



Artigo

Políticas Públicas de Prevenção do Suicídio no Brasil: uma revisão sistemática

Public Policies for Suicide Prevention in Brazil: a systematic review

Políticas Públicas de Prevención del Suicidio en Brasil: una revisión sistemática

Marcos Fabrício Souza Machado¹, Cristiane Kerches da Silva Leite², Daniel Hideki Bando³.

¹ Filiação institucional. Graduado em Gestão de Políticas Públicas pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Correspondência: E-mail: marcos_fabricio_machado@hotmail.com

² Filiação institucional. Graduada em Economia pela Universidade de São Paulo, mestre e doutora em Ciência Política pela Universidade de São Paulo. Professora da graduação e pós-graduação em Gestão de Políticas Públicas da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil..

Correspondência: E-mail: criskerches@gmail.com

³ Filiação institucional. Possui bacharelado, licenciatura e mestrado em Geografia pela Universidade de São Paulo. Concluiu doutorado em Medicina pela Universidade de São Paulo. Pesquisador Colaborador do Grupo de Estudos em Epidemiologia Ambiental do Laboratório de Poluição Atmosférica Experimental da Faculdade de Medicina da USP. Atualmente é professor adjunto do Instituto de Ciências da Natureza da Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, Brasil.

Correspondência: E-mail: danhideki@gmail.com

Resumo

O presente trabalho reflete sobre a negligência histórica da prevenção do suicídio como objeto de políticas públicas no Brasil, a partir de elementos teóricos do processo de formação de agenda e formulação. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com especialistas (*da área da psicologia clínica e da gestão de políticas municipais de saúde*) e pesquisa de dados secundários (bibliografia especializada na área da Saúde Pública). Analisa-se neste trabalho as

dificuldades para que a questão da prevenção do suicídio seja valorizada como objeto organizador de um vetor de ação no campo da saúde, como tem potencial epidemiológico para ser. Argumenta-se que problemas como o tabu, a subnotificação, o atendimento, a abordagem da mídia, o acesso aos métodos, o abuso de substâncias químicas, entre outros, estão na raiz do processo da negligência do tema no sistema de saúde.

Palavras-chaves: Suicídio; Políticas Públicas; Saúde Pública; Formação de Agenda; Formulação de Políticas.

Abstract

This work reflects about the neglect of suicide prevention as an object of public policy in Brazil, from theoretical elements of the agenda process and formulation. Semi-structured interviews with experts in the field were carried out (*the area of clinical psychology and municipal health policy management*) and secondary data research (specialized bibliography in healthcare public). It is analyzed in this paper the difficulties that the issue of suicide prevention is valued as an organizer object of action vector in the health field, as has epidemiological potential to be. It is argued that problems like taboo, underreporting, the service, the media approach, access to methods, substance abuse, among others, are at the root of the issue of negligence in the health care process.

Keywords: Suicide; Public Policy; Public Health; Agenda Process; Policy Formulation.

Resumen

Este trabajo es una reflexión sobre la negligencia histórica de la prevención del suicidio como objeto de las políticas públicas en Brasil, a partir de elementos teóricos del proceso de formación de la agenda y formulación. Fueron hechas entrevistas semi-estructuradas con expertos en el área (el área de la psicología clínica y de gestión de la política municipal de salud) y la investigación de datos secundarios (bibliografía especializada en la asistencia sanitaria pública). Se analiza en este artículo las dificultades para que el tema de la prevención del suicidio sea valorado como un objeto organizador de un vector de la acción en el campo de la salud, ya que tiene el potencial para ser. Se argumenta que los problemas



como el tabú, la subnotificación, la asistencia, el enfoque de los medios de comunicación, el acceso a los métodos, el abuso de sustancias químicas, entre otros, están en la raíz del proceso de negligencia del tema en el sistema de salud.

Palabras Clave: Suicidio; Política Pública; Salud Pública; Formación de Agenda; Formulación de Políticas.

Introdução

As políticas públicas de prevenção do suicídio são muito pouco estudadas no Brasil no campo da Saúde Pública e das Políticas Públicas, a despeito de questões importantes que merecem reflexão e pesquisa, como a subnotificação dos eventos e os desafios recentes enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de implementação de programas baseados no paradigma de promoção de saúde (Hall 1993; Campbell 1998). São exemplos desses desafios o tabu em torno do tema, o atendimento negligenciado, a abordagem sensacionalista da mídia, o acesso aos métodos para cometer suicídio e o abuso de substâncias químicas.

De acordo com dados do sistema de informação de mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, em 2013 ocorreram 10533 mortes por suicídio no Brasil, mais de 29 mortes por dia, correspondente a uma taxa de 5,2 suicídios por 100 mil habitantes (Datasus, 2015). No Brasil as taxas podem ser consideradas baixas entre 1980 e 2000 (de 3 a 4 por 100.000 hab.), por exemplo. Todavia, ocorrem subnotificações e também números significativos de tentativas de suicídio (Bando e Barrozo, 2010; Bertolote, 2012). Por outro lado, verifica-se aumento constante do suicídio no mundo e também no Brasil, desde que se passou a coletar os dados pela OMS. Conforme ilustra o caso brasileiro, entre 1980 e 2006 a taxa no Brasil cresceu de 4,4 para 5,7 mortes por 100.000 habitantes, ou seja, 29,5% (Lovisi et al., 2009).

Embora seja necessário atentar-se para as disparidades regionais no que tange à incidência dos fenômenos do suicídio (por exemplo, a região Sul do Brasil com as taxas mais altas), o suicídio não deixa de se qualificar como um problema de Saúde Pública. Costa (2006) aponta que a definição de 'problema de Saúde Pública' é ampla, mas está relacionada a elementos como: anos potenciais de vida perdido, dor, desconforto, impacto na família, impacto na sociedade e potencial epidêmico, pontos esses que fazem governos e organismos internacionais colocarem o suicídio no patamar de problema de Saúde Pública.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma estrutura de política pública fundamental para se entender a 'origem'¹ do objeto 'prevenção ao suicídio' no horizonte de formulação de políticas de saúde no Brasil. Fruto essencialmente de movimentos sociais organizados, relacionados às comunidades epistêmicas e política sanitária (Paim et al. 2011) foi criado juridicamente com a Constituição de 1988 e, com a Lei Orgânica de 1990, tentou-se garantir o acesso universal à saúde. O SUS alavancou o crescimento dos cuidados à saúde, prevendo a universalidade em um momento em que a privatização do serviços de saúde era regra (Menicucci, 2007; Campos, 2007). A despeito de caráter híbrido de sistema de saúde no Brasil (Menicucci, 2007), o SUS avançou muito na direção de uma atenção abrangente,

¹ Segundo Kingdon (2006), conforme será abordado adiante, processos políticos que envolvem percepção, interpretação dos atores e a ocorrência de eventos imprevisíveis são analiticamente importantes para os tomadores de decisão governamentais conceberem um fenômeno social como um 'problema' que merece a atenção dos governos.

descentralizada, preventiva e participativa. Exemplos claros desses avanços são a cobertura universal da vacina e assistência pré-natal. No que tange à Reforma Psiquiátrica de 2001 houve reforço dos direitos de pessoas com transtornos mentais, a partir da qual foram criadas estruturas como os serviços ambulatoriais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviços de Residência Terapêutica (SRT) para os que vinham de internações mais longas (Paim et al. 2011). Mais recentemente há a discussão em torno do paradigma de promoção da saúde dentro do SUS. Buss (2000) cita a promoção da saúde e suas estratégias como elementos importantes para melhorias na qualidade de vida. A promoção da saúde está relacionada com valores, tais como: equidade, democracia e desenvolvimento, representando uma reação paradigmática à lógica de medicalização.

Além disso, vivemos no Brasil o dilema da tripla carga de agravos à saúde, considerando-se o quadro de morbimortalidade, temos então: uma agenda de doenças infecciosas ainda não concluída, as doenças crônicas e seus fatores de risco com a maior carga (obesidade e diabetes, por exemplo) impondo desafios significativos e o forte crescimento das causas externas (homicídio, acidentes de transporte e suicídio) (Schramm et al., 2004). Tudo isto aliado ao problema da crise dos sistemas de atenção que estão voltados para as condições agudas e não para as necessidades da população no momento (Mendes, 2010). Isto nos leva a enfrentar outros desafios por conta destas novas características, tanto no que se refere à demografia quanto à epidemiologia. O modelo precisa ser alterado de uma atenção centrada nas doenças agudas para um modelo voltado para doenças crônicas e agudas, por meio da intersectorialidade da saúde e maior integração de serviços (PAIM et al., 2011).

Diante desse quadro, o objetivo deste texto é refletir sobre elementos de formação de agenda e formulação de políticas de prevenção ao suicídio. Tendo como referência central a teoria de John Kingdon (2003), não se trata aqui de realizar uma análise estruturada de formação de agenda a partir deste marco teórico, mas de lançar mão de elementos analíticos que permitam refletir sobre o cenário atual das políticas de prevenção ao suicídio e projetar intervenções futuras.

1. Metodologia

Utiliza-se neste texto o método exploratório descritivo, que procura identificar e descrever elementos do processo de formação de agenda e formulação de políticas de prevenção do suicídio. Foram coletados dados primários (entrevistas semi-estruturadas com dois entrevistados - um político e um técnico) e secundários, abordados a partir de uma análise de conteúdo (Bardin, 2006).

Os procedimentos de análise de conteúdo possuem três fases: pré-análise, exploração do material e interpretação dos dados. A primeira fase refere-se à organização dos dados. Na segunda etapa os procedimentos são aplicados de forma mais detida e, por fim, na terceira e última fase os resultados obtidos serão interpretados para a elaboração

das conclusões do trabalho. Para a revisão sistemática foram consultados os portais: Scielo, Bireme, LILACS, Medline, PubMed, OMS, OPAS, Ministério da Saúde, portarias, livros e banco de teses da USP, Unicamp e Unesp. No caso das portarias, o período de busca compreendeu desde a criação do Sistema Único de Saúde em 1988 até o mês de janeiro de 2015. As palavras-chave utilizadas foram 'políticas públicas de prevenção do suicídio' e 'prevenção do suicídio', com a inclusão das respectivas *keywords* para língua inglesa. As categorias analíticas utilizadas para organizar a pesquisa de dados secundários foram: estudos sobre os fenômenos do suicídio em si e sobre políticas públicas de prevenção de suicídio.

As entrevistas foram fontes de dados fundamentais neste trabalho. A entrevistada Ana² possui experiência na área da Medicina, principalmente em relação à saúde mental e está inserida dentro da Secretaria de Saúde do município de São Paulo. A outra, Maria³, possui mestrado na área de prevenção do suicídio e é doutoranda e psicóloga. Ambas contribuem de maneira significativa para entendermos o debate da questão tanto dentro do meio político como da perspectiva da comunidade epistêmica. A entrevistada Ana, inserida no ambiente de gestão, lida com a questão no sistema de saúde de uma cidade grande, enfrentando os dilemas referentes às diversas demandas no setor público, como a tripla carga de agravos, e outros temas de atenção contínua. A entrevistada Maria tem expertise internacional e ativa participação no debate sobre prevenção de suicídio na comunidade científica. Nesse sentido, ambos os relatos foram trouxeram perspectivas distintas, mas complementares e importantes para a discussão das políticas públicas de prevenção do suicídio.

Por fim, buscou-se relacionar o referencial teórico com o material coletado, objetivando a construção de uma reflexão analítica estruturada pelo referencial teórico das políticas públicas sobre o tema da prevenção do suicídio no Brasil enquanto política pública de saúde.

2. Aspectos teóricos

Políticas públicas

² Foram usados pseudônimos para preservar a identidade das entrevistadas.

³ Idem.

Toda política setorial é uma política pública em primeira instância (Rodrigues, 2010). A autora enfatiza a necessidade de tratar diferentes problemas não de forma pontual, mas de forma multidisciplinar, abarcando a complexidade social nas decisões de políticas públicas. A abordagem teórico analítica que converge com esta visão é a proposta por Howlett, Ramesh & Perl (2013), segundo os quais elementos como atores políticos, ideias, crenças, interesses e instituições formam uma unidade analítica a partir da qual se pode compreender de forma abrangente os processos de construção de políticas públicas, nos marcos de sociedades capitalistas e democráticas. Em outras palavras, tais elementos representam a interação com o objetivo de determinar o conteúdo e o processo da política pública, os limites e influência dos esforços destes atores e as ideias que informam suas ações e seus discursos. Os autores que procuram articular ideias, atores e instituições, destacando o caráter interpretativo e subjetivo das políticas públicas são denominados pós-positivistas⁴.

Entende-se neste trabalho que a noção clássica de 'ciclo de políticas públicas' trata-se de uma decisão metodológica, "uma ferramenta heurística, descritiva (...). O processo é mais desorganizado, mais complexo, mais político e menos técnico e gerencial do que se pressupõe" (Marques, 2013). As possíveis interações entre ideias, atores e instituições perpassam as fases do ciclo para o entendimento das políticas.

Segundo a abordagem dos ciclos, o primeiro estágio seria o mais amplo, a formação da agenda, momento onde indivíduos ou grupos percebem o problema existente e discutem a intervenção governamental, tomando a definição do problema e mobilizando suporte para sua inclusão na agenda do governo (Ripley, 1995). É um estágio competitivo e decisivo na política pública, com embate de paradigmas, de interesses, processos de persuasão e de múltiplas interpretações sobre o problema. Na sequência, Ripley (1995) analisa a formulação e legitimação dos objetivos e programas, marcada pela elaboração de alternativas e a escolha de uma ratificação – coletando, analisando e disseminando informações – em um espaço no qual diferentes grupos defendem seus pontos de vista e procuram construir coalizões que deem suporte às suas ideias e da importância para a negociação e compromisso para a decisão ser alcançada. As duas etapas subsequentes, segundo a literatura, são a implementação e a avaliação, mas que não são objetos neste trabalho⁵.

Segundo Howlett, Ramesh & Perl (2013), na medida em que vários estudos têm demonstrado que atores, instituições e ideias têm papel significativo na definição dos

⁴ As teorias de cunho pós-positivistas fazem um contraponto com as "máximas ortodoxas da economia do bem-estar positivista" (Howlett, Ramesh & Perl 2013, p. 31), criticando a pretensão de objetividade analítica e a neutralidade política. Enfatiza-se a importância da subjetividade, da normatividade interpretativa e argumentação para a compreensão das políticas públicas e do processo de tomada de decisão. Valorizam-se também os fatores sociopolíticos contextuais e idiossincráticos dos casos na análise das políticas públicas (idem, p. 31). Os argumentos são a unidade básica de análise e o discurso, ou análise discursiva, a metodologia privilegiada (idem, p. 33).

⁵ Para uma ótima resenha das principais teorias de políticas públicas, abordando a complexidade e a polissemia dos conceitos e etapas, ver Marques (2013).

processos políticos, alguns atores, grupos e sistemas marcam tipicamente os casos mais contemporâneos. Os autores destacam: atores políticos domésticos (Políticos eleitos, o público, a burocracia, partidos políticos, grupos de interesse ou de pressão, *'think tanks'* e organizações de pesquisa, comunicação de massa, *'experts'* e consultores acadêmicos de políticas públicas) e atores políticos internacionais (Sistema internacional).

Ademais, com estas influências é possível perceber as nuances do processo político. Por exemplo, é notável na questão da prevenção do suicídio a intervenção da OMS (Organização Mundial de Saúde (OMS)). De acordo com os próprios autores, essas organizações, sendo *'repositórios'* significativos de expertise, interagem com os governos, em diferentes instâncias, e influenciam as políticas públicas de iniciativa governamental⁶.

É a partir deste pano de fundo que discutiremos elementos da agenda e formulação das políticas públicas de prevenção ao suicídio no Brasil.

Agenda de políticas públicas

Abordaremos nesta parte do trabalho a Teoria dos Fluxos Múltiplos de Kingdon (2003) em grande parte e, de forma mais sucinta, a Teoria do Equilíbrio Pontuado de Baumgartner & Jones (1993).

Segundo Kingdon (1984, apud Marques, 2013) o processo de formação de agenda é marcado de forma intensa por *'fluxos de interpretação dos atores, contingências inesperadas, debate e legitimação de ideias e o jogo de negociação e barganha nos sistemas políticos democráticos'*. A mudança política ocorre para Kingdon mediante a convergência de três fluxos: problemas; soluções e alternativas; e político. Na realidade, a mudança ocorre a partir da convergência dos fluxos, no aproveitamento de uma *'janela de oportunidade'*. Segundo Gomide (2008), o reconhecimento do problema, o processo político e o clima favorável para essa tomada de decisão irão abrir a *'janela de oportunidade'* para que a questão ascenda à agenda. Essas janelas de oportunidade podem se abrir de forma previsível ou imprevisível como, por exemplo, acontecimentos fortuitos, eventos institucionalizados como as eleições ou mudanças em arcabouços legislativos e administrativos.

Se contexto e acontecimentos imprevisíveis são importantes para alavancar a mudança na agenda, Kingdon (2006; 2003) também reserva um papel importante para atores políticos. Para a junção dos três fluxos a atuação dos empreendedores da política é fundamental. São encontrados em diversos locais e estão dispostos a investir seus recursos numa ideia ou projeto. Assim a questão terá acesso à agenda. O autor também classifica atores visíveis e invisíveis. Os visíveis são os atores que exercem influência na agenda

⁶ Há estudos sobre o papel de Organizações Multilaterais na difusão de políticas públicas. Para detalhes, ver: Mattos (2001); Leite e Peres (2013).

governamental e os atores invisíveis são as comunidades onde as ideias são geradas e postas em circulação. Presidentes, Ministros e legisladores são alguns exemplos de atores visíveis. Analistas de grupos de interesse, servidores públicos e acadêmicos são exemplos de atores invisíveis.

Se Kingdon está preocupado com a mudança nas políticas, Baumgartner & Jones priorizam a abordagem do caráter inercial das agendas. Na Teoria do equilíbrio pontuado (Baumgartner & Jones, 1993) procura-se tratar os motivos de determinadas questões ficarem restritas nas comunidades de especialistas e outras ascenderem à agenda de decisão. É salientado que o processo de política pública se caracteriza por períodos de equilíbrio e são pontuados por períodos de mudança. A mudança ocorre quando determinado tema vence o 'monopólio da política', ou seja, superou um 'status' de tratamento de um tema que era tratado dentro de limites pré-estabelecidos em comunidades técnicas ou grupos de poder. Para que essa questão seja superada é necessário romper esse monopólio com a construção de um novo entendimento sobre a questão ou uma nova imagem (*policy image*). Essa construção criaria um terreno favorável para sua difusão (*policy venue*). Sendo assim, aliando esses dois arcabouços analíticos alinhados com a corrente pós-positivista de teorias de políticas públicas, pode-se romper o equilíbrio e trazer novos atores e ideias para o debate da questão, elevando-a para a agenda de decisão (Gomide, 2008).

Formulação de políticas públicas

Howlett, Ramesh & Perl (2013) abordam a formulação da política pública como o processo de levantamento das opções sobre o que fazer com um problema público, ou seja, as alternativas para um curso de ação e seus instrumentos. Estas propostas podem ter surgido no próprio processo de definição da agenda e também há o reconhecimento das limitações do governo, tanto com relação às restrições técnicas quanto às políticas. Aqui são identificados o que é viável e o que é inviável.

Uma discussão importante no campo da formulação trata dos instrumentos políticos que serão utilizados pelos governos para implementar determinada política. Por exemplo: se um governo tem como objetivo diminuir o congestionamento de trânsito, podem ser considerados os caminhos de construção de malha viária, incremento do transporte público ou uma combinação de opções (Howlett, Ramesh & Perl, 2013).

Além dos instrumentos, as formas de articulação dos atores em redes é uma questão importante nesta perspectiva de análise. Massadier (2006) enfatiza que as políticas públicas são derivadas de relações sociais entre atores privados e públicos, atores múltiplos, que se bastam na formação de um 'tecido relacional'. Nelas os laços são estreitos entre os indivíduos; as regras de funcionamento não são formais, pois são decididas na ação; os espaços de inter-reconhecimento são fechados; os relacionamentos mantêm laços estáveis; não são restritas à separação público e privado e compartilham recursos e ideias. Há alguns tipos de redes destacado pelo autor: as redes de projeto, comunidades políticas e epistêmicas.

Redes de projeto são acionadas em torno de um objetivo preciso, onde os atores partilham o interesse em mobilizar e investir em um determinado projeto. As trocas são horizontais entre os diversos atores e sobre as razões para agir. Estas redes tornam-se mais flexíveis, pois não há grandes custos para entrar nelas. Assim como estão menos comprometidas com crenças e representações comuns, não há severidade para a entrada de atores nesta rede. As lógicas de ação dos atores são heterogêneas e partilham episodicamente de um objetivo, estabelecendo relações ao mesmo tempo versáteis e instáveis.

Comunidades políticas são as redes mais densas e fechadas, pois os membros partilham de um mesmo referencial cognitivo e o custo de entrada é muito mais elevado quando pensamos em investimento afetivo, temporal e de recursos. Os atores são obrigados a fazer esta troca para que seja inserido e mantido nesta rede. Dada a homogeneidade das redes, as relações serão mais estáveis e estreitas. O mais interessante é notar que essa rede não está preocupada com um problema específico, mas estão unidos em torno de uma política pública comum.

Comunidades epistêmicas são redes onde os membros partilham crenças, valores, técnicas, relações de causa e efeito e estratégias de empreendimentos políticos. Esta não é uma rede como as citadas anteriormente, pois ela reúne especialistas em determinado campo que partilham de ideias e crenças sobre determinado ponto. Estas são importantes quando pensamos internacionalmente, principalmente em situações de incerteza. Um exemplo claro é o tema deste trabalho, pois diante de um campo de incerteza para o governo brasileiro, como a prevenção do suicídio, busca-se apoio em respostas precisas e já solidificadas dentro destas comunidades epistêmicas⁷. No caso estamos falando da Organização Mundial da Saúde e seu programa '*Suicide Prevention*'.

1. Resultados

Suicídio, prevenção e experiências internacionais

Há estimativas de que, a cada ano, um milhão de pessoas morra por suicídio no mundo. Para cada suicídio podemos contabilizar um grande número de pessoas afetadas dependendo das sociedades retratadas, ou seja, em sociedades mais individualistas, o número de pessoas afetadas chega, no mínimo, a cinco ou seis. Já em sociedades menos individualistas estes números podem crescer muito mais. É necessário criar ambientes para que o suicídio seja menos praticado ou possível (De Leo, 2012).

Durkheim, em '*O Suicídio*' (1897), obra clássica no campo da Sociologia, mostra o fenômeno relacionado a uma faceta não apenas psicológico-individual do problema, mas

⁷ Para mais informações teóricas, ver Haas (1992).

como um fato social (Rodrigues, 2009). Durkheim definia o suicídio como todo caso de morte que seja resultado de ato consciente praticado pela vítima, diretamente ou indiretamente. Já a tentativa seria o ato interrompido antes que resultasse a morte (Nunes, 1998). Na teoria de Durkheim há quatro tipos de suicídio, sendo eles: o egoísta-altruísta e anômico-fatalista, baseados nos conceitos de integração social e regulação social, respectivamente. O suicídio egoísta é caracterizado pela baixa integração social, ou seja, religiões e famílias com laços de grupo forte são fatores protetores para evitar esse comportamento. No outro extremo está o suicídio altruísta, relacionado à elevada integração social. O anômico relaciona-se com a ausência de normas, ou relativamente baixa regulação social. No outro extremo está o suicídio fatalista, relacionado à elevada regulação social. O suicídio altruísta e o fatalista possuem taxas significativas também, mas, geralmente, não são aplicáveis às sociedades ocidentais modernas (Bando e Lester, 2014).

Os principais fatores de risco ao suicídio elencados por resultados da obra de Durkheim são: os protestantes estariam mais propensos ao suicídio, pois a igreja protestante é menos integrada que a igreja católica; em relação ao estado civil, os solteiros teriam maior tendência ao suicídio, pois a família seria um fator de imunidade das pessoas casadas; outros pontos se relacionam como o fato de o homem ser mais propenso ao suicídio porque a mulher está dentro de um regime mais tradicionalista (na época), não tendo necessidades intelectuais; ainda temos a riqueza que desperta no indivíduo o espírito de rebelião, situação de instabilidade que deixaria o indivíduo mais propenso ao suicídio (Bando e Barrozo, 2010).

Outros autores estudaram os conceitos básicos e os mecanismos causais envolvidos no suicídio. Marx, por exemplo, em 'Sobre o Suicídio' (1846), enfatiza problemas sociais como a miséria, desemprego e prostituição como causas do suicídio (Rodrigues, 2009). No campo da filosofia, Camus utiliza o Mito de Sísifo para tratar o tema na perspectiva do indivíduo.

Antes de analisar a prevenção especificamente, vale abordar o atual paradigma do suicídio, entendendo por este seu conceito básico e suas principais etapas. No suicídio há um processo que se inicia com a 'ideação suicida' (ideias sobre morrer e/ou sobre a morte). Logo depois, dependendo da intensidade, é possível a evolução para o 'plano suicida', ou seja, elaborar um plano para dar cabo à própria vida. Ainda é percebido o suicídio impulsivo, ou seja, que não houve planejamento. Assim, o final pode ser o próprio suicídio ou uma tentativa frustrada dele (Bertolote, 2012).

Meneghel *et al.* (2004) evidenciam que há um tabu em torno do suicídio, chegando a agravar o problema da sub-notificação. Existe um processo de reprovação social do ato do suicídio, que favorece a notificação de mortes de possíveis suicidas como outras causas. Desta forma, a prevenção pode ser retardada e/ou negligenciada.

Alguns fatores de risco do suicídio analisados na literatura seriam: características de personalidade (ex: impulsividade e agressão), isolamento social, condições econômicas, transtornos psiquiátricos, depressão, meios disponíveis para cometer suicídio, abuso de substâncias químicas, histórico de abuso, entre outros. (Who, 2012). Sobre fatores de proteção, Botega (2006) aponta alguns tópicos: bons vínculos afetivos, sentimento de

integração a um grupo ou comunidade, religiosidade, estar casado ou com companheiro fixo e ter filhos pequenos.

Quando falamos em prevenção, Gordon (2013) exemplifica a prevenção primária como praticada anteriormente à origem etiológica da doença, a secundária praticada depois do reconhecimento da doença e antes das causas do sofrimento e a terciária praticada depois da desestabilidade e sofrimento para evitar problemas futuros. Na linha de Gordon (2013), Mrazek e Haggerty (1994, apud Bertolote, 2012, p.88-89) propuseram três níveis de prevenção segundo grau de risco: 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 enfrentamento. 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. 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 indicada seria o contato diário com indivíduos que já tentaram o suicídio (Bertolote, 2012).

No que tange às experiências internacionais, Lester (1972) aborda os centros de prevenção nos EUA com disponibilidade para atendimento, via telefone, de pessoas com crise suicida. Uma das críticas está relacionada ao fato deste serviço ser estritamente passivo, que não procura o resgate do indivíduo em crise ou risco na comunidade, chegando à conclusão de que estes centros raramente previnem e estão mais relacionados à intervenção e posvenção.

Gunnel e Frankel (1994) analisaram estudos publicados entre 1975 e 1994. Neste artigo puderam mostrar que o grande potencial da prevenção do suicídio está na limitação de acesso aos métodos de suicídio. Crawford *et al.* (2007) seguem com a mesma crítica de Gunnel e Frankel, mas mostram que não houve probabilidade de redução do suicídio no tratamento psicossocial.

Tanto a OMS quanto um grupo de 15 países de todos os continentes reunidos na 'Suicide Prevention International', em 2004, confirmaram cinco pontos relevantes na prevenção do suicídio, tais pontos são: tratamento de transtornos mentais, restrição do acesso a métodos, abordagem adequada pelos meios de comunicação, programas adequados de educação e de informação em escolas, para o público em geral e para os trabalhadores do setor sanitário e social e a busca ativa e triagem sistemática de pessoas com alto risco de comportamentos suicidas (Bertolote, 2012).

Além destes temas, temos também outras ações relacionadas ou não que, de certa forma, têm alcançado sucesso por alguns lugares. Estellita-Lins (2012), por exemplo, mostra que os anglo-saxões valorizam há algum tempo a sensibilização e treino de '*gatekeepers*' para identificação do problema, encaminhamento para tratamento especializado e circulação

de informações. A autora mostra ainda o curso autorreplicante de treinamento em primeiros socorros mentais para leigos na Austrália, voltado para o suicídio.

Ainda temos um documento interessante desenvolvido por uma rede informal de pesquisadores do suicídio e psiquiatria na Nova Zelândia. Separaram as iniciativas de prevenção do suicídio por sua eficácia. A seguir mostramos as principais iniciativas de acordo com sua eficácia (Beautrais *et al.*, 2007): iniciativas com fortes evidências de eficácia, como treinamento para os médicos, restrição de métodos para suicídio, treinamento e educação de 'gatekeepers'; iniciativas com eficácia, mas não classificadas como fortes, como promoção de suporte após tentativas de suicídio, farmacoterapia para transtornos mentais e cobertura responsável da mídia; iniciativas para as quais não existem evidências de eficácia, mas que podem ser benéficas na prevenção do suicídio, uma destas é o apoio na comunidade; iniciativas para as quais existem evidências de efeitos prejudiciais estão relacionadas a programas escolares que se concentram muito em aumentar a conscientização sobre o suicídio, mensagens de Saúde Pública sobre suicídio e cobertura não responsável da mídia.

Depois deste quadro conceitual e de experiências internacionais, serão abordadas as políticas públicas de prevenção do suicídio, com ênfase no caso brasileiro.

Suicídio no Brasil e suas políticas públicas de prevenção

Antes de analisar as principais alternativas encontradas no Brasil sobre as políticas públicas de prevenção do suicídio, abordam-se alguns dados mais atualizados sobre o suicídio no Brasil.

Brzowski *et al.* (2010) analisam as tendências do suicídio por faixa etária e sexo no Brasil. Os dados mostram que para todas as idades e sexos as maiores taxas estão em São Paulo e Estados do Sul e Centro-Oeste. A descrição utilizada foi de crianças e adolescentes (até 19 anos de idade), adultos (20-59 anos) e idosos quando acima de 60 anos. No período estudado (1980 – 2005) observou-se aumento na tendência do suicídio em +1,41% por ano para homens e diminuição de -0,53% por ano para mulheres, em um intervalo de confiança de 95%. As taxas aumentam em ambos os sexos conforme a faixa etária, alcançando as maiores taxas em idosos do sexo masculino, 4 vezes maior do que em mulheres idosas. Na população jovem estas diferenças entre sexo são menores. Outro dado interessante é o crescimento das taxas nas regiões Norte e Nordeste, historicamente com mais dificuldades em termos de desenvolvimento social e econômico. Uma das hipóteses dos autores é a qualidade da informação que vem melhorando nestas regiões, ou seja, se há mais informação sobre o fenômeno do que antes, pode aparentar um crescimento alto nas taxas de suicídio nestas regiões. Sobre as mulheres terem uma tendência menor do que os homens, os autores mostram que taxas de suicídio menores estão associadas com baixas taxas de alcoolismo, religiosidade e flexibilidade no que tange as normas sociais e todas estas características são prevalentes em mulheres. Sem contar a letalidade dos métodos utilizados, como já foi abordado anteriormente.

Lovisi *et al.* (2012), analisando a epidemiologia no Brasil entre 1980 e 2006, observam outras características do suicídio, como as principais condicionantes ligadas ao baixo nível educacional e estado civil solteiro e tendo como métodos mais comuns o enforcamento, armas de fogo e envenenamento. Também aponta a subnotificação como um dos pontos mais críticos na questão. Além da população estudada, Oliveira e Neto (2003) ainda mostram um grupo mais específico de nossa população com aumentos significativos nas taxas de suicídio: os índios.

Estellita-Lins (2012) observa que o Brasil é o primeiro país da América Latina a ter conduzido uma proposta nacional para a prevenção do suicídio, desde 2005-2006. O que o autor observa são as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, Portaria no. 1.876 de agosto de 2006. Estas Diretrizes norteiam, desde 2006, quais deveriam ser os principais objetivos que estariam em uma política Nacional maior de prevenção do suicídio, ou seja, um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio. Pensando nestas Diretrizes, o Distrito Federal foi a primeira unidade da Federação a propor uma política de prevenção e a oficializou por meio da Portaria no. 185, de 12 de Setembro de 2012 (Brasil, 2012). Dentre os principais pontos temos a estruturação da rede de atendimento, incentivos à pesquisa e capacitação de profissionais.

Botega (2007) mostra que, embora sem um plano nacional, o Brasil já avançou, por exemplo, na elaboração do manual dirigido aos profissionais das Equipes de Saúde Mental. Este Manual tem recorte mais enfático quando pensamos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Baggio *et al.* (2009) destacam a escola (a partir de uma pesquisa com adolescentes escolares de um município da grande Porto Alegre, com idade entre 12 e 18 anos) como meio para que as principais estratégias de prevenção sejam adotadas, salientando o papel promocional e de proteção à saúde dos alunos, já que é neste ambiente que os padrões de relacionamento e comportamento podem ser reproduzidos. Abordam a escola como local privilegiado onde situações problemáticas podem ser identificadas. Foi identificado no estudo prevalência de 6,3% dos adolescentes com planejamento suicida, atentando para o fato de o comportamento desta porcentagem interferir no comportamento dos outros adolescentes. Ainda mostram que relações adversas na família, isolamento, agressões e sintomas depressivos são fatores relacionados à prevalência do planejamento suicida. Destaca-se também a importância dos professores para identificar estes problemas e trabalhá-los com os jovens.

Como já vimos em Bertolote (2012) e nos cinco principais pontos de ação na prevenção, a escola também ocupa papel de destaque pensando educação e informação. Todavia também deve ser observada a cautela nas ações para não se incorrer em erros como o mostrado em Beautrais *et al.* (2007), quando a orientação para conscientização sobre o suicídio na escola é muito ostensiva, podendo ser prejudicial e não benéfico.

Botega *et al.* (2009) realçam alguns dados no município de Campinas utilizando uma amostra de 515 indivíduos. Foi constatado que, praticamente, 20% da população residente apresentam ideação suicida ao longo da vida e de cada três casos de tentativas de suicídio

apenas um foi atendido em serviço médico. Salientam o dever de desvendar quais seriam então os principais fatores do comportamento suicida e agir com políticas de prevenção.

Conte *et al.* (2012) exibem um caso muito interessante no município de Candelária (RS). A Secretaria Municipal de Saúde e a Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural, aliadas a diversos parceiros, instituíram em 2009 o Programa de Promoção à Vida e Prevenção ao Suicídio (PPS), conhecido como 'Vida Sim'. Os pesquisadores agiram dentro de um espaço democrático procurando a não segregação e participação de todos. Elementos como organização do programa, linha de cuidado, relatos e ações em rede foram estudados. O programa foi pensado na necessidade de melhorar o atendimento a este grupo específico, chegando ao ponto de terem percebido que a gestão dos serviços de urgência não sabia lidar com o problema e que até mesmo nos boletins de ocorrência policiais as vítimas eram mais ouvidas do que no atendimento à saúde. Foi essencial para que este grupo buscasse a interdisciplinaridade no atendimento e organização na rede de atenção o fato de que 60% dos pacientes que consumaram o suicídio tinham comparecido à Unidade Básica de Saúde (UBS) sem identificação do problema. A criação do PPS possibilitou a capacitação dos profissionais da Rede e encaminhamento dos pacientes com priorização no atendimento.

Os passos para efetivar o PPS vão de organização do fluxo de trabalho a fim de diminuir restrição aos usuários, envolvimento das equipes ligadas ao programa e à saúde, capacitação de profissionais da saúde para atenção e identificação de risco e às diferenças entre ideação, plano e tentativa de suicídio, já que as pessoas que tentam o suicídio devem estar em grupos priorizados encaminhados para o CAPS. O programa trabalhou também com sobreviventes do suicídio, outro grupo importante para atuação. A educação também é permanente no programa, os CAPS trabalham com a proposta de 'portas abertas', supervisão contínua, ações intersetoriais e comunitárias (Conte *et al.* 2012).

Estellita-Lins (2012) indica alguns fatores interessantes relacionados ao suicídio e tratado como tabu em algumas cidades brasileiras. Pouco se sabe sobre os indicadores deste tipo de violência nos Sistemas de transporte sobre trilhos, principalmente em São Paulo. Em outras cidades europeias como Copenhagen e Paris, as portas de vidro impedem o acesso à linha para que o passageiro não tenha acesso até a chegada do trem. Condutores de trem também recebem tratamento especial caso ocorra uma violência como o suicídio. Em São Paulo estas portas também são utilizadas, em sua maioria, na linha amarela do metrô e, embora não tenham relação estrita com a proteção contra o suicídio, são importantes para a proteção indiretamente quando pensamos em restrição dos meios. Outras questões destacadas pelo autor são os serviços de emergência no Rio de Janeiro caracterizados pela precarização, desumanização e negligência na abordagem sobre suicídio, assim como a falta de treinamento para os profissionais lidarem com a questão. Há também o papel da mídia, que falha pela omissão no receio em abordar a questão ou pelo sensacionalismo de tabloides.

Todas essas questões são fundamentais para a análise dos casos bem sucedidos de prevenção que, na realidade, são marginais em um quadro em que há diretrizes nacionais, contudo sem um plano concreto de prevenção no sistema público de saúde. Até o momento

o Distrito Federal foi o único ente federativo a pensar diretrizes que vão nortear o debate sobre o suicídio.

Nas entrevistas realizadas (Maria, psicóloga e doutoranda na área e Ana, gestora da Secretaria de Saúde do município de São Paulo), foram citados alguns obstáculos à prevenção do suicídio. Maria citou com ênfase a questão do tabu e da necessidade de planos mais eficientes; Ana atentou-se ao caso da formação superior não dar devida atenção para a questão como um obstáculo significativo para a prevenção do suicídio. O debate em torno da formação dos *'gatekeepers'* e o aumento do uso de álcool e drogas também foram levantados pelas entrevistadas.

Maria afirmou que o tema pode deixar de ser tabu citando um exemplo claro do que era o tema da AIDS e do Câncer há anos. Essas denominações eram evitadas e atualmente são abordadas mais abertamente. Mesmo que ainda haja preconceito percebido com questões como a AIDS, já se vive atualmente uma fase de abertura maior para o debate da questão e resolução de problemas. Maria ainda acredita que no meio político os interesses pessoais podem ser mais fortes do que o interesse na resolução deste problema para a população. Segundo ela, ainda existe o problema da desinformação e do preconceito, mesmo na área da saúde. "As pessoas não sabem onde procurar ajuda e os profissionais da área da saúde deveriam ser os mais aptos a abordar o suicídio, mas ainda há grande preconceito, mesmo dentro de instituições hospitalares".

Ana, por sua vez, relata que a principal barreira na prevenção do suicídio é a formação profissional. Há um claro descasamento entre paradigma e desenho da política e o que se aprende no ensino superior sobre o fenômeno do suicídio. Segundo a entrevistada, faz-se necessário repensar as estruturas de ensino e currículos na área de saúde, pois "as Unidades Básicas de Saúde atendem esses problemas, mas os profissionais que lá estão não possuem a formação necessária para lidar com a questão".

Quando falado na tripla carga de agravos, ambas entrevistadas se complementam para uma atenção maior aos estudos territoriais, percebendo cada região como única e fortalecendo o sistema de saúde descentralizado via Unidades Básicas de Saúde como protagonista na prevenção do suicídio. De modo geral a tripla carga de agravos pode esconder o problema do suicídio, mas com estudos mais descentralizados os problemas de cada região podem ser entendidos de forma mais clara.

Em síntese, os pontos destacados pelas entrevistadas foram:

1) A conscientização pública sobre canais de ajuda e atendimento humanizado: "todos precisam saber onde procurar ajuda e que essa ajuda seja humanizada, respeitando cada pessoa em sua singularidade";

2) A descentralização com papel decisivo nas Unidades Básicas de Saúde: a descentralização do SUS e a ideia de uma política nacional mais ampla. "O plano nacional deve abranger e relacionar as UBS's, por isso o município deve se atentar a este ponto, pois se o projeto não chegar à UBS de nada adianta o esforço";

3) A formação e treinamento adequado dos profissionais na área de saúde, 'gatekeepers' e a manutenção do tabu: deficiências sérias de inclusão desta temática dentro dos cursos da área da saúde. Um fator importante salientado é que mesmo nos cursos de graduação em psicologia e nas práticas hospitalares o tabu pode ser mantido e o tema passa despercebido;

4) A necessidade de quebra do paradigma da especialização médica como o mais valorizado dentro da medicina: a especialização maciça não é central no debate. "Não é interessante, por exemplo, criar um ambulatório com especialistas se a prevenção não possui a devida atenção. A saúde vem da base, dos equipamentos substitutivos às antigas tônicas da saúde. A ousadia do modelo do SUS é um ponto positivo para que avancemos muito mais em questões como essa".

A Organização Mundial de Saúde (OMS) foi abordada pelas entrevistadas como representante e norteadora do debate, organização que incentiva a discussão do tema e propaga informações (exercendo papel de *'think tank'*), mas que não é uma 'ilha de sabedoria'. A OMS, como organização polarizadora de comunidades epistêmicas na área, fornece alternativas que, segundo as entrevistadas, não se contradizem com o modelo do plano nacional do SUS brasileiro, pois as diretrizes que apontamos não estão desconexas da realidade do nosso sistema. A ideia continua sendo descentralização e as Unidades Básicas de Saúde devem estar sempre envolvidas, sendo a porta de entrada dos cidadãos. A entrevistada Ana cita o caso finlandês como contraponto ao brasileiro, pois "o trabalho acontece mais localmente quando comparado ao nosso país e o tabu em torno do suicídio é menor, assim o diálogo sobre a questão é mais franco e sem preconceitos". A atenção básica e local via agentes comunitários poderia ganhar mais força desta forma. Temas como a restrição de acesso aos métodos, por exemplo, devem ser analisados de acordo com cada região, em uma descentralização mais forte para entender cada passo que o sistema poderá dar por meio das Unidades Básicas de Saúde.

Considerações finais

Este trabalho procurou discutir, em síntese, que a prevenção do suicídio ainda é negligenciada no SUS. É interessante notar que elementos que explicam mudanças nas políticas públicas, como ideias viáveis e "motores" interpretativos (crises, indicadores, avaliação governamental, etc.) estão presentes no quadro atual da formulação de políticas públicas de prevenção de suicídio, mas faltam alguns elementos políticos para a ascensão do tema à agenda de decisão. A existência de uma comunidade epistêmica de especialistas na OMS ofertando ideias inovadoras sobre o tema é um dado positivo. Indicadores e crises envolvendo a questão, por exemplo, estão presentes para sinalizar que o tema merece atenção para ser objeto de políticas públicas especialmente nas ações dos serviços descentralizados de prerrogativa dos entes federativos. O fluxo político, o motor da mudança, e a inexistência de empreendedores políticos (conforme Kingdon, 2003) podem ser indicadores mais problemáticos, pois questões como o tabu, por exemplo, não são favoráveis ao clima ou 'humor' nacional para a questão ganhar força, nem os governos

estão interessados em discutir a prevenção do suicídio. A imagem atual (Baumgartner & Jones 1993) envolta em tabus do objeto "suicídio" dificultaria a sua própria constituição enquanto eixo de políticas públicas de saúde.

O suicídio é um tema de grande importância na agenda das políticas de saúde, mas que mobiliza poucos e frágeis interesses em torno da perspectiva da prevenção, não sendo objeto valorizado enquanto organizador de um vetor de ação no campo da saúde, como tem potencial para ser. Neste caso, o elemento "grupo de pressão" proposto por Kingdon (2003) como uma das molas propulsoras das mudanças nas agendas governamentais seria praticamente inepto. Enfim, a conjunção dos três fluxos que abordamos anteriormente (fluxo de problemas, fluxo de soluções e fluxo político) não seria, portanto, efetivado devido à fraqueza ou inépcia do fluxo político.

Os obstáculos à mudança da agenda da prevenção ao suicídio que criam um contexto de "perverso" monopólio político (Baumgartner & Jones 1993) podem ser, então, resumidos: a falta de formação e treinamento qualificado para o atendimento de pessoas que pensam ou tentaram praticar este ato, o tabu em torno da questão, a falta de interesse político, as subnotificações, o abuso de substâncias químicas, a falta de planos para a resolução destes problemas, entre outros pontos.

No campo das ideias e da circulação de especialistas sobre o tema, há incentivos e alternativas de pesquisadores nacionais, organizações internacionais, projetos nacionais dentro da lógica do SUS, diretrizes nacionais e diretrizes em Estados, estudos que apontam caminhos interessantes para a abordagem da questão, mesmo pontualmente. O caso estudado no município de Candelária (RS) é significativo, pois evidencia, partindo de um nível descentralizado, a eficácia de um programa de prevenção do suicídio quando temos um atendimento disponível ao diálogo e com treinamento adequado. As Organizações Internacionais muitas vezes não possuem conhecimento da realidade local e a incorporação da 'expertise' destes órgãos em nosso país deve estar acompanhada de estudos locais e prioridade ao nosso sistema descentralizado de saúde.

Portanto, a prevenção do suicídio, mesmo com a verificação de maior incidência do ato (a despeito das subnotificações), ainda caminha de forma lenta. Os problemas são diversos e há pesquisas e alternativas para o enfrentamento da questão, inclusive diretrizes nacionais para o debate. A questão já foi discutida por alguns entes federativos, originando até mesmo projetos e planos. Alguns municípios e estados são exemplos disso, como o caso estudado da Candelária ou de Brasília. Todas estas práticas e esforços, incluindo o resultado do presente trabalho, aliadas a um interesse nacional recente e cada vez maior, representam um grande avanço na discussão e reflexão sobre as políticas públicas de prevenção do suicídio no Brasil, a despeito da inegável negligência histórica do tema no SUS.

Referências Bibliográficas

- Ana. *Entrevista II*. [out. 2014]. Entrevistador: Marcos Fabrício Souza Machado. São Paulo: USP, 2014. Arquivo .mp3 (20min.).
- Baggio, Lissandra., Palazzo, Lilian S., & Aerts, Denise R. G. de C. (2009). Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1.
- Bando, Daniel H., & Barrozo, Ligia V. (2010). *O suicídio na cidade de São Paulo: uma análise sob a perspectiva da Geografia da Saúde*. São Paulo: Humanitas - FAPESP.
- Bando, Daniel H., & Lester, David. (2014). An ecological study on suicide and homicide in Brazil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401179&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mai. 2014.

- Bardin, Laurence.(2006). *Análise de conteúdo* (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70.
- Baumgartner, Frank R. & Jones, Bryan D. (1993). *Agendas and instability in American politics*. Chicago, University of Chicago Press.
- Beautrais, Annette., Fergusson, David., Coggan, Carolyn., Collings, Catherine., Doughty, Carolyn., Ellis, Pete., Hatcher, Simon., Horwood, John., Merry, Sally., Mulder, Roger., Poulton, Richie & Surgenor, Lois. (2007). Effective strategies for suicide prevention in New Zealand: a review of the evidence. *The New Zealand Medical Journal*, 120(1251).
- Bertolote, José M. (2012). *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo: Editora Unesp.
- Botega, Neury J.(2007). Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 29, n. 1.
- Botega, Neury J., Werlang, Blanca S. G., Cais, Carlos F. da S. & Macedo, Mônica M. K. (2006). Prevenção do Comportamento Suicida. *Revista Psico*. Porto Alegre, V.37, n.3, p.213-220.
- Botega, Neury J., Marín-León, Leticia., Oliveira, Helenice B. de., Barros, Marilisa B. de A., Silva, Viviane F. da. & Dalgalarrodo, Paulo.(2009). Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12.
- Brzozowski, Fabíola S., Soares, Giovana B., Benedet, Jucemar., Boing, Antônio F. & Peres, Marco A.(2010). Suicide time trends in Brazil from 1980 to 2005. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000700008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov. 2014.
- Buss, Paulo M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1.
- Campbell, John L.(1998). Institutional analysis and the role of ideas in political economy. *Theory and society*, v. 27, n. 3, p. 377-409.
- Campos, Gastão W. S. (2007). O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, supl.
- Camus, Albert. (2008). *O Mito de Sísifo*. Ari Roitman e Paulina Watch (Trad). 2ed. Rio de Janeiro: Record.
- Conte, Marta., Meneghel, Stela N., Trindade, Aline G., Ceccon, Roger F., Hesler, Lilian Z., Cruz, Claudia W., Soares, Regina., Pereira, Sanderlei., & Jesus, Irani. (2012). Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n. 8.

- Costa, Juvenal S. D. da., & Victora, Cesar G.(2006). O que é "um problema de saúde pública"? *Rev. bras. epidemiologia*, São Paulo , v. 9, n. 1. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 jul. 2014.
- Crawford Mike J., Thomas, Olivia., Khan Nustrar., & Kulinskaya Elena. (2007). Psychosocial interventions following self-harm: Systematic review of their efficacy in preventing suicide. *The British Journal of Psychiatry*. p. 11-17.
- Datasus. (2015). *Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde*. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.
- De Leo, Diego. (2012). Prefácio. IN: Bertolote, José M. *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo: Editora Unesp.
- Estellita-Lins, Carlos (org.).(2012). *Trocando seis por meia dúzia: Suicídio como Emergência do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: FAPERJ.
- Gomide, Alexandre A. (2008). *Agenda governamental e o processo de políticas públicas: o Projeto de Lei de Diretrizes da Política Nacional de Mobilidade Urbana*. Brasília: Ipea. (Texto para Discussão, n. 1334).
- Gordon, RS jr. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98, 107-109. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424415/>>. Acesso em: 20 abr. 2014.
- Gunnell, David., & Frankel, Stephen. (1994). *Prevention of suicide: Aspirations and evidence*. *BMJ*, 308, p. 1227-1233.
- Hall, Peter. (1993). Policy Paradigms, Social Learning and the State: The Case of Economic Policymaking in Britain. *Comparative Politics*, Vol. 25, no 3, p. 275-296.
- Haas, Peter M. (1992). Introduction: epistemic communities and international policy coordination. *International Organization*, vol. 46, no 1, Knowledge, Power and International Policy Coordination, Winter, p. 1-35.
- Howlett, Michael., Ramesh, M., & Perl, Anthony. (2013). *Política Pública: Seus ciclos e subsistemas (uma abordagem integradora)*, Tradução da 3ed, Rio de Janeiro: Elsevier.
- Kingdon, John. (2006). Como chega a hora de uma idéia? e Juntando as coisas. In: Saravia, Enrique; Ferrarezi, Elisabete. *Políticas Públicas – Coletânea*. Vol. 1. Brasília: ENAP (Escola Nacional de Administração Pública), p. 219-245.
- Kingdon, John. (2013). *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. 3ed. New York: Harper Collins.
- Lester, David.(1972). The myth of suicide prevention. *Comprehensive psychiatry*. 13, p.555-560.

- Leite, Cristiane K. S., & Peres, Ursula D. (2013). Origem e disseminação do Programa Bolsa Família: aproximações analíticas com o caso mexicano. *Revista do Serviço Público*, vol. 64, no 3.
- Lovisi, Giovanni M., Santos, Simone A., Legay, Letícia., Abelha, Lúcia., & Valencia, Elie.(2009). Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Rev. Bras. Psiquiatr.*(Supl II):S86-93.
- Maria. *Entrevista I*. [out. 2014]. Entrevistador: Marcos Fabrício Souza Machado. São Paulo: USP, 2014. Arquivo .mp3 (29min.).
- Marques, Eduardo. (2013). As políticas públicas na ciência política. Em Marques, Eduardo., Faria, Carlos A. P. (org.). *A política pública como campo multidisciplinar*. São Paulo, Editora Unesp.
- Massadier, Gilles. (2006). Redes de Política Pública. Em Saravia, Enrique., & Ferrarezi, Elizabete. *Políticas Públicas – Coletânea*, volume 2. Brasília, ENAP.
- Mattos, Ruben A. (2001). As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6 (2): 377-389.
- Mendes, Eugênio V.(2010). As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n.5. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 out. 2014.
- Menicucci, Telma M. G. (2007). *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- 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.
- Ministério da Saúde. 14 de agosto de 2006. *Portaria No 1.876*. Institui Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão
- Mrazek, Patricia J., & Haggerty, Robert J. (eds). (1994). Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research. *Committee on Prevention of Mental Disorders*. Washington, D.C.: Institute of Medicine.
- Nunes, Everaldo D. (1998). O Suicídio: reavaliando um clássico da literatura sociológica do século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1.
- Oliveira, Cleane S. de.; & Neto, Francisco L. (2003). Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. *Rev. psiquiatr. clín.*, vol.30, no.1, p.4-10

- Organização Mundial Da Saúde – OMS. (2000). Prevenção do Suicídio: Um manual para profissionais da mídia. Genebra. *World Health Organization*.
- Paim, Jaimilson., Travassos, Cláudia., Almeida, Célia., Bahia, Ligia., & Macinko, James. (2011). O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios'. *The Lancet Série Saúde no Brasil*, p.11-31.
- Ripley, Randall B. (1985). Stages of the policy process. In: in Daniel C. McCool (1995). *Public Policy Theories, Models, and Concepts: an anthology*. Prentice Hall
- Rodrigues, Marta M. A. (2010). *Folha Explica: Políticas Públicas*. 1ed. São Paulo. Publifolha.
- Rodrigues, Marta M. A. (2009). Suicídio e sociedade: um estudo comparativo de Durkheim e Marx. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam*, São Paulo, v.12, n.4,. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142009000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 mai. 2014.
- Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. 12 de Setembro de 2012. *Portaria No 185*. Institui as normas para atenção às emergências em Saúde Mental no Âmbito do SUS-DF.
- Schramm, Joyce M. de A., Oliveira, Andreia F. de., Leite, Iúri da C., Valente, Joaquim G., Gadelha, Ângela M. J., Portela, Margareth C. & Campos, Mônica R. (2004). Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n.4. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 de out. 2014.
- Silva, Antônio O. da. (2012). Karl Marx: Sobre o Suicídio. *Revista Espaço Acadêmico*. Maringá, n. 132.
- World Health Organization (Who). *Public health action for the prevention of suicide*. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/publications/prevention_suicide_2012/en/>. Acesso em: 21 mai. 2014.

Recebido em 28/07/2014
Aceito 28/10/2014