público ao promulgar a Constituição Federal de 1988, fruto de um amplo processo de mobilização social. Assentada nas premissas constitucionais, foi sendo constituída uma ampla legislação infraconstitucional e foram implementadas gradualmente políticas de caráter democratizante e inclusivo.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, introduziu no ordenamento jurídico brasileiro o paradigma inspirado na concepção de que crianças e adolescentes são sujeitos de direitos, encontrando-se em uma situação especial e peculiar de desenvolvimento. Vale lembrar, nesse aspecto, que o artigo 227 da Constituição Federal de 1988 estabeleceu a responsabilidade tripartite, distribuída entre o Estado, a família e a sociedade, para cuidar e zelar pela proteção integral das crianças, adolescentes e jovens.

A adoção da doutrina da proteção integral como elemento garantidor de proteção e desenvolvimento das crianças e adolescentes, além de reconhecê-las como efetivos sujeitos de direitos, orientou a formulação de políticas e práticas que consubstanciam a prioridade de tratamento infanto-juvenil. Destaque-se, nesse aspecto, a inclusão da categoria “jovem” no texto constitucional, pela Emenda Constitucional n. 65 de 13 de julho de 2010, que consolidou a juventude como foco de prioridade absoluta na produção de políticas públicas por parte do Estado, incidindo em todo o sistema de garantias com vistas a realizar e efetivar tais preceitos.

Assim, a juventude passou a ser abrangida pela doutrina da proteção integral, o que lhe garantiu receber, por sua vez, prioridade absoluta no que tange à formulação e implementação de políticas públicas específicas. (CUSTÓDIO, 2017)

Ainda há de se ser citada a Lei n. 12.852, de 05 de agosto de 2013, o Estatuto da Juventude, que elenca direitos, princípios e diretrizes de políticas públicas à categoria juvenil, além de constituir o Sistema Nacional de Juventude (SINAJUVE), com o fim de desenhar uma rede de proteção e estabelecer a criação de Conselhos de Juventude.

Convém frisar que o Estatuto da Juventude, assegurou o direito à saúde e à qualidade de vida, considerando suas especificidades na dimensão da prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde de forma integral aos jovens. Ademais, o Estatuto estabeleceu diretrizes



de acesso universal aos serviços, atenção integral à saúde, o desenvolvimento de ações articuladas entre os serviços de saúde e de ensino, para a formulação das políticas públicas de saúde do jovem, as quais, no entanto, carecem de concretização.

Além da legislação pátria, cabe observar tratados internacionais de que o Brasil é signatário, comprometendo-se a cumprir metas e recomendações multilaterais para temas específicos, notadamente acerca a temática dos direitos de juventude. Vale ressaltar a Convenção Ibero-Americana sobre os Direitos da Juventude (CIDJ), aprovada em 2005 e em vigor desde 2008. Ainda que muitos dos direitos assegurados pela convenção já estejam garantidos, formal e materialmente na Constituição Federal de 1988 e no Estatuto da Criança e do Adolescente, ela reconhece a importância não apenas em assegurar, mas principalmente implementar os direitos de juventude concretizando-os progressivamente. Cabe especial atenção ao Capítulo III da Convenção, referente aos direitos econômicos, sociais e culturais, que tem como núcleo principal a realização da intervenção estatal, com a consequente implementação de prestações econômicas, sociais e culturais destinadas à juventude.

O documento internacional mais diretamente relacionado ao tema aqui abordado é o *Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020*, formulado pela Organização Mundial da Saúde – OMS em 2012 e do qual o Brasil é signatário, cujo objetivo geral é reduzir os índices de suicídio em até dez por cento até 2020. (WHO, 2012) O plano traz um enfoque integral e multissetorial, com a coordenação dos serviços dos setores de saúde e social, com especial atenção à promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, atenção e recuperação. (WHO, 2012, p. 18)

El plan de acción hace hincapié en la necesidad de servicios, políticas, leyes, planes, estrategias y programas que protejan, promuevan y respeten los derechos de las personas con trastornos mentales en consonancia con lo dispuesto en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, la Convención sobre los Derechos del Niño y otros instrumentos internacionales y regionales pertinentes en materia de derechos humanos. (WHO, 2013, p. 07)

Com relação aos suicídios, o Plano estabelece como metas mundiais, por meio da cooperação dos Estados signatários: 3.1 – “*el 80% de los países tendrán en funcionamiento como mínimo dos programas multisectoriales nacionales de promoción y prevención en materia de salud mental (para el año 2020)*” (WHO, 2013, p. 18); 3.2 – “*se habrá reducido en un 10% la tasa de suicidios en los países (para el año 2020).*” (WHO, 2013, p. 18)



O Objetivo nº 3 reforça a importância da prevenção ao suicídio, sob a justificativa de que ela é uma das prioridades do plano, haja vista a existência dos altos números de mortalidade entre jovens nos grupos de vulneráveis e marginalizados.<sup>3</sup> (WHO, 2013, p. 18)

Para reduzir tais índices de suicídios, o Plano faz inúmeras recomendações aos países signatários. Dentre eles, o item nº 74, que recomenda a adoção de estratégias nacionais de prevenção ao suicídio, especialmente aos grupos mais vulneráveis, no caso dos jovens.<sup>4</sup> (WHO, 2013, p. 19) O item nº 85 orienta os Estados-Membros a criar um sistema de informação de saúde, utilizando dados, por recorte de sexo e idade, com o fim de aprimorar as políticas públicas de saúde que enfrentem a problemática do suicídio.<sup>5</sup>

A importância desse Plano está no reconhecimento por parte das autoridades internacionais da saúde, por meio da Organização Mundial da Saúde – OMS e dos países signatários, dentre os quais o Brasil, acerca da seriedade do problema do crescimento dos índices de suicídios, especialmente nos países com rendas baixas e médias, que não fornecem perspectivas positivas de futuro a tais jovens.

Como forma de monitorar os resultados e aplicações das recomendações, o Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020 instituiu o Observatório Mundial de Saúde Mental para avaliar, em nível regional e mundial, a progressão e o alcance das metas fixadas no plano. (WHO, 2013) Sabe-se que nenhum mecanismo garante a efetividade das deliberações tomadas

---

<sup>3</sup> 72. La prevención del suicidio es una de las prioridades importantes. Muchas personas que intentan poner fin a su vida proceden de colectivos vulnerables y marginados. Además, los jóvenes y las personas mayores están entre los grupos de edad más propensos a abrigar ideas de suicidio o autolesionarse. En general las tasas de suicidio están subestimadas, debido a las carencias de los sistemas de vigilancia y a la atribución errónea de ciertos suicidios a causas accidentales, así como a la criminalización del suicidio en algunos países. Sin embargo, en la mayoría de los países las tasas tienden a mantenerse estables o a aumentar, mientras que en otros se observa una tendencia a la baja a largo plazo. Puesto que además de los trastornos mentales hay otros muchos factores de riesgo asociados al suicidio, por ejemplo dolor crónico o trastorno emocional agudo, las medidas preventivas no deben proceder únicamente del sector de la salud, sino que otros sectores deben actuar también simultáneamente. Pueden ser eficaces medidas como la reducción del acceso a medios para autolesionarse o suicidarse (en particular armas de fuego, plaguicidas, y acceso a medicamentos tóxicos que se puedan tomar en sobredosis), una praxis informativa responsable por parte de los medios de comunicación, la protección de las personas con elevado riesgo de suicidio y el reconocimiento y tratamiento precoces de trastornos mentales y conductas suicidas.

<sup>4</sup> 74. Prevención del suicidio: elaborar y poner en práctica estrategias nacionales integrales de prevención del suicidio, prestando especial atención a los colectivos en que se haya detectado un mayor riesgo de suicidio, como los gays, lesbianas, bisexuales y transexuales, los jóvenes u otros grupos vulnerables de cualquier edad en función del contexto local.

<sup>5</sup> 85. Sistemas de información: integrar la salud mental en el sistema habitual de información sanitaria y determinar, recopilar, comunicar sistemáticamente y utilizar datos básicos sobre salud mental desglosados por sexo y edad (incluidos los datos sobre suicidios y tentativas de suicidio) con el fin de mejorar la prestación de servicios de salud mental y las estrategias de promoción y prevención en la materia y de facilitar información al Observatorio mundial de salud mental (como parte del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS).

nesses fóruns internacionais, mas o monitoramento é um elemento importante para que o tema permaneça na agenda dos diferentes países.

No Brasil, a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e Suicídio foi recentemente aprovada pela Lei n. 13.819, de 26 de abril de 2019. Embora esteja muito aquém da sofisticação do Plano de Ação da OMS, inovou ao dispor da criação do Sistema Nacional a ser criado em cooperação da União com os Estados e Municípios para prevenir os casos de automutilação e suicídio. O documento expressa o reconhecimento, pelas autoridades, da necessidade de se colocar o tema na agenda pública.

Cabe averiguar se as diretivas desses instrumentos normativos, nacionais e internacionais, expressam-se em políticas públicas efetivas de garantia dos direitos de juventude. O exame a seguir refere-se ao município de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul.

#### **4. A POLÍTICA PÚBLICA DE PREVENÇÃO DA AUTOMUTILAÇÃO E DO SUICÍDIO EM PORTO ALEGRE**

As políticas públicas não são meras manifestações da legislação estabelecida. As políticas são melhor entendidas como respostas do poder público a um problema político. Constituem uma das dimensões da política, a dimensão material (*policy*), sempre estreitamente relacionada às dimensões institucional (*polity*) e processual (*politics*). As determinações e preferências dos atores do processo são centrais na condução do “governo em ação”. (HOWLETT, RAMESH, 1995, p. 8; SOUZA, 2006, p. 26).

Ações isoladas não configuram uma política no sentido forte, com potência para resolver problemas complexos. Políticas públicas são “uma série de decisões ou ações, intencionalmente coerentes, tomadas por diferentes atores, públicos e às vezes não-públicos - cujos recursos, vínculos institucionais e interesses variam - para resolver em tempo hábil um problema definido politicamente como coletivo”.<sup>6</sup> (SUBIRATS, et al., 2012, p. 38)

Dito de outra maneira, a política pública pode ser definida como “um conjunto de decisões e ações adotadas por órgãos públicos e organizações da sociedade, intencionalmente coerentes entre si, que, sob coordenação estatal, destinam-se a enfrentar um problema político.” (SCHMIDT, 2018, p. 127) As políticas públicas estão vinculadas ao sistema jurídico-normativo

---

<sup>6</sup> Políticas públicas son “una serie de decisiones o de acciones, intencionalmente coerentes, tomadas por diferentes actores, públicos y a veces no públicos – cuyos recursos, nexos institucionales e intereses varían – a fin de resolver de manera puntual un problema políticamente definido como colectivo”.

e ao aparelho burocrático da Administração Pública. Bucci (2006, p. 255) assevera que “a realização das políticas públicas deve dar-se dentro dos parâmetros da legalidade e da constitucionalidade, o que implica que passem a ser reconhecidos pelo direito.” Logo, o modelo de políticas públicas não exclui o modelo de legalidade, ao contrário, convive com ele. (BUCCI, 2006, p. 255)

Políticas públicas, segundo Souza (2006, p. 26), são comandos para “colocar o governo em ação, e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças nos rumos ou curso dessas ações (variável dependente).” A efetividade desses comandos depende de um conjunto de agentes e circunstâncias, melhor compreendidos à luz do *ciclo das políticas*, com diversas fases: (i) constituição do problema político; (ii) inclusão do problema na agenda política; (iii) formulação; (iv) implementação; (v) avaliação. (SUBIRATS, et al., 2012; SCHMIDT, 2019).

Aplicando a teoria do ciclo das políticas públicas ao caso ora analisado – os suicídios de jovens em Porto Alegre – verifica-se que a gravidade da situação no Rio Grande do Sul já estava indicada nas estatísticas do Ministério da Saúde há mais de uma década. O assunto era de conhecimento dos gestores da capital gaúcha, pois o município figurava com índices superiores ao nacional. (BORGES; WERLANG, 2006) Todavia, a simples existência de estatísticas não configura que uma “problemática social” torne-se um “problema político” merecedor da atenção do Estado.

Em 2017, o debate social sobre o tema do suicídio intensificou-se, a partir da divulgação da repercussão do *game* Baleia Azul.<sup>7</sup> O tema do suicídio ganhou notoriedade social e isso exigiu a atenção do ente governamental ao revelar os diversos casos de automutilação e de suicídio entre jovens.

A partir daí, constituíram-se alguns atores importantes na sociedade civil, como os pais de alunos de escolas privadas, que acionou o Ministério Público para solicitar medidas frente ao problema da automutilação de adolescentes e jovens no município de Porto Alegre. A necessidade de ação pública não foi deflagrada pela simples existência de estatísticas; a atenção dos agentes do Estado foi impulsionada pelo debate social. Como em outros casos, os agentes

---

<sup>7</sup> O *game* Baleia Azul (*Blue Whale*) é um jogo virtual que propõe cinquenta desafios diários, ao longo de cinquenta dias, que envolvem desde o isolamento social, automutilação até o suicídio. Os desafios são enviados por um administrador que pede fotografias ou vídeos como forma de comprovar o cumprimento da etapa pelos jogadores. A comprovação e a circulação de imagens de automutilações e de suicídios nas redes sociais contribuem para incentivar tais métodos constituindo um círculo vicioso que retroalimenta a violência e os casos de automutilação e suicídio. Esse fenômeno é conhecido como “Efeito Werther” e é utilizado para designar o efeito de contágio dos casos de suicídio.

da sociedade civil adquiriram protagonismo suficiente para negociar com os poderes públicos a criação, revisão ou correção de rumos das políticas públicas.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre, como resposta às demandas que se apresentaram, emitiu a Nota Técnica n. 02/2017, alertando aos serviços de saúde sobre o aumento de casos de atendimento nos Plantões de Emergência de Saúde Mental (PESM). Para além disso, iniciou-se uma articulação com diversos atores da sociedade civil. Fruto dessa articulação, foi instituído o Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, resultado direto da mobilização social.<sup>8</sup>

O Comitê tem como coordenador o Centro Estadual de Vigilância Sanitária (Vigilância da Violência), e como demais integrantes a Secretaria de Estado da Saúde (ESP, HPSP, DAS, CIT, PROSER); Secretaria de Estado da Segurança Pública (Polícia Civil); Secretaria de Estado da Comunicação (SECOM); Secretaria de Estado do Trabalho e do Desenvolvimento Social, Justiça e Direitos Humanos; Polícia Federal; Centro de Valorização à Vida (CVV), Cruz Vermelha e Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre. O Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio transformou-se em uma instância de formulação e execução das políticas estaduais psicossociais de atenção em saúde mental e suicídio.

No Município de Porto Alegre, a única legislação que trata do tema é a Lei n. 12.314, de 5 de outubro de 2017, que incluiu o evento Setembro Amarelo no Calendário de Eventos de Porto Alegre.<sup>9</sup> A legislação ateve-se a incluir a data no Calendário de Eventos, sem trazer normativas com diretrizes norteadoras de prevenção, nem plano, programa ou projeto específico destinado a crianças, adolescentes e jovens. Embora a ausência de normas legais não impeça o desenvolvimento de ações, essa lacuna representa um elevado risco de fragmentação e descontinuidade. Há muito a literatura assinala a importância da intersetorialidade e integração das políticas no processo de formulação, de modo a prever a interconexão e a complementaridade das ações, em que cada agente e cada órgão/entidade cumpre sua função sob uma perspectiva sistemática, a fim de que se evite lacunas e sobreposições. (INOJOSA, 2001) Essa preocupação é reafirmada nas diretrizes definidas no *Guia Intersetorial de*

---

<sup>8</sup> O Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção ao Suicídio foi instituído pelo Decreto 53.361, de 22 de dezembro de 2016. Recentemente o comitê lançou o Guia Intersetorial de Prevenção do Comportamento Suicida em Crianças e Adolescentes como o fim de orientar profissionais da saúde, educação, assistência social segurança pública e conselho tutelar sobre como abordar, tratar e enfrentar o tema.

<sup>9</sup> Inclui o evento Setembro Amarelo – Mês de Prevenção ao Suicídio e de Valorização da Vida no Anexo II da Lei nº 10.903, de 31 de maio de 2010 – Calendário de Eventos de Porto Alegre e Calendário Mensal de Atividades de Porto Alegre –, e alterações posteriores, no mês de setembro.

*Prevenção do Comportamento Suicida em Crianças e Adolescentes* (GOVERNO RS et al., 2019), subscrito inclusive pela Prefeitura de Porto Alegre. O que se questiona aqui é que um documento orientador geral não basta para organizar de forma sistemática e integrada a intervenção do poder público numa cidade com a complexidade da capital gaúcha.

A fase da implementação se refere ao momento da execução das políticas. Muito embora o Município de Porto Alegre possua um Plano Municipal de Saúde, nele inexistente um programa específico sobre o tema da automutilação e do suicídio direcionado às crianças, adolescente e jovens. (PORTO ALEGRE, 2019) Assim, objetiva-se aqui descrevê-la para, em seguida, sugerir, propor mudanças e correções nas políticas desenvolvidas por este ente federado, com base nas recomendações do Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020, da OMS, e da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e Suicídio. É importante observar que nessa fase o protagonismo é da Administração Pública, na medida em que cabe ao ente estatal coordenar o processo de execução dos serviços. (SUBIRATS, et al., 2012; GONÇALVES, 2006; FREY, 2000).

A análise do desenho institucional das políticas públicas do município de Porto Alegre acerca dos suicídios e da violência autoinfligida revela que há um conjunto de iniciativas, desenvolvidas por vários órgãos da saúde e da sociedade, sem que esteja orientada por protocolos específicos.

A organização do Sistema Único de Saúde (SUS) da capital gaúcha, sob gestão plena do município, está distribuída territorialmente em 17 Distritos Sanitários (DS), que formam as Gerências Distritais (GD). Os DS são: Ilhas, Humaitá/Navegantes, Centro, Noroeste, Norte, Eixo Baltazar, Leste, Nordeste, Glória, Cruzeiro, Cristal, Sul, Centro-Sul, Partenon, Lomba do Pinheiro, Restinga e Extremo-Sul. Já as Gerências Distritais (GD) são estruturas administrativas e gestoras regionais e também espaços de discussão e prática onde são operacionalizadas todas as estratégias para a atenção à saúde na esfera do SUS. Na cidade, estão distribuídas em oito regiões de saúde: 1) Centro, 2) Noroeste /Humaitá /Navegantes /Ilhas, 3) Norte /Eixo Baltazar, 4) Leste /Nordeste, 5) Glória /Cruzeiro /Cristal, 6) Sul /Centro-Sul, 7) Partenon /Lomba do Pinheiro, 8) Restinga /Extremo-Sul. São compostas por Unidades de Saúde, Centros de Especialidades e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos. (PORTO, 2017)

O Município de Porto Alegre conta com 141 unidades de referência para atender a população, além da atenção psicossocial, pronto atendimentos e hospitais conveniados ou não. Contando ainda com 54 Unidades Básicas de Saúde (UBS), que prestam atendimento a populações que variam de 5.336 a 115.656 habitantes nas suas áreas de atuação. Destas, 36

possuem entre 5.336 e 17.460 habitantes nas áreas de atuação, sendo consideradas unidades de porte adequado para UBSs, conforme orientação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). (PORTO, 2017)

Em cada unidade de saúde, há profissionais especializados que podem reconhecer os sintomas e evitar os casos de violência autoprovocada. Há também os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) divididos por equipes: i) Equipes de Saúde Mental; ii) Equipe Especializada de Saúde da Criança e do Adolescente; iii) na Oficina de Saúde, Geração de Renda e Trabalho; e iv) hospitais gerais onde existem unidades de internação em saúde mental. (PORTO, 2017)

Os profissionais de saúde que fazem o atendimento de urgência e emergência têm um papel fundamental na identificação, encaminhamento e tratamento dos casos de automutilação e suicídio. Por isso, a Educação Permanente em Saúde (EP) é imprescindível para a capacitação continuada dos técnicos, de modo a tratar de forma qualificada as crianças, adolescentes e jovens, com suas especificidades e singularidades, que exigem um atendimento diferenciado, respeitando-se a sua linguagem e sua cultura própria.

Nos casos urgentes, as referências para atendimento são os Plantões de Emergência em Saúde Mental (PESM) divididos em dois postos: PESH/I-API (Rua 3 de Abril, 90, bairro Passo D'Areia) e PESH/Cruzeiro do Sul (Rua Professor Manoel Lobato, 151, Vila dos Comerciários). (PORTO, 2019) Aqui há uma fragilidade importante do enfrentamento do suicídio. Para uma cidade com 1,4 milhão de habitantes, dois plantões de emergência em saúde mental são insuficientes. A unidade do Plantões de Emergência em Saúde Mental (PESH) da Vila do I-API é de difícil acesso, sua localização é de aproximadamente a dez quilômetros de distância da área central. Como alguém em situação de extrema urgência procura ajuda na rede pública que conta com dois plantões de emergência situados em extremos da cidade? Trata-se de uma fragilidade a ser corrigida.

A estrutura municipal conta ainda com um fluxo de monitoramento dos atendimentos nas emergências para crianças e adolescentes com o fim de acompanhar o pós-atendimento de emergência, nas Equipes Especializadas de Saúde da Criança e do Adolescente e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). (PORTO, 2019) Esses casos normalmente são acompanhados pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que prestam atendimento de maneira continuada aos pacientes cadastrados e monitorados. Os 15 (quinze) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) estão distribuídos no conjunto do território da cidade. (PORTO, 2019)



A descontinuidade entre o ingresso e o acompanhamento no pós-atendimento é outra fragilidade que deve ser corrigida. O tratamento, na maioria das vezes, inicia-se nos Plantões de Emergência em Saúde Mental (PESM) e não há o redirecionamento dos casos ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Muitos pacientes atendidos nos Plantões de Emergência em Saúde Mental (PESM) – como porta de entrada contínua no atendimento – na forma de socorro, acabam se perdendo por conta desse problema, o que é grave, uma vez que a reincidência dos casos de tentativa de suicídio é bastante alta. A situação é muito pior em se tratando de crianças, adolescentes e jovens, que não possuem atendimento especializado.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS), órgão deliberativo de controle social, que tem como objetivo avaliar e fiscalizar o funcionamento dos serviços de saúde, tem denunciado o precário atendimento de crianças e adolescentes nos Plantões de Emergência em Saúde Mental dos Prontos Atendimentos Cruzeiro do Sul (PESM/PACS) e IAPI (PESM/IAPI). Por meio da sua Comissão Temática de Saúde Mental, destaca não haver distinções no atendimento entre a população adulta e a de crianças e adolescentes, o que fere o direito à inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, referendados nos artigos 12, 15, 17 e 18 do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA).

A Promotoria da Infância e da Juventude de Porto Alegre, após acompanhar a situação do atendimento, atendeu à denúncia do Conselho Municipal de Saúde e ajuizou Ação Civil Pública (ACP), obtendo decisão liminar para determinar que o Município de Porto Alegre disponibilize espaço específico para o tratamento de saúde mental nos Plantões de Emergência em Saúde Mental dos Prontos Atendimentos Cruzeiro do Sul (PESM/PACS) e IAPI (PESM/IAPI), com o fim de atender as singularidades do público infante-juvenil.<sup>10</sup> Apesar da decisão judicial determinar como prazo de conclusão e entrega das obras de 40 a 120 dias, no PSM/PACS Cruzeiro do Sul e PSM/IAPI, respectivamente, o Município de Porto Alegre não recorreu da decisão.<sup>11</sup>

O Município de Porto Alegre, segundo informações obtidas junto ao ente municipal, tem monitorado os casos de violência autoprovocada por meio do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e do Sistema de Vigilância da Violência (VIVA), instituído pelo Ministério

---

<sup>10</sup> Liminar determina que Prefeitura de Porto Alegre ofereça local para atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes. G1/RS. 19/03/2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2019/03/19/liminar-determina-que-prefeitura-de-porto-alegre-ofereca-local-para-atendimento-psiquiatrico-a-criancas-e-adolescentes.ghtml> Acesso em: 16 set. 2019.

<sup>11</sup> A Ação Civil Pública tramita na 1ª Vara do Juizado da Infância e Juventude da Comarca de Porto Alegre sob o número 001.518.00062.290 do sistema Themis e aguarda decurso de prazo para conclusão das obras e posterior avaliação de juízo.



da Saúde como obrigatória, compulsória e imediata a notificação de ocorrências de violência no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN 5.1). (PORTO, 2019)

A participação da sociedade civil é um ponto importante para o êxito de uma política pública. No caso em tela, o Município de Porto Alegre apoia o trabalho do Centro de Valorização da Vida (CVV), uma associação civil sem fins lucrativos, filantrópica, reconhecida como de Utilidade Pública, que presta serviço voluntário e gratuito de apoio emocional e prevenção ao suicídio. (PORTO, 2019) O Rio Grande do Sul foi o primeiro estado brasileiro a ter o serviço de ligação gratuita do Centro de Valorização da Vida (CVV), organização não governamental que presta serviços voluntários para a prevenção de suicídios<sup>12</sup>, cujo relevante papel é reconhecido em diferentes partes do país.

Por outro lado, o Município de Porto Alegre não conta com um sistema público, próprio ou contratado, de canais de escuta, acolhimento e socorro nos casos urgentes de suicídio, que após o primeiro contato, encaminhe as situações à rede pública. Esse tipo de serviço de emergência, segundo o Plan de Acción em Salud Mental (2013-2020) é fundamental, uma vez que os casos de suicídio devem ser tratados com a máxima urgência. Além do mais, a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e Suicídio, no seu artigo 4º, impõe como obrigatório a manutenção de serviço telefônico para recebimento de ligações, destinado ao atendimento gratuito e sigiloso de pessoas em sofrimento psíquico.

É importante notar que as iniciativas de escuta de potenciais suicidas na capital gaúcha foram articuladas por instituições e associações sem a participação do ente municipal.<sup>13</sup> Apesar de sua importância, a ação da sociedade civil não substitui a ação e coordenação estatal. As iniciativas da sociedade – embora sejam meritórias - não se constituem em si políticas públicas. A responsabilidade pela coordenação cabe à rede pública, que deve organizar os serviços com um olhar sistêmico, incluindo as ações diretamente executadas por órgãos estatais e as executadas por organizações da sociedade. (SUBIRATS, et al., 2012; GONÇALVES, 2006) Souza (2006, p. 36) reforça que a política pública pode envolver vários atores e níveis de decisão, e embora seja materializada através dos governos não se restringe necessariamente a participantes formais.

---

<sup>12</sup> O Centro de Valorização da Vida (CVV) é uma associação civil sem fins lucrativos que desenvolve ações para prevenir o suicídio. Treina voluntários e pessoas para conversar, a qualquer hora do dia ou noite, por telefone (disk 188), e-mail ou chat, em sigilo com pessoas em situação urgentes.

<sup>13</sup> Neste aspecto, é interessante citar a criação do projeto Setembro Amarelo, campanha iniciada em 2014 constituída pelo Centro de Valorização da Vida (CVV), pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABM), que objetiva fortalecer a prevenção do suicídio.

O exame do desenho institucional da política requer atenção à avaliação dos resultados esperados e do seu impacto social. A avaliação é um esforço para aferir os resultados pretendidos em um contexto complexo e multifatorial, que permite a correção de possíveis falhas da formulação ou implementação. As estatísticas de mortes por suicídio nos anos recentes indicam que a política de saúde mental de Porto Alegre não tem eficácia na prevenção da automutilação e suicídio, visto que os índices se mantêm acima da média nacional.

É preciso replanejar o desenho institucional da política municipal, no sentido de tornar-se uma política multissetorial, permanente e integrada, de acordo com os critérios e conceitos de promoção e prevenção à saúde mental do Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020.<sup>14</sup>

Um dos ambientes principais para reforçar a política em questão é intensificar e qualificar as ações de prevenção de automutilação e suicídio são os espaços escolares, visto que a escola ainda é o principal local de sociabilidade dos jovens e palco onde se constituem os potenciais elementos de conflito. Trata-se capacitar agentes de prevenção nas escolas, tanto da rede pública quanto da rede privada. A Rede Municipal de Ensino de Porto Alegre é formada por 99 escolas, com aproximadamente 4 mil professores e mais de 900 servidores, que atende a mais de 50 mil alunos da educação infantil, ensino fundamental, ensino médio, educação profissional de nível técnico, educação de jovens e adultos (EJA) e educação especial. (PORTO, 2017) É imperioso o esforço de identificar a ideação-suicida e encaminhar os casos pertinentes aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para acompanhamento médico, assim como orientar os pais e familiares sobre como colaborar com o tratamento.

É vital capacitar professores, servidores, médicos, psicólogos, enfermeiros e outros profissionais da saúde para que possam identificar e oferecer ajuda a esses jovens antes mesmo de iniciar qualquer plano suicida, através de cursos focados na habilidade de observar, detectar e compreender o risco do suicídio, bem como de comunicar-se com os estudantes em conflito e/ou suicidas. (OMS, 1999, p. 25) A Política Nacional de Prevenção da Automutilação e Suicídio, no seu §5, do art. 6º, estabelece a obrigação dos estabelecimentos de ensino em informar e treinar profissionais sobre os procedimentos de notificação de casos de ideação suicida, automutilação e tentativas de suicídio.

---

<sup>14</sup> 22. El plan de acción tiene los objetivos siguientes:

1. reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental;
2. proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta;
3. poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental;
4. fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.

Há inúmeras pesquisas a comprovar os altos números referentes à ideação-suicida de adolescentes e jovens de Porto Alegre. (BORGES E WERLANG, 2006) A ideação suicida é o primeiro sinal a indicar um possível ato suicida, razão pela qual é ainda mais importante a instituição de iniciativas voltadas à prevenção no início do processo de adoecimento. Essas podem ser articuladas em parceria com o Governo do Estado, focadas em um primeiro momento de forma prioritária nas regiões com os maiores índices de suicídios, em sintonia com os órgãos de segurança, como a Polícia Civil, a Brigada Militar e Corpo de Bombeiros, que normalmente são os agentes que fazem o socorro e podem identificar casos e situações suicidas.

O que se depreende da argumentação apresentada até agora é que as insuficiências da política municipal de prevenção da automutilação e do suicídio em Porto Alegre estão vinculadas à fase da formulação da política. Não havendo diretrizes que orientem o sistema de serviços de saúde, a ação dos agentes tende a ser fragmentada, com lacunas e eventuais sobreposições. A complexidade do fenômeno e a multiplicidade de fatores envolvidos no suicídio exigem a adoção de uma política integradora e multissetorial, em acordo com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde e da Política Nacional. Do contrário, a capital gaúcha tende a conviver com os números crescentes que se sucedem ano a ano.

## **5. CONCLUSÃO**

O suicídio é um problema de saúde pública, com alta complexidade e com números crescentes. No município de Porto Alegre, objeto deste estudo, pôde-se identificar a progressão crescente das notificações envolvendo situações de automutilação e de suicídios, especialmente de jovens entre 15 e 29 anos, o que representa um quadro bem superior ao registrado no Brasil.

A premissa apontada pela literatura e pelas autoridades internacionais e nacionais da saúde é que o problema só pode ser enfrentado com eficácia mediante políticas multissetoriais, permanentes e específicas. Embora tenha entrado na agenda pública governamental, não vem sendo tratado com a devida prioridade. A pergunta que orientou este artigo foi: existe em Porto Alegre uma política pública municipal de prevenção da automutilação e do suicídio, com caráter multissetorial e integrador, que atenda as diretrizes da Organização Mundial de Saúde e da política nacional? Os dados apresentados mostram que as recomendações e diretrizes do Plano de Ação de Saúde Mental (2013-2020) da Organização Mundial da Saúde e da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e Suicídio não vêm sendo colocadas em prática na capital gaúcha. Inexiste um programa permanente de prevenção direcionado às crianças, adolescentes

e jovens, somente um protocolo referente à pós-tentativa de autoextermínio, com limitações técnicas no tratamento e acompanhamento de urgências.

Diante da falta de ação do Município de Porto Alegre, entidades e organizações têm se mobilizado, seja contribuindo na atenção nos casos de tentativas de suicídio (como o Centro de Valorização à Vida (CVV)), seja pressionando os poderes públicos a aprimorarem as políticas, como foi o caso dos pais e mães de escolas privadas que acionaram o Ministério Público. Este tem sido um ator fundamental. Em áreas como Direitos Humanos ou Infância e Adolescência tem sido acionado para mediar demandas, por meio de composição extrajudicial, no ajuizamento de ações judiciais, visando a melhoria no atendimento de crianças e adolescentes em questões de saúde mental. Assim, o Ministério Público se tornou um *policy maker* indispensável nos arranjos entre os demais atores e nos encaminhamentos de políticas públicas ou melhorias no serviço de atendimento. Aliás, foi o próprio Ministério Público quem desencadeou ações para inserir na agenda governamental o tema da saúde psicossocial em crianças, adolescentes e jovens na cidade de Porto Alegre.

Todavia, é preciso mais. É urgente a articulação entre família, sociedade civil e os Poderes Públicos (Município de Porto Alegre, Ministério Público, governos estadual e federal) para reduzir o índice de automutilações e de suicídios. A formulação de uma política pública com caráter multissetorial e integrador, focada na prevenção, capaz de identificar em tempo hábil adolescentes e jovens que desenvolvam a ideação-suicida, antes da tentativa suicida ocorrer, pode reduzir os números e minimizar o seu impacto social. A política deve dedicar forte atenção a ações educativas. A escola é um espaço de tensões, ansiedade e disputas, razão pela qual é preciso capacitar os servidores para o trato da questão.

Com base no observado, recomenda-se:

- i) capacitar professores e servidores, na forma de Educação Permanente em Saúde (EP), para a comunicação com os estudantes em conflito e/ou suicidas, aumentando a detecção e compreensão do risco de suicídio e encaminhamento dos casos à rede municipal de saúde, especialmente aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS
- ii) orientar os familiares sobre fatores de riscos e formas de ação face a tentativas de automutilação e suicídio;
- iii) capacitar médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e demais servidores da rede municipal de saúde;

- iv) desenvolver campanhas de conscientização permanentes, similares ao *Setembro Amarelo*, divulgando os fatores de risco, com atenção aos existentes nas redes sociais;
- v) publicizar o tema, sem alarmismo, superando tabus, enfrentando estigmas, com o fim de conscientizar e estimular o seu debate público, contemplando a linguagem, a estética e as singularidades das crianças, adolescentes e jovens, visando manter o diálogo *com e entre* eles.

## REFERÊNCIAS

BORGES, Vivian Roxo; WERLANG, Blanca. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia*, 2006, 11, p. 345-351.

BORGES, Vivian Roxo; WERLANG, Blanca; COPATTI. Ideação suicida em adolescentes de 13 a 17 anos. *Barbarói*, 2008, nº 28, p. 109-123.

BRASIL, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm) Acesso em: 22 ago. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. [Internet]. 2017. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf> Acesso em: 26 ago. 2019.

BRASIL. Emenda Constitucional 65/2010. Altera a denominação do Capítulo VII do Título VIII da Constituição Federal e modifica o seu art. 227, para cuidar dos interesses da juventude. Brasília: Presidência da República [2010] Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc65.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc65.htm) Acesso em: 22 ago. 2019.

BRASIL. Lei n. 12.852, de 05 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. Brasília: Presidência da República [2013]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/112852.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112852.htm) Acesso em: 29 ago. 2019.

BRASIL. Lei n. 13.019, de 31 de julho de 2014. Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação; define diretrizes para a política de fomento, de colaboração e de cooperação com organizações da sociedade civil; e altera as Leis nºs 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999. Brasília: Presidência da República [2014] Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/lei/113019.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113019.htm) Acesso em: 27 ago. 2019.

BRASIL. Lei n. 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Brasília: Presidência da República [2019] Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm) Acesso em: 27 ago. 2019.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Presidência da República [1990].

BUCCI, Maria Paula Dallari. *Direito administrativo e políticas públicas*. São Paulo: Saraiva, 2006.

BUENDIA, José; RIQUELME, Antônio; RUIZ, José Antônio. *El suicidio en adolescentes. Factores implicados en el comportamiento suicida*. Murcia: Universidad de Murcia, 2004.

FREY, Klaus. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, n. 21, p. 211-254, jun 2000.

GONÇALVES, Alcindo. Políticas Públicas e Ciência Política. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). *Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. São Paulo: Saraiva, 2006. p.75-96.

GOVERNO DO RIO GRANDE DO SUL et al. *Guia Intersetorial de Prevenção do Comportamento Suicida em Crianças e Adolescentes*. 2019. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190837/26173730-guia-intersetorial-de-prevencao-do-comportamento-suicida-em-criancas-e-adolescentes-2019.pdf>. Acesso em 15/09/2019.

HOWLETT, Michel; RAMESH, M. *Come studiare le politiche pubbliche*. Bologna: Il Mulino, 1995.

INOJOSA, Rose. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. *Cadernos Fundap*, n. 22, 2001, p. 102-110.

JAEN-VARAS, Denisse; MARI, Jair; ASEVEDO, Elson; BORSCHMANN, Rohan; DINIZ, Elton; ZIEBOLD, Carolina; GADELHA, Ary. The association between adolescent suicide rates and socioeconomic indicators in Brazil: a 10-year retrospective ecological study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2019, p. 01-07. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/2019nahead/1516-4446-rbp-1516444620180223.pdf> Acesso em: 27 ago. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2006). *Prevenção do Suicídio*. Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_editoracao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf) Acesso em 01 set. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Cria o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Disponível em:



[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104\\_25\\_01\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html) Acesso em: 03 ago. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.271, de 6 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. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271\\_06\\_06\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html) Acesso em: 03 ago. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016. 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. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204\\_17\\_02\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html) Acesso em: 03 ago. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Setembro amarelo: Ministério da Saúde lança Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio. (2017) Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf> Acesso em: 30 ago. 2019.

NOGUEIRA, Ricardo. *Repercussões de projeto de implantação de rede intersetorial de prevenção do suicídio em municípios do Rio Grande do Sul*. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família). Curso de Pós-Graduação em Saúde da Família, Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://portal.estacio.br/media/3623/ricardo-de-campos-nogueira-disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf> Acesso em: 26 ago. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (OMS). *Prevenção do Suicídio: Manual para Professores e Educadores*, 1999. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66801/5/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.3\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66801/5/WHO_MNH_MBD_00.3_por.pdf) Acesso em 01 set. 2019.

PORTO ALEGRE. Lei n. 12.314, de 5 de outubro de 2017. Inclui o evento Setembro Amarelo – Mês de Prevenção ao Suicídio e de Valorização da Vida no Anexo II da Lei nº 10.903, de 31 de maio de 2010 – Calendário de Eventos de Porto Alegre e Calendário Mensal de Atividades de Porto Alegre –, e alterações posteriores, no mês de setembro. Porto Alegre: Câmara Municipal. [2017]. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/netahtml/sirel/atos/Lei%2012314> Acesso em: 20 ago. 2019.

PORTO ALEGRE (2016). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Documento Orientador para Equipes de Saúde Mental Adulto.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Nota Técnica nº 02/2017. Disponível em: [http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/legis/notas/internet/nota\\_tecnica\\_02\\_2017\\_\\_bal\\_eia\\_azul\\_\\_poa\\_rs.pdf](http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/legis/notas/internet/nota_tecnica_02_2017_bal_eia_azul__poa_rs.pdf) Acesso em: 19 jun. 2019.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde (2018-2021). Porto Alegre: Câmara Municipal. [2018]. Disponível em: [https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/plano\\_municipal\\_de\\_saude\\_-\\_pms\\_2018-2021\\_\(1\).pdf](https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/plano_municipal_de_saude_-_pms_2018-2021_(1).pdf) Acesso em: 19 jun. 2019.



SCHMIDT, João Pedro. Para estudar políticas públicas: aspectos conceituais, metodológicos e abordagens teóricas. *Revista do Direito*, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 56, p. 119-149, set/dez. 2018.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p.20-45, jul./dez. 2006.

RIO GRANDE DO SUL. Decreto nº 53.361, de 22 de dezembro de 2016. Institui Comitê de Promoção da Vida e de Prevenção do Suicídio. Disponível em: <http://www.al.rs.gov.br/filerepository/repLegis/arquivos/DEC%2053.361.pdf> Acesso em: 15 set. 2019.

SUBIRATS, Joan et al. *Análisis y gestión de políticas públicas*. Barcelona: Planeta, 2012.

WERLANG, Rosângela; MENDES, Jussara Maria Rosa. Sofrimento Social. **Serviço Social Soc.**, São Paulo, n. 116, p. 746-768, out/dez, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). *Plan de Acción sobre Salud Mental (2013-2020)*. (2012). Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/es/](http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/) Acesso em: 01 set. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). *Suicide infographic*. Disponível em: <http://www.who.int/topics/violence/es/> Acesso em: 01 set. 2019

ZAPPINO, Julia Picazo. *El suicidio actual*. Madrid: Editorial EOS, 2017.

Encaminhado em 30/09/19

Aprovado em 24/02/20