UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS
MESTRADO PROFISSIONAL EM PLANEJAMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS

CLÁUDIO ROBERTO MENDES DE SOUZA

POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO E À AUTOMUTILAÇÃO NO BRASIL: ANÁLISE COMPARATIVA

FORTALEZA - CEARÁ
2024

CLÁUDIO ROBERTO MENDES DE SOUZA

POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO E À AUTOMUTILAÇÃO NO BRASIL: ANÁLISE COMPARATIVA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Planejamento e Políticas Públicas. Área de concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Orientadora: Profa. Dra. Marinina Gruska Benevides.

FORTALEZA - CEARÁ

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo SidUECE, mediante os dados fornecidos pelo(a)

Souza, Claudio Roberto Mendes de.
Políticas públicas de prevenção ao suicídio e à automutilação no Brasil: análise comparativa [recurso eletrônico] / Claudio Roberto Mendes de Souza. - 2024.
143 f. : il.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Curso de Mestrado Profissional Em Planejamento E Políticas Públicas, Fortaleza, 2024.
Orientação: Prof.ª Dra. Marinina Gruska Benevides.
1. Análise comparativa. 2. políticas públicas. 3. prevenção ao suicídio e à automutilação. 4. componentes de políticas públicas. I. Título.

CLÁUDIO ROBERTO MENDES DE SOUZA

POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO E À AUTOMUTILAÇÃO NO BRASIL: ANÁLISE COMPARATIVA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Planejamento e Políticas Públicas. Área de concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Aprovada em: 06 de novembro de 2024.

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof.Dra. Marinina Gruska Benevides (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará – UECE

_____

Profa. Dra. Neiara de Morais Bezerra
Universidade Estadual do Ceará – UECE

_____

Profa. Dra. Daniele Gruska Benevides Prata
Hospital Universitário Walter Cantídio – HUW/UFC

Dedico àqueles que deram apoio incondicional em todos os momentos da minha vida - meu pai: Raimundo Nonato; minha mãe: Maria Gorete Pereira Mendes, *in memoriam*; minha esposa, Milena Mascarenhas Ximenes de Souza.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus.

Sou grato aos meus componentes familiares que sempre me apoiaram em diversos momentos da minha vida, sobretudo, ao tio Antônio José de Sousa; à tia Ângela Maria Barros de Sousa e ao tio Antônio Augusto de Sousa.

Um grande agradecimento a todos os professores que passaram pela minha vida educacional, compartilhando seus conhecimentos para minha formação, além de todos os colegas e amigos que fizeram parte desta carreira.

Também menciono aqui meus colegas de trabalho e chefes do Ministério Público do Estado do Ceará, sobretudo aos que já estiveram ou estão hoje na Corregedoria-Geral do *parquet* alencarino com ajuda direta ou indiretamente na realização deste trabalho, além da própria instituição, em si, com o apoio conferido a mim durante a realização do mestrado.

Sou reconhecido aos professores e colegas, bem como aos funcionários da secretaria do Curso de Mestrado, respectivamente, pelo conhecimento repassado, ajuda em diversos momentos e bons préstimos no serviço realizado.

Menciono, também, as professoras integrantes de minha banca de qualificação, com as sábias palavras de condução para a melhoria desta pesquisa, sem as quais não teria sido possível a concretização desta árdua tarefa, além do agradecimento por terem participado da banca examinadora deste trabalho.

Dirijo gratulações por toda a atenção, a paciência e o tempo da Prof.ª Dra. Marinina Gruska Benevides no mister preciso da minha orientação.

“Só existe um problema filosófico realmente sério: é o suicídio. Julgar se a vida vale ou não vale a pena ser vivida é responder à questão fundamental da filosofia”. (Albert Camus)

RESUMO

O suicídio e suas vertentes, apesar de serem complexos e multifacetados em suas causas, são passíveis de evitação. Assim, destaca-se a necessidade de criação e implementação de políticas públicas dirigidas a prevenção destes problemas sociais, por parte do Estado. Os administradores públicos e os elaboradores de políticas públicas devem buscar formas de reduzir estes problemas públicos por meio de ações estatais abrangentes e estruturadas. Os mesmos profissionais também devem analisar iniciativas públicas desde o seu nascedouro até a sua possível extinção. O emprego de meios analíticos, como indicadores, e o ciclo de políticas públicas, exprimem-se essenciais para o planejamento e avaliação dessas iniciativas, além de novas técnicas, sobretudo no estudo dos elementos ou componentes que conformam a política pública. A pesquisa ora sob relatório se propõe analisar, de modo comparativo, as Políticas Públicas de Prevenção ao Suicídio e Automutilação (PPPSAs) brasileiras, com base em suas abordagens. A pesquisa parte da premissa de que os Estados que receberam apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde (MS) possam ter elaborado políticas mais estruturadas e abrangentes, conforme OMS (2018), assim, podendo servir como padrão para a presente análise. Foi utilizada uma escala de 0 a 11, onde foram utilizados os componentes orientados pela OMS (2018) em que o referido órgão diz que as PPPSAs devem ter para conseguirem o sucesso esperado e sustentáveis no longo prazo. Assim, a política pública dos Estados que perceberam apoio do MS e obtiveram o maior escore no número de elementos foi considerada como "padrão". Essas políticas foram comparadas ao programa cearense Vidas Preservadas, pois é uma política que pertence ao Ceará – Estado não amparado com recursos do MS - com vistas a identificar similaridades, diferenças e estratégias entre elas. A relevância da pesquisa se justifica em três dimensões: prática, acadêmica e pessoal. A experimentação conclui, mostrando os resultados alcançados e com reflexões sobre os desafios das PPPSAs no Brasil e sugestões para a melhoria dessas políticas públicas.

Palavras-chave: Análise comparativa; políticas públicas; prevenção ao suicídio e à automutilação; componentes de políticas públicas.

ABSTRACT

Suicide and its causes, despite being complex and multifaceted, are preventable. Thus, the need for the State to create and implement public policies aimed at preventing these social problems is highlighted. Public administrators and policy makers must seek ways to reduce these public problems through comprehensive and structured state actions. These same professionals must also analyze public initiatives from their inception to their possible extinction. The use of analytical means, such as indicators, and the public policy cycle are essential for the planning and evaluation of these initiatives, in addition to new techniques, especially in the study of the elements or components that make up public policy. The research under report proposes to analyze, in a comparative manner, the Brazilian Public Policies for the Prevention of Suicide and Self-harm (PPPSAs), based on their approaches. The research is based on the premise that the states that received technical and financial support from the Ministry of Health (MH) may have developed more structured and comprehensive policies, according to the WHO (2018), and thus can serve as a standard for the present analysis. A scale from 0 to 11 was used, using the components guided by the WHO (2018) in which the aforementioned agency says that PPPSAs must have in order to achieve the expected success and sustainability in the long term. Thus, the public policy of the states that received support from the MH and obtained the highest score in the number of elements was considered as "standard". These policies were compared to the Ceará Vidas Preservadas program, as it is a policy that belongs to Ceará - a state not supported by MH resources - in order to identify similarities, differences and strategies between them. The relevance of the research is justified in three dimensions: practical, academic and personal. The experiment concludes by showing the results achieved and with reflections on the challenges of PPPSAs in Brazil and suggestions for improving these public policies.

Keywords: Comparative analysis; public policies; suicide and self-harm prevention; public policy components.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Evolução das taxas de mortalidade por suicídio, ajustadas por idade, segundo região. Brasil, 2010 a 2019..... 50

Gráfico 2 - Evolução das taxas de mortalidade por suicídio, ajustadas por idade, segundo sexo. Brasil, 2010 a 2019..... 51

Gráfico 3 - Evolução das taxas de mortalidade por suicídio, segundo faixa etária. Brasil, 2010 a 2019..... 52

Gráfico 4 - Taxas de mortalidade por suicídio, ajustadas por idade, segundo UF. Brasil, 2019..... 53

Gráfico 5 - Número de óbitos e taxa bruta de mortalidade (por 100 mil habitantes) por suicídio, Ceará, 2010 a 2021* (N=7.100) 55

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Políticas públicas de prevenção do suicídio e da automutilação do Estado do Amazonas 91

Quadro 2 - Políticas públicas de prevenção do suicídio e da automutilação do Estado de Roraima 93

Quadro 3 - Políticas públicas de prevenção do suicídio e da automutilação do Estado do Piauí 94

Quadro 4 - Políticas públicas de prevenção do suicídio e da automutilação do Estado do Mato Grosso do Sul 95

Quadro 5 - Políticas públicas de prevenção do suicídio e da automutilação do Estado de Santa Catarina 96

Quadro 6 - Políticas públicas de prevenção do suicídio e da automutilação do Estado do Rio Grande do Sul 97

Quadro 7 - Políticas públicas de prevenção do suicídio e da automutilação do Estado do Ceará 98

Quadro 8 - Análise dos componentes da Lei nº 5.619 de 24/09/2021 (Plano Estadual de Combate ao Suicídio) 101

Quadro 9 - Análise dos componentes do Plano de Ação para Prevenção do Suicídio no Estado do Piauí de 2017 104

Quadro 10 - Análise dos componentes da Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, homologada pela Resolução CES/RS nº 07/2019..... 108

Quadro 11 - Análise dos componentes da Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (2022-2025) 112

Quadro 12 - Número de componentes nas políticas de prevenção do suicídio e da automutilação 120

Quadro 13 - Análise dos componentes do Programa Vidas Preservadas 122

Quadro 14 - Resumo analítico das abordagens entre as políticas-padrão e o Programa Vidas Preservadas 129

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAOCIDADANIA	Centro de Apoio Operacional da Cidadania
CAOEDUC	Centro de Apoio Operacional da Educação
CAOMACE	Centro de Apoio Operacional de Proteção à Ecologia, Meio Ambiente, Urbanismo, Paisagismo e Defesa do Patrimônio Histórico, Artístico e Cultural
CAOPIJE	Centro de Apoio Operacional da Infância, Juventude e Educação
CAOCRIM	Centro de Apoio Operacional Criminal, Controle Externo da Atividade Policial e Segurança Pública
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEAF	Centro de Estudos e Aperfeiçoamento Funcional
CEATOX	Centro de Assistência Toxicológica de Fortaleza
CES/RS	Comitê Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul
CEPVPS	Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio
CID 11	Código Internacional de Doenças para Estatísticas de Mortalidade e Morbidade, em sua 11ª Versão
CLAVES/ENSP	Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CVV	Centro de Valorização da Vida
DAPES/SAS/MS	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
DAB/SAS/MS	Departamento de Atenção Básica - Ministério da Saúde
DAHU/SAS/MS	Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência= Min. Saúde
DAVTPS/SVS/MS	Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – Min. Da Saúde
DML	Departamento Médico Legal
DSAST/SVS/MS	Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador- Min. Saúde
DUVAS	Diretoria de Unidade de Vigilância e Atenção à Saúde
ESMP	Escola Superior do Ministério Público
FAPEPI	Fundação de Amparo à Pesquisa do Piauí

FNS	Fundo Nacional de Saúde
GASM	Gerência de Atenção à Saúde Mental
HIV/AIDS	Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
LAPS/ENSP	Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial
LGBT	Lésbias, Gays, Bissexuais e Transgêneros
LOA	Lei Orçamentária Anual
MS	Ministério da Saúde
NIS/DAPPS	Núcleo de Informações em Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PLOA	Projeto de Lei Orçamentária Anual
PPPSA(s)	Política(s) Pública(s) de Prevenção ao Suicídio e à Automutilação
PPPSA(s)P	Política(s) Pública(s) de Prevenção ao Suicídio e à Automutilação Padrão
RAPS	Redes de Atenção Psicossocial
SAIPS	Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde
SES/RS	Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul
SESAPI	Secretaria de Estado da Saúde do Piauí
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SRS	Superintendências Regionais de Saúde
SVS/MS	Secretaria de Vigilância em Saúde
VAPs	Violências Autoprovocadas

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	15
2	**SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS**	22
2.1	**Conceitos e Definições**	23
2.2	**Tipos Políticas Públicas**	25
2.3	**Análise de políticas públicas**	30
2.3.1	Abordagem do estudo da estrutura lógica do desenho da política pública	31
2.3.2	Elementos ou componentes de uma política pública	34
3	**O PROBLEMA DO SUICÍDIO E DAS LESÕES AUTPROVOCADAS NO MUNDO, NO BRASIL E NO CEARÁ**	38
3.1	**Histórico sobre o estudo do suicídio dentro das ciências sociais**	40
3.2	**Dados sobre o suicídio e a automutilação no Mundo e no Brasil**	48
3.3	**O suicídio e as lesões autoprovocadas no Ceará**	54
3.3.1	As lesões autoprovocadas no Ceará	57
3.4	**Os agentes de risco para o comportamento suicida**	59
3.5	**As medidas de intervenção ou prevenção ao suicídio e à automutilação**	62
3.6	**As Estratégias Nacionais de Prevenção ao Suicídio – OMS**	65
3.7	**Histórico de políticas públicas federais direcionadas ao suicídio**	68
3.7.1	Portaria nº 2.542, de 2005	69
3.7.2	Portaria nº 1.876/2006	69
3.7.3	Portaria nº 1.271/2014	71
3.7.4	Portaria nº 3.479/2017	72
3.7.5	Portaria nº 3.491/2017	73
3.7.6	Lei nº 13.819, Lei nº 13.968 e o Decreto nº 10.225	75
3.8	**O Programa *Vidas Preservadas***	76
4	**INDICAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA**	81
4.1	**A epistemologia**	82
4.2	**Pesquisa e metodologia**	82
4.3	**Métodos e técnicas**	86
4.4	**Método de coleta de dados da pesquisa**	88
5	**COLETA E ANÁLISE DE DADOS E RESULTADOS**	91
5.1	**A coleta de dados**	91

5.2 Coleta do *corpus* para análise..... 99
5.3 Em demanda das políticas públicas de prevenção ao suicídio e à automutilação-padrão (PPPSAsP)..... 100
5.4 Análise comparativa entre as políticas públicas de prevenção ao suicídio e à automutilação-padrão e o Programa *Vidas Preservadas*..... 125
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 132
REFERÊNCIAS..... 136

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 700 mil pessoas tiram as próprias vidas anualmente em todo o mundo. É o equivalente a 1% de todas as mortes globais. Em uma conta simples, observa-se que a cada 45 segundos, em média, uma pessoa comete suicídio no mundo. Outro fato a merecer destaque é que este fenômeno ou problema social é uma das maiores causas que retiram a vida de muitos jovens de 15 a 29 anos.

Apesar do tabu e do estigma que existem em torno deste fenômeno e de seus problemas correlacionados, como as automutilações, todos eles são preveníveis ou passíveis de ser objeto de algum tipo de intervenção, a fim de reduzir número de casos. Algumas dessas prevenções ou intervenções são medidas simples como afastar os meios possíveis de cometimento destes atos das pessoas com tal comportamento, como retirar pesticidas, cordas, medicamentos, armas brancas ou de fogo, dentre outros, nos casos individuais.

Existem, entretanto, os casos em que se faz necessária a ação direta do poder público no sentido de positivar essas medidas, e não só isso, mas implementá-las de maneira efetiva e duradoura, como garantir a assistência psicossocial às pessoas afetadas direta ou indiretamente pelo suicídio, visto que o poder estatal tem maior abrangência perante a sociedade.

Nestas circunstâncias, é preciso planejar a criação de políticas públicas para que estas venham a ter possivelmente uma boa implementação. E um gestor público não há que desperdiçar recursos com ações públicas mal procedidas, sem embasamento em estudos e pesquisas, visto que os insumos são limitados e custosos aos cofres públicos.

A gestão pública, sobretudo no Brasil, está cada vez se profissionalizando, tendendo a uma administração mais gerencial, com a procura de resultados, e estes não estão somente atrelados em números orçamentários, mas em fins sociais, em que a melhoria da qualidade de vida é um indicador importante. Uma gestão pública que se coadune com o afastamento do modelo burocrático, além do desprendimento do formalismo, da morosidade e do estilo autorreferenciado, estará mais próxima da visão de um Estado mais gerencial (Bezerra, 2018).

Então, por intermédio dessa profissionalização dos agentes públicos, aparecem novos conhecimentos e meios dentro desse modo de administrar a *res pública*. E, dentre esses acessórios, verificam-se meios de análises de políticas públicas, como o estabelecimento de indicadores, ou mesmo o ciclo das políticas públicas, em que cada um ou ambos são utilizáveis em um estudo de determinada política e em certa situação.

Nesse contexto, trabalhos acadêmicos são úteis na difusão e utilização dessas

ferramentas em pesquisa nas mais diversas áreas. Além do que, conforme Bezerra (2018, p.45) ensina, “a utilização de um produto ou serviço gera um saber, o saber do utilizador, e que esse saber pode levar à qualificação das políticas públicas”. E no estudo das políticas públicas não poderia ser diferente.

Mostra-se que esta pesquisa tem como base o problema do suicídio e das lesões autoprovocadas e as abordagens das políticas públicas brasileiras de prevenção a este fenômeno social, pois o Brasil, por ser um país de dimensões continentais, com contextos populacionais estaduais, muitas vezes diversos entre si, e a autonomia dada pela Carta Constituinte de 1988 a cada Estado, sobretudo na elaboração de suas iniciativas, ações e estratégias, surgem políticas públicas de prevenção a este mal em diversos entes federados, nos órgãos públicos e/ou nas instituições estatais, criadas com diferentes formas de desenvolvimento e implementação.

Analisar comparativamente as abordagens utilizadas pelos Estados nas suas Políticas Públicas de Prevenção ao Suicídio e à Automutilação (PPPSAs) se torna um campo interessante no estudo de políticas públicas, visto que se pode verificar suas similaridades, suas diferenças, suas ações, suas estratégias utilizadas e, até mesmo, definir quais políticas seriam as melhores em termos de diminuição de taxas de suicídio em determinado período de tempo.

Ao mesmo tempo, entretanto, entende-se que o suicídio e as lesões auto infligidas são problemas complexos e multifacetados, e, por consequência, as políticas públicas que ajudam a preveni-los também devam ter as mesmas características. Aliem-se a isso a quantidade de entes federativos no Brasil, 27, e o total de órgãos ou instituições estatais que devem ter cada uma destas unidades federadas, além do montante de iniciativas públicas de prevenção a estes fenômenos sociais que essas unidades federativas devam ter, de sorte que realizar tal análise constitui uma tarefa complexa de ser concretizada nesta pesquisa, sobretudo com os métodos qualitativos escolhidos para este trabalho: análise documental e de conteúdo.

Outro fato relevante a ser observado é que políticas públicas de saúde, nas quais as iniciativas de prevenção ao suicídio e à automutilação se incluem, na abordagem de longo prazo pelos governos, tendo em vista que as modalidades de erradicação e controle de doenças e de prevenção não se observam, em curtos períodos, haja vista que requerem a avaliação de múltiplos indicadores e a análise de séries históricas para quantificação. De tal maneira, realizar uma análise comparativa das abordagens de cada ente federado desses tipos de iniciativas necessitaria de um estudo de impacto ou de um exame profundo de cada uma das políticas, o que não se pensou realizar aqui, tanto pelas limitações de recursos disponíveis, como dos meios utilizados, bem assim das condições do próprio pesquisador.

Esta pesquisa lançou, entretanto, uma proposta de análise comparativa das

abordagens utilizadas entre políticas públicas brasileiras. Basicamente, reuniu PPSAs - padrão dentre as iniciativas públicas dos Estados brasileiros que receberam apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde (MS). Após, se instituiu uma escala de pontuação, na qual se fez uma contagem simples do número de componentes preconizados pela OMS (2018), e os que tiveram o maior escore foram os utilizados como "padrão" para comparar suas abordagens com uma política de combate ao suicídio e à automutilação de um Estado que não recebeu o dito apoio do MS – o Ceará.

A opção foi feita pelos estados incluídos na Portaria nº 1.315/2018 - Rio Grande do Sul, Roraima, Piauí, Mato Grosso do Sul e Santa Catarina e o Amazonas – isto em razão do suporte financeiro e técnico recebidos do MS. Os projetos desses Estados atenderam aos critérios da Portaria nº 3.491/2017, indicando um possível – não se sabe - maior preparo na elaboração de políticas públicas sobre a temática em comparação a estados como o Ceará.

A pesquisa supõe, de saída, que os seis Estados-piloto tenham elaborado políticas mais abrangentes e estruturadas, servindo como padrão para o estudo comparativo.

De maneira complementar, durante a pesquisa, o Programa Vidas Preservadas foi escolhido por ser a única PPSA com caráter abrangente e estruturada, conforme a OMS, e de iniciativa de um órgão público do Ceará, Estado que não recebeu suporte financeiro e técnico do MS em projetos de prevenção contra o autocídio e a automutilação.

Assim, a demanda agora sustentada, definida como analítica qualitativa, descritiva e exploratória, tem o objetivo de analisar comparativamente as abordagens utilizadas por políticas-padrão de prevenção ao suicídio e à automutilação e o Programa Vidas Preservadas. Adicionalmente, tenciona-se o atingimento desses objetivos específicos: coletar políticas públicas de prevenção ao suicídio e à automutilação dos estados brasileiros elencados na Portaria nº 1.315/2018 do Ministério da Saúde, e do Ceará; e definir políticas-padrão de prevenção ao suicídio e à automutilação com base nos componentes reunidos pela OMS (2018, online).

Vale lembrar que é preciso situar as justificativas desta experimentação em: prática (social), acadêmica e pessoal, conforme Minayo (2007). Justifica-se este ensaio no que concerne à parte prática (social), tendo em vista que o suicídio é um fato ou fenômeno social bastante crescente em diversas sociedades, onde se faz necessária a participação de toda a população, desde a equipe multidisciplinar da área de saúde até a formulação de legislação específica, assim como a necessidade de sensibilizar a população por meio de políticas públicas integrativas e efetivas. Logo, a prevenção ao suicídio, sobretudo, políticas públicas que versam sobre essa matéria, se fazem cada vez mais necessárias para a sociedade. Assim, é preciso

estudar as políticas públicas para prever e conter a elisão da própria vida.

No que se relaciona à justificativa acadêmica, segundo Minayo (2007), esta remansa em como como aplicar meios de análise, aprendidos na academia, às PPSAs brasileiras, haja vista os distintos contextos dos Estados reunidos para o estudo, além de servir como objeto de exame para as pesquisas acadêmicas de políticas públicas, visto que em procura nos acervos da CAPES, e de seu periódico; da Scielo, da PubMed, e por fim no *Google Scholar*, ao colocar as categorias trabalhadas: "análise comparativa, políticas públicas, prevenção ao suicídio e à automutilação, componentes de políticas públicas", não apareceram resultados, indicando a possibilidade de ser uma demanda científico-acadêmica de ordem inédita.

Com efeito, denota-se que uma pesquisa sobre uma análise das abordagens das PPSAs brasileiras para a academia é passível de trazer avanços nesta seara, como na validação das ferramentas utilizadas, na criação de políticas públicas, na replicação destas que foram implementadas satisfatoriamente sobre a prevenção ao suicídio, ou de sua não replicação por possível descoberta de um potencial não satisfatório.

A justificativa pessoal para a elaboração do trabalho decorre da curiosidade de se aprender sobre o histórico de intervenções públicas nacionais e estaduais sobre o suicídio e a automutilação. Ajunte-se o fato de que a matéria suicídio e sua prevenção exprimiu a atenção deste pesquisador em sua primeira graduação, no caso, em Farmácia, pela Universidade Federal do Ceará, visto que, em dado momento, se realizou o estágio no Centro de Assistência Toxicológica de Fortaleza (CEATOX), no âmbito do Hospital Instituto Doutor José Frota em Fortaleza no Ceará, e se deparou, à época, com prontuários de pacientes que davam entrada por motivo de tentames de suicídio com os mais diversos perfis, desde crianças a idosos, o que corrobora a literatura a embasar este experimento. Outro ponto a se coadunar com a justificativa pessoal foi o fato de um conhecido da família, já idoso, que auto subtraiu a vida no período da pandemia da COVID-19, em meados de 2021.

Em sendo assim, como é fácil divisar, proceder à análise comparativa das abordagens de variadas PPSAs brasileiras tem relevância perante a sociedade, a academia e, ainda, importância particular.

O trabalho está dividido em seis seções: Sobre Políticas públicas; O problema do suicídio e das lesões autoprovocadas no mundo, no Brasil e no Ceará; Indicação teórico-metodológica; Coleta e análise de dados e resultados; e Considerações finais. A derradeira seção vem acompanhada das referências bibliográficas, às quais se recorreu para validar academicamente a demanda sob os propósitos práticos e teóricos.

Na Seção II, tem curso um histórico sobre política pública, como seu estudo foi

iniciado, quais ciências são empregadas em seu exame, além de fazer as diferenciações para o termo **política**, a fim de se mostrar alguns conceitos úteis durante o ensaio. Em seguida, adentra-se os conceitos e definições sobre o que é um problema público, assim como a respeito do entendimento do que constitui uma política pública. Realiza-se, também, uma verificação sobre as tipificações de políticas públicas de variados autores, como, *exempli gratia*, Lowi, Wilson, Gormley, Gustafsson, Bozeman e Pandey.

No mesmo segmento, reporta-se ao que constituem as políticas públicas, máxime no que concerne ao estudo da estrutura lógica do desenho da política pública e descrição dos componentes ou elementos componentes da estrutura de iniciativas públicas empregados para examinar a eficácia de uma política pública com base na qualidade de seu desenho.

Na Seção III, está o problema do suicídio e das lesões autoprovocadas no mundo, no Brasil e no Estado do Ceará.

De início, foram demonstradas certas definições e lobrigados alguns conceitos sobre o autocídio e a automutilação, a fim de que lhes seja assente cada vez maior conhecimento temático. Após, realizou-se uma explanação do histórico a respeito da auto inflição dentro das ciências sociais, sobretudo com suporte nos pesquisadores clássicos e contemporâneos que afloraram grandes contributos para este relevante entendimento. Em seguida, exprimem-se dados epidemiológicos respeitantes ao suicídio e às lesões autoprovocadas no mundo, no Brasil e no Ceará para ajudar a contextualizar o problema.

Dando continuidade à seção, expõem-se os agentes de risco para o comportamento suicida. Em outro momento, verificam-se as medidas de intervenção ou prevenção ao suicídio e à automutilação. Reporta-se, também, ao conjunto das medidas de intervenções ou de prevenção ao suicídio e à automutilação, além de, especificamente, enfatizar o Plano de Ação Integral sobre Saúde Mental 2013-2030 da OMS, o qual tem como fulcro a diminuição do número de autocídios até 2030.

Ainda na expressa seção, demonstra-se o documento elaborado pela OMS em 2018, o qual aborda as estratégias nacionais da prevenção citada. Neste guia, a OMS mostra como uma política nacional de prevenção ao suicídio é capaz de ser elaborada, visto que foram coletadas as políticas nacionais de 38 países para sua elaboração.

Em continuidade, no mesmo segmento deste escrito, descrevem-se os componentes utilizados para ajudar a elencar políticas públicas-padrão relativas às citadas prevenções, tomando por base o que preconiza a OMS.

Procedeu-se, ainda, a uma descrição histórica das políticas públicas federais dirigidas para o expresso combate. Ali, de maneira cronológica, com início em 2005,

descrevem-se esses procedimentos, onde constam as portarias, as leis e os decretos do Governo Federal, atinentes a este assunto.

Na Seção III, foi demonstrado o Programa Vidas Preservadas, iniciativa do Ministério Público do Ceará na prevenção ao suicídio, criado no ano de 2019, por meio do Ato Normativo nº 061/2019, visto ser uma política pública instituída no Ceará, UF que não recebeu auxílio do Ministério da Saúde (MS) para elaboração de projetos de prevenção ao suicídio e à automutilação, e se enquadra em critérios descritos, conforme exprimidos nesta Seção.

Na Seção IV, louvam-se nos conceitos teórico-metodológicos sobre as análises documental e de conteúdo, assim como no método para a coleta de dados. Também se explanam alguns conceitos sobre metodologia, pesquisa, métodos e técnicas, além da ética que, evidentemente, deve nortear a investigação científica. Cabe, por oportuno, repetir a ideia de que esta pesquisa é analítica, qualitativa, descritiva e exploratória, empregando os métodos das análises mencionados há instantes.

Já na Seção V, demonstram-se a coleta e análise de dados e resultados da pesquisa. No dito segmento, observa-se a coleta de políticas públicas de prevenção ao suicídio e à automutilação dos Estados do Amazonas, Roraima, Mato Grosso do Sul, Piauí, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Ceará. Após uma leitura flutuante do material, reuniram-se as iniciativas para o *corpus* da análise de conteúdo, e, na sequência, aplicou-se a escala para definir as políticas-padrão. Então, seguidamente, se efetivou a análise comparativa entre as abordagens utilizadas nestas políticas públicas de prevenção ao suicídio e à automutilação-padrão (PPPSAPs) e o Programa Vidas Preservadas.

Na Seção VI, a de remate, está a Seção das conclusões, adidas à exposição de alguns vieses encontrados, opinião sobre os meios utilizados e outras considerações.

Frisa-se que esta dissertação recorreu a obras de várias gerações que estudaram ou examinam os fenômenos do suicídio e da automutilação, ou seja, pesquisadores como Émile Durkheim, Karl Marx, Pouchet, Anthony Giddens, Etienne Krug, David Lester, Edwin Shneidman, Keith Hawton, dentre outros. Não foi exaustiva, porém, nesta tarefa, haja vista a quantidade de tantos outros investigadores que não experimentaram ser referenciados nesta Dissertação, em decorrência das limitações da própria pesquisa e em razão de certos óbices do pesquisador.

Salienta-se que o experimento ora relatado não cogita, por ser descabido, em exaurir o tema, haja vista, ainda, a necessidade de estudos de extenso tempo, com a utilização de vários recursos e distintos meios, visto que, no final, toda procura de natureza acadêmico-científica, conforme Minayo ensina, é um recorte, mas acredita-se que ela será proveitosa para as

instituições universitárias e os gestores públicos

Relativamente à academia, esta perquisição colabora tanto com informações de temas congêneres como para o uso das referências utilizadas neste passo. Demais disso, ela vai ser aplicada como auxílio para buscas científicas em devir mais próximo a respeito da matéria aqui cuidada, ou mesmo para cotejar os achados agora sob descoberta.

Para a gestão pública, ela é passível de auxiliar na criação de políticas públicas que versem sobre o suicídio e a automutilação, ou, até, no entendimento sobre componentes ou elementos de um intento de tal natureza. E, assim, decerto, servirá de adjutório com vistas a evitar situações suscetíveis de se tornar uma política pública criada, mas que esteja “somente de papel”, ou que seja mal implementada ou nem mesmo implementada, não contribuindo, de tal jeito, com o verdadeiro fim de uma intenção deste jaez, configurada na resolução de problema público de grande monta, como este de que agora se cuidou.

2 SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS

Aos poucos, ao longo de seis décadas, estudar políticas públicas vem condensando seu conteúdo, vocabulário e instrumentos próprios para a compreensão da atividade administrativa-política dentro da coisa pública (Secchi,2013).

O ano de 1951 pode ser aceito como o marco de estabelecimento da área disciplinar de estudos de políticas públicas. Porém já na década de 1930 já havia aparecido contribuições teóricas da análise racional das políticas, foi somente em 1951 que dois livros fundamentais da área de políticas públicas foram publicados: *The Governmental process*, de David B. Truman, e *The policy sciences*, dos pesquisadores Daniel Lerner e Harold D. Lasswell (Secchi,2013).

As ciências políticas tem como fim o de resolver problemas públicos por meio de diagnósticos e tratamentos como um médico assim o faz na anamnese de seus pacientes. E para tal atividade são utilizados os estudos de políticas públicas, além de outras ciências como administração pública, teoria das organizações, a engenharia, a psicologia social, e o direito (Secchi,2018).

As políticas públicas produzem bastante conhecimento o qual os pesquisadores, administradores e políticos utilizam para os mais variegados assuntos, como tomadas de decisões, elaboração, reformulação ou extinção de ações públicas, analisar os resultados das políticas, verificar o desenho das ações estatais, dar melhores respostas às demandas das sociedades, além de demais possibilidades advindas do estudo das ciências sociais (Secchi,2013).

As conotações observadas para o termo **política** sobretudo em países de língua latina, como o Brasil, por exemplo, trazem desafios peculiares. Geralmente, os sentidos dados a essas interpretações são utilizados de forma indiscriminada, enevoando camadas relevantes para a análise do fenômeno político Secchi (2013), o qual cita Bobbio (2002).

Para Bobbio (2002), segundo Secchi (2013), um dos entendimentos sobre "política", relaciona-se ao jogo de poder de um ser humano por sobre outro, no qual há um inter-relacionamento com a conquista e a manutenção do poder. A intenção premissa é o controle e a influência sobre o comportamento de outro indivíduo. Essa conotação é de onde se compreende os debates a flor da pele dos participantes, da compreensão popular sobre a briga por cargos e disputas de poder. Pode-se exemplificar na disputa entre dois partidos políticos e que a população apoia um ou outro.

No que se refere ao outro entendimento do vocábulo, Bobbio (2002), citado por Secchi (2013), infere que o termo "política" se relaciona a leis, padrões, normas, orientações,

dentre outras formas, que orientam a norteiam as decisões e as ações que devem interferir em diversos campos da sociedade. As leis de trânsito são um bom exemplo para o entendimento desta conotação da palavra.

Ao se trazer a diferenciação entre os entendimentos do termo para o campo das políticas públicas, tornam-se mais relevantes, visto que as ações públicas se materializam a partir de disputas entre grupos de pressão que fazem surgir programas e ações estatais que poderão ter influência preponderante no dia-a-dia das pessoas que compõem aquele local.

A diferenciação entre as conotações do termo **política** é necessária, pois é possível se verificar com acuidade as camadas do inter-relacionamento desde a disputa por poder a tomada de decisões que possam ajudar na implementação de ações estatais ou programas que possam, realmente, trazer benefícios ao cotidiano dos indivíduos na sociedade. Com esse entendimento é possível se criar uma cidadania com criticidade, assim como o surgimento de uma sociedade mais justa e democrática.

2.1 Conceitos e Definições

Problema é uma situação ou desafio que requer solução ou resposta. É capaz de envolver obstáculos, conflitos, dificuldades para alcançar objetivos. Requer ação para resolvê-lo. Um problema público é o que afeta um grande número de pessoas e exige atenção ou intervenção dos governos ou das instituições. Problemas públicos repentinamente, como uma catástrofe ou desastre natural, que precisam ser resolvidos de forma rápida ou gradual, como o suicídio no segundo exemplo, e a sociedade á capaz de ignorá-los à medida que se acostuma (Secchi,2013).

Consoante Capella (2018) ensina, problemas públicos não são situações que simplesmente existem, mas sim resultados de escolhas feitas por grupos sociais, visto que são estes quem decidem quais assuntos são relevantes e quais merecem atenção do poder público, os chamados de grupos de pressão. Essa atividade de escolher torna-se um dos aspectos mais centrais da ação governamental.

O entendimento da política pública também está relacionado à identificação dos participantes na decisão que envolve governos locais e centrais e organizações comunitárias e empresariais, juntamente com a população em geral que tem papel ativo importante a desempenhar nesse contexto decisório.

O pesquisador Secchi (2013) leciona que uma política pública é uma ação elaborada para o enfrentamento de um problema de interesse público. Ao se analisar essa definição em

detalhes, observa-se que uma política é algo norteador que direciona a atividade ou a passividade de uma pessoa ou entidade; as ações ou não ações derivadas dessa orientação também integram a política pública.

Segundo Secchi (2013), no estudo de políticas públicas, existem autores que defendem a abordagem estatista ou "estadocêntrica" e outros a abordagem multicêntrica, suja diferenciação reside no protagonismo de quem criou a política. A primeira se refere às políticas públicas implementadas pelo Estado, enquanto a outra se reporta àquelas em que todas as entidades estão envolvidas no enfrentamento a um problema público.

Embora se concorde com a linha multicêntrica no estudo de políticas públicas, visto que diversas entidades são passíveis de assumir o protagonismo, juntamente com o setor público na elaboração de políticas públicas, para fins de ajudar na delimitação do objeto que foi estudado, porém, esta pesquisa toma como base a linha cêntrica do Estado, visto que se aceita que o Ente Estatal é hierarquicamente superior para corrigir problemas que outros entes não conseguiriam, haja vista seu poder coercitivo e normativo, além de exclusividade na elaboração de leis.

Ë importante comentar que o objeto se enquadra no que Secchi (2013) ensina como política governamental, ou seja, política pública em que os agentes que a elaboraram e estabeleceram são governamentais, embora outros entes militem em conjunto com os organismos públicos para a implementação das políticas.

A intencionalidade pública e a resposta a um problema público são elementos fundamentais de uma política pública. Em síntese, a motivação para elaborar uma política pública é a abordagem ou a solução de um problema considerado de maneira geral significativo para aquela coletividade.

Evidencia-se que qualquer definição de política pública é, em algum ponto, tomada como arbitraria. Nas literaturas especializadas, não há consenso sobre o que conforma uma política pública, haja vista a diversidade de respostas para perguntas fundamentais (Secchi,2013).

Depreende-se da obra de Sechi que políticas públicas se referem a um conjunto de ações planejadas e executadas por governos ou outras instituições com o objetivo de resolver problemas ou promover o bem-estar da sociedade. Elas envolvem a formulação de metas, a alocação de recursos e a implementação de estratégias para alcançar resultados específicos, segundo Secchi (2013). Demais disso, as políticas públicas são categorizadas de acordo com variegados critérios, como políticas econômicas, sociais, ambientais, entre outras. Cada tipo de política tem as próprias características e objetivos específicos.

Ainda os pesquisadores Prata e De Andrade (2020, p. 880) ensinam que as políticas públicas “são ações desenvolvidas pelos governos que impactam diretamente a vida dos cidadãos. Essas ações são desencadeadas por problemas sociais que precisam ser solucionados e que possuem causas multifatoriais, como também desdobramentos múltiplos”, se coaduna com a lógica de que as ações públicas devem resolver problemas da sociedade.

Dado que o conceito de política pública é uma abstração, conforme Secchi (2013), esta se materializa de vários instrumentos, como leis, portarias, regulamentos, planos, decretos, programas, projetos dentre outros. De tal maneira, as políticas públicas que estudadas aqui estão afeitas a estes diversos formatos.

O momento também é oportuno para comunicar que a política pública estudada está inserida no âmbito da saúde, sobretudo da saúde mental. Os pesquisadores Prata e De Andrade (2020) exprimem que políticas públicas da saúde estão dentro da abordagem de extenso prazo pelos governos, visto que as medidas de erradicação e controle de doenças e de prevenção não devem ser visualizadas em curtos períodos, pois requerem a avaliação de múltiplos indicadores e a análise de séries históricas para quantificação.

2.2 Tipos Políticas Públicas

As políticas públicas sempre tiveram um tratamento dado pela ciência política como um produto das dinâmicas políticas onde há a presença da disputa pelo poder por grupos diversos, além da luta pelo poder em si, onde esta ciência mantém o foco em variáveis que são independentes entre si.

A Escola Sistêmica, a qual tinha como principais representantes David Easton e seus seguidores, entendia que os *inputs* e *outputs* advinham do processo político, sendo assim, as políticas públicas apareciam como um resultado final deste processo. Lutas por demandas entre grupos políticos geram resultados, os quais são personificados em políticas públicas.

Já Theodore J. Lowi entende o oposto, ou seja, que políticas públicas definem o dinamismo da política. Lowi compreende que há uma relação de causalidade, em que as políticas públicas influenciam a política. Cabe ao analista interpretar que existe a possibilidade do conteúdo da política pública poder exercer certa influência no andamento da política, assim este deve se ater aos detalhes e os contornos essenciais que constroem a política (Secchi, 2013).

Com a contribuição de Lowi, a parte fundamental para análise de políticas públicas foi o tipo de ação que se está analisando. As tipologias são um esquema de interpretação e análise que tomam como base variáveis e categorias, pois, de tal forma, evita-se materiais que

podem se tonar sem utilidade devido a suas descrições extensas. Logo, o analista lança mão de tal ferramenta para condensar vastas descrições (Secchi, 2013). Assim, nesta ideia, o trabalho em questão fez uso das tipologias para se delimitar as políticas públicas que foram analisadas neste ensaio.

A tipologia proposta por Theodore Lowi, em 1964, e posteriormente, revisada em inúmeros trabalhos, tem como fundamento o critério do impacto almejado pela sociedade. Segundo esse critério há quatro tipos de políticas públicas: regulatórias, distributivas, redistributivas e constitutivas.

As políticas regulatórias são as que determinam padrões de produtos, serviços ou comportamento de atores públicos e privados.

No que se relaciona às políticas distributivas, são as que trazem benefícios a determinados grupos, onde os custos são distribuídos aos demais componentes da sociedade e não são perceptíveis imediatamente.

No que concerne às políticas redistributivas, estas são as que se caracterizam por uma dinâmica onde um grupo ganha o que outro perde.

No que cabe ao entendimento sobre as políticas constitutivas, compreende-se como as que definem as regras do jogo político, como competências e jurisdições. São *meta-policies* que moldam as dinâmicas das demais políticas.

Lowi argumenta que essas categorias ajudam a entender a complexidade das políticas públicas e a dinâmica política envolvida. O limiar entre essas tipologias, no entanto, não é bem delimitado, pois diversas iniciativas aglutinam características de mais de uma categoria, o que se observa em políticas de contratação que detém elementos tanto regulatórios quanto redistributivos. A tipologia de Lowi é interessante para estudos de comparação em muitos setores de políticas públicas (Secchi,2013).

O pesquisador James Quinn Wilson elaborou uma tipologia de políticas públicas, na qual se fundamenta na distribuição de custos e benefícios na sociedade. Esse tipo de iniciativa acaba por complementar a tipologia de Lowi. A referida classificação deixa algumas ideias de Lowi mais fortes, além de trazer novas categorias que podem ajudar na compreensão da distribuição de recursos e dos impactos das políticas públicas, segundo Secchi (2013).

O autor, em estudo, classifica as políticas públicas em: Políticas Clientelistas; Políticas de Grupo de Interesses; Políticas Empreendedoras; e Políticas Majoritárias (Secchi,2013).

Políticas Clientelistas: benefícios são concentrados em certos grupos, enquanto os custos são dispersos na coletividade. Esta categoria é equivalente às políticas distributivas de

Lowi.

Políticas de Grupo de Interesses: tanto os custos quanto os benefícios são concentrados em categorias específicas. Estas políticas correspondem às políticas redistributivas de Lowi.

Políticas Empreendedoras: trazem benefícios para a coletividade, enquanto os custos são suportados por categorias específicas. Esta categoria não foi prevista por Lowi, representando uma adição significativa de Wilson.

Políticas Majoritárias: tanto os custos quanto os benefícios são distribuídos pela coletividade.

Na tipificação proposta por Wilson consegue dar uma maior amplitude na análise de políticas, pois engloba a distribuição de custos e benefícios e fornece uma estrutura útil para analisar os riscos e consequências sociais das políticas. As tipologias de Lowi e Wilson tem uma boa relevância na análise comparativa e a implementação de políticas públicas eficazes.

Na tipologia de Gormley (1986) é estruturada em dois fatores fundamentais: a saliência e a complexidade. A saliência se refere como a capacidade que um tema afeta e desperta a atenção da sociedade, já a complexidade se define como a necessidade de conhecimento especializado para sua elaboração e desenvolvimento. O que liga essas duas variáveis dá origem aos seguintes tipos, segundo Secchi (2013): Política de Sala Operatória; Política de Audiência; Política de Sala de Reuniões; e Política de Nicho.

As políticas de sala operatória caracterizam-se por alta saliência, ou seja, afetam um grande número de pessoas de modo significativo. São temas que geram grande debate público e exigem alto nível de conhecimento técnico para sua formulação e implementação.

As políticas de audiência destacam-se por sua alta saliência, atraindo significativa atenção do público, da mídia e dos partidos políticos. São temas que mobilizam debates e inflamam discursos, mas que, curiosamente, não exigem grande sofisticação técnica em sua formulação e implementação. Essa simplicidade relativa, ao lado de seu apelo popular, confere-lhes um lugar central no debate público, onde a visibilidade importa tanto quanto o conteúdo. Questões desse tipo tendem a ser objeto de ampla discussão, mas raramente demandam um aprofundamento técnico que desafie a compreensão coletiva.

Por outro lado, as políticas de sala de reuniões ocupam um espaço oposto nesse espectro. Com baixa saliência, elas abrangem questões que não chegam ao conhecimento do grande público, permanecendo confinadas ao universo de especialistas e tomadores de decisão. Ainda assim, exercem uma influência profunda, pois demandam altíssimo nível de conhecimento técnico tanto para sua elaboração quanto para sua implementação. São políticas

que, embora invisíveis à maioria, afetam setores específicos com impacto muitas vezes decisivo, definindo regras e estratégias que moldam o funcionamento de sistemas inteiros.

As políticas de nicho são estabelecidas sem chamar muita atenção, visto que não despertam um grande interesse das pessoas ou da *mass media*, e com baixa complexidade técnica, além de agirem sobre temas que não afetam muitos indivíduos. Ademais sua criação e implementação não precisam de muitos requisitos políticos ou intelectuais, e a maioria dos seus efeitos passam despercebidos pela maioria da população.

A tipologia de Gormley, nesse sentido, apresenta uma ferramenta valiosa para interpretar e categorizar as políticas públicas. Ao considerar o grau de saliência e complexidade técnica, é possível compreender com maior clareza o papel dos agentes envolvidos, os fluxos de influência e os desafios que cada tipo de política enfrenta em sua implementação (Secchi, 2013).

Por fim, as street-level policies, ou políticas de baixo nível, completam o quadro. Caracterizadas por regulamentos administrativos cotidianos, como o fornecimento de informações por cidadãos às autoridades fiscais, essas políticas apresentam baixa saliência e impacto limitado. Por sua natureza rotineira e previsível, não despertam grande atenção pública nem demandam esforços de desenvolvimento complexo.

Contudo, são fundamentais para garantir o funcionamento de serviços básicos e a manutenção de estruturas administrativas essenciais, muitas vezes invisíveis no cenário mais amplo das políticas públicas (Secchi, 2013). Segundo Secchi (2013), Gormley (1986) argumenta que a capacidade de categorizar adequadamente uma política pública dentro do esquema de baixo escalão dá oportunidade ao analista prever o comportamento de vários agentes políticos e sociais. Essa previsibilidade se estende aos políticos, burocratas, cidadãos, meios de comunicação, e até mesmo aos mecanismos de decisão e às possíveis patologias do processo decisório.

Assim como nos esquemas de Lowi e Wilson, Gormley (1986) considera o conteúdo da política pública como variável independente, enquanto a dinâmica política é lobrigada como variante dependente. Essa relação significa que o conteúdo da política, ou seja, suas características e objetivos, determina em grande medida o modo de esta se desenrolar no ambiente político, influenciando o comportamento dos diversos agentes envolvidos.

O entendimento sobre as políticas de baixo escalão faz-se importante para analisar como ocorrem o funcionamento estatal e a relação entre o poder público e os cidadãos. A possibilidade de prever como os agentes políticos e sociais, tal como proposta por Gormley, dá aos analistas um meio valioso para o estudo e a crítica das políticas públicas.

Gustafsson (1983) propõe uma tipologia de políticas públicas que se baseia em dois critérios centrais: a intenção do criador de políticas em implementar a política e o conhecimento disponível para sua elaboração e implementação. Essa tipologia resulta em quatro categorias distintas de políticas públicas, como ilustrado no quadro a seguir, segundo Secchi (2013): Política Real; Pseudopolítica; Política Simbólica; e Política sem Sentido.

As políticas públicas reais representam o ideal de toda política pública: são formuladas com a intenção genuína de resolver um problema público e se baseiam em conhecimento técnico e científico sólido para sua implementação eficaz.

As políticas simbólicas se caracterizam pela intenção do *policymaker* em demonstrar interesse em um problema público, mas sem o compromisso real de eficazmente implementá-lo. São políticas "para inglês ver".

As pseudopolíticas, embora formuladas com a intenção de resolver um problema público, falham por falta de conhecimento técnico e científico adequado para sua implementação.

As políticas sem sentido carecem tanto da intenção de resolver um problema público quanto do conhecimento necessário para sua elaboração.

Os pesquisadores Bozeman e Pandey (2004) oferecem uma tipologia de políticas públicas com fundamento na distinção entre conteúdo técnico e teor político. Essa tipologia organiza as políticas em dois grandes grupos: Políticas Públicas de Conteúdo Essencialmente Técnico; e Políticas Públicas de Conteúdo Essencialmente Político (Secchi, 2013).

O pesquisador Secchi (2013) evidencia que o analista de políticas públicas é habilitado a realizar seu trabalho analítico por meio de um processo dedutivo, ao se fazer uso de tipologias que já existem, ou de um processo indutivo. Assim, é possível criar outras tipologias para o objeto estudado.

O autor ressalta, no entanto, as limitações inerentes à criação dessas tipologias, como: toda tipologia reflete um reducionismo, sendo frequentemente acusada de se distanciar da realidade; tipologias baseadas em variáveis qualitativas conduzem o analista a desconsiderar o meio-termo, uma vez que muitos fenômenos são quantitativamente diferentes, mas qualitativamente semelhantes; tipologias raramente conseguem abranger categorias analíticas mutuamente exclusivas e coletivamente exaustivas.

In aliis verbis, às vezes, um caso não é classificável por não atender aos requisitos das categorias de uma dada tipologia, e outras vezes uma situação é imprimida em mais de uma categoria analítica, simultaneamente (Secchi, 2013).

2.3 Análise de políticas públicas

O estudo das políticas públicas, o qual teve o início de seu desenvolvimento por volta de 1960, nas quais se inserem os estudos sobre os processos de elaboração das políticas, sobretudo com o uso da multidisciplinaridade, ainda não dispunha de uma diferenciação entre desenho da política e o processo de formulação. Com efeito, muitas das teorias nas perspectivas dos pesquisadores, à época, advinham de inúmeras disciplinas, com enfoque, principalmente, na teoria da escolha pública, além do uso de algumas tipologias, conforme Lima *et al.* (2021).

Assim, na sequência, reporta-se ao conceito da avaliação de políticas públicas, para, a posteriori, adentrar a análise do modelo lógico da política pública ou desenho, tendo em vista o preceito das palavras de Bezerra (2018, p. 30), para quem "as políticas públicas devem ser elaboradas e controladas a partir da mobilização do conhecimento técnico-científico".

De acordo com a Casa Civil (2018), a avaliação das políticas públicas deve ser iniciada desde a sua concepção, por meio de uma análise *ex ante*, para verificar essencialmente se essas políticas abordam um problema relevante e bem definido. Com amparo nesta avaliação, impõe-se examinar se há um objetivo claro para a atuação estatal e se o desenho proposto é viável e alcançável. Entre outros aspectos, é indispensável que as políticas públicas incluam essa análise preliminar para garantir a otimização dos recursos públicos e o bem-estar da população. Dessa maneira, evita-se a identificação tardia de erros de formulação e estruturação, que deveriam ter sido antecipados e corrigidos com maior racionalidade no processo inicial de implementação da política.

Dado o aumento constante das demandas da sociedade, o desafio do governo, tanto para a geração atual quanto para as futuras, não se limita a controlar o crescimento dos gastos públicos, mas também a identificar quais áreas exprimem baixa produtividade. O objetivo é fazer mais com menos, priorizando a eficiência e a efetividade das políticas públicas. Nessa conjuntura, a análise *ex ante* auxilia, ao propiciar critérios mais claros e transparentes para as decisões alocativas, fundamentados em análises técnicas mais robustas. O princípio da análise *ex ante* é direcionar a tomada de decisão para a alternativa que se mostre mais eficaz, eficiente e efetiva, segundo a Casa Civil (2018).

Um analista de políticas públicas é o profissional que se debruça no mister de analisar as respostas implementadas pelo poder público ou privado em que se detém na tarefa de tentar resolubilidade para um problema social em que os grupos de pressão exercem sua força política à demanda de que sejam concretizadas. E é este quem escolhe seu nível de análise da política.

Analisar políticas públicas é uma atividade complexa, segundo Secchi (2013). E ainda o mesmo autor defende o argumento de que se fazem mais complexas na análise nos níveis estruturais e estratégicos do que nos planos operacionais, visto que se conforma bem mais fácil realizar um mapeamento dos interesses, agentes, culturas, estilos, razões de sucesso e insucesso no estudo de uma política em sua abordagem operacional.

Nesse ínterim, a análise das políticas públicas serve para saber se estas estão sendo eficazes em suas respostas para a sociedade, pois assim é possível que sejam ratificadas, avaliadas, retificadas, melhoradas, replicadas, dentre outras possibilidades, pois dessa maneira é possível a efetivação de políticas mais eficientes para a sociedade.

2.3.1 Abordagem do estudo da estrutura lógica do desenho da política pública

Existem algumas abordagens muito importantes e conhecidas na análise de políticas públicas, como a "Neoinstitucionalista" e o ciclo de políticas públicas, segundo Lima *et al*. (2022), e algumas mais contemporâneas as quais estão recebendo cada vez mais atenção no estudo sobre políticas públicas, nas quais se encontra a abordagem do desenho de políticas. em que esta se debruça no labor do estudo e da compreensão da estrutura lógica das políticas públicas e de sua efetividade (Lima *et al*, 2022) e (Howlett *et al*, 2014).

A dita estrutura lógica das políticas públicas engloba alguns componentes, como problemas, objetivos, instrumentos de implementação, racionalidades e construções sociais, consoante Lima *et al*. (2022) demonstram. Ainda os mesmos pesquisadores ensinam que a perspectiva se dirige, assim, à análise das características e implicações das disposições desses elementos, de suas inter-relações e de suas interações com os contextos institucionais, políticos e organizacionais.

Pesquisas aceitam que um desenho com qualidade é importante para o analista de políticas públicas conseguir explicar o desempenho destas, além das investigações na parte de implementação e avaliação destas. Assim, o princípio finalístico de estudar o desenho de políticas públicas é, sobretudo, ajudar na contribuição para a qualificação do elaborador de políticas e dos resultados alcançados (Lima *et al*, 2022).

Assente-se, nesta perquisição universitária, a ideia de que a perspectiva do desenho, ainda iniciante no Brasil, segundo Lima *et al*. (2022), é uma inovação interessante e que tem um potencial analítico para o estudo nas ciências sociais e nas políticas públicas.

O desenho de políticas públicas, ou ainda de programas públicos, constitui um tema central e desafiador na pesquisa política contemporânea, configurando-se como uma

abordagem que busca aprimorar a eficácia das ações governamentais. Essa vertente se debruça sobre os processos, métodos e ferramentas utilizados na formulação de políticas, com o objetivo de construir estruturas que sejam não apenas eficazes, mas também ancoradas em uma lógica coerente e robusta. Como bem destacado por Howlett et al. (2014), o desenho de políticas opera como uma engenharia do campo político-administrativo, preocupada em alinhar objetivos, estratégias e instrumentos de forma a maximizar os resultados esperados.

No coração dessa abordagem está a formulação de políticas, entendida como a seleção e a combinação de instrumentos específicos em portfólios ou pacotes de políticas. Essas combinações não são arbitrárias; elas refletem escolhas estratégicas fundamentadas, que buscam atender a múltiplos objetivos e metas, muitas vezes sobrepostos e interdependentes.

Os programas públicos, nesse contexto, emergem como unidades operacionais dessa formulação, sendo os níveis em que os instrumentos ganham forma prática e onde a lógica do desenho se traduz em ações concretas. Assim, o desenho de políticas públicas, ao mesmo tempo técnico e político, configura-se como uma arte de equilibração entre interesses, recursos e demandas sociais, sempre mediada por ferramentas analíticas e pela racionalidade prática (Howlett *et al.*, 2014).

O desenho é um esforço para se tentar sistematizar políticas eficientes e eficazes por intermédio do conhecimento do que essa política deve ter, a fim de que esta consiga alcançar seus objetivos, resultados e metas, dentro do contexto político no qual esta se insere. Esse desenho, dirigido para avaliação, é formado por uma variedade de estruturas explícitas e implícitas, que depende das escolhas e das definições possíveis sobre a melhor concretização da ação (Casa Civil, 2018).

A política afetará diretamente, não só, a probabilidade de cumprir o requisito identificado de maneira planejada, mas também a probabilidade de alcançar maior razoabilidade, mesmo que limitada, na ação governamental. Isto está intimamente relacionado com a ideia de melhorar o resultado desta ação, e não significa que uma ideiação bem desenhada seja totalmente implementada ou que o resultado esperado seja alcançado na sua totalidade; no entanto, a sua concepção ajudará, sem dúvida, a tornar as intervenções oficiais seguras e eficazes (Casa Civil, 2018).

Isto exige responder a diversas questões: o que é formulado, por quem, para quê, para quem e como. A formulação da política envolve atingir os objetivos de um conjunto de instituições e agentes relacionados com as preferências dos participantes num determinado aspecto. A implementação de intervenções formais requer a utilização de ferramentas e estratégias adequadas, a promoção de resultados e a consecução de objetivos consistentes com

os objetivos declarados no desenho original (Casa Civil, 2018).

O desenho traz maior clareza no relacionamento da causa do problema, e os meios e instrumentos que virão a ser implementados para se alcançar os objetivos e os resultados esperados. Nisso, inserem-se os papéis dos agentes envolvidos que serão responsáveis pelas articulações, os arranjos institucionais e negociações.

O desenho de uma política pública é a visualização prévia, antes que a referida política seja colocada em prática. Consiste numa previsão dos seus componentes, como: insumos, processos, produtos, resultados e influxos, além das forças e fraquezas, assim como os riscos e oportunidades envolvidos (Casa Civil, 2018).

Nessa concepção, seria tornar em objeto o que é preciso para concretização da política pública pensada. Embora existam componentes mais abstratos, há outros que são mais concretos e específicos e afetam diretamente a base da execução administrativa de uma política pública ou programa. Os programas existem entre esses dois níveis, operacionalizando metas e meios abstratos e abrangendo medidas específicas e adequações de instrumentos na prática cotidiana – é como lecionam os pesquisadores Howlett *et al*., (2014):

> Alguns componentes de uma política são muito abstratos e existem no nível de ideias e conceitos gerais sobre os objetivos da política e os tipos adequados de ferramentas políticas que podem ser utilizados para alcançá-los. Outros são mais concretos e específicos, afetando diretamente a prática administrativa no nível operacional. Os programas situam-se entre esses dois níveis, operacionalizando metas e meios abstratos e abrangendo medidas específicas e calibrações de instrumentos na prática cotidiana. (Howlett, *et al.*, 2014, p. 02)[1]

Pesquisas políticas recentes enfatizaram a importância de usar toda a gama de componentes de políticas disponíveis ao desenvolver um programa, evitando duplicações e conflitos desnecessários entre os componentes do programa, segundo Howlett *et al*. (2014), embasados em Gunningham, Grabosky e Sinclair (1998).

A reflexão que paira sobre o desenho contemporâneo de uma ação também reconhece as limitações inerentes à adoção de elementos do programa, em decorrência da sua integração num quadro político mais abrangente, bem como a necessidade de interligar os aspectos mais técnicos da disponibilidade e capacidade do governo às capacidades administrativas humanas e financeiras, recursos orçamentais e humanos e outros requisitos semelhantes para o desenvolvimento das políticas, conforme Howlett *et al.* (2014).

Os pesquisadores ensinam que, para se conseguir alcançar a eficácia em um programa é preciso que os mecanismos, objetivos, metas, as calibrações tenham coerência,

[1] (Howlett *et al*., 2014, p.02. Traduziu-se)

congruência e consistência, de maneira interligada, conforme Howlett e Rayner, (2007) citados por Howlett *et al.,* (2014) ensinam que para "alcançar eficácia na implementação dos mecanismos do programa neste nível depende de garantir que mecanismos, calibrações, objetivos e configurações apresentem 'coerência', 'consistência' e 'congruência' entre si."

2.3.2 Elementos ou componentes de uma política pública

É importante realizar um trabalho descritivo para definir os elementos característicos de uma política pública, nomeadamente: os objetivos, o público-alvo, as ações a implementar através de instrumentos e mecanismos, os resultados e objetivos esperados com a política formulada, e os agentes envolvidos, para que de acordo com Neste momento possa ser analisado se sua estrutura lógica está presente 'coerência', 'consistência' e 'congruência' entre si, conforme exposto, já mencionado no Manual elaborado pela Casa Civil em 2018.

Salienta-se que o principal objetivo de qualquer política pública é responder eficazmente às necessidades sociais ligadas aos problemas identificados, utilizar eficientemente os recursos existentes e, assim, minimizar os custos associados e aumentar os resultados ou benefícios sociais. A definição dos objetivos da medida segue a lógica da seguinte relação direta: quanto maior a variedade de objetivos elencados, mais complexo é o alcance da política. (Casa Civil, 2018).

O objetivo deve ser essencial, mensurável, controlável, decomposto, operacional, inteligível e conciso. Essas características, segundo a entidade, proporcionam maior clareza sobre os resultados esperados de uma ação e concedem oportunidade, ao final de uma ação pública *(ex post),* avaliar se os resultados obtidos estão alinhados com o objetivo proposto. Ademais, possibilitam verificar se os objetivos definidos no desenho original (resultados esperados e metas estabelecidas) foram alcançados pela política pública na resolubilidade do problema identificado.

Outro ponto importante que deve ser observado na ação é quem é o público-alvo desta, porém a definição de público-alvo não é uma tarefa simples de se realizar dentro da política pública, haja vista a fragilidade das informações disponíveis e o transbordamento entre o público de interesse e outros que, de modo indireto, são afetados. A efetividade de uma política pública depende de sua delimitação do público que será atingido. Isso inclui diversos níveis de delimitação, como: "i) a população como um todo inserida no problema a que se dirige a política; ii) a população que será elegível à política; e iii) a população que será atendida e priorizada, em razão da restrição imposta por diferentes agentes, como a escassez de recursos

públicos", segundo Casa Civil (2018, p. 74).

Algo que os gestores devem se perguntar no momento de elaborar uma política pública é: a quem deve ser direcionada a política para que tenha ação mais direta e imediata? Caso não haja uma delimitação correta do público-alvo, crescem as possibilidades de aumentar efeitos indesejados nos incentivos de outros agentes da sociedade serem amparados pela política.

A delimitação e a mensuração do público-alvo são passíveis de ser elaboradas por meio de estudos e estimativas sobre a ação que se pretende implementar - fato que é esperado na formulação da política pública. No referido **Manual** também se demonstra qual a unidade de público-alvo a ser enquadrada na formulação da política pública, como: pessoas, grupos específicos, empresas, famílias, dentre outros setores que compõem a sociedade.

Os gestores também devem saber a quem, de maneira direta e imediata, a política irá amparar, a fim de aumentar os efeitos desejados e diminuir os indesejados. Para ajudar nessa parte da elaboração da política, os administradores da ação devem se perguntar sobre os incentivos gerados, localização e distribuição territorial; e progressividade da política pública, segundo o guia da Casa Civil da Presidência da República. A identificação e caracterização do público-alvo devem ser demandadas na formulação da ação, onde se deve responder: qual a população potencial; população elegível; e população priorizada.

Após a definição do objetivo e dos indicadores do público-alvo, o gestor público deverá definir as metas e os resultados esperados no que se refere aos produtos e benefícios da política proposta, fato demonstrativo de que a política está sendo bem dirigida em seu planejamento e quais os compromissos elencados (Casa Civil, 2018).

As ações a serem empreendidas no âmbito das políticas públicas dependem dos meios e instrumentos utilizados para sua implementação. A capacidade das ações públicas de atingir o público-alvo na região, de abordar as causas do problema e de alcançar, ao final da implementação da política, resultados e objetivos compatíveis com os propostos, depende fortemente dos instrumentos disponíveis, de sua aplicabilidade e da maneira como serão utilizados nas ações públicas (Casa Civil, 2018).

Embora também haja muitas tipologias na literatura sobre instrumentos, ao menos quatro categorias principais são evidentes: regulamentações, instrumentos baseados no mercado, abordagens voluntárias, e medidas informativas, segundo Jordan et al. (2013). De maneira adicional, outros instrumentos, como orçamentários (receitas e despesas, incluídas as financeiras) e extraorçamentários (incentivos e benefícios fiscais e financeiros) são levados em conta na contextura de componentes ou instrumentos utilizados para a implantação da política

(Casa Civil, 2018).

A viabilidade das políticas públicas depende da capacidade dos agentes públicos, especialmente nos seus diversos órgãos setoriais e federais, de controlar os instrumentos e mecanismos a serem utilizados. O desenho adequado dos agentes e instituições envolvidos na fase de seleção dos beneficiários é essencial para a divisão de responsabilidades e tarefas na implementação da política. Os elementos restritivos referem-se às condições e contextos específicos: disponibilidade de receitas, capacidade administrativa na execução, custo do serviço e outros agentes que afetam a eficácia dos instrumentos e comprometem os resultados, objetivos e objetivos esperados, assim como ensina o **Manual** já mencionado.

A fase da ideação da política se relaciona com um momento plural, quando há a participação de vários agentes e distintas instituições. em variados níveis de governo e da sociedade, interagindo com suas técnicas, interesses específicos e forças políticas diferenciadas. Terá relação também com os agentes que estiveram relacionados com a avaliação e diagnóstico do problema e do desenho da política que tentará resolver este, segundo o referido **Manual** demonstra.

Ainda o mesmo guia prático enfatiza que, além disso, a identificação e a modalidade de envolvimento dos agentes e instituições definem o desenho da política. Essa identificação e formato são passíveis até de ser usados para reduzir (ou pelo menos explicitar) conflitos entre as partes interessadas e se esforçar para mitigar os riscos associados às ações dos agentes que tentam controlar a formulação e a ação pública. Negociações e acordos técnicos e políticos são inerentes a contribuir para o desenho de qualquer política e dar ensejo à criação de espaços de coordenação e cooperação entre os agentes envolvidos.

O mesmo documento do órgão presidencial reafirma que a definição dos agentes e dos mecanismos institucionais responsáveis pelo desenvolvimento de políticas públicas envolve a atribuição de deveres e das responsabilidades em distintos níveis no processo de tomada de decisão e implementação. O planejamento inclui, ainda, a escolha entre possíveis opções políticas, as quais refletem a composição dos arranjos institucionais a serem estabelecidos e os agentes envolvidos. Simultaneamente, essas decisões pressupõem a compatibilidade entre as demandas legítimas da sociedade e as capacidades técnicas, políticas e financeiras das autoridades públicas.

O guia elaborado pelo Estado Maior brasileiro afirma que os arranjos institucionais são essenciais porque refletem a interdependência e a integração setorial, funcional e federativa, fundamentais para a ação pública. A consistência da formulação de políticas mantém relação com a capacidade de integrar e articular o papel do sistema de políticas públicas. Deve-se levar

em conta a ideia de que as ações de natureza territorial se relacionam com diversos agentes, abrangendo as esferas federal, estadual, distrital ou municipal. O sistema federal brasileiro exige a participação de todos os níveis de governo (federal, estadual, distrital e municipal), bem como uma definição clara de agentes e poderes. Demais disso, a relevância das situações sociais é considerada neste contexto, visto que grupos com maiores condições sociais tendem a agir ou ser parte de grupos de pressão que mais se beneficiam da ação.

A pesquisa em tela entende que as abordagens utilizadas nas políticas públicas advêm dos componentes do desenho destas, ou seja, todos os elementos que estão nas iniciativas estatais foram pensados anteriormente para que, na junção destes, dessem origem ao modo como as políticas são implementadas por órgãos, instituições, poderes de Estado ou entes federados.

Assim, essa pesquisa fez uso dos componentes elencados pela OMS em seu estudo sobre Estratégias Nacionais de Prevenção ao Suicídio que foram abordados de maneira mais ampla na Seção 3.6 deste ensaio acadêmico, a fim de se determinar quais as política públicas-padrão dentre as coletadas para o estudo.

3 O PROBLEMA DO SUICÍDIO E DAS LESÕES AUTPROVOCADAS NO MUNDO, NO BRASIL E NO CEARÁ

O suicídio é um fenômeno complexo e multicausal com impacto individual e coletivo, consegue afetar pessoas de origens, gêneros, culturas, classes sociais e idades diversos, de tal sorte que a auto inflição, ora designada, é estudada dentro das políticas públicas implementadas pelos governos. Tal problema se relaciona, etiologicamente, com uma série de agentes sociológicos, econômicos, políticos, culturais, psicológicos e psicopatológicos até os biológicos. Geralmente, indivíduos com comportamento suicida tem algum um transtorno mental, por vezes, a depressão, segundo a OMS (2021b) e OMS (2021c).

Antes da definição deste fenômeno social, é preciso informar que o comportamento autocida pode variar em grau, desde tão somente pensar em subtrair a própria vida, passando por um planejamento suicida, além da obtenção dos meios para este fim, até auto inflição consumada (Krug *et al.*, 2002).

O termo **suicídio** denota em si mesmo uma referência direta à violência e agressividade. Segundo Krug *et al.* (2002)., Sir Thomas Browne foi o primeiro a designar a palavra, em sua obra **Religio Medici** (1642). Médico e filósofo, Browne fundamentou para cunhar esse termo, nas palavras retiradas do latim *sui* (de si mesmo) e *caedere* (matar). A nova designação refletia o desejo de diferenciar entre o homicídio de si e o assassinato de outro; porém a definição mais bem-sucedida sobre suicídio foi a que apareceu em 1973, na edição Enciclopédia Britânica citada pelo Professor Shneidman (1985), a qual se define como o “ato humano de infligir a si mesmo a cessação da própria vida."

Nas palavras de Bahia *et al.* (2017, p. 2842), “o suicídio é uma autoviolência definido como um ato intencional para acabar com a própria vida”. As definições desagúam no sentido de que a intenção de se matar no ato da auto violência é o fator preponderante na definição de suicídio.

Na literatura, observa-se um fenômeno que se relaciona com o suicídio, qual seja: os comportamentos auto lesivos, provindos do comportamento intencional ou inconsciente e tem o fim de causar um dano físico ou psicológico em si (Quesada *et al.*, 2020).

Já para Bahia *et al.* (2017, p. 2842), a lesão autoprovocada é o ato de violência que a pessoa acomete a si mesma, o qual é subdividido em “comportamento suicida e em autoagressão (engloba atos de automutilação, incluindo desde as formas mais leves, como arranhaduras, cortes e mordidas até as mais severas, como amputação de membros)”.

A violência autodirigida, muito comum, está relacionada ao suicídio: é a automutilação. No caso, refere-se à destruição ou alteração direta e deliberada de partes do corpo sem intenção suicida consciente. Favazza (1999) tipificou em três categorias a automutilação: i) A automutilação maior, onde se incluem o auto cegamento e amputação de dedos, mãos, braços, membros, pés ou genitália; ii) A automutilação estereotipada, onde se observam comportamentos como bater a cabeça, morder-se, bater no próprio braço, arrancar os olhos ou garganta, ou puxar os próprios cabelos; e iii) A automutilação de superficial a moderada, situações como cortar, arranhar ou queimar a própria pele, espetar agulhas na pele ou puxar compulsivamente os cabelos, relacionam-se nestes casos.

A autolesão sem intenção suicida, assim como o suicídio, é um fenômeno complexo e multideterminado, resultado de uma interação complexa de agentes biológicos, ambientais, psicológicos e sociais. Pertence ao grupo dos comportamentos diretamente auto lesivos, intrinsecamente ligada ao fenômeno do suicídio (Quesada *et al*., 2020).

Observam-se muitos debates em não concordância sobre a terminologia mais indicada para definir o comportamento suicida. De maneira recente, a unidade ideativa que se baseia no resultado "comportamento suicida fatal" é proposta para atos suicidas que terminam em morte — e, semelhantemente, "comportamento suicida não fatal" para atos suicidas que não tem por fim o óbito (Lester,1995).

De maneira relativa, poucos países detêm dados confiáveis sobre comportamento suicida não fatal. A principal razão para isso ocorrer está nos obstáculos para se obter as informações. Somente em minoria, as pessoas que tentam o suicídio, mas não o concretizam, dirigem-se aos centros de saúde para o recebimento de tratamento médico. Além do mais, a tentativa de suicídio ainda é elencada como crime em muitos países em desenvolvimento, motivo pelo qual os hospitais não registram os referidos casos como tal situação. Para complementar, em diversos locais, não há a obrigação de comunicar os danos ou ferimentos, o que conduz à falta de recolha de informações a todos os níveis. Outras variantes, como a idade, o método de tentativa de suicídio, a cultura e a disponibilidade de serviços de saúde, também, influenciam os requisitos de notificação. Em resumo, a extensão das tentativas de suicídio não é claramente conhecida na maioria dos países (Krug *et al*., 2002).

Observa-se que, em qualquer definição de suicídio, a intenção de morrer é um termo-chave. Por diversas vezes, contudo, é sobejamente difícil de refazer os pensamentos das pessoas que concretizam o ato, a menos que tenham feito declarações evidentes sobre as suas intenções antes de virem a óbito ou tenham deixado uma nota de suicídio. Nem todas as pessoas que sobrevivem, entretanto, após uma tentativa de suicídio pretendem viver, assim como nem

todas as mortes por suicídio são planejadas. De tal sorte, a conexão entre intenção e resultado é passível de trazer certa ambiguidade. Em vários sistemas jurídicos, uma morte é classificada como suicídio se as circunstâncias forem consistentes com suicídio, e caso o homicídio, a morte acidental e causas naturais forem descartadas (Krug *et al.*, 2002).

A diferença dos comportamentos suicidas que desembocam para o suicídio e os que não resultam na retirada da própria vida está na intenção de morrer. Os pesquisadores mostram que deve existir autorrelato. Foi convencionado que qualquer comportamento onde se verifica a intenção de morrer é suicida, e que devem existir três subagentes: a ideação, o plano e a tentativa suicida, a fim de que seja considerado um comportamento suicida (Quesada *et al.*, 2020).

De acordo com o CID-11, Código Internacional de Doenças para Estatísticas de Mortalidade e Morbidade, em sua 11ª versão, observa-se que o código para a autolesão intencional com o objetivo de causar a morte da própria pessoa, ou seja, obter o suicídio é XE97V.

Já o Código XE5D6 é designado para a autolesão, automutilação, cortes ou mutilação intencional realizada com outros motivos que não sejam causar a morte da própria pessoa, verificando-se, com efeito, que o código é definido para a autolesão sem a intenção de obter a própria morte.

O Código XE25F é utilizado para informações de que uma pessoa competente (por exemplo, psiquiatra ou médico legista) concluiu que não poderia ser determinado se a autolesão intencional foi realizada com a intenção de morrer. Não havia informações disponíveis ou as informações eram insuficientes.

Assim, neste ensaio, além do suicídio propriamente dito, são considerados os comportamentos auto lesivos com a intenção de se conseguir o suicídio, ou seja, sob o Código XE97V, ou sem a intenção da retirada da própria vida, por parte da pessoa, o Código XE5D6. É importante comentar que, nesta investigação, os comportamentos auto lesivos têm sinônimos: lesões autoprovocadas, leões auto infligidas, autolesões e violência autodirigida.

3.1 Histórico sobre o estudo do suicídio dentro das ciências sociais

Douglas (1970, p. 8) evidencia que o estudo estatístico do suicídio, em seus primórdios, era considerado como um instrumento para analisar a moralidade da sociedade. As estatísticas de suicídio eram agrupadas em uma categoria denominada "estatísticas morais", ao lado de outros eventos, como assassinatos e crimes diversos.

No século XVIII, o suicídio era predominantemente abordado como uma questão moral, refletindo as preocupações éticas e religiosas da época; no entanto, com a mudança para o século XIX, essa perspectiva se transformou, e o autocídio passou a ser visto como um problema social crescente, que necessitava de uma análise mais aprofundada e explicações sociológicas, segundo Lukes (1973)

Essa transição reflete uma mudança no foco de análise, de uma visão moral e individual para uma compreensão mais ampla, que considera os agentes sociais e estruturais envolvidos no fenômeno, conforme tradução livre das palavras de Lukes (1973, p. 19): "Durante dois séculos, o suicídio foi objeto de um debate amplo e contínuo. Inicialmente tratado, em grande parte, como um problema moral no século XVIII, passou a ser considerado, no século XIX, como um crescente problema social que exigia explicação."

Ao expressar um panorama do desenvolvimento dos estudos sobre suicídio na Europa durante o século XIX, Lukes (1973) informa que, nesse período, o aumento no trabalho estatístico e interpretativo em países como França, Bélgica, Alemanha e Itália levou ao estabelecimento de variadas correlações entre as taxas de suicídio e distintos agentes sociais e não sociais. Agentes como ocupação, urbanização, religião, mudança social, hereditariedade, raça e clima foram objeto de análise, com o objetivo de entender as variações nas taxas de suicídio.

Em adição, havia um debate não resolvido sobre a relação entre suicídio e transtornos mentais. Tinha curso, também, um consenso entre os estudiosos de que o aumento nas taxas de suicídio estava relacionado à desintegração da ordem social tradicional e ao avanço do industrialismo. Esse contexto revela um campo de estudo particularmente rico em evidências comparativas e sistemáticas, com diversas hipóteses explicativas e implicações de grande alcance.

O acúmulo de informações estatísticas sobre o suicídio, à extensão do tempo, propiciou a formulação de várias correlações e hipóteses, para relacionar as taxas de suicídio a uma gama de agentes, tanto sociais quanto não sociais (Nunes, 1998).

Dentre os pioneiros na investigação sobre o suicídio, sobretudo com estudos estatísticos, encontra-se Émile Durkheim. O Filosofo e sociólogo francês, em sua obra **O Suicídio,** o define como “todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir este resultado” (1983, p. 167). Ainda o Mestre de Bordeaux ensina que, “a tentativa é o ato assim definido, mas interrompido antes que a morte daí tenha resultado”.

Com base na definição de suicídio elaborada por Durkheim, verifica-se uma distinção nos atos de se cometer suicídio em ato positivo ou negativo, conforme explicação a seguir: i) O ato positivo observa-se quando o sujeito, por ação voluntária, dá fim a própria vida de maneira ativa, por exemplo, fazer uso de veneno para tal; ii) Já o ato negativo se relaciona com a omissão de uma ação necessária para que sua vida continue preservada; tem-se como exemplo o não uso de um medicamento necessário à manutenção de sua existência.

A expressão "direta ou indiretamente" introduz uma diferenciação similar à classificação anterior, uma vez que a ingestão de veneno causa a morte imediata, enquanto a permanência em uma situação de extremo frio ou a recusa em tomar medicamentos é conducente ao óbito no médio ou longo prazo, alcançando o resultado pretendido.

Na visão durkheimiana, tanto os casos de morte voluntária por heroísmo ou glórias como os casos comuns de morte, gerada pelo próprio indivíduo devido a problemas emocionais, falências ou desespero, são aceitas como suicídio (Vares, 2017).

Numa remissão histórica sobre o motivo que ensejou o estudo sobre o suicídio, o clássico Sociólogo francês, em carta enviada a Bouglé, em 16 de maio de 1896, revela sua profunda imersão no estudo deste fenômeno social. Ele afirma ter pausado suas conferências para se dedicar integralmente à elaboração de um livro sobre o tema. Sua expectativa era a de que, ao ser publicada, a obra proporcionasse uma compreensão mais profunda da realidade do suicídio, um fenômeno social sobre o qual divergia de algumas perspectivas. Durkheim destaca que sua investigação se concentrava na “disposição social para o suicídio”, ou seja, na tendência de grupos sociais para o ato, abstraindo-se das manifestações individuais. Essa abordagem era fundamental para o autor, pois, como ele mesmo afirma, "a ciência não isola seu objeto de nenhuma outra maneira", conforme Lukes (1973, p. 193).

Durkheim escolheu o suicídio como objeto de estudo por diversas razões. Segundo Lukes (1973) os motivos foram: i) no contexto histórico e social, seriam o aumento das taxas de suicídio na Europa e a mudança de paradigma na compreensão do fenômeno que despertaram o interesse de Durkheim em estudá-lo; ii) no que se relaciona às características do suicídio, este era um objeto concreto, associado à sociedade e com diversas causas, tornando-o ideal para a aplicação da metodologia sociológica; iii) haver um potencial explicativo, onde seu estudo permitia a ele demonstrar os princípios de sua sociologia, compreender a "malaise geral"[2] da época e propor soluções para os problemas sociais; e iv) era um tema relevante para afirmar a sociologia como uma disciplina científica independente.

[2] Referia-se a um sentimento de desconforto ou insatisfação generalizada, que permeava a sociedade durante o final do século XIX e início do século XX.

Embora existam críticas[3] à obra de Durkheim, é inegável o seu esforço para elaborar um modelo teórico que integrasse teoria e dados. Esse modelo não apenas sistematizava preocupações anteriores, como também colocava o objeto de estudo em uma perspectiva que ressaltava a interpretação durkheimiana da sociedade, com a dissolução social como questão central (Nunes, 1998).

Baseado na compreensão de que os tipos sociais de suicídio são constituídos por via da análise das causas que os geram, em detrimento de uma classificação predefinida por suas características, Durkheim propõe uma metodologia de elaboração tipológica. Nessa abordagem, o foco recai sobre as condições sociais que influenciam os variegados tipos de suicídio. Essas condições são agrupadas de acordo com suas similaridades e diferenças, ensejando uma compreensão mais profunda do fenômeno pela via de suas causas, e não apenas de suas características superficiais. Essa metodologia, caracterizada como etiológica, pretende desvendar as raízes sociais do suicídio, oferecendo uma análise mais abrangente e elucidativa do tema (Nunes, 1998).

Observa-se que, na definição proposta pelo Pensador, o ato de tirar a própria vida é passível de decorrer de uma ação que a pessoa realiza contra si, seja de maneira direta ou indireta, sabendo de antemão que tal ação resultaria em sua morte. Após uma extensa pesquisa, o sociólogo Durkheim (1983) identificou quatro modalidades de suicídio: egoísta, altruísta, anômico e fatalista.

O primeiro tipo, o suicídio egoísta, caracteriza-se predominantemente pelo isolamento da pessoa em relação ao coletivo. Nesse sentido, essa prática é inversamente proporcional ao grau de integração na sociedade, seja em termos religiosos, políticos ou domésticos. A perda das relações entre o ser humano e a sociedade conduz a uma individualização excessiva no contexto social; contudo, mesmo nesse tipo de suicídio, ocorre que a pessoa esteja tão profundamente vinculada à sociedade e aos valores dogmáticos e normativos, que se sinta compelida pela ordem social a cometer o ato.

O segundo tipo, o de cariz altruísta, refere-se àqueles tão integrados ao grupo social que, em certas situações, sentem o dever de tirar a própria vida, muitas vezes considerado um ato de heroísmo. Nesse contexto, o suicídio é divisado como maneira positiva de ação, comumente associada a um intensivo senso de dever para com a coletividade.

---

[3] Para Raymond Aron, a abordagem de Durkheim com centralização na questão sociológica, quase que exclusivamente, esquecendo-se de outros elementos como biológicos e culturais, que poderiam ajudar a explicar as taxas de suicídio no período, tornando o trabalho reducionista; além do uso da estatística como base no estudo para a tomada de suas conclusões. (Aron, 2003)

Em seguida, o terceiro tipo é o suicídio anômico, quando o sujeito não encontra justificativa para sua existência, seja na sociedade ou em si mesmo, chegando a um estado de desordem em que a normalidade social não é mais sustentada.

O quarto tipo é o de perfil fatalista, o qual geralmente ocorre em momentos de intensa opressão social, sobretudo, em razão das instituições, onde as pessoas ficam sem perspectivas sobre a própria existência em decorrência de não aceitarem aquela condição social de vigorosos regramentos ou normatizações exacerbadas por parte das instituições, o que leva o ser humano a sentir que não está integrado à sociedade.

Para Durkheim (1983), a compreensão do suicídio como um fenômeno coletivo exige sua análise inicial sob a óptica coletiva, por via de dados estatísticos. A taxa social de suicídio torna-se o objeto principal da investigação, priorizando a análise do todo antes das partes. O autor destaca a importância de deixar de lado a pessoa na qualidade de ser único, seus motivos e ideias, para concentrar-se nos estados dos distintos meios sociais (credos religiosos, família, sociedade política, grupos profissionais etc.), que influenciam a variação das taxas de suicídio. Essa abordagem enseja a identificação das causas gerais que, posteriormente, se individualizam, produzindo os efeitos homicidas.

Tendo rejeitado os argumentos extra sociais que teriam alguma influência sobre o suicídio, as disposições orgânico-psíquicas internas, tanto normais, como anormais, as características do ambiente físico, e o processo de imitação, Durkheim, por meio da combinação da prova estatística e argumento dialético, procura comprovar as suas hipóteses (Nunes, 1998).

Outro pioneiro no estudo sobre o suicídio foi Karl Marx. Embora seja um livro pequeno em relação ao de Émile Durkheim, é uma obra que demonstra estudo sobre o fenômeno ora tratado. Em seu livro **Sobre o suicídio,** Marx (2006) reporta-se à contradição em que a sociedade trata o tema, visto que, ao mesmo tempo que ocorre este acontecimento, a matéria é tratada de modo antinatural, contra algo que própria natureza humana condena:

> Antes de tudo, é um absurdo considerar antinatural um comportamento que se consuma com tanta frequência; o suicídio não é, de modo algum, antinatural, pois diariamente somos suas testemunhas. O que é contra a natureza não acontece. Ao contrário, esta está na natureza *de nossa sociedade* gerar muito suicídios, ao passo que (os berberes e)[4] os tártaros não se suicidam (Max, 2006, p.25).

[4] No livro Sobre o suicidio, Marx deixa essa parte como nota de rodapé.

E não de hoje, todavia, essa mazela já afetava os mais diversos tipos de pessoas, como quando Marx (2006) fala sobre os arquivos de *Peuchet*[5], nos quais este tece comentários a respeito dos dados que obteve, conforme segue:

> O número anual dos suicídios, aquele que entre nós é tido como uma média normal e periódica, deve ser considerado um sintoma da organização deficiente de nossa sociedade; pois, na época da paralisação e das crises da indústria, em temporadas de encarecimento dos meios de vida e de invernos rigorosos, esse sintoma é sempre mais evidente e assume um caráter epidêmico. A prostituição e o latrocínio aumentam, então, na mesma proporção. Embora a miséria seja a maior causa do suicídio, encontramo-lo em todas as classes, tanto entre os ricos ociosos como entre os artistas e os políticos (Marx, 2006, p.23-24).

Nos documentos de *Peuchet*, segundo Marx (2006, p. 24), observa-se como esse ato já era considerado uma epidemia na época, porém ele já mostrava hipóteses para a possibilidade de ocorrer assim tal ato. Como, porém, fora evidenciado pela OMS em seu relatório de 2021, com dados coletados de todo o mundo, fortificam-se as hipóteses do antigo policial parisiense como possíveis causas dessa prática, assim como demais acontecimentos passíveis de ocorrer no transcorrer da vida humana, *in verbis*:

> As doenças debilitantes, contra as quais atual ciência é inócua e insuficiente, as falsas amizades, os amores traídos, os acessos de desânimo, os sofrimentos familiares, as validades sufocantes, o desgosto de uma vida no monótona, um entusiasmo frustrado e reprimido são muito seguramente razões de suicídio para pessoas de um meio social mais abastado, e até o próprio amor à vida, essa força enérgica que impulsiona a personalidade, é frequentemente capaz de levar uma pessoa a livrasse de uma existência detestável (Marx, 2006, p.24).

Na contemporaneidade, o estudo sobre o suicídio continua relevante, sobretudo com o aparecimento de variados pesquisadores que estão dando prosseguimento em trabalhos sobre a temática, mas sempre utilizando a base dos pesquisadores clássicos.

Anthony Giddens (1981, p.87), ao explicar as ideias de Durkheim que definiu o suicídio como um fato social, diz que “uma taxa de suicídio é mais que um índice de incidência de atos de autodestruição”, isto é, sendo em si mesmo um fato social, é “consequência de um conjunto complexo de eventos que envolvem numerosos agentes sociais: parentes, amigos, médicos, polícia, magistrados, encarregados de investigar casos de morte suspeita etc.”.

Na atualidade, de acordo com Leenaars (2010), Shneidman, psicólogo e um dos principais “suicidólogos” no mundo, defende a ideia de que, desconsiderando toda a biologia e

[5] *Peuchet,* em suas memórias escritas, já idoso, cujo material ele reuniu em parte dos arquivos da polícia de Paris, visto ter exercido tal função, e só autorizou que viessem a ao conhecimento de todos após sua morte, de tal sorte que não o colocassem entre os "precipitados" socialistas e comunistas, que, no sarcasmo de Marx, “como é sabido, carecem completamente da profundidade admirável e dos conhecimentos abarcantes da nata de nossos escritores, burocratas e cidadãos militantes”.

a genética, o suicídio é essencialmente uma dor psicológica. Não é completamente assim, e talvez nem centralmente, mas a grande contribuição de Shneidman foi a explicação dessa dor como algo insuportável.

Do ponto de vista de Shneidman, segundo Leenaars (2010), a visão dos agentes psicológicos no suicídio, a característica principal em todos os casos é a dor psicológica. Todos os estados afetivos (como raiva, hostilidade, depressão, vergonha, culpa, falta de afeto, desesperança etc.) têm relevância para o suicídio somente na medida em que se relacionam à dor psicológica insuportável. Se, por exemplo, sentir culpa ou depressão, ter uma má consciência ou uma raiva inconsciente esmagadora torna alguém suicida, isso ocorre apenas porque é doloroso. Sem dor psicológica, não há suicídio.

Todo o trabalho do Professor Shneidman se relaciona à dita dor psíquica, todos os estados emocionais se relacionam à dor psicológica a qual a pessoa não a consegue mais suportar, ou seja, a situação na qual esta se encontra vai se tornando cada vez mais dolorosa.

Outro estudioso sobre o suicídio atualmente é o Professor da Universidade de Stocktn, David Lester, e, assim como o Professor Shneidman, este é um "suicidólogo". Desenvolveu um trabalho, juntamente com o Professor Larry Trexler, em 1974, sob o título, em livre tradução: **A Medição do pessimismo:** a escala de desesperança.

No referido estudo, aplicou-se uma escala desenvolvida para quantificar a desesperança a 294 pacientes hospitalizados que tentaram suicídio, 23 ambulatoriais de clínica geral, 62 outros hospitalizados que o tentaram e 59 pacientes psiquiátricos deprimidos.

Com os resultados encontrados pelo Professor Lester e seu colega, Trexler, naquele ano, os mesmos observaram que os pacientes com depressão tinham uma atitude surpreendentemente negativa sobre o futuro e, com isso, inferiram que a gravidade com a qual os indivíduos empregavam na tentativa ou na realização do suicídio, estava mais intrinsecamente interligada com as esperanças negativas sobre o porvir do que com os transtornos mentais, especificamente, a depressão (BECK *et al*, 1974).

O psiquiatra-pesquisador britânico Keith Hawton (2024), destaca iniciativas específicas de prevenção em saúde pública, no que se refere ao fenômeno do suicídio e suas vertentes, as quais incluem: restrição de acesso aos métodos de suicídio; prevenção de suicídios em locais públicos; reportagem responsável sobre suicídios na mídia; mensagens positivas sobre enfrentamento de adversidades; influências das mídias sociais no comportamento suicida; detecção e gerenciamento de *clusters*[6] de suicídio; programas de prevenção em

[6] Múltiplos casos de suicídio em curtos período em determinada área. (Hawton, 2024)

ambientes educacionais; e apoio para pessoas enlutadas por suicídio. Já nos desenvolvimentos clínicos, o professor demonstra as iniciativas necessárias, quais sejam: gestão terapêutica de risco e planejamento de segurança; intervenções para pessoas que se agrediram; maior reconhecimento de transtornos "neurodesenvolvimentais" associados ao suicídio; e tratamentos específicos para pessoas em risco de suicídio (cetamina, lítio e eletroconvulsoterapia).

A pesquisadora Maria Cecília Minayo, renomeada, sobretudo, em pesquisas que versam desde saúde pública, metodologia de pesquisa científica e violência. Minayo, ao elaborar conceitos sobre o suicídio, a mesma entende que o suicídio é um fenômeno, no qual sua origem advém dos fatores mais diversos desde sociais, culturais a psicológicos. Ela defende o argumento da necessidade de abordagens que englobam múltiplas disciplinas, além de abrangentes e integradas, levando em consideração as idiossincrasias e especificidades de cada grupo, para se compreender e prevenir o problema (Minayo; Cavalcante, 2010).

Minayo denota o quanto é crucial a criação de iniciativas públicas de promoção à saúde mental e ao bem-estar social para redução das taxas de suicídio. Outras medidas como a capacitação e o treinamento de profissionais treinados, capazes de identificar e agir em casos de risco; o fortalecimento das redes comunitárias de apoio; e investimentos em pesquisa sobre os agentes de risco que possam levar ao suicídio, no que concerne à populações vulneráveis (Minayo, 2019; Minayo; Cavalcante, 2010).

O pesquisador Paulo Amarante tem um enfoque mais voltado ao atendimento humanizado às pessoas com tendências ao suicídio no sistema de saúde mental brasileiro (Amarante, 2023a, 2023c). O acadêmico-pesquisador tem o entendimento que o suicídio, como um fenômeno complexo que é, tem sua gênese na influência de variáveis econômicas, sociais e culturais. Amarante (2023a) defende a abordagem integral que transpasse a medicamentosa, levando em consideração o aspecto social. Apoia também a capacitação de profissionais no combate em casos de risco e o aumento da força da rede de apoio. Demais disso, a utilização de políticas públicas abrangentes e integradas que façam a promoção da saúde mental mediante iniciativas intersetoriais, como a assistência social, a educação e o trabalho, segundo Amarante (2023b), assim como investimentos em pesquisas nessa seara.

Neury Botega, professor da Universidade Estadual de Campinas e psiquiatra, procede aos seus trabalhos na temática tendo como foco o manejo de crises suicidas e o estudo deste, sob uma óptica da importância de abordagens de clínicas eficazes e humanizadas (2018). O pesquisador compreende também o suicídio como um fenômeno multifatorial. Ele defende a avaliação clínica cuidadosa com o intuito de identificar pessoas em risco, assim como intervenções adequadas (2022).

O pesquisador postula iniciativas abrangentes e integradas com diversos setores da sociedade. Também destaca como fundamental a implementação de ações de conscientização na área da saúde mental, formação de profissionais, ampliação de redes de apoio e investimentos em pesquisa na área (2022).

José Manoel Bertolote, também é psiquiatra, além de ser uma referência global sobre o suicídio e sua prevenção, recebendo prêmio da OMS. Este também entende o suicídio como um fenômeno complexo e multifacetado. Compartilha da visão da necessidade de ações interdisciplinares, abrangentes e integradas para o entendimento sobre o suicídio e o seu enfrentamento, assim como os demais pesquisadores, além de enfatizar a importância de iniciativas públicas direcionadas à saúde mental e ao bem-estar, com fulcro na diminuição das taxas de suicídio (2013, 2018).

A professora Alexandra Bitencourt, atuante na Psicologia e na Saúde Pública, tem uma abordagem sobre a temática relacionada aos povos indígenas (2024). A pesquisadora compartilha da mesma lógica de outros pesquisadores sobre o suicídio, porém ela foca nos povos indígenas, ou seja, ela compreende que o fenômeno do suicídio nos povos originários é desencadeado de maneira multifatorial. Ela destaca a necessidade de se averiguar as diferenças de cada etnia, quando aborda os agentes de risco protetivos que se relacionam ao comportamento suicida. A autora, em suas pesquisas, observa a integração entre as particularidades culturais dos povos originários e a interdisciplinaridade necessária na abordagem, ao lidar com políticas públicas orientadas a estes grupos (2020, 2024).

Após estas considerações sobre estes pesquisadores clássicos e contemporâneos no estudo ora efetivado, aparecem estas indagações: - por que o índice de suicídio começou a ser medido? O que foi feito com a medição? Houve redução neste índice? São algumas perguntas que conduzem a se refletir sobre a matéria no mundo, no Brasil e no Ceará.

3.2 Dados sobre o suicídio e a automutilação no Mundo e no Brasil

A quantidade de suicídios tem aumentado em várias partes do mundo, segundo o Boletim Epidemiológico Brasileiro, elaborado pelo Ministério da Saúde (MS), publicado em 2021, com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), mostra que mais de 700 mil pessoas retiraram a própria vida por ano, o que dá em torno de um suicídio a cada 45 (quarenta cinco segundos) em todo o globo, sendo a quarta causa de mortes de jovens entre 15 a 29 anos (Brasil, 2021b).

A literatura mostra que os suicídios são evitáveis, porém é necessário desenvolver medidas preventivas integradas e abrangentes com diferentes áreas da sociedade, como a educação. Entre as estratégias para prevenir o suicídio é necessário o envolvimento de líderes e profissionais de saúde para planejar as ações e definir medidas de prevenção ao suicídio e articulação intersetorial com a formação de redes de suporte da comunidade (Sousa *et al*, 2021).

Discutir o tema sem medo e abordar o estigma, bem como conscientizar e promover sua prevenção pode ajudar a enfrentar o problema de saúde pública do suicídio. A ampliação da rede de atenção em todos os níveis de complexidade também é uma medida fundamental, em especial no ambulatório especializado e no atendimento de crise e emergência.

Conhecer e estudar o fenômeno é de suma importância para o desenvolvimento de políticas públicas que permitam que o problema seja tratado e prevenido de forma correta, segundo o Ministério da Saúde (2021a). Isto se torna mais justificativa para a execução da pesquisa em tela.

Até mesmo os profissionais da saúde demonstram certa preocupação, e evitam receber pacientes que tenham propensão a realizar esse ato, pelo fato de serem julgados em caso de algum paciente destes resolver encerrar a própria vida, como nas palavras de Botega (2015, p.27): “o medo de ser responsabilizado pela morte de um paciente leva muito profissional a evitar o trabalho com pessoas potencialmente suicidas. Entre os que aceitam o desafio, o temor tende a obscurecer as percepções, o que pode levar a um manejo equivocado e com pouca base em considerações mais aprofundadas”.

A pessoa suicida, consoante expressa Pereira (2022), geralmente, manifesta desesperança por meio de pensamentos e crenças, caracterizada por uma visão negativa, vazia e sem esperança do futuro. As intervenções são baseadas em uma relação terapêutica segura e colaborativa, utilizando estratégias psicoeducativas, resolução de problemas, estratégias de controle de impulsos e procura de apoio social.

A intervenção multidisciplinar, muitas vezes, é imprescindível por meio de campos como a Psiquiatria e o Serviço Social, que, juntamente com o processo psicoterapêutico, tentam estimular a esperança no paciente.

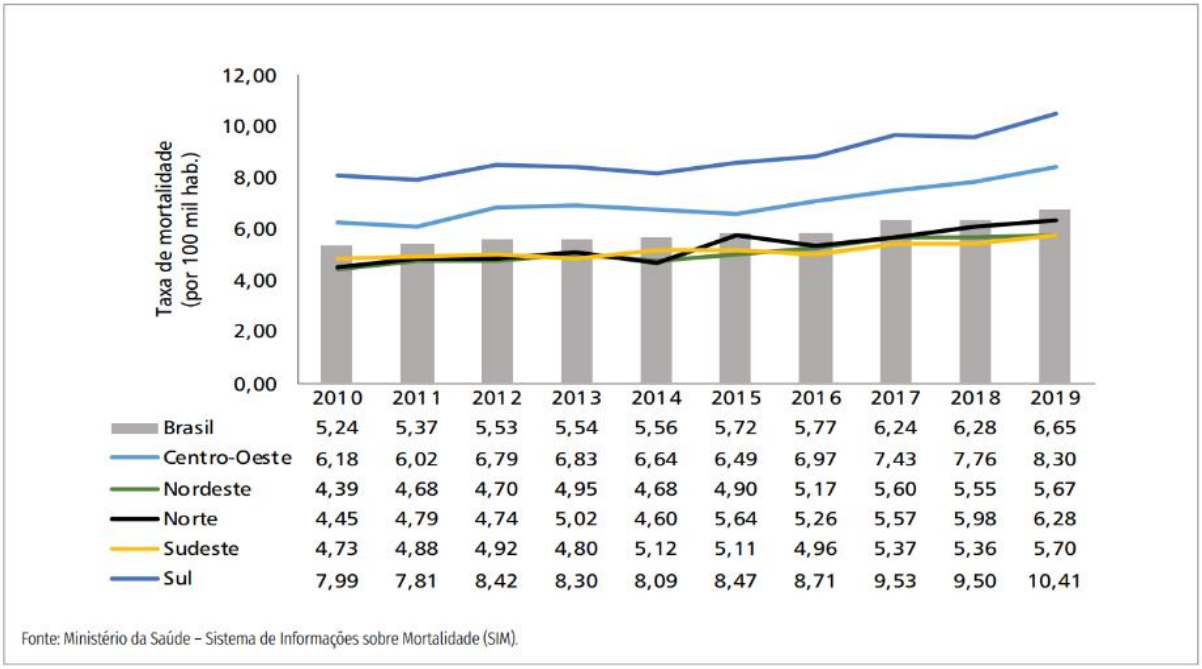
Já a Estratégia Global e Nacional para a Prevenção do Suicídio enfatiza o papel do médico da atenção primária no reconhecimento dos sinais de comportamento suicida em seus pacientes, a fim de adotar uma abordagem preventiva. A literatura mostra que esse fenômeno já esteve associado ao adoecimento mental no passado, tornando-o o tema icônico da psiquiatria, mas hoje se sabe que nem todos os suicídios são cometidos por pacientes psiquiátricos (Ramos; Falcão, 2011).

Pressupõe-se que as tentativas de suicídio sejam 10 vezes mais comuns do que os suicídios concretizados e que entre 15% e 25% dos que tentaram o farão novamente no ano posterior, e 10% terão sucesso em dez anos (Ramos; Falcão, 2011).

É salutar unir o processo terapêutico a outras estratégias, também basais, no tratamento do paciente em crise suicida, como ações em todos os seus contextos - familiar, social e profissional - sempre fazendo orientações no sentido de sua saúde mental. Não é prejudicial repetir a ideia de que, consoante Marback e Pelisoli (2014, p. 128): "(..) torna-se importante aliar o processo terapêutico a outras estratégias, também fundamentais no tratamento do paciente com crise suicida, como ações no âmbito familiar, social e profissional do indivíduo sempre as direcionando a favor da sua saúde mental".

O estudo do Ministério da Saúde do Brasil (2021a) mostra que entre 2010 e 2019, houve 112.230 mortes por suicídio no Brasil, com o número anual de mortes aumentando 43%, de 9.454 em 2010 para 13.523 em 2019. A análise das taxas de mortalidade ajustadas para este período mostrou que o risco de mortalidade aumentou.

Gráfico 1 - Evolução das taxas de mortalidade por suicídio, ajustadas por idade, segundo região. Brasil, 2010 a 2019



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Brasil	5,24	5,37	5,53	5,54	5,56	5,72	5,77	6,24	6,28	6,65
Centro-Oeste	6,18	6,02	6,79	6,83	6,64	6,49	6,97	7,43	7,76	8,30
Nordeste	4,39	4,68	4,70	4,95	4,68	4,90	5,17	5,60	5,55	5,67
Norte	4,45	4,79	4,74	5,02	4,60	5,64	5,26	5,57	5,98	6,28
Sudeste	4,73	4,88	4,92	4,80	5,12	5,11	4,96	5,37	5,36	5,70
Sul	7,99	7,81	8,42	8,30	8,09	8,47	8,71	9,53	9,50	10,41

Fonte: Ministério da saúde – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

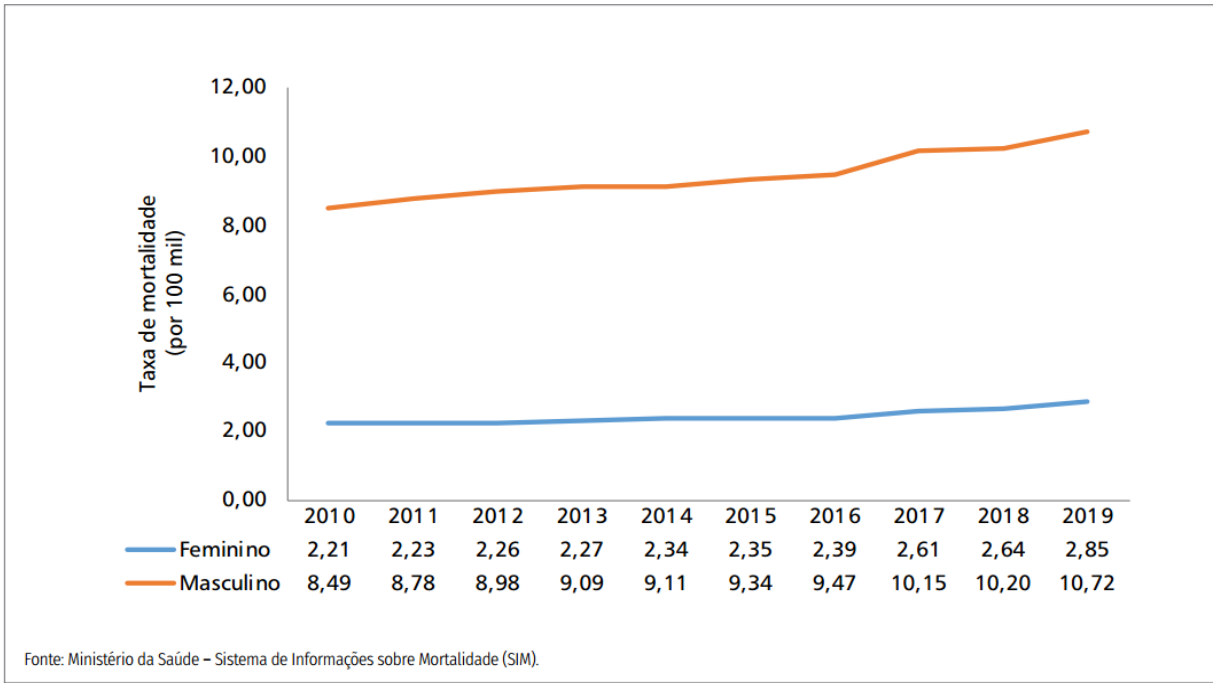
O suicídio aumentou em todas as regiões do Brasil. Estima-se que a população do Brasil aumentou de 190.732.694 para 210.147.125 no mesmo período, ou seja, 10,17%. A taxa

nacional em 2019 foi de 6,6 por 100.000 habitantes. As regiões Sul e Centro-Oeste se destacam por apresentar as maiores taxas de suicídio entre as regiões brasileiras.

A região Sul do país, nesse estudo epidemiológico apresentou o maior número de casos de pessoas que tiraram a própria vida no ano de 2019, sendo o Rio Grande do Sul e Santa Catarina com a maior taxa de mortalidade por suicídio para cada 100 mil habitantes, respectivamente com 11,8 e 11,0.

O Boletim do MS também traz dados do relacionamento de suicídio entre homens e mulheres, onde aqueles apresentaram um risco 3,8 vezes maior de morte por esta causa que em mulheres, com taxas de mortalidade em relação a 2019, respectivamente, de 10,72 e 2,85, a uma taxa de mortes por 100 mil habitantes.

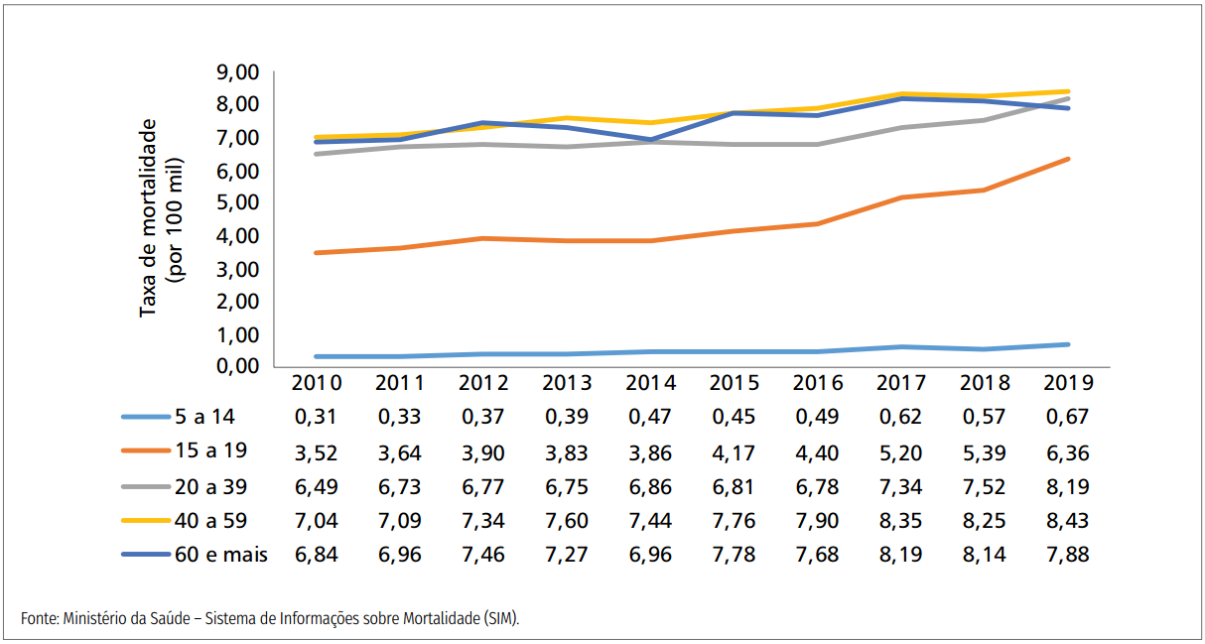
Gráfico 2 - Evolução das taxas de mortalidade por suicídio, ajustadas por idade, segundo sexo. Brasil, 2010 a 2019



Fonte: Ministério da saúde – Sistema de informações sobre Mortalidade (SIM).

Destaca-se que este fenômeno social ocorre em todas as faixas etárias, porém um dado relevante foi a verificação do aumento da taxa do número de casos em adolescentes, um acréscimo de 81% no período estudado, ou seja, de 2010 a 2019. Em números brutos foram incialmente 606 óbitos contra 1022 no final do período avaliado, com uma taxa de 6,4 suicídios para 100.000 habitantes.

Gráfico 3 - Evolução das taxas de mortalidade por suicídio, segundo faixa etária. Brasil, 2010 a 2019



Fonte: Ministério da saúde – Sistema de informações sobre Mortalidade (SIM).

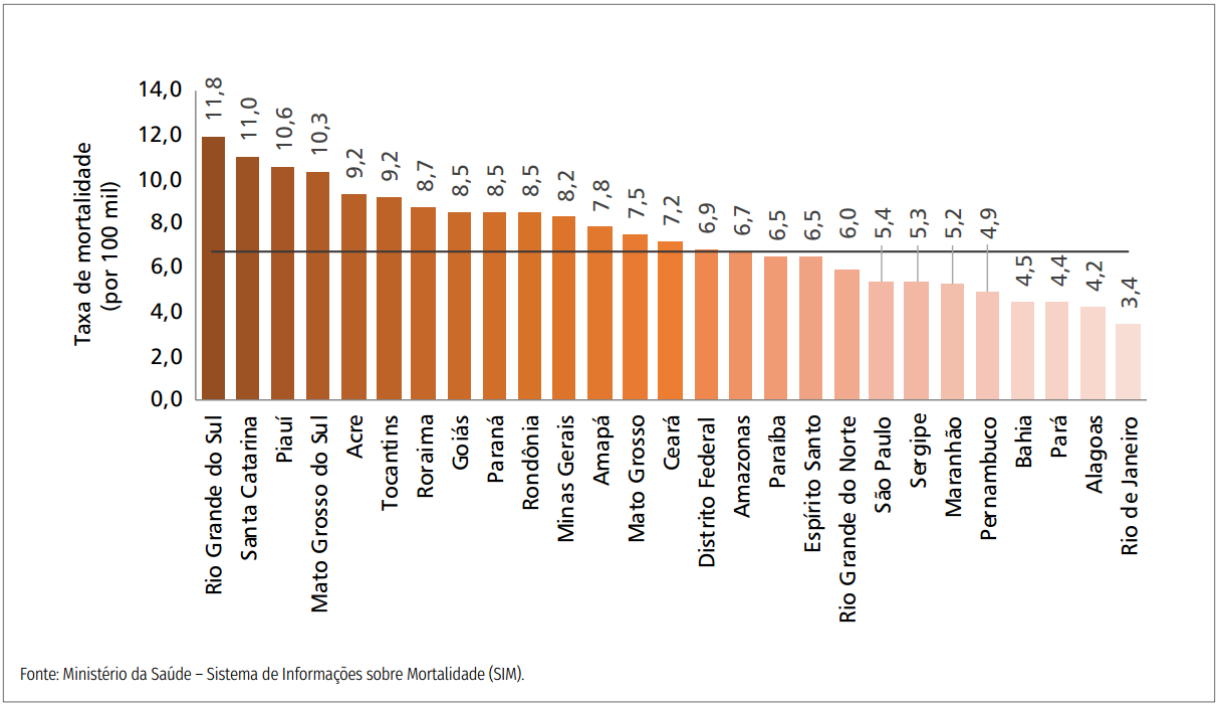
Apesar do boletim epidemiológico mostrar como a população idosa, 60 anos e mais, ser a que mais comete suicídios, a população jovem, 15 a 19 anos, foi a quarta com a maior taxa de mortes por 100 mil habitantes no país, segundo MS (2021) . As evidências mostraram um risco ainda maior de suicídio para grupos em situação de vulnerabilidade, como migrantes e refugiados, população LGBT e povos indígenas, conforme (OMS, 2021b).

As taxas de mortalidade causadas por suicídio, ajustadas por idade, no ano de 2019, na região Nordeste, embora tenha sido a menor, com valor de 5,67, ressalta-se que o suicídio, assim como a violência autoprovocada, também estudada no boletim epidemiológico já mencionado, são ainda estigmatizados e subnotificados.

No mesmo relatório, o Estado do Ceará se encontrava na 14ª posição, com a taxa de mortes por suicídio em 7,2 para cada 100 mil habitantes, o que é superior à taxa nacional, que é de 6,6 para cada 100 mil habitantes (Brasil - Ministério da Saúde, 2021a).

Traçar o perfil epidemiológico dos suicídios no Brasil é importante sobretudo para a coleta de indicadores que são de suma importância para a elaboração de políticas públicas de prevenção a este mal.

Gráfico 4 - Taxas de mortalidade por suicídio, ajustadas por idade, segundo UF. Brasil, 2019



Fonte: Ministério da saúde – Sistema de informações sobre Mortalidade (SIM).

A automutilação se mostra como um problema de saúde pública no Brasil extremamente grave, visto que o mesmo tem uma amplitude de ocorrência em pessoas de todas as idades. Há cálculos estatísticos de que, aproximadamente 4,5% da população brasileira já tenha cometido contra si

No contexto desse tipo auto agressão, no Brasil, restou evidenciado que esse tipo de violência autoprovocada ocorre de maneira mais recorrente nos indivíduos com as seguintes características: pessoas brancas, com faixa etária de 20 a 39 anos, e com ensino médio completo ou incompleto.

O MS analisou dados de 2020, referentes a 113.157 casos de agressões auto infligidas, retirado do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). No estudo, sobrou verificado que na faixa etária de 20 a 39 anos há uma recorrência de 46,3% do número de casos de auto agressão, sendo esta faixa a primeira no número de casos. Já o segundo lugar ficou com as idades que variam de 15 a 19 anos, chegando a valores consideráveis em porcentagem, qual seja 23,3%.

No mesmo estudo, ao se analisar a escolaridade, restou observado que 33% dos indivíduos que se auto agrediram tinham o ensino médio completo ou por concluir. Menos de 7% conseguiram concluir o ensino superior. Com relação à etnia, como já informado

preliminarmente, a cor branca tem o maior número de casos, sendo em porcentagem de (47,3%) do número de casos. Já os indivíduos de cor preta tiveram uma prevalência de 36,8%, seguido dos indígenas com o valor de 34,2% e dos amarelos a prevalência de 23,5%.

O estudo do MS mostra o quanto essa vertente do suicídio é um sério problema de saúde públicas, onde se verifica que o perfil dos indivíduos que realizam esse tipo de auto inflição são jovens adultos, brancos e de baixa escolaridade.

Outro entendimento que se pode trazer do estudo é o fato de que a grande maioria dos casos ocorrem nas residências dos pacientes, cerca de 82% dos casos. Denotam-se dos números, uma taxa de repetição de 41% dos casos de indivíduos que praticam a auto agressão e voltam a cometê-la. Outra informação importante que se observa dos dados é que o envenenamento ocorre em 60% dos meios de uso para se realizar autoagressão, seguido de objetos perfurocortantes.

Pode-se resumir do estudo do MS, que o perfil epidemiológico das pessoas acometidas por lesões autoprovocadas é composto por adultos jovens, de cor branca, de baixa escolaridade, que realizam o ato em suas residências, e tem no envenenamento o seu principal meio.

Conhecer o perfil epidemiológico das lesões autoprovocadas também é relevante para a coleta de dados que podem vir a se tornar iniciativas públicas para a prevenção destes, e consequentemente para se conseguir a redução das taxas destas auto agressões.

Conhecer os problemas públicos, através de coleta de dados, sobretudo com uso de pesquisas, ajuda na elaboração e implementação de iniciativas públicas que permitem a prevenção destes fenômenos de maneira eficaz. Por isso, é importante o investimento em pesquisas e o constante monitoramento dos casos por parte do poder público, visto que este tem maiores possibilidades de fazê-lo devido a suas prerrogativas e o seu poder normatizador.

3.3 O suicídio e as lesões autoprovocadas no Ceará

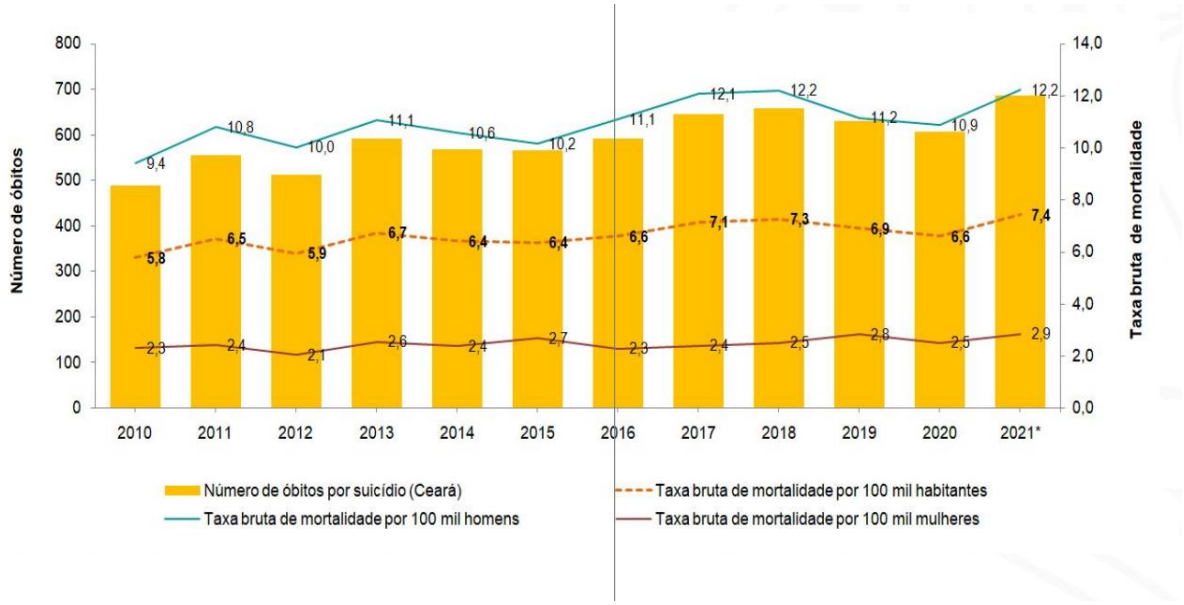
Assim como a lógica proposta no conhecimento de dados epidemiológicos sobre o suicídio e as lesões autoprovocadas no Brasil. É importante que os dados epidemiológicos cearense sobre a temática sejam observados, visto que com estas informações é possível a realização de criação e desenvolvimento de políticas públicas de prevenção a estes problemas no Estado do Ceará.

A taxa de mortalidade por suicídio no Estado Ceará teve um incremento de 27,6% entre os anos de 2010 e 2021. No sexo masculino, observou-se um maior nessa taxa, cerca de 29,8%, e no sexo feminino foi de 26,0%.

A análise do perfil dos suicídios relacionado ao sexo, na série histórica do período, demonstrou-se que a mortalidade foi maior para o sexo masculino em todos os anos sob análise, sendo a maior taxa, 12,2 por 100 mil homens, nos anos de 2018 e 2021.

No que concerne ao sexo feminino, a maior taxa aconteceu em 2021, com 2,9 óbitos por 100 mil mulheres. No mesmo ano, a taxa bruta de mortalidade por suicídio entre os homens foi 4,2 vezes maior em relação a taxa bruta entre as mulheres. Infere-se desta análise que é importante destacar que os homens apresentam maior risco de cometer suicídio no Estado (Ceará, 2022).

Gráfico 5 - Número de óbitos e taxa bruta de mortalidade (por 100 mil habitantes) por suicídio, Ceará, 2010 a 2021* (N=7.100)



Fonte: Boletim Epidemiológico do Ceará de 2022

Entre os anos de 2010 a 2021, a maior de mortalidade por suicídio ocorreu entre as idades de 20 a 39 anos, seguida da faixa de 40 a 59 anos de idade. No que se observa dos dados do Boletim, em 2021, 39,0% das vítimas de suicídio (267) encontravam-se na faixa etária de 20 a 39 anos, e 32,3% (221) na faixa etária de 40 a 59 anos.

No período, a faixa etária com maior incremento de mortes por suicídio foi a 40 a 59 anos, que passou de 26,6% em 2010 para 32,3% em 2021 seguida pela faixa etária de 60 anos e mais, que passou de 15,3% em 2010 para 20,0% em 2021 (Ceará, 2022).

As principais causas da morte por suicídio encontradas pelo o estudo cearense foram: i) lesão autoprovocada por enforcamento, estrangulamento e sufocação, sendo 79,6%; ii) seguida pela auto-intoxicação e por exposição intencional a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas não especificadas (6,1%); iii) lesão autoprovocada intencional por precipitação de um lugar elevado (2,3%); e por fim, iv) lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo e não especificados (2,2%) (Ceará, 2022).

Em resumo, o perfil epidemiológico para o suicídio no Ceará entre 2010 e 2021 é caracterizado pelo maior quantitativo de suicídios ocorrerem no sexo masculino (80,3%) dos casos, de cor parda (84,7%), com escolaridade entre 04 e 07 anos estudados (30,2%), e solteiros (58,6%). Vide Figura 1:

Figura 1 - Frequência absoluta e proporção das características sociodemográficas dos óbitos por suicídio, Ceará, 2021* (N=686)

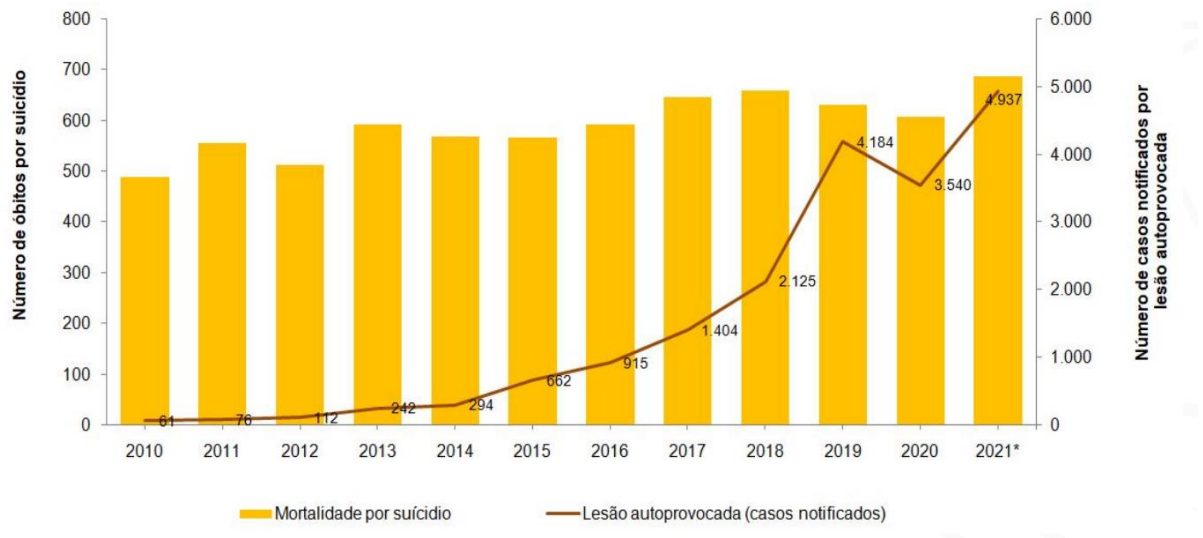
VARIÁVEIS	Mortalidade por Suicídio (N=686)	
	n	%
SEXO		
Sexo masculino	**551**	**80,3**
Sexo feminino	135	19,7
Ignorada	0	0,0
RAÇA COR		
Branca	91	13,3
Preta	10	1,5
Parda	**581**	**84,7**
Não informada	4	0,6
ESCOLARIDADE		
01 a 03 anos estudados	81	11,8
04 a 07 anos estudados	**207**	**30,2**
08 a 09 anos estudados	133	19,4
12 anos e mais	40	5,8
Nenhuma	70	10,2
Não informada	15	2,2
Ignorada	140	20,4
SITUAÇÃO CONJUGAL		
Solteiro	**402**	**58,6**
Casado	170	24,8
Viúvo	18	2,6
Separado judicialmente/divorciado	35	5,1
União estável	21	3,1
Não informado	26	3,8
Ignorado	14	2,0

Fonte: Boletim Epidemiológico do Ceará de 2022

3.3.1 As lesões autoprovocadas no Ceará

A Secretaria de Saúde do Ceará no seu Boletim epidemiológico de 2022, elaborou também um estudo sobre as lesões autoprovocadas no Estado. Através dos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), conjuntamente com à análise temporal do número de óbitos por suicídio no Sistema de Informação sobre Mortalidade SIM, entre os anos de 2010 e 2021. A figura 2 representa o número de óbitos por suicídio e de casos notificados por lesão autoprovocada.

Figura 2 - Número de óbitos por suicídio e de casos notificados por lesão autoprovocada, Ceará, 2010 a 2021



Fonte: Boletim Epidemiológico do Ceará de 2022

De chofre, observa-se que as notificações de violências autoprovocadas tiveram um grande aumento de 251,6% se forem comparados os anos de 2017 a 2021. Fato que, segundo o Boletim Cearense, demonstra que o sistema teve uma maior sensibilidade na vigilância para a busca e notificação destes eventos ao longo dos últimos anos

Observou-se que 64,6% dos casos lesões autoprovocadas ocorreram no sexo feminino e 35,3% no sexo masculino, o que demonstra uma diferença no padrão de mortes que tem maior predominância nos homens. A faixa etária de 10 a 19 anos engloba 31,1% das notificações, seguida, respectivamente, das faixas etárias de 20 a 29 anos (28,6%), 30 a 39 anos (16,6%), 40 a 49 anos (11,1%) e 50 a 59 anos (5,5%).

Ao se analisar os casos que foram distribuídos pela variável raça/cor, a maior proporção se deu em pessoas autodeclaradas como pardas (59,3%), seguidas das brancas (12,3%), pretas (4,5%), indígenas (0,6%) e amarelas (0,3%). No que concerne à variável escolaridade, com exceção dos campos 'não se aplica' e 'ignorados/brancos', segundo o Boletim Cearense, os casos notificados agruparam-se em indivíduos que detêm Ensino Médio Completo (15,9%), seguidos da 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental (10,6%) e Ensino Médio Incompleto (10,4%). Vide Figura 3.

Figura 3 - Número e proporção dos casos notificados por lesão autoprovocada, Ceará, 2021* (N=4.937)

VARIÁVEIS	Lesão Autoprovocada 2021 (N= 4.937)	
	n	%
SEXO		
Sexo masculino	1.745	35,3
Sexo feminino	**3.190**	**64,6**
Ignorado/branco	2	0,0
FAIXA ETÁRIA		
Menores de 9 anos	165	3,3
10 a 19 anos	**1.537**	**31,1**
20 a 29 anos	1.411	28,6
30 a 39 anos	820	16,6
40 a 49 anos	548	11,1
50 a 59 anos	272	5,5
> 60 anos	182	3,7
Ignorado/branco	2	0,0
RAÇA COR		
Branca	608	12,3
Preta	223	4,5
Amarela	14	0,3
Parda	**2.930**	**59,3**
Indígena	31	0,6
Ignorado/Branco	1.131	22,9
ESCOLARIDADE		
Analfabeto	53	1,1
1ª a 4ª série incompleta do ensino fundamental	162	3,3
4ª série completa do ensino fundamental	96	1,9
5ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental	524	10,6
Ensino fundamental completo	219	4,4
Ensino médio incompleto	514	10,4
Ensino médio completo	**786**	**15,9**
Educação superior incompleta	131	2,7
Educação superior completa	94	1,9
Não se aplica	132	2,7
Ignorado/Branco	2.226	45,1
ZONA DE RESIDÊNCIA		
Urbana	**3.949**	**80,0**
Rural	857	17,4
Periurbana	34	0,7
Ignorado/Branco	97	2,0

Fonte: Boletim Epidemiológico do Ceará de 2022

Sobre os métodos utilizados, verifica-se que o envenenamento ou intoxicação é a maneira mais utilizada nas tentativas de suicídio, em ambos os sexos, sendo mais prevalente no sexo feminino (55,9%) do que no sexo masculino (38,8%). A autoagressão com objeto perfurocortante foi o segundo método mais utilizado, representando 16,1% dos casos em ambos os sexos. O enforcamento foi o terceiro método, sendo mais prevalente no sexo masculino (15,5%) do que no feminino (6,1%). A força corporal/espancamento foi o quarto método, com proporções semelhantes nos dois sexos (2,1% e 2,3%).

Os indicadores sobre o suicídio e lesões autoprovocadas trazem números que auxiliam na tomada de decisões sobre as políticas públicas de combate ao suicídio, como a desenvolvida pelo *parquet* alencarino. O crescente aumento dos números de casos, como observado, obriga os agentes públicos e políticos a pensarem sobre como implementar boas políticas públicas que sejam efetivas na prevenção ou combate a este problema público.

3.4 Os agentes de risco para o comportamento suicida

Alguns agentes de risco para o comportamento suicida precisam ser conhecidos para ser possível haver pesquisas que consigam trazer respostas saneantes a estes, e assim reduzir os problemas. Os estudados aqui não são somente eles que são capazes de condicionar um indivíduo a realizar contra si o ato de cometer autocídio ou de causar lesões autoprovocadas. As investigações mostram que há um amplo espectro de agentes que aumentam o risco para o comportamento suicida (OMS,2014).

O comportamento suicida tem múltiplas causas. Os agentes que situam as pessoas sob o risco de suicídio são complexos e se inter-relacionam, além de não serem exaustivos, ou seja, nem todos são conhecidos e é possível que apareçam outros. A identificação desses agentes e a compreensão de seu papel no comportamento suicida fatal e não fatal é a base para a prevenção do suicídio (Krug *et al.*, 2002).

O acesso aos meios de realização de suicídio é considerado o maior fator de risco para tal. A proximidade ou acesso direto a meios, como pesticidas, armas de fogo, alturas, trilhos de trem, venenos, medicamentos, fontes de monóxido de carbono como escapamentos de carros ou carvão, e outros gases hipóxicos e venenosos, incrementa o risco de suicídio. Frisa-se que a disponibilidade e a preferência por meios específicos de suicídio também detêm relação direta com contextos geográficos e culturais (OMS, 2014).

Outro fator importante é a tentativa de suicídio anterior, quando a pessoa já tenha tentado uma ou mais vezes auto inflição. Até mesmo, um ano após a tentativa, o risco de morte prematura e suicídio por outras situações se mantêm alto (OMS, 2014).

Algumas práticas transmitidas nos *mass media* de maneira inadequada, como algumas reportagens, são capazes de glamorizar ou sensacionalizar o suicídio, o que contribui para os chamados "suicídios imitativos" ou Efeito *Werther*[7] entre pessoas que já estão vulneráveis por algum outro fator. Algumas matérias jornalísticas se tornam não adequadas, quando fazem a cobertura de suicídios de pessoas famosas de maneira gratuita, onde mencionam os métodos incomuns utilizados ou aglomerados dessa prática, mostrando imagens ou informações de como o suicídio foi realizado, ou tornam normal o ato como uma prática aceitável a crises ou adversidades (OMS, 2014).

Foi demonstrado que a exposição a modelos suicidas aumenta o risco de comportamento suicida em vulneráveis. Há uma preocupação crescente sobre o papel complementar que a *Internet* e as redes sociais desempenham na comunicação sobre o suicídio. A *Internet* serve atualmente como uma das principais fontes de informação sobre suicídio e contém *sites* de fácil acesso passíveis de subrepresentar o tema. *Sites* e redes sociais estão envolvidos tanto na incitação quanto na facilitação do comportamento suicida.

O abuso de álcool e drogas também tem relevante protagonismo no comportamento suicida. O estigma em torno da procura por ajuda para comportamento suicida, problemas de saúde mental ou abuso de substâncias, ou outros estressores emocionais, persiste em muitas sociedades e representa um obstáculo significativo para as pessoas obterem a ajuda de que precisam. O estigma também impede que amigos e familiares de pessoas vulneráveis ofereçam o apoio de que são factíveis de precisar ou mesmo reconheçam sua situação. O estigma desempenha um papel crítico na resistência à mudança e na implementação de intervenções de prevenção ao suicídio, conforme a OMS (2014).

Existem pesquisas que mostram que o comportamento suicida advém de causas genéticas, atribui-se essa tendência a um mau funcionamento dos neurônios que contêm serotonina no córtex pré-frontal é passível de ser um motivo da capacidade reduzida de uma pessoa resistir a impulsos de agir em pensamentos suicidas. Fato que acaba por se enquadrar em um fator de risco, ou seja, a hereditariedade (OMS, 2014).

---

[7] Termo cunhado em 1974 pelo pesquisador David Phillips para nomear o fenômeno do "suicídio por imitação". A palavra advém do personagem do livro **Os Sofrimentos do Jovem Werther** (1774), de Johann Wolfganag Goethe. Na obra é contada uma história de amor trágica onde o jovem Werther se mata, e após as pessoas na Europa lerem a obra, imitaram a personagem (Esperança, 2020).

Segundo Krug *et al.* (2002), o suicídio é capaz de ser consequência de muitas doenças severas e dolorosas, algumas incapacitantes, e a OMS (2014) também corrobora a informação. A prevalência de doenças físicas de quem comete suicídio vai de 25% a 80% entre pessoas idosas que retiraram a própria vida. E em mais de 40% dos casos, doenças físicas são compreendidas como um fator relevante ao comportamento suicida e ideação, especialmente se vierem acompanhadas de desordens de humor ou sintomas depressivos. Também é sabido que cuidados médicos reduzem substancialmente os riscos de suicídio, conforme exprime a OMS (2014).

De todo modo, sistemas de saúde de muitos países são limitados de recursos e bastante complexos. A pessoa conseguir adentrar estes sistemas é um desafio, sobretudo aos que têm baixo nível de conhecimento em saúde no geral ou ínfimo grau de entendimento em saúde mental (OMS, 2014).

Eventos de vida, também, configuram um fator precipitante para o comportamento suicida. Alguns deles são passíveis de representar "gatilhos" para agentes precipitantes via autocídio. Momentos específicos relacionados às vidas das pessoas que alguns estudos tentaram relacionar ao risco de suicídio incluem: perda pessoal, desastres, guerras e conflitos, estresses de aculturação e deslocamento, discriminação, trauma e abusos, sensação de isolamento e pouco apoio social, conflito interpessoal, um relacionamento rompido ou conturbado, orientação sexual, e problemas legais ou relacionados ao trabalho (Krug *et al*., 2002) e OMS (2014).

Em pesquisa foram identificados vários agentes sociais e ambientais importantes, os quais se relacionam ao comportamento suicida. Tais agentes incluem distintos aspectos, como a disponibilidade de meios para cometer suicídio, o local onde uma pessoa vive, o seu estatuto profissional ou de imigração, a sua filiação religiosa e a sua situação económica (Krug *et al*., 2002) e (OMS, 2014).

Deve-se notar, entretanto, que os agentes de risco listados não são exaustivos. Existem muitos outros, classificados e categorizados de variadas maneiras. A importância de cada fator de risco e sua classificação dependem de uma contextualização específica. Esses agentes são habilitados a ajudar de maneira direta para o comportamento suicida, mas também auxiliar indiretamente, ao influenciar a potencialidade individual a transtornos mentais.

Assim como cada fator de risco individual está associado aos outros, essas áreas não são mutuamente exclusivas. É muito mais útil ver os campos como um movimento do sistêmico para o individual. Na verdade, agentes de risco específicos estão em diversas dessas áreas ao mesmo tempo (OMS, 2014).

Para reduzir os agentes de risco do comportamento suicida, foram verificadas diversas abordagens para intervenções ou prevenções, dependo de cada fator, contra o referido problema. De tal sorte, a próxima subseção adentra essa seara, a fim de mostrar quais são essas modalidades de intervenção ou prevenção.

3.5 As medidas de intervenção ou prevenção ao suicídio e à automutilação

Dado o aumento geral das tendências suicidas, especialmente entre os jovens, existe uma necessidade urgente de intervenções eficazes. Como observado, há um amplo número de potenciais agentes de risco para o comportamento suicida, e as intervenções são geralmente fundamentadas no conhecimento desses agentes. Embora muitas intervenções já existam há algum tempo, poucas demonstraram influência significativa na diminuição do comportamento suicida ou alcançaram resultados sustentáveis a longo prazo (Krug *et al.*, 2002).

Políticas para a diminuição do uso abusivo de álcool são interessantes na intervenção ao comportamento suicida, como observado anteriormente. Algumas medidas de proteção contra o uso nocivo de bebidas alcoólicas são elencadas nas políticas públicas, como: liderança, conscientização e compromisso; resposta dos serviços de saúde; ação comunitária; políticas de direção sob efeito de álcool e contramedidas; disponibilidade de álcool; *marketing* de bebidas alcoólicas; políticas de preços; redução das consequências negativas do consumo de álcool e intoxicação alcoólica; redução do impacto na saúde pública do álcool ilícito e do álcool produzido informalmente; e monitoramento e vigilância (OMS, 2014).

Restrição ao meio de cometimento também é um importante ato na intervenção ao suicídio. Os principais meios utilizados são a autointoxicação com pesticidas, enforcamento e quedas. Diminuir o acesso aos meios ajuda, sobretudo, contra os suicídios impulsivos, pois, assim, há um tempo para desconsiderar a realização do ato. A implementação de estratégias para dificultar o acesso a esses meios ocorre por meio de leis e regulamentos no âmbito nacional e com a proteção de ambientes que ofereçam risco em âmbito local (OMS, 2014).

Botega (2015) aponta que muitos profissionais de saúde evitam trabalhar com pacientes potencialmente suicidas em razão do medo de serem responsabilizados por eventuais mortes, o que prejudica a percepção e o manejo adequado desses casos. Ele observa que

> (...) o medo de ser responsabilizado pela morte de um paciente leva muitos profissionais a evitar o trabalho com pessoas potencialmente suicidas. Entre os que aceitam o desafio, o temor tende a obscurecer as percepções, o que pode levar a um manejo equivocado e com pouca base em considerações mais aprofundadas (Botega, 2015, p.27)

Segundo Pereira (2022), o suicida, frequentemente, manifesta desesperança mediante pensamentos e crenças, caracterizados por uma visão negativa e vazia do futuro. As intervenções, geralmente, envolvem uma relação terapêutica segura e colaborativa, utilizando estratégias psicoeducativas, resolução de problemas, controle de impulsos e demanda por apoio social. A intervenção multidisciplinar, que abrange sendas como a Psiquiatria e o Serviço Social, é muitas vezes imprescindível para estimular a esperança no paciente durante o processo psicoterapêutico.

Sabe-se que raramente pessoas em risco de suicídio pedem ajuda, porém é possível identificar comportamentos e agentes de risco que estas pessoas exibem, segundo a OMS (2014, p. 38). Por isso, é necessário o treinamento dos chamados “porteiros”, os quais são pessoas que estão em uma posição para identificar aqueles que estejam vislumbrando a tentativa. Grupos para potenciais porteiros incluem: profissionais de saúde primária, mental e de emergência; professores e outros funcionários escolares; líderes comunitários; policiais, bombeiros e outros socorristas; oficiais militares; trabalhadores da assistência social; líderes espirituais e religiosos ou curandeiros tradicionais; e equipe de recursos humanos e gerentes.

Outro meio útil e amplamente implementado é a chamada linha de ajuda. Embora não se tenha uma relação conclusiva sobre se estas linhas de ajuda diminuem efetivamente a taxa de suicídios, apesar de reduzirem o risco.

As tentativas são presumidas como sendo dez vezes mais comuns do que os suicídios concretizados, com 15% a 25% dos que tentaram, voltando a tentar no ano seguinte e 10% conseguindo dentro de uma década (Ramos; Falcão, 2011).

É fundamental combinar o processo terapêutico com outras estratégias, abrangendo os contextos familiar, social e profissional, conforme Marback e Pelisoli (2014, p. 128), que afirmam: "torna-se importante aliar o processo terapêutico a outras estratégias, também fundamentais no tratamento do paciente com crise suicida, como ações no âmbito familiar, social e profissional do indivíduo sempre as direcionando a favor da sua saúde mental".

O acompanhamento e o apoio comunitário se mostram bem eficazes na redução de suicídios e nos tentames por pacientes no pós-tratamento, segundo a OMS (2014). Tais acompanhamentos repetidos são de baixo custo, recomendados e de fácil implementação, sobretudo em países de baixa e média renda, visto que se precisa de poucos recursos para sua implementação.

Tais acompanhamentos ocorrem por meio de envio de cartões postais, telefonemas, visitas breves, além de outras modalidades, inclusive, hoje em dia, existem serviços de chats pela internet que podem ajudar nos acompanhamentos de pessoas em crise OMS (2014).

Muito embora, haja muita complexidade de sua determinação, o suicídio é um problema passível de medidas interventivas tanto individuais quanto coletivas para o diagnóstico, cuidado, tratamento e prevenção de transtornos mentais, medidas de conscientização, promoção de apoio socioemocional, limitação do acesso a fundos, entre outros, (Zalsman. *et al.*, 2016).

Reportagens conscientes e, ainda, responsáveis sobre o suicídio devem ser realizadas na mídia. A OMS também menciona que o uso da Internet e das redes sociais tem um papel potencial na estratégia universal de prevenção ao suicídio. Alguns sítios eletrônicos promotores da saúde mental já estão mostrando resultados promissores na promoção da demanda por ajuda, mas há pouca evidência de efetividade na prevenção ao suicídio; entretanto, há bons exemplos de estratégias com este fim, como o uso de *chats online* com profissionais especializados, programas de autoajuda e terapia *online*. Também quando se verifica a indisponibilidade de computadores, como: mensagens de texto, serviços de redes sociais ou dispositivos móveis para suporte individual e terapia.

Segundo a OMS (2014), agentes de proteção também ajudam a evitar o comportamento suicida. Esses agentes auxiliam no aumento da resiliência e da conectividade. Agentes como relacionamentos pessoais fortes, religiosidade ou crenças espirituais e prática de estilo de vida com estratégias positivas de enfrentamento e bem-estar auxiliam na diminuição de risco de suicídio.

Algumas intervenções são relevantes para o sistema de saúde e agentes de risco sociais. Segundo a OMS (2014), políticas para saúde mental, sobretudo embasadas nos objetivos elencados no Plano de Ação de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde, o qual antes previa seus trabalhos de 2013-2020, e foi ampliado para 2030, quais sejam: fortalecer a liderança e a governança eficazes para a saúde mental; fornecer serviços de saúde mental e assistência social abrangentes, integrados e responsivos em ambientes comunitários; implementar estratégias para promoção e prevenção em saúde mental; e fortalecer sistemas de informação, evidências e pesquisa para a saúde mental. A taxa de suicídio é um indicador, de modo que sua redução é uma meta do plano elaborado pela OMS.

É essencial que o Estado demonstre expedientes efetivos para responder a este fenômeno que visa à prevenção do autocídio como problema de interesse público (Ramos; Falcão, 2011).

3.6 As Estratégias Nacionais de Prevenção ao Suicídio – OMS

A OMS elaborou em 2018 um manual que contém as estratégias nacionais de prevenção ao suicídio. O objetivo do documento é ajudar os governos na elaboração, revisão ou adaptação de suas ações nacionais de prevenção do suicídio para inclusão nas comunidades locais OMS (2018).

O documento destaca o fato de os governos terem capacidade para o fazer, liderar a coordenação entre múltiplas partes interessadas que de outro modo não trabalhariam juntas. Os governos têm um trabalho crucial no desenvolvimento e fortalecimento da vigilância de suicídios e suas tentativas no plano nacional.

A vigilância de prevenção do suicídio de alta qualidade deve ser considerada uma necessidade a fim de garantir dados para informar sobre as medidas necessárias. Sem vigilância de alta qualidade, a segurança de uma população está em risco.

Apesar de o documento ser para fins consultivos, ele coletou informações de abordagens e contextos de países diversos, 38 nações, que até então tinham um plano nacional próprio.

As estratégias nacionais de prevenção ao suicídio são fundamentais para alcançar o objetivo final: redução do suicídio. Existem inúmeros benefícios ao se desenvolver uma política nacional de prevenção ao suicídio (OMS, 2018).

Em uma estratégia nacional não deve haver apenas uma delineação do seu escopo e da magnitude do problema, mas, de maneira crucial, reconhecer que o comportamento suicida é um grande problema de saúde pública. Nas políticas públicas nacionais de combate ao suicídio, é muito importante que haja a compreensão no seu âmbito de que tal comportamento deve ser encarado como uma questão de saúde pública, além de ser preciso que haja uma sinalização de compromisso político para que a problemática seja abordada.

Para uma política que seja coesa, recomenda-se que haja uma estrutura organizacional, incorporando aspectos variados da prevenção ao suicídio. Também é necessário que uma iniciativa pública forneça orientação sobre atividades de prevenção ao suicídio baseadas em evidências, ou seja, deve elencar o que funciona e o que não funciona.

Outro ponto relevante que uma política pública deve abordar é a identificação dos principais agentes e lhes atribui responsabilidades específicas. Impõe-se, ainda, descrever a coordenação necessária entre esses vários grupos.

É importante também que sejam identificadas lacunas relevantes na legislação, na prestação de serviços e na coleta de dados. É preciso que sejam demonstrados os recursos humanos e financeiros imprescindíveis para as intervenções.

Fazem-se necessárias políticas deste tipo, que moldem a defesa, a conscientização e as comunicações na mídia. É importante a proposição de um quadro robusto de monitoramento e avaliação, criando assim um senso de responsabilidade entre os que respondem pelas intervenções, além de ajudar a fornecer um contexto para uma agenda de pesquisa sobre comportamentos suicidas (OMS, 2018).

Uma política nacional deve ter abordagem estratégica multisetorial, na qual deve o trabalho interdisciplinar de múltiplos setores da sociedade, não sendo apenas ações do setor da saúde, e sim, setores do trabalho, educação, justiça, bem-estar social, agricultura, negócios, defesa, leis, mídia e política. As iniciativas nacionais também devem ser abrangentes, as quais devem ter ações universais, específicas e seletivas, como orienta a OMS (2018). O governo precisa de uma abordagem estratégica e sistemática. Sem um plano de ação, é provável que não haja progresso da política.

Os elementos ou componentes que devem ter numa política nacional para que tenha sucesso e sustentabilidade, como define a OMS (2018), são os que estão à continuidade.

Identificar os responsáveis: é necessário identificar os principais interessados numa política nacional de prevenção ao suicídio, visto que envolve variados agentes e disciplinas que trabalham nesta seara, como ministérios, administrações de saúde, organizações não governamentais e sem fins lucrativos, universidades e a sociedade civil em distintos níveis (nacional, regional, distrital estadual ou provincial e comunitário).

Analisar a situação: uma análise completa da situação começa com os dados disponíveis, identifica a extensão do problema em uma área particular, se é um país ou determinada região deste. A identificação das barreiras para a implementação também é a uma parte importante para a análise da situação, e em quais barreiras estão elencadas e as soluções propostas para removê-las de maneira sistemática. Sem a identificação dos obstáculos, o plano nacional é capaz de encontrar dificuldades ao implementar suas atividades.

Avaliar os recursos: a disponibilidade e acesso a recursos humanos e financeiros são centrais para o sucesso do desenvolvimento e da implementação de qualquer intervenção em saúde pública, assim como a vontade dos gestores políticos se envolverem com os problemas-chave.

Alcançar o compromisso político: sem comprometimento político, é possível que a política pública permaneça somente no papel, seja implementada parcialmente ou nada. O

referido compromisso é essencial para garantir que a prevenção ao suicídio receba os recursos e a atenção que é requerida dos líderes nacionais, estaduais ou locais. Conseguir que esse comprometimento seja sustentável e transcenda mudanças nos governos é um processo longo e árduo, mas, caso alcance isso, tem um potencial de alcançar a população e perdurar por muito tempo.

Abordar o estigma: o estigma relacionado ao suicídio se mantém como a maior barreira para os esforços de prevenção. Aqueles que já tentaram subtrair a própria vida encaram esse problema perante suas comunidades, o que dificulta a ideação de eles pedirem ajuda. E isso é capaz de se tornar um obstáculo para acessar serviços de prevenção, nomeadamente em países onde este é considerado crime. Além do mais, esse problema afeta os registros e causa subnotificações, tanto das tentativas como do fato consumado.

Aumentar a conscientização: o desenvolvimento de um plano de prevenção oferece oportunidades para aumentar a conscientização sobre a própria inflição. Não é preciso esperar até a fase de implementação para obter ajuda da mídia na divulgação sobre a importância da prevenção deste problema. Para o sucesso deste tipo de intervenção, o público precisa compreender o problema e a necessidade para tal. A conscientização enseja maior e mais duradouro engajamento dos interessados e a adesão das comunidades.

Estabelecer objetivos: um plano de prevenção ao suicídio efetivo deve ter objetivos em paralelo e interconectados, os quais precisam estar claros.

Identificar agentes de risco e protetivos: a identificação dos agentes de risco e protetivos nos níveis individuais, familiares, comunitários e sociais, tanto para o suicídio como para sua tentativa, auxiliam a determinar o tipo e a natureza de intervenções requeridas em determinado contexto.

Selecionar intervenções eficazes: com base nos agentes de risco e de proteção relevantes, bem como na análise da situação e dos recursos atribuídos, uma política nacional e o seu plano de ação para a sua implementação sugerem o tipo e a combinação que mais se harmonizem a intervenções eficazes baseadas em evidências: universais, seletivas e indicadas.

Melhorar o registro de casos e conduzir pesquisas: o suicídio, geralmente, é mal classificado, não classificado ou subnotificado, de modo que sistemas de vigilância são necessários para melhorar a disponibilidade e a qualidade dos dados, os quais são úteis em pesquisas, importantes para entender os agentes de risco e proteção, assim como as pessoas vulneráveis em um contexto. Em complemento, as pesquisas ajudam a identificar a ligação com resultados intermediários e de interesse.

Realizar monitoramento e avaliação: o monitoramento e a avaliação devem ser planejados e acordados antecipadamente para garantir o envolvimento de todas as partes interessadas relevantes, incluindo a das pessoas chave envolvidas na implementação das intervenções e o retorno dos membros da comunidade. As avaliações são importantes para determinar se é necessário fazer alterações numa intervenção ou se esta deve ser aumentada.

Tais componentes advêm de coleta de pesquisa realizada pela Organização Mundial de Saúde em diversos países, embora o próprio documento mencione que detém um viés, pois a pesquisa não passou pela revisão de pares, mas não deixa de ser um artifício de orientação às nações, sobretudo as signatárias da ONU, como o Brasil.

Nesta Dissertação, foram utilizados os componentes previstos no documento elaborado pela Organização Mundial de Saúde, em 2018, que versa sobre estratégias nacionais de prevenção ao suicídio, com seus progressos, exemplos e indicadores. Mencionada peça mira em apoiar países em contínuo progresso em seus planos nacionais de prevenção ao suicídio e inspirar governantes e legisladores de políticas públicas a estabelecer ou revisar suas estratégias locais, a fim de engajar toda a população daquela região.

Os elementos descritos foram utilizados para se verificar quais deles constam em políticas públicas de prevenção da automutilação e do suicídio de alguns Estados brasileiros, a fim de elencar políticas públicas-padrão dentre aquelas colhidas para este trabalho.

3.7 Histórico de políticas públicas federais direcionadas ao suicídio

A trajetória das políticas públicas nacionais voltadas à prevenção da autolesão e automutilação desenha-se como um fio que atravessa o tempo, conectando ações normativas que refletem a tentativa do Estado de compreender e enfrentar um tema de incômoda profundidade. Iniciada em 2005, com passos ainda cautelosos, e culminando em 2020 na criação do Decreto que regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, essa jornada normativa revela o lento, mas persistente, amadurecimento de um compromisso estatal com o cuidado às vulnerabilidades humanas. Portarias, decretos e leis não surgem aqui como meros formalismos, mas como manifestações de uma preocupação que buscou, ao longo dos anos, dar voz a um problema muitas vezes silenciado, estruturando ações que reconhecem tanto a dor individual quanto a necessidade coletiva de enfrentá-la com empatia e clareza.

3.7.1 Portaria nº 2.542, de 2005

A Portaria nº 2.542, de 2005 marca um momento de especial relevância na trajetória das políticas públicas brasileiras, lançando luz sobre um tema muitas vezes relegado às sombras da invisibilidade: a prevenção ao suicídio. Mais do que um simples ato normativo, esta portaria pode ser compreendida como um manifesto do Estado, um gesto calculado de comprometimento com a vida e com a dignidade humana.

Ao instituir o Grupo de Trabalho destinado à elaboração e implantação da Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio, ela pavimenta o caminho para uma abordagem mais sólida, coordenada e científica diante desse fenômeno social tão doloroso quanto urgente.

A portaria também reconhece que o suicídio é um desafio superável. Ela destaca a importância de direcionar ações para grupos mais afetados, como jovens e pessoas que já enfrentaram tentativas anteriores.

É um reconhecimento de que prevenção e cuidado precisam estar no centro das políticas de saúde. Ademais, a Portaria destaca a necessidade de organizar uma rede de atendimento integral aos pacientes com casos de tentativas de suicídio, visando a minimizar os agravos decorrentes e promover uma saúde integral, facilitando a ampla recuperação desses pacientes (Fogaça, 2019).

3.7.2 Portaria nº 1.876/2006

A Portaria nº 1.876, de 2006, vislumbra, em cada linha, a construção de uma teia de solidariedade institucional e social, onde o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais, as universidades e até organismos internacionais se encontram para compor uma harmonia de vozes em torno de um objetivo comum: fazer do cuidado à saúde uma prática orgânica, capaz de atravessar as paredes frias da política pública e alcançar a textura quente da vida cotidiana.

Suas diretrizes carregam o peso de quem deseja preencher lacunas históricas. A organização de linhas de cuidado integral não surge como mera formalidade, mas como um reconhecimento de que a saúde é um entrelace de necessidades e contextos.

Do mesmo modo, o fomento a estratégias baseadas em dados e em estudos de custo-efetividade não se reduz a uma questão de números; é antes uma busca por respostas que façam sentido tanto no plano técnico quanto no humano. A portaria revela, assim, uma rara

combinação de exatidão e sensibilidade, como se cada diretriz fosse uma costura destinada a remendar uma ferida específica do tecido social.

No cerne de tudo, destaca-se a Secretaria de Atenção à Saúde, assumindo o papel de maestra na coordenação dessa sinfonia de intenções. A criação do Grupo de Trabalho, prevista pela portaria, não é apenas um ato administrativo, mas um símbolo de comprometimento com a articulação de ideias e a transformação de promessas em realidades palpáveis.

As diretrizes precisam não apenas existir, mas ser pensadas, debatidas e pactuadas, como se fossem o esboço de uma obra que só alcança sua plenitude ao passar pelas mãos de muitos. E, nesse movimento, a Portaria nº 1.876/2006 transforma-se em algo mais que um documento: ela é a tentativa de dar forma ao etéreo, de transformar o abstrato ideal de saúde pública em ações que, mesmo em sua simplicidade, carregam o peso e a promessa de uma sociedade mais justa e mais atenta às suas próprias fragilidades.

A dita portaria ministerial aceita a possibilidade de intervenção nos casos de tentativas de suicídio e que as mortes por suicídio são evitáveis por meio de ações de promoção e prevenção em todos os níveis de atenção à saúde.

Destaca-se a necessidade de organizar uma rede de atenção à saúde que garanta uma linha de cuidados integrais no manejo dos casos de tentativas de suicídio, visando a reduzir os danos e melhorar o acesso ao atendimento especializado. O suporte oferecido por organizações da sociedade civil, como os Centros de Crise, é essencial.

Nessa documentação federal, também se reconhecem os altos custos dos procedimentos necessários às intervenções pós-tentativas e a importância de promover estudos e pesquisas na área dessa particular prevenção. O papel dos meios de comunicação social é indescartável no apoio à prevenção e no tratamento humanizado dos casos de tentativas.

O documento invoca também os Pactos pela Saúde, nas dimensões Pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão, estabelecidos pela Portaria nº 399/GM/MS, de 2006, e a recomendação da Organização Mundial da Saúde para que os Estados-Membros elaborem diretrizes e estratégias nacionais de prevenção do suicídio, além da Portaria nº 2.542/GM, de 22 de dezembro de 2005, que instituiu o Grupo de Trabalho para desenvolver e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio, resolvendo-se instituir as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio.

3.7.3 Portaria nº 1.271/2014

A Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, destaca-se como um esforço concreto do Ministério da Saúde para estabelecer uma ordem precisa no monitoramento das questões sanitárias do país. Mais do que um instrumento normativo, ela se configura como uma diretriz que reconhece a importância de identificar e comunicar, de maneira coordenada, os eventos que impactam diretamente a saúde pública.

Ao definir a Lista Nacional de Notificação Compulsória, aplicável aos serviços de saúde públicos e privados, a portaria delineia um sistema que não apenas categoriza doenças e agravos, mas que também traduz a urgência de uma resposta ágil e eficaz. A comunicação, nesse contexto, deixa de ser um simples fluxo burocrático e se torna um elo indispensável na construção de um sistema de vigilância robusto, onde o diagnóstico inicial se transforma na base de uma atuação que protege vidas e evita crises maiores.

A notificação compulsória, como definida, é mais que uma formalidade administrativa; ela é o fio que liga o microcosmo de cada paciente ao macrocosmo da saúde pública. Ao tornar obrigatória a comunicação de suspeitas ou confirmações de doenças e agravos, a norma exige que cada médico, profissional de saúde ou gestor de serviço se torne parte de um todo maior, de uma rede que, por meio de vigilância e resposta coordenada, busca antecipar a gravidade antes que ela se torne insuportável.

Ao delinear os conceitos que sustentam essa prática — como o que constitui uma doença ou agravo de notificação compulsória, e as modalidades em que a comunicação deve ocorrer, sejam elas imediatas ou semanais —, a portaria oferece uma arquitetura clara e funcional.

Contudo, sua eficácia depende de algo que transcende a letra fria do texto: a disposição de quem atua na linha de frente em compreender que a suspeita, ou mesmo a possibilidade remota de um evento de saúde pública, deve ser tratada com o peso de seu potencial consequência.

Assim, a Portaria nº 1.271/2014 não se contenta em ser um instrumento normativo; ela se propõe a ser o eixo de uma engrenagem que não pode parar, porque dela depende não apenas a ordem técnica do sistema de saúde, mas a proteção da própria vida em sociedade.

3.7.4 Portaria nº 3.479/2017

O Ministério da Saúde fez uma parceria com uma sociedade civil muito importante na prevenção ao suicídio e à automutilação, Centro de Valorização da Vida (CVV), organismo não governamental que apoia diversas iniciativas de combate àqueles fenômenos.

Transformar a palavra em um canal de acolhimento, uma espécie de escudo contra o silêncio esmagador que cerca a dor emocional. Por meio das linhas telefônicas, antes apenas números em um catálogo, criou-se um espaço onde a angústia podia ser ouvida e, quem sabe, compartilhada. Ali, no anonimato da escuta, nascia uma tentativa genuína de construir pontes entre o desespero e a possibilidade de alívio.

Dois anos depois, em 2017, essa iniciativa deu um salto crucial: as chamadas passaram a ser gratuitas. De qualquer canto do Brasil, a barreira financeira deixou de ser um empecilho, e cada voz, independentemente de sua origem ou situação, pôde encontrar acolhida sem restrições. Nesse mesmo ano, o Ministério lançou o Boletim Epidemiológico e a Agenda de Ações Estratégicas (2017-2020), documentos que trouxeram ordem ao caos dos dados e das estratégias. Eles não apenas organizaram números ou delinearam planos; foram, na verdade, um chamado à ação para que a saúde pública abandonasse sua postura indiferente diante do sofrimento invisível. Representaram um momento de despertar — uma tentativa de enfrentar a dor emocional com a seriedade e a humanidade que ela sempre exigiu, mas raramente recebeu.

Ainda em 2017, como que numa evolução natural da responsabilidade pública, nasceu o Comitê para Elaboração e Operacionalização do Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio, substituindo o grupo de trabalho anterior de 2005. Esse Comitê não foi concebido como uma entidade isolada, mas como uma constelação de instituições e saberes, reunindo departamentos do Ministério da Saúde e parceiros internacionais como a Organização Pan-Americana da Saúde.

Cada órgão, cada representante, carrega em si uma fração do compromisso: da atenção básica à saúde indígena, da vigilância epidemiológica à política de humanização, o Comitê foi pensado como uma teia intricada, capaz de capturar as nuances de um problema que escapa às soluções fáceis. Não era apenas um órgão deliberativo; era um espaço vivo, em que o técnico se encontrava com o humano, e onde decisões operacionais se transformavam em atos de cuidado.

As atribuições do Comitê são, ao mesmo tempo, grandiosas e delicadas. Diagnosticar o suicídio no Brasil é mais do que reunir estatísticas: é tentar compreender os silêncios de uma nação, os vazios que se escondem entre números e rostos.

Elaborar o Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio, com base nas diretrizes nacionais e na lógica das redes de atenção à saúde, exige não só conhecimento técnico, mas uma espécie de sensibilidade quase artesanal. Implantar e monitorar esse plano é, em última análise, uma luta contra o tempo, contra as omissões, contra as dores que se acumulam em silêncio. E, mesmo diante da vastidão dessa tarefa, o Comitê se permite abrir suas portas a especialistas, convidando outras mentes e instituições para compor esse esforço coletivo — um gesto de humildade que reflete a complexidade do desafio.

Talvez o detalhe mais eloquente de tudo isso seja a ausência de remuneração para os membros do Comitê. Não há compensação material, apenas a consciência de que o trabalho é um serviço público de relevância profunda. As reuniões mensais, que podem se intensificar em momentos de necessidade, tornam-se atos de resistência diante da indiferença, encontros em que cada pauta é uma tentativa de dar forma àquilo que parece imensurável.

Sob a coordenação do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, o Comitê age como uma máquina que não se limita a funcionar; ele pulsa, conecta, age com a urgência de quem sabe que a saúde pública não é feita de números, mas de vidas. Vidas que, por mais frágeis, ainda carregam a promessa de continuidade, se amparadas no momento certo.

3.7.5 Portaria nº 3.491/2017

O Brasil, em sua tentativa de alinhar-se às grandes aspirações globais, assinou o Plano de Ação em Saúde Mental da OMS, um compromisso que ecoava tanto ambição quanto necessidade. No papel, havia a promessa de reduzir os casos de suicídio em um terço até 2020, uma meta posteriormente estendida para 2030. Sob essa lente, nasceu a Portaria nº 3.491, de 18 de dezembro de 2017, como uma peça-chave desse intrincado quebra-cabeça.

Não era apenas um decreto, mas um aceno às redes que compõem o SUS, um chamado para que a saúde pública se movesse de maneira orgânica, fluída, unindo promoção, vigilância e atenção integral em uma dança articulada dentro da Rede de Atenção Psicossocial. No fundo, porém, uma questão pairava: seria isso o bastante para combater uma questão tão complexa quanto o próprio espírito humano?

Os incentivos financeiros previstos pela portaria, meticulosamente tabelados, destinavam-se a projetos que contemplassem regiões inteiras de saúde: R$ 100 mil para uma única região, R$ 200 mil para duas, e R$ 250 mil para três ou mais. Um cálculo aritmético quase cirúrgico, mas que trazia em si o gosto amargo da insuficiência.

A essas cifras, somava-se um adicional de 10% para os entes localizados na Região Norte, uma tentativa tímida de compensar os desafios geográficos e sociais daquela vasta e negligenciada parte do país. Mesmo assim, o que se via era uma lacuna evidente entre o tamanho do Brasil e os recursos oferecidos para fechar suas feridas mais profundas. Os números pareciam pequenos demais, quase tímidos diante de um território tão gigante, como se fossem grãos de areia tentados a deter o avanço de um oceano.

A escolha dos estados beneficiados — Rio Grande do Sul, Roraima, Piauí, Mato Grosso do Sul, Santa Catarina e Amazonas — não era aleatória, mas carregava em si uma lógica de prioridades e ausências. Os cinco primeiros eram líderes tristes no *ranking* de mortalidade por suicídio, enquanto o Amazonas, décimo na lista, foi incluído por razões que vão além das estatísticas: os povos indígenas, carregando em seus silêncios uma dor que atravessa gerações, compunham uma parte significativa dos números que assombravam a região.

Esses estados, escolhidos como campos de experimentação, foram incumbidos de formular Planos Estaduais de Prevenção do Suicídio, protótipos que, no futuro, serviriam como espelho para a criação de um plano nacional. Mas, enquanto o Ministério da Saúde apoiava esses esforços técnica e financeiramente, uma pergunta permanecia: será que seis estados poderiam representar a multiplicidade de vozes, dores e contextos que compõem a complexidade brasileira?

Por fim, a Portaria nº 1.315/2018 veio habilitar oficialmente os estados selecionados a receberem os recursos. As propostas foram processadas pelo Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), uma plataforma que, em sua frieza digital, contrastava com a urgência pulsante do problema que pretendia abordar.

A burocracia, embora necessária, parecia engolir parte do que deveria ser visceral. Sob a capa de valores tabelados, prazos ajustados e anexos publicados, escondia-se uma tentativa desesperada de transformar recursos limitados em ações que tocassem a essência de uma dor tão difusa quanto individual. Não havia triunfalismo aqui, apenas o reconhecimento de que, embora essas iniciativas fossem valiosas, elas ainda navegavam aquém do desafio que enfrentavam.

O repasse dos recursos ficou sob a responsabilidade do Fundo Nacional de Saúde (FNS). A Portaria também salienta que os estados habilitados deveriam observar os termos da Portaria nº 3.491/2017, e que estes entes prestariam contas dos referidos recursos por meio de Relatório Anual de Gestão. O fomento foi oriundo do Ministério da Saúde, tendo sido onerado o Programa de Trabalho 10.302.2015.20B0 - PO 0002 (*Crack*, é Possível Vencer).

E assim foi realizado, mediante apoio técnico e financeiro, com o acompanhamento de seis estados na elaboração de seus respectivos Planos Estaduais de Prevenção do Suicídio, os quais tiveram o seu funcionamento como projetos-piloto para criação do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (Brasil - Ministério Da Saúde, 2020).

3.7.6 Lei nº 13.819, Lei nº 13.968 e o Decreto nº 10.225

A Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, ancorada na Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, não é apenas um conjunto de diretrizes formais. É, em essência, um grito tardio para enfrentar um drama que, por anos, se manteve como um sussurro engasgado nas políticas públicas brasileiras.

Projetada para ser conduzida em um esforço conjunto entre União, estados, Distrito Federal e municípios, ela carrega objetivos que transcendem a prevenção direta: promover saúde mental, ampliar o acolhimento e desarmar o silêncio que envolve esses temas. A lei não apenas aponta caminhos; ela demanda respostas concretas, como a criação de serviços telefônicos de apoio, parcerias com plataformas digitais e a obrigatoriedade de notificação de casos em escolas e unidades de saúde. Contudo, a legislação não se impõe apenas pelo que promete, mas pelo abismo que revela: o descompasso entre o sofrimento humano e as ações que deveriam mitigá-lo.

A Lei nº 13.968, de 26 de dezembro de 2019, ao redefinir o Código Penal, traz um peso distinto. Não se limita a reconhecer os atos de indução, instigação ou auxílio à automutilação e ao suicídio como crimes; ela ilumina um fenômeno contemporâneo onde o sofrimento alheio, ao invés de acolhido, é manipulado e amplificado.

Com penas que podem alcançar seis anos de reclusão, a lei endurece em situações que envolvem menores ou quando as ações ocorrem em ambientes digitais — espaços que, paradoxalmente, conectam e isolam. Mais do que legislar sobre o que é tangível, a norma tenta alcançar aquilo que é intangível: as dinâmicas de poder e exploração emocional que se escondem nas sombras das interações humanas e tecnológicas. Ela não é apenas um ato jurídico; é um reflexo de um mundo onde as fragilidades individuais se tornam armas nas mãos de outros.

Por sua vez, o Decreto nº 10.225, de 5 de fevereiro de 2020, tenta ordenar um território vasto e complexo. Regulamentando a Lei nº 13.819, ele estabelece responsabilidades que se dividem entre União, estados, municípios e sociedade civil, mas a tarefa de transformar intenções em prática muitas vezes é sufocada por sua própria escala.

As Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), apontadas como o núcleo dessa política, ainda se movimentam com uma lentidão que contrasta dolorosamente com a urgência das vidas em risco. O plano de ação, prometido pelo decreto, permanece uma lacuna, um vazio gritante em um cenário onde cada dia perdido pesa mais do que pode ser medido. O decreto, ao invés de funcionar como um motor que impulsiona a mudança, muitas vezes parece uma moldura que sustenta um quadro inacabado.

Essa lacuna de ação não passou despercebida. Em 2023, a deputada Tabata Amaral, acompanhada por outros parlamentares, apresentou um requerimento ao Ministério da Saúde, cobrando explicações sobre a implementação da política. Esse gesto, que poderia ser visto como mais uma formalidade legislativa, ecoa como um símbolo da frustração coletiva.

Não basta legislar; a política pública precisa existir no campo da prática, tocar vidas reais, preencher os vazios que, sem ela, continuam a engolir vidas silenciosamente. Cada dia de inércia, cada plano que não se materializa, é mais do que uma falha administrativa: é um espelho cruel de uma sociedade que promete cuidado, mas oferece apenas a espera.

3.8 O Programa *Vidas Preservadas*

Durante a realização desta pesquisa, não foi encontrada uma política pública de prevenção ao suicídio e à automutilação ou um plano em que fossem ditas **universais**, como defende a OMS (2018), criadas pelo Governo Estadual. Identificaram-se, entretanto, ações seletivas ou específicas para este fim no âmbito estadual, como se observa na Seção V deste trabalho, a qual trata da Coleta e Análise de Dados e Resultados.

Foram, por conseguinte, demandadas ações específicas de outros órgãos ou instituições estaduais acerca da matéria, que amparassem a população cearense de modo abrangente, como preconiza a OMS. Assim, foi encontrado o Programa *Vidas Preservadas*, o qual é enquadrável como política pública, visto que, neste trabalho, entende-se que iniciativas tomadas por instituições públicas são assim consideradas (Secchi, 2013).

Como o Programa observado é uma política pública, é possível, então, tipificá-la, e, tomando por base a classificação de Lowi, apesar de suas limitações, infere-se que esta política tem um caráter preponderantemente distributivo, visto que repassa ações a grupos específicos com um ônus não visível pela sociedade de maneira imediata e procura a resolução do problema de maneira não conflitante, onde os benefícios a grupos específicos foram encontrados, sendo assim denominada como distributiva, embora observam-se características regulatórias.

No fim de 2019, com a publicação do Ato Normativo nº 061, o Ministério Público do Estado do Ceará transformou em programa o que antes era um projeto: “Vidas Preservadas”, uma iniciativa que nasceu da inquietação diante de uma sociedade que, muitas vezes, olha para o sofrimento humano com desatenção ou desconforto.

O programa, embora formalizado em papel, não se limita às convenções de um ato administrativo; ele é, antes, um gesto de ampliação, uma tentativa de entrelaçar ações que vão desde a prevenção até a chamada “posvenção” — uma abordagem delicada, destinada a acolher os que permanecem, marcados pela ausência daqueles que se foram.

Não se trata de uma ação isolada. O programa foi construído sobre pilares de parceria, convidando órgãos públicos e organizações não governamentais a integrar uma rede que não fosse apenas funcional, mas também empática. Seu propósito não era pequeno: fomentar o debate, sensibilizar comunidades e fortalecer políticas públicas que visassem à promoção de saúde e ao cuidado integral. Mais do que respostas prontas, o “Vidas Preservadas” propunha o início de uma conversa difícil, mas inadiável, sobre o papel da sociedade e das instituições na construção de estratégias que reconhecessem a vida como um valor coletivo.

Sob a égide do Ministério Público cearense, o programa revela uma percepção rara: a de que a proteção da vida vai além de uma prerrogativa jurídica ou administrativa; ela é um dever ético, uma responsabilidade que atravessa setores e exige a colaboração de todos. Ao propor um trabalho em rede, o “Vidas Preservadas” convida cada parceiro a assumir seu lugar nesse intrincado mosaico de cuidado. Não se trata apenas de oferecer soluções imediatas ou remediar crises; trata-se de criar estruturas que acolham a fragilidade humana em todas as suas manifestações, desde o silêncio inicial até os gritos mais urgentes.

O programa, em sua essência, não apenas responde ao sofrimento; ele o legitima. Ele nos lembra que por trás de cada ato de prevenção há um reconhecimento fundamental: a de que a dor não é apenas individual, mas social. E, nesse reconhecimento, o “Vidas Preservadas” aponta para algo maior do que sua própria existência: uma sociedade que precisa reaprender a cuidar de si mesma.

Diversas ações foram estabelecidas para implementação anual, incluindo seminários, capacitações e campanhas publicitárias pelos elaboradores da política, no caso, o Ministério Público do Ceará.

Uma das iniciativas, como o Seminário de Lançamento do projeto *Vidas Preservadas* tem como objetivo ensejar debates públicos, contando com a participação de especialistas na área de prevenção, intervenção e “posvenção” do suicídio.

A capacitação denominada "Guardiões da Vida", prevista no Programa, tem o fulcro de transformar os participantes em agentes de prevenção ao suicídio. Estes são capacitados a identificar "sinais de alerta" e "agentes de risco e proteção", abordando adequadamente pessoas com ideação autocida e encaminhando-os aos serviços disponíveis na rede pública.

Outra capacitação que se encontra no Programa *Vidas Preservadas* é a denominada "Impulso de Vida", a qual objetiva preparar psicólogos que atuem no campo da educação escolar para identificar riscos em crianças ou adolescentes com ideação suicida.

A capacitação "Vida em Pauta: como Tratar o Suicídio na Mídia", constante no ato normativo do Programa, tem como propósito estimular os meios de comunicação à abordagem do tema suicídio de modo frequente e adequado.

Já a capacitação "Segurança Pública em Favor da Vida" destina-se a preparar policiais (civis e militares), bombeiros, guardas municipais e membros das Forças Armadas para atuarem ante pessoas na iminência do cometimento auto inflitivo.

No programa **Vidas Preservadas**, a coordenação é mais do que um cargo; é um ato de compromisso. A responsabilidade, confiada a um membro do Ministério Público do Estado do Ceará por designação do Procurador-Geral de Justiça, carrega consigo a tarefa de tecer as ações do programa em uma rede coerente e funcional.

O mandato de um ano, com possibilidade de renovação, coloca sobre os ombros do coordenador a missão de articular frentes diversas sem que suas funções regulares sejam deixadas de lado. Mas ele não está sozinho. Há, em torno dele, uma **Comissão Gestora**, uma espécie de núcleo estratégico, composto por representantes de áreas-chave do Ministério Público, como o Diretor da Escola Superior do Ministério Público (ESMP) e os coordenadores de setores tão variados quanto Cidadania, Infância, Meio Ambiente, Educação, Segurança Pública e Estudos Funcionais. Essa diversidade não é mero detalhe; ela reflete a amplitude e a profundidade que o programa exige.

O coordenador, no entanto, é mais do que um gestor; é o coração pulsante do programa. Cabe a ele não apenas planejar e supervisionar, mas conectar os pontos dispersos: os municípios cearenses que aderem ao programa, as entidades públicas e privadas que oferecem apoio, os promotores de justiça que fiscalizam sua execução.

A coordenação exige visão ampla e detalhismo minucioso. É ele quem organiza cursos, palestras e intercâmbios, quem assegura que o cuidado com a saúde mental não seja apenas discurso, mas prática real. E não para aí. Internamente, o coordenador deve propor e acompanhar políticas permanentes de saúde mental para os próprios membros e servidores do

Ministério Público, reconhecendo que o cuidado começa em casa, na própria instituição que carrega a bandeira da prevenção.

A **Comissão Gestora**, por sua vez, não é uma plateia passiva. Seus membros participam ativamente, trazendo sugestões, organizando seminários e capacitações, e mantendo diálogo contínuo com instituições que compartilham do mesmo objetivo: prevenir o suicídio e promover a saúde mental. Cada reunião, cada sugestão, cada ação é parte de um esforço coletivo que transcende as formalidades de um ato normativo.

O **Ato Normativo nº 061/2019**, que dá forma ao programa, delineia essas funções com clareza, mas também com uma abertura que permite adaptações necessárias. Essa flexibilidade foi reafirmada com a publicação do **Ato Normativo nº 189/2021**, que ajustou pontos da estrutura original para fortalecer o programa diante das demandas crescentes. Com essa atualização, o **Vidas Preservadas** reafirma sua essência: um programa vivo, que não se acomoda, que reconhece que o cuidado com a vida exige esforço constante, adaptação contínua e uma atenção que nunca cessa.

Dentro e fora do Ministério Público, o programa transcende a frieza das normas e a rotina dos eventos: é uma tentativa genuína de remodelar o olhar coletivo sobre a saúde mental, enxergando-a não como um tema periférico, mas como um eixo central da dignidade humana. Ao acompanhar políticas que atravessam as esferas municipal, estadual e federal, o coordenador assume um papel que vai além da supervisão; ele se torna o intérprete de realidades complexas, o elo que transforma números em narrativas, narrativas em estratégias, e estratégias em gestos concretos. E esses gestos, embora raramente contabilizados em planilhas, reverberam nas vidas que tocam, deixando marcas mais profundas do que qualquer registro estatístico poderia capturar.

No final de cada ano, esse trabalho se concretiza em um relatório apresentado ao Procurador-Geral de Justiça, mas sua verdadeira medida está nas vidas que permanecem, nas redes que se fortalecem e na esperança que cresce silenciosamente onde antes havia apenas silêncio.

As principais alterações introduzidas pelo Ato Normativo nº 189/2021 foram as inclusões de novos coordenadores na Comissão Gestora do Programa: coordenador do Centro de Apoio Operacional da Educação (CAOEDUC); e coordenador do Centro de Estudos e Aperfeiçoamento Funcional (CEAF).

No ato normativo em estudo, o procurador-geral de justiça irá definir, no ato da nomeação do coordenador, a existência e a natureza de possíveis *onera.*

A descrição dos documentos normativos evidencia o comprometimento do Ministério Público do Estado do Ceará com a prevenção do suicídio por meio do Programa *Vidas Preservadas*. As ações e a estrutura organizacional delineadas nos atos normativos destacam uma abordagem abrangente e intersetorial, fundamental para enfrentar esse grave problema de saúde pública.

Os municípios cearenses que aderiram ao Programa Vidas Preservadas somaram 103, conforme relatório com informações relevantes encaminhadas por correio eletrônico pela coordenação do Programa. No mesmo relatório, há a informação de que existem sete municípios no Estado que possuem lei municipal de prevenção ao suicídio.

Verifica-se que o Programa *Vidas Preservadas*, em estudo, desenvolve uma abordagem relevante no Ceará na prevenção ao suicídio e à automutilação, de modo que é uma política a merecer atenção nas pesquisas em políticas públicas, por ser uma iniciativa criada por uma instituição pública como o Ministério Público, e não pelo Poder Executivo, como é de praxe acontecer.

Este fato dá azo ao surgimento de uma pergunta sobre essa política pública: **- Será que uma política pública institucional, como o Programa *Vidas Preservadas,* desenvolve abordagens semelhantes às que foram implementadas pelos estados-piloto?**

4 INDICAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA

> *Que o sol não nascerá amanhã* não é uma proposição menos inteligível nem implica mais contradição que a afirmação de *que ele nascerá*; e seria vão, portanto, tentar demonstrar sua falsidade. Se ela fosse demonstrativamente falsa, implicaria uma contradição e jamais poderia ser distintamente concebida pela mente. (Destaques no original) (Hume, 2004, p. 54).

A epígrafe inaugura o capítulo com a reflexão de Hume e contém implicações interessantes para a pesquisa científica, mormente no debate epistemológico, visto que essas simples proposições, conquanto denotem certa relação com a experiência e a lógica, configuram uma inferência que precisa do princípio de causalidade. De tal jeito, não é garantido que um efeito sempre vá acontecer por uma causa baseada em experiências ou na lógica. Sabe-se, porém, que a ciência tem sua base na inferência de causa e efeito entre os fenômenos observados.

A ideia exposta, extraída do pensamento de Hume, conduz ao seguinte questionamento: - Se a causalidade não procede a uma correlação com a experiência e a lógica, como se aceitar, por assim dizer, quais resultados serão fidedignos ou falsos na pesquisa científica?

Essa ideia da indagação conduz à balha um grande debate filosófico entre os pensadores, defensores do argumento de que, com o uso de uma base de dados empírica, com métodos de estatística e por meio de experimentos, a ciência consegue relacionar a dicotomia causa e efeito, como no método cartesiano. Já outros filósofos asserem que a razão não procede do conhecimento prévio, antes, sim, algo intrínseco à mente com suporte em reflexões e definições fundamentais, como na fenomenologia.

Hume, com seu questionamento, mostra como é importante para o pesquisador que esse se interrogue quanto ao elo de causa e efeito na ciência, além de querer encontrar bases concretas na epistemologia para respaldar seus achados nos resultados da pesquisa. Salienta-se que, em trabalhos científicos, deve existir uma junção do uso de teorias e modelos de explicação, a avaliação crítica dos métodos e resultados, e não apenas se fundamentar em observações empíricas dos fenômenos.

Assim, esta parte da Dissertação tem como intuito justificar, mediante a abordagem epistemológica, a qual foi empregada na pesquisa sobre a política pública na prevenção ao suicídio, se ela se harmoniza mais ao conhecimento do tema na metodologia a ser desenvolvida.

4.1 A epistemologia

Impõe-se definir o que é o pressuposto epistemológico que, segundo Severino (2007), se refere à maneira pela qual é imaginada a relação sujeito/objeto na metodologia da pesquisa.

O pesquisador Severino (2007) ensina que qualquer tipo de cognição pressupõe algum tipo de relação entre sujeito e objeto, e, de acordo com essa relação, aporta-se a distintas conclusões. Portanto, a confirmação prévia da parte correspondente a cada um desses polos está implícita no conhecimento científico.

Vale salientar que, conforme Benevides (2008), no caminho do pesquisador, os significados não são compreendidos isoladamente e o conhecimento só é possível por meio da integração sujeito-objeto. Isso não implica uma tendência psicologizante ou simplesmente uma relativização da realidade, ao ponto de privá-la de existência.

Assim, na formulação de seu conhecimento, o pesquisador aplica essa hipótese epistemológica e, por coerência interna com ela, utiliza recursos metodológicos e técnicos relevantes e compatíveis com o paradigma que catalisa essas hipóteses. É por isso que se fala de um referencial teórico e metodológico.

4.2 Pesquisa e metodologia

Depreende-se das ideias de Marconi e Lakatos (2003) que a pesquisa é um processo formal com método de pensamento reflexivo que requer tratamento científico e é a maneira de reconhecer a realidade ou descobrir verdades parciais. É uma modalidade constante da demanda pelo que mais aproxima da verdade daquilo que se estuda, naquele momento e naquele contexto, com questionamentos fundamentados, descortinando o que estava encoberto por antigos paradigmas, apoiado por muletas do passado que já não respondem ao que se perguntava.

A pesquisa, conforme Minayo (2014), constitui a alma das ciências, impulsionando a indagação e a formulação da realidade. Por seu intermédio, o ensino se nutre e floresce. Mais do que um mero método, pesquisar representa uma atitude e uma prática teórica incessante, caracterizada pela constante procura de respostas, mesmo que provisórias, e pelo inacabado que permeia a jornada do conhecimento. Representa um *continuum* de aproximação da realidade, jamais exaurida, que entrelaça teoria e dados, pensamento e ação.

Em pesquisa há duas grandes abordagens: qualitativa e quantitativa. A distinção entre ambas na investigação da realidade social reside na sua natureza, não em uma hierarquia

de valor. Enquanto pesquisadores sociais munidos de ferramentas estatísticas intentam estabelecer modelos abstratos ou descrever e explicar fenômenos que denotam regularidades, recorrência e exterioridade às pessoas, a abordagem qualitativa se debruça sobre o universo dos significados. Essa camada da realidade, por sua natureza intangível, exige ser exposta e interpretada, em primeira instância, pelos próprios sujeitos da pesquisa (Minayo, 2007).

A abordagem quantitativa, munida de instrumentos estatísticos, floresce à caça de padrões e de regularidades em meio à complexa teia social. Mediante a elaboração de modelos abstratos e da análise de dados numéricos, os investigadores traçam um panorama geral dos fenômenos, identificando tendências e relações subjacentes. Essa metodologia, valiosa na própria essência, concede ensejo à formulação de hipóteses testáveis e à generalização de resultados para públicos mais amplos.

Em contrapartida, a abordagem qualitativa se propõe mergulhar na profundeza dos significados que permeiam a vida social. Por intermédio de técnicas - como entrevistas em profundidade, grupos focais e observação participante - os operários da ciência concedem voz aos sujeitos, levando-os a expressar vivências, percepções e interpretações da realidade.

De acordo com Minayo (2014), ensina que uma investigação quantitativa é capaz de gerar questões somente respondíveis por estudos qualitativos que fornecem um complemento completo e vice-versa. Ela, ainda, sustenta que o referencial qualitativo é o mais adequado para o estudo de situações particulares, grupos específicos e universos simbólicos.

A Pesquisadora ainda comenta que todo reconhecimento do social (pelo método quantitativo ou qualitativo) será sempre um corte, uma redução ou uma aproximação; e que estudos quantitativos e qualitativos, em vez de se oporem quando realizados em conjunto, promovem uma constituição mais sofisticada e abrangente da realidade, o que transporta ao desenvolvimento de teorias colaborativas e novas técnicas (Minayo, 2014).

No âmbito da Pesquisa Social, área em que se insere este estudo, Minayo (2014) define-a como o conjunto de investigações que exploram o ser humano em seu contexto social, suas relações e instituições, sua história e manifestações simbólicas. Tal como quaisquer outros fenômenos humanos, as investigações sociais se enlaçam com interesses e circunstâncias socialmente interligadas. As pesquisas emergem de uma inserção específica na realidade, onde encontram motivações e objetivos. Como prática intelectual, o ato de investigar também reflete as dificuldades e os desafios próprios das Ciências Sociais, sobretudo sua intrínseca relação com a dinâmica histórica.

Do trabalho de Marconi e Lakatos (2003, p. 83), verifica-se que a metodologia

> é o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo - conhecimentos válidos e verdadeiros -, traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista.

As pesquisadoras ensinam que, nas pesquisas, sob uma metodologia científica, há de ser seguido um arcabouço sistemático de procedimentos cognoscíveis, a fim de os investigadores conseguirem seus objetivos.

Por sua vez, Severino (2007, p. 126) ressalta que as "pesquisas que, além de categorial epistemológico preciso e rigoroso, exigem capacidade de domínio e de manuseio de um conjunto de métodos e técnicas específicos de cada ciência que sejam adequados aos objetos pesquisados". Ou seja, o estudo científico deve ser realizado com rigor, sobretudo na escolha dos métodos e técnicas, a fim de que outros estudiosos da temática verifiquem os estudos realizados, replicando-os de maneira tal, que seja possível observar a verificabilidade dos resultados ou falseabilidade destes.

Outro ponto importante que deve ser levado em consideração na pesquisa científica é a ética. Conforme Schnell e Heinritz (2006, p. 17), citados por Flick (2013, p. 208), nos trabalhos científicos, deve-se tratar "da questão de quais problemas eticamente relevantes causados pela intervenção de pesquisadores pode se esperar que causem impacto nas pessoas com as quais ou sobre as quais eles pesquisam". E que esta "também está preocupada com os passos tomados para proteger àqueles que participam da pesquisa, se isto for necessário".

Do ensinamento dos autores, depreende-se que a ética é um elemento fundamental em pesquisa, sobretudo, que, muitas vezes, os trabalhos da comunidade científica desenvolvem um impacto significativo nas pessoas, além de que se deve ter cautela com todos os passos que serão tomados para que os sujeitos da pesquisa estejam protegidos, em particular, com seus direitos respeitados.

Faz-se necessário comentar que a pesquisa deve ser feita responsavelmente, como preconiza Hans Jonas, ao lecionar que a demanda científica há de ser realizada com responsabilidade, considerando as consequências a longo prazo de suas descobertas e inovações.

O conhecimento científico não há de ser utilizado de maneira irresponsável, pois é suscetível de causar danos irreparáveis à sociedade e ao ambiente onde esta se insere. Segundo Jonas (2006), apenas uma ética que imponha responsabilidade a todos cumpre a função de indicar os valores e fins a que aspira e utilizar os meios tais como são, sem os transformar em fins em si mesmos.

No caso da temática abordada, deve-se pensar que o ato de não pesquisar a matéria exposta, ou mesmo, investigá-la de maneira irresponsável e sem ética, é suscetível de gerar entendimentos desastrosos e que levem a mostrar resultados falso-positivos ou negativos sobre os objetos e sujeitos a serem pesquisados, o que é conducente a problemas diretos e indiretos à sociedade e ao local onde esta se encontra. Jonas (2006), ainda, ensina que a ética tem que ser de tal modo que transcenda a religião ou a cultura da pessoa, a fim de que esta seja verdadeira, e configure uma ação que contemple o outro e os outros seres.

Mesmo que o trabalho a ser realizado não seja algo tão impactante para a humanidade, como, *exempli gratia*, energia nuclear, biotecnologia, ou nanotecnologia, visto que são os exemplos jonasianos em sua obra referenciada neste trabalho, ou a inteligência artificial, contextualizando nos dias fluentes, mas, ainda, assim, frisa-se que a pesquisa científica deve ser guiada por uma ética da responsabilidade, que contabilize as possíveis consequências de suas ações.

O pesquisador Gonçalves (2019) ensina, a seu turno, que as éticas tradicionais, marcadas por antropocentrismo, solipsismo e dualismo exacerbados, mostram-se insuficientes para lidar com os grandes problemas contemporâneos. O crescente poder humano sobre a Natureza e a própria biologia ameaça a existência das gerações futuras, exigindo uma abordagem ética que considere as consequências a extenso tempo da ação humana em escala global. As éticas do passado, baseadas em simultaneidade, contemporaneidade e reciprocidade, não conseguem lidar com essa nova ordem do agir.

Demais disso, as ciências precisam fazer atualizações de seus métodos para lidar com a complexidade e as novas consequências da intervenção humana em domínios antes inalcançáveis do mundo natural, ultrapassando as propostas cartesiano-newtonianas (Gonçalves, 2019).

Na conceição e no âmbito da lição de Gonçalves (2019), Hans Jonas propõe um novo imperativo ético que considere, não apenas, as opções presentes, mas, também, a futura integridade do ser humano, numa perspectiva política e ecológica holística que oriente as políticas públicas. Pensar a ética na era da civilização tecnológica exige, portanto, uma reflexão sobre esses aspectos fundamentais.

Assim, para se efetivar a investigação, é importante que, na sua condução, seja ela primada na ética e na responsabilidade, sobretudo a que Hans Jonas demonstra, que se deve pensar em como a pesquisa é capaz de afetar os outros ou mesmo o meio em que estes vivem.

Como já demonstrado pelas palavras de Severino (2007), o estudo científico deve ser realizado com rigor, principalmente na escolha de métodos e técnicas, para que outros

estudiosos da área notem os estudos realizados, replicando-os, de maneira que seja possível observar a verificabilidade dos resultados, ou sua falseabilidade. Então, neste momento, mostram-se os métodos e as técnicas utilizadas para a procura de dados qualitativos com vistas à realização do experimento agora sob sustentação e defesa.

4.3 Métodos e técnicas

O trabalho sob relato enquadra-se na abordagem qualitativa. E, para complementar a informação sobre este ensaio, ele configura uma pesquisa exploratória e descritiva, dado que há uma pretensão de promover uma aproximação e produzir informações sobre políticas públicas de prevenção ao suicídio e à automutilação de alguns estados brasileiros. Nas palavras de Bardin (1977, p. 34), “a descrição analítica funciona segundo procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”, assim como demonstra que outros autores, como Berelson, se louvam na mesma base de definição para a descrição mostrada.

De acordo com Bardin (1977, p. 34), a análise de conteúdo opera mediante procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Cuida-se, portanto, do tratamento da informação contida nas mensagens. Necessário esclarecer, entretanto, é que, em muitos casos, a análise não se limita ao conteúdo, mas também considera o continente.

Minayo (2014, p. 303) ratifica a noção de que a análise de conteúdo é uma técnica que, por meio de procedimentos científicos e especializados, extrai inferências reprodutíveis e válidas sobre dados de um determinado contexto. Juntas, as definições enfatizam o processo de inferência.

A análise de conteúdo foca nos "significados" (como na análise temática) ou nos "significantes" (como na análise léxica e na análise dos procedimentos). O tratamento descritivo constitui uma etapa inicial do processo, mas não é exclusivo da análise de conteúdo. Outras disciplinas que se dedicam ao estudo da linguagem ou da informação, como a Linguística, a Semântica e a documentação, também, utilizam procedimentos descritivos.

As características sistemáticas e objetivas, embora não sejam exclusivas da análise de conteúdo, são suficientemente importantes para que sejam destacadas. Essas características continuam a ser relevantes e são enfatizadas na análise de conteúdo.

A pesquisadora francesa Laurence Bardin (1977) ensina que as regras sobre a descrição analítica devem obedecer às categorias de fragmentação da comunicação para que a

análise tenha validade, e que as estas devam ser: homogêneas, exaustivas, exclusivas, objetivas e adequadas ou pertinentes.

A análise de conteúdo tem como objetivo a inferência de conhecimentos sobre as condições de produção ou, de maneira eventual, de recepção das mensagens. Essa inferência utiliza indicadores, quantitativos ou não. Dessa definição de Bardin, deduz-se que a análise de conteúdo é realizada por meio de uma abordagem qualitativa, quantitativa ou mista (Bardin, 1977).

De acordo com Bardin (1977), técnicas de natureza temática e frequencial são as mais acessíveis, reconhecidas e eficazes em uma etapa inicial de abordagem da maior parte dos materiais, sendo estas as escolhidas para realizar a análise de conteúdo neste trabalho.

As etapas que estruturam a análise de conteúdo, conforme descritas por L. Bardin (1977), seguem uma lógica quase orgânica, dividindo-se em três momentos essenciais: a pré-análise, que prepara o terreno e organiza os primeiros movimentos da investigação; a exploração do material, onde os dados são desvendados e examinados com atenção minuciosa; e, por fim, o tratamento dos resultados, que conduz à inferência e interpretação, transformando informações em compreensão. Esse processo, ao mesmo tempo metódico e flexível, cria um caminho que não apenas organiza, mas revela sentidos antes escondidos.

Entre as técnicas adotadas nesta pesquisa, destaca-se a análise documental, uma abordagem que, segundo Gil (2008, p. 45), volta-se ao estudo de “materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa”. Esse método mostrou-se especialmente útil no exame de documentos oficiais, legislações e dados estatísticos, pois permitiu extrair insights que, de outro modo, poderiam permanecer enterrados sob a superfície dos textos. Mais do que uma técnica, foi uma ponte que ligou as evidências fragmentadas ao todo significativo, permitindo que a pesquisa construísse não apenas respostas, mas reflexões que dialogam diretamente com seu objeto de estudo.

Laurence Bardin (1977, p. 45), ao citar J. Chaumier (1974), define a análise documental como “uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar num estado ulterior, a sua consulta e referenciação”.

Conforme a Autora francesa (1977), a análise documental tem como objetivo processar a informação contida nos documentos acumulados, dando-lhe um formato adequado e representando-a de maneira distinta por meio de procedimentos de transformação. O intuito é armazenar essa informação de maneira variável e facilitar o acesso ao observador, de modo

que ele obtenha o máximo de informação (aspecto quantitativo) com a maior pertinência possível (aspecto qualitativo).

Portanto, a análise documental constitui uma fase preliminar na criação de um serviço de documentação ou banco de dados. Ela possibilita a transição de um documento primário (original) para um documento secundário (representação do original).

Segundo, ainda, Bardin (1977), a operação intelectual envolve o recorte da informação, ventilação em categorias conforme o critério de analogia e representação condensada por indexação, semelhante à fase de tratamento das mensagens em certos formatos de análise de conteúdo, no entanto, existem diferenças essenciais entre os procedimentos:

A documentação trabalha com documentos, enquanto a análise de conteúdo lida com mensagens (comunicação).

A análise documental se concentra na classificação e indexação, ao passo que a análise categorial temática é apenas uma das técnicas da análise de conteúdo.

O objetivo da análise documental é a representação condensada da informação para consulta e armazenamento. Entrementes, a análise de conteúdo visa a manipular as mensagens (conteúdo e expressão) para identificar indicadores que conduzam a inferências sobre uma realidade transposta à mensagem.

4.4 Método de coleta de dados da pesquisa

Consoante já informado preliminarmente, este experimento conforma uma pesquisa analítica qualitativa, descritiva e exploratória, tem o objetivo de analisar comparativamente as abordagens utilizadas por políticas-padrão de prevenção ao suicídio e à automutilação e o Programa *Vidas Preservadas*. Adicionalmente, tencionou-se o atingimento desses objetivos específicos: coletar políticas públicas de prevenção ao suicídio e à automutilação dos estados brasileiros elencados na Portaria nº 1.315/2018 do MS, e do Ceará; e definir políticas-padrão de prevenção ao suicídio e à automutilação com base nos componentes reunidos pela OMS (2018, online).

A pesquisa pressupôs que as políticas públicas-padrão para o estudo comparativo poderiam ser encontradas dentre as políticas públicas de prevenção ao suicídio e à automutilação elaboradas pelos Estados que receberam auxílio financeiro e técnico do Ministério da Saúde.

A demanda teve início com a coleta de documentos oficiais públicos, como leis, decretos, resoluções, atos e portarias, que tratam da temática do suicídio e da automutilação, e que suas políticas estivessem, dentro da tipologia de Lowi, como distributivas, porém não exclusivas, visto apresentarem caráter regulatório também.

Documentos que detinham certa relação com temática, mas fossem apenas para demandas administrativas como: deslocamento de servidores para participação em seminários, inquéritos policiais publicados nos Diários oficiais, extratos para pagamentos de diárias a facilitadores, mudança em comitês ou comissões estaduais nos seus integrantes e afins.

Os documentos foram coletados entre os dias 01 de agosto de 2024 a 01 de outubro de 2024 dos sítios eletrônicos dos governos estaduais, ministérios públicos estaduais, secretarias de saúde e diários oficiais dos seguintes Estados: Amazonas, Piauí, Roraima, Mato Grosso do Sul, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Ceará, com a utilização dos termos **suicídio** ou **automutilação** para a realização da referida coleta.

Documentos que demonstrassem políticas públicas sem abrangência estadual também foram retirados da pesquisa, considerando que políticas de prevenção devem ser universais, seletivas e específicas, conforme a OMS (2018).

Em transposição a isto, foram encaminhados requerimentos por meio dos portais de transparência das secretarias de saúde, solicitando informações sobre projetos, programas ou planos relacionados à temática do suicídio e da automutilação. O mesmo pedido foi enviado aos ministérios públicos dos estados incluídos na pesquisa, visando a identificar políticas comparáveis ao Programa *Vidas Preservadas*. Os documentos selecionados para análise estão datados de 14/08/2006, data de publicação das diretrizes nacionais de prevenção ao suicídio, a 01/10/2024, que marca o fim da coleta de dados. Dita recolha de indicadores sucedeu de 01/08/2024 a 01/10/2024.

Optou-se pelos estados incluídos na Portaria nº 1.315/2018, em razão dos suportes financeiro e técnico recebidos do Ministério da Saúde. Os projetos desses estados atenderam aos critérios da Portaria nº 3.491/2017, indicando um possível maior preparo na elaboração de políticas públicas sobre a temática em comparação a estados como o Ceará. Acredita-se que esses estados tenham desenvolvido políticas mais abrangentes e estruturadas, servindo como padrão para o estudo comparativo. Adicionalmente, o Programa *Vidas Preservadas* foi escolhido por ser uma política de prevenção ao suicídio e à automutilação com caráter abrangente, conforme a OMS, e distributivo, consoante tipologia de Lowi, e de iniciativa de um órgão público do Ceará, unidade federada que não consta na portaria mencionada.

Para a realização da análise de conteúdo, conforme leciona Bardin (1977) foram seguidas rigorosamente as etapas propostas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na pré-análise, organizou-se o material coletado e realizou-se uma leitura flutuante dos documentos, com o objetivo de se construir um *corpus* da análise. Na etapa de exploração, definiram-se as unidades de registro com base nos componentes da OMS: Identificar os responsáveis; analisar a situação; avaliar os recursos; alcançar o compromisso político; abordar estigma; aumentar a conscientização; estabelecer objetivos; identificar agentes de risco e protetivos; selecionar intervenções eficazes; melhorar o registro de casos e conduzir pesquisas; e realizar monitoramento e avaliação.

As unidades de registro foram categorizadas segundo os princípios de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade, como leciona Bardin (1977). Os conteúdos foram agrupados em categorias baseadas nos componentes da OMS para identificar tipos e características específicos das políticas públicas.

Para identificar quais políticas seriam consideradas **padrão**, foi utilizada uma escala de 0 a 11, baseada nos componentes recomendados pela OMS (2018) para políticas estruturantes de prevenção ao suicídio. Atribuiu-se um ponto a cada componente em uma política, resultando em uma pontuação de 0 a 11. As políticas com maior número de componentes foram consideradas mais alinhadas ao padrão OMS e, portanto, selecionadas para o estudo comparativo com o Programa *Vidas Preservadas*.

A escala foi assim proposta: caso se verificasse o componente da OMS, seria atribuído o valor de 1, do contrário, seria valorado em zero, porém, se houvesse componente observado como parcialmente presente, dar-se-ia uma nota de 0,5.

Frisa-se que o Programa *Vidas Preservadas* também teve seus componentes verificados para, assim, se saber quais elementos da OMS estão dentro dessa política e assim realizar a análise comparativa entre as abordagens das políticas-padrão encontradas.

As seguintes questões orientaram a pesquisa: Quais políticas de prevenção ao suicídio e à automutilação, dentre as coletadas, podem ser consideradas padrão com base nos componentes orientados pela OMS? Quais abordagens foram utilizadas pelos estados na elaboração dessas políticas-padrão e o Programa *Vidas Preservadas* na prevenção do suicídio e da automutilação? Quais ações preventivas propostas pelas políticas-padrão e pelo Programa *Vidas Preservadas*? E quais diferenças foram observadas entre as políticas-padrão e o Programa *Vidas Preservadas*?

5 COLETA E ANÁLISE DE DADOS E RESULTADOS

5.1 A coleta de dados

Durante o levantamento de dados, foram detectados 32 possíveis documentos que continham políticas públicas sobre a prevenção da automutilação e do suicídio, visto que oito foram encontrados nos veículos oficiais do Amazonas, quatro em Roraima, quatro no Piauí, seis no Mato Grosso do Sul, um em Santa Catarina com ressalvas, quatro no Rio Grande do Sul e cinco no Ceará, conforme quadros esquemáticos, os quais são demonstrados um a um, a seguir.

Quadro 1 - Políticas públicas de prevenção do suicídio e da automutilação do Estado do Amazonas

(continua)

Políticas públicas de prevenção do suicídio e da automutilação do Estado do Amazonas			
Data de Criação	Tipo de Documento	Poder ou órgão responsável pela criação	Resumo da Política
02/04/2020	Lei nº 5.149	Poder executivo	Dispõe sobre a afixação de placas informativas sobre auxílio preventivo ao suicídio na Ponte Jornalista Phelippe Daou (Ponte Rio Negro).
24/03/2021	Lei nº 5.425	Poder legislativo	Estabelece a obrigatoriedade de notificação compulsória para casos de automutilação e tentativa de suicídio atendidos em unidades de saúde e educação públicas e privadas. A notificação deve ser realizada em até 48 horas e é confidencial, com penalidades para infrações.
24/09/2021	Lei nº 5.619	Poder executivo e Secretaria de Saúde do Estado	Institui o Plano Estadual de Prevenção ao Suicídio, visando identificar sintomas, oferecer tratamento para transtornos mentais e acompanhamento para indivíduos em risco. Inclui campanhas em setembro, canais de atendimento e coleta de dados para monitoramento.
30/03/2022	Lei nº 5.840	Poder executivo e Secretaria de Saúde do Estado	Altera a Lei n. 4.694, de 9 de novembro de 2018, que "Dispõe sobre a Semana Estadual de Prevenção ao Suicídio".

Quadro 1 - Políticas públicas de prevenção do suicídio e da automutilação do Estado do Amazonas

(conclusão)

Políticas públicas de prevenção do suicídio e da automutilação do Estado do Amazonas			
Data de Criação	Tipo de Documento	Poder ou órgão responsável pela criação	Resumo da Política
03/08/2022	Portaria nº 487	Secretaria de Saúde do Estado	Institui o Comitê Estadual de Prevenção ao Suicídio, responsável por implantar e monitorar a política estadual. Reúne representantes de várias secretarias e entidades, com o objetivo de implementar diretrizes nacionais e fortalecer a vigilância epidemiológica no estado.
28/07/2022	Lei nº 6.009	Poder executivo e Secretaria de Saúde do Estado	Institui o Setembro Amarelo como mês de prevenção ao suicídio, promovendo palestras e eventos para conscientizar a população sobre sinais suicidas e oferecendo canais de atendimento e apoio interdisciplinar para intervenções precoces.
03/01/2023	Lei nº 6.174	Poder executivo	Estabelece diretrizes para o atendimento psicológico e psiquiátrico em casos de transtornos mentais associados ao isolamento pós-pandemia, incluindo apoio psicológico a alunos e pacientes afetados e ações de reintegração social.
23/11/2023	Lei nº 6.577	Poder executivo e Secretaria de Educação do Estado	A Campanha consiste na promoção de palestras, fóruns, seminários, bem como outros tipos de formação, com o auxílio de profissionais da pedagogia, assistência social e psicologia, que tenham como objetivo conscientizar sobre a importância da prevenção ao uso de drogas, atentados em escolas, pedofilia, suicídio e bullying entre os alunos.
Total de políticas públicas de prevenção do suicídio e da automutilação encontradas no Estado do Amazonas.			Total de 08 políticas públicas

Fonte: Elaborado pelo autor, com os indicadores da pesquisa.

Na coleta de políticas públicas de prevenção ao suicídio e à automutilação no Estado do Amazonas, foram encontradas 08 ações, sendo 07 leis e uma portaria, passíveis de participarem da pré-análise da análise de conteúdo, ou seja, da leitura flutuante para assim verificar se o conteúdo do material é pertinente para este estudo, conforme o Quadro 01 acima.

Observa-se que o Estado do Amazonas tem muitas ações destinadas à prevenção da automutilação e do suicídio, fato louvável, haja visto a quantidade de indígenas que formam a população amazonense, além da quantidade de povos originários que tiram a própria vida nessa região.

As políticas públicas encontradas, ao serem tomadas conjuntamente, demonstram uma amplitude interessante de ações preventivas que vão desde a fixação de placas em locais de risco de suicídio, conscientização, monitoramento e notificação de casos, além de campanhas direcionadas a grupos específicos e seletivos para o problema do suicídio e da automutilação.

Quadro 2 - Políticas públicas de prevenção do suicídio e da automutilação do Estado de Roraima

Políticas públicas de prevenção do suicídio e da automutilação do Estado de Roraima			
Data de Criação	Tipo de Documento	Poder ou órgão responsável pela criação	Resumo da Política
04/07/2016	Lei nº 1065	Poder executivo	Inclui no calendário estadual uma semana de valorização da vida e prevenção ao suicídio, com atividades voltadas à reflexão e discussão sobre o tema, realizadas em parceria entre a Secretaria Estadual de Saúde e Educação e organizações não governamentais.
18/12/2019	Lei nº 1364	Poder legislativo	Cria a Notificação Compulsória dos Casos de Tentativa de Suicídio e/ou Automutilação atendidos nos estabelecimentos públicos e privados da Rede de Saúde do Estado de Roraima e dá outras providências
13/04/2020	Lei nº 1384	Poder legislativo	Dispõe sobre a adequação do Estado de Roraima ao Plano Nacional de Combate ao Suicídio, disciplinando o oferecimento de Treinamentos voltados à identificação, avaliação e gerenciamento de comportamentos suicidas e violências autoprovocadas.
09/11/2021	Lei nº 1542	Poder executivo	Inclui, no Calendário Oficial do Estado de Roraima, a Campanha Setembro Amarelo, em alusão ao mês de sensibilização e prevenção ao suicídio.
Total de políticas públicas de prevenção do suicídio e da automutilação encontradas no Estado de Roraima.			Total de 04 políticas públicas

Fonte: Elaborado pelo autor.

As PPPSAs de Roraima pesquisadas inicialmente para este estudo foram 04 ações daquele Estado. Todas são fundamentadas em leis, o que demonstra uma certa atenção dos poderes deste Estado para o problema em questão. As políticas versam desde a inclusão no calendário do estado de atividades da semana de valorização da vida e da Campanha do Setembro Amarelo a adequação do Estado de Roraima ao Plano Nacional de Combate ao Suicídio.

Contudo, o material passou pela leitura flutuante a fim de avaliar se essas legislações deveriam participar do copo da análise deste trabalho.

Quadro 3 - Políticas públicas de prevenção do suicídio e da automutilação do Estado do Piauí

Políticas públicas de prevenção do suicídio e da automutilação do Estado do Piauí			
Data de Criação	Tipo de Documento	Poder ou órgão responsável pela criação	Resumo da Política
31/03/2014	Portaria nº 386	Secretaria de saúde do Estado	Institui o Comitê para assessorar na Elaboração do Plano Estadual de Prevenção do Suicídio.
2017	Plano de Ação para Prevenção do Suicídio no Estado do Piauí	Secretaria de saúde do Estado	Define um plano de ação com atividades integradas de prevenção ao suicídio, incluindo campanhas educativas, capacitação de profissionais de saúde e implantação de sistemas de notificação para monitoramento e apoio a pessoas em risco.
15/01/2020	Lei nº 7.338	Poder executivo e Secretaria de Saúde do Estado	Cria a Notificação Compulsória dos casos de tentativa de suicídio, atendidos nos estabelecimentos públicos e privados da rede de saúde do Estado do Piauí.
02/06/2023	Lei nº 8.061	Poder executivo e Secretaria de Saúde do Estado	Dispõe sobre ações preventivas e de combate ao bullying e a jogos perigosos nas escolas, que induzam à automutilação ou suicídio. Prevê campanhas de conscientização para estudantes e capacitação de profissionais da educação.
Total de políticas públicas de prevenção do suicídio e da automutilação encontradas no Estado do Piauí.			Total de 04 políticas públicas

Fonte: Elaborado pelo autor, com os indicadores da pesquisa.

Ao se realizar a coleta de PPPSAs do Estado do Piauí, a pesquisa retornou com a possibilidade de 04 políticas – uma portaria, um plano e duas leis - com potencial analítico para

este trabalho, as quais foram levadas à leitura flutuante para a verificar a potencialidade destas participarem do *corpus* da análise desta pesquisa.

Os documentos encontrados, preliminarmente, detêm ações como instituição de um Comitê para elaborar o Plano Estadual de Prevenção ao Suicídio; criação do Plano em si; elaboração de Notificação Compulsória dos casos de tentativa de suicídio; e, por último, ações preventivas de combate ao *bullying* e jogos perigosos nas escolas.

Quadro 4 - Políticas públicas de prevenção do suicídio e da automutilação do Estado do Mato Grosso do Sul

Políticas públicas de prevenção do suicídio e da automutilação do Estado do Mato Grosso do Sul			
Data de Criação	Tipo de Documento	Poder ou órgão responsável pela criação	Resumo da Política
03/12/2015	Lei nº 4.777	Poder executivo	Institui o Setembro Amarelo de Prevenção ao Suicídio no Estado de Mato Grosso do Sul.
26/03/2019	Resolução nº 19	Secretaria de saúde do Estado	Institui o Comitê Estadual de Prevenção ao Suicídio para coordenar ações de prevenção e apoio em saúde mental no estado.
03/04/2019	Resolução nº 26	Secretaria de saúde do Estado	Aprovar o Regimento Interno do Comitê Estadual de Prevenção do Suicídio de Mato Grosso do Sul.
18/12/2019	Lei nº 5.483	Poder executivo	Institui a Semana de Prevenção e Combate à Violência Autoprovocada: Automutilação e o Suicídio.
04/12/2019	Lei nº 5.448	Poder executivo	Dispõe sobre a afixação de cartaz informando o telefone do Centro de Valorização da Vida - 188, e dá outras providências.
24/11/2020	Lei nº 5.598	Poder executivo	Dispõe sobre a obrigatoriedade dos estabelecimentos de ensino e de saúde notificarem às autoridades públicas competentes a prática de violência autoprovocada, automutilação e tentativa de suicídio, e dá outras providências.
Total de políticas públicas de prevenção do suicídio e da automutilação encontradas no Estado do Mato Grosso do Sul.			Total de 06 políticas públicas

Fonte: Fonte: Elaborado pelo autor com os indicadores da pesquisa.

O Estado do Mato Grosso do Sul apresentou um total de 06 políticas públicas a pós a coleta do material. Os documentos constam de 04 leis e 02 resoluções, conforme Quadro 4 acima.

Após a coleta, as ações estatais ora designadas foram submetidas à leitura flutuante, assim como os documentos dos demais estados já relatados em quadros anteriores.

As ações propostas são bastante voltadas a conscientização sobre a prática do fenômeno em estudo, fixação de cartaz sobre o telefone do Centro de Valorização da Vida, e sobre a obrigação de estabelecimentos de ensino e saúde terem de notificar às autoridades sobre casos de autolesão ou tentativa de suicídio.

Quadro 5 - Políticas públicas de prevenção do suicídio e da automutilação do Estado de Santa Catarina

Políticas públicas de prevenção do suicídio e da automutilação do Estado de Santa Catarina			
Data de Criação	Tipo de Documento	Poder ou órgão responsável pela criação	Resumo da Política
06/12/2022	Lei nº 18.531	Poder executivo	Revogou e Consolidou a Lei nº 17.558 [8], a qual instituiu a campanha de valorização da vida denominada Setembro Amarelo, o Dia Estadual de Prevenção ao Suicídio e a Caminhada Anual pela Vida, no Estado de Santa Catarina.
Total de políticas públicas de prevenção do suicídio e da automutilação encontradas no Estado de Santa Catarina.			Total de 01 política pública

Fonte: Fonte: Elaborado pelo autor, com os indicadores da pesquisa.

Na busca por políticas públicas sobre o tema nos sítios oficiais do Estado de Santa Catarina, a pesquisa retornou com apenas uma PPPSA, embora com ressalvas, como observado no Quadro 5 e explicado na nota de rodapé 8.

Fato que gera certa atenção, visto que este Estado brasileiro detém um dos maiores índices de suicídio no país. Ao mesmo tempo, existe a possibilidade de que nessa coleta de dados, alguma PPPSA não ter sido encontrada por algum motivo quer por inabilidade do pesquisador ou mesmo o sistema de filtros destes meios para encontrar as possíveis ações, além da possibilidade destas ações estarem disponíveis dentro dos órgãos deste Estado.

[8] A lei consolida as leis que instituíam datas e eventos alusivos no âmbito do Estado de Santa Catarina e estabelece o Calendário Oficial do Estado, dentre elas a Lei nº 17.558.

Quadro 6 - Políticas públicas de prevenção do suicídio e da automutilação do Estado do Rio Grande do Sul

Políticas públicas de prevenção do suicídio e da automutilação do Estado do Rio Grande do Sul			
Data de Criação	Tipo de Documento	Poder ou órgão responsável pela criação	Resumo da Política
09/07/2018	Portaria SES nº 678	Secretaria de saúde do Estado	Cria o Observatório de Análise da Situação do Suicídio, com objetivo de monitorar ativamente os casos de suicídio e auxiliar na formulação de políticas de saúde mental para populações vulneráveis.
31/10/2019	Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, homologada Resolução CES/RS nº 07/2019	Secretaria de saúde do Estado	Ampliar e fortalecer ações integrais de promoção da vida e prevenção do suicídio em caráter intersetorial, visando à diminuição das tentativas e mortes por suicídio no estado do Rio Grande do Sul.
11/09/2021	Lei nº 15.701	Poder executivo	Institui a campanha de valorização da vida denominada Setembro Amarelo e o Dia Estadual de Prevenção ao Suicídio no Estado do Rio Grande do Sul.
26/05/2022	Plano	Secretaria de saúde do Estado	Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (2022-2025) como estratégia de operacionalização da política.
Total de políticas públicas de prevenção do suicídio e da automutilação encontradas no Estado do Rio Grande do Sul.			Total de 04 políticas públicas

Fonte: Fonte: Elaborado pelo autor, com os indicadores da pesquisa.

As políticas públicas do Estado do Rio Grande do Sul que versam sobre o tema que foram encontradas para a posterior leitura flutuante foram 04 ações estatais. Observa-se que este Estado desenvolveu PPPSAs que são bem importantes e que parecem estar interligadas entre si.

Há a presença de política pública de criação de um observatório para analisar a situação do suicídio naquele Estado, a criação da Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, a instituição do Setembro Amarelo e do Dia Estadual de Prevenção ao Suicídio no Estado, além do Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (2022-2025).

Quadro 7 - Políticas públicas de prevenção do suicídio e da automutilação do Estado do Ceará

(continua)

Políticas públicas de prevenção do suicídio e da automutilação do Estado do Ceará[9]			
Data de Criação	Tipo de Documento	Poder ou órgão responsável pela criação	Resumo da Política
28/12/2016	Lei nº 16.185	Poder executivo	Institui o Calendário Oficial do Estado do Ceará, o "Setembro Amarelo" como mês de conscientização e prevenção ao suicídio.
19/12/2017	Lei nº 16.483	Poder executivo	Institui a semana de conscientização e prevenção ao suicídio nas escolas da rede pública estadual e universidades estaduais do Ceará.
11/09/2020	Lei nº 17.287	Poder executivo	Implementa ações educativas contra o uso de mídias sociais e jogos que incentivam a violência e o suicídio, com seminários e oficinas nas escolas.
27/03/2019	Portaria	Superintendência do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo	Define diretrizes para prevenção do suicídio em centros socioeducativos, incluindo monitoramento, apoio psicológico, e procedimentos específicos para profissionais em caso de ideação suicida entre adolescentes.
2023	Ato Deliberativo nº 961	Poder legislativo	Cria uma equipe de trabalho para promover a saúde mental e combater a depressão e o suicídio, atuando em conjunto com entidades públicas e privadas na elaboração de ações de conscientização e apoio.

[9] O Programa Vidas Preservadas pelo fato de já ter sido elencado para a análise comparativa na metodologia desta pesquisa não foi inserido no Quadro 7.

Quadro 7 - Políticas públicas de prevenção do suicídio e da automutilação do Estado do Ceará

(conclusão)

Políticas públicas de prevenção do suicídio e da automutilação do Estado do Ceará[10]			
Data de Criação	Tipo de Documento	Poder ou órgão responsável pela criação	Resumo da Política
Total de políticas públicas de prevenção do suicídio e da automutilação encontradas no Estado do Ceará.			Total de 05 políticas públicas

Fonte: Fonte: Elaborado pelo autor, com os indicadores da pesquisa.

Durante a coleta de PPPSAs do Estado do Ceará, verificou-se a presença de 05 políticas públicas, o que demonstra um bom interesse por parte do poder público sobre o tema, apesar deste Estado não apresentar taxas de suicídio tão altas como outros entes brasileiros e também não ter recebido apoio do MS por meio de recursos financeiros e técnicos.

Assim, essas políticas alencarinas também foram colocadas sob escrutínio na leitura flutuante desta análise para formar um corpo para a posterior verificação de quais políticas poderiam ser consideradas como "padrão" para o posterior estudo comparativo proposto neste ensaio.

5.2 Coleta do *corpus* para análise

Após, a coleta das políticas públicas, foi realizada a leitura flutuante do material a fim de se obter um *corpus* para o início da análise de conteúdo, precisamente na fase de pré-análise. Durante essa fase, foram recolhidas políticas públicas que estavam dentro de políticas públicas similares quanto à tipologia de Lowi do Programa *Vidas Preservadas*, qual seja: preponderantemente distributiva, embora seja perceptível a presença de características regulatórias.

Foram utilizadas as políticas do tipo distributivas, pois ações desse tipo alocam recursos, serviços ou benefícios para a sociedade ou grupos específicos, sem que haja ônus visível para outras pessoas, ou seja, tentam atender a demandas específicas sem que haja conflito na distribuição de recursos (Secchi, 2013).

[10] O Programa Vidas Preservadas pelo fato de já ter sido elencado para a análise comparativa na metodologia desta pesquisa não foi inserido no Quadro 7.

Outro ponto recolhido nas políticas para o corpo de análise foi que deveriam ser políticas universais, seletivas e específicas, conforme OMS (2018), visto que amparam um público mais amplo.

Durante a leitura flutuante das 32 PPPSAs, foi percebido que muitas eram bastante deficientes em suas alocações de recursos, o que demonstra que precisam de mais investimentos em políticas deste tipo, o que leva a outro ponto, conformado na falta ou pouco comprometimento político para a implementação dessas iniciativas.

Outro aspecto percebido na leitura flutuante foi a falta ou o baixo comprometimento em pesquisas sobre a temática, tendo em vista a complexidade do suicídio e suas vertentes. Esta tipifica uma fragilidade que muitos gestores estão propícios a rever, com vistas à melhoria destas políticas no Brasil.

No que pese a estas percepções terem sido observadas durante uma fase da análise do conteúdo, muitos pesquisadores brasileiros corroboram essas observações, como Minayo (2019), Amarante (2023a, 2023b, 2023c), Bertolote (2013, 2018), Botega (2022) e Bitencourt (2020, 2024).

Em continuidade, nas percepções advindas durante a pesquisa, verificou-se que poucas iniciativas tinham mecanismos de avaliação da política, deficitários ou inexistentes. Eis um fato que os gestores ou elaboradores destas políticas precisam observar, pois, sem ferramentas avaliativas, não é possível saber se a política está tendo resultados ou não com sua implementação (Secchi, 2013).

Assim, observou-se que foram quatro documentos passíveis da verificação de políticas públicas-padrão para este estudo, sendo um do Amazonas, um do Piauí e dois do Rio Grande do Sul, respectivamente: Lei nº 5.619 (Plano Estadual de Prevenção ao Suicídio); Plano de Ação para Prevenção do Suicídio no Estado do Piauí; e Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, homologada Resolução CES/RS nº 07/2019 e Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (2022-2025).

5.3 Em demanda das políticas públicas de prevenção ao suicídio e à automutilação-padrão (PPPSAsP)

Dando continuidade à análise de conteúdo, dentro da fase de exploração do material, foi realizada a categorização do material com base nos 11 componentes orientados para a elaboração de políticas de prevenção ao suicídio, a saber: Identificar os responsáveis; Analisar a situação; Avaliar os recursos; Alcançar o compromisso político; Abordar estigma;

Aumentar a conscientização; Estabelecer objetivos; Identificar agentes de risco e protetivos; Selecionar intervenções eficazes; Melhorar o registro de casos e conduzir pesquisas; e Realizar monitoramento e avaliação.

Em seguida, expõem-se o quantitativo de componentes encontrados por política pública de cada Estado, definido na metodologia, assim como as descrições destes elementos. E, com base no quantitativo destes, indica-se a aplicação da escala para determinar quais as políticas públicas de prevenção do suicídio e da automutilação utilizáveis como padrão no estudo comparativo.

Mostra-se a ilustração relativa ao Estado do Amazonas, com a política detectada para a verificação, qual seja: Lei nº 5.619 de 24/09/2021, referente ao Plano Estadual de Combate ao Suicídio do Amazonas, observando-se os elementos encontrados, conforme Quadro 8.

Quadro 8 - Análise dos componentes da Lei nº 5.619, de 24/09/2021 (Plano Estadual de Combate ao Suicídio)

(continua)

Estado do Amazonas		
Lei nº 5.619 de 24/09/2021 (Plano Estadual de Combate ao Suicídio)		
Componente da OMS	**Presença no documento**	**Descrição dos componentes encontrados**
Identificar os responsáveis	Sim	Os principais responsáveis na implementação da política pública são: o Poder Executivo Estadual, Secretaria de Saúde do Estado, as Secretarias Municipais de Saúde, as instituições de ensino superior, as organizações da sociedade civil, os organismos governamentais e os não governamentais.
Analisar a situação	Não	No documento não há a exposição contextual sobre o problema do suicídio no Estado.
Avaliar os recursos	Sim	As despesas decorrentes da aplicação desta Lei serão definidas pelo Poder Executivo quando da sua regulamentação, conforme documentação analisada.
Alcançar o compromisso político	Sim	Fica facultada à Secretaria Estadual de Saúde o desenvolvimento do Plano Estadual de Prevenção ao Suicídio, em parceria com as Secretarias Municipais de

Quadro 8 - Análise dos componentes da Lei nº 5.619, de 24/09/2021 (Plano Estadual de Combate ao Suicídio)

(continua)

Estado do Amazonas		
Lei nº 5.619 de 24/09/2021 (Plano Estadual de Combate ao Suicídio)		
Componente da OMS	**Presença no documento**	**Descrição dos componentes encontrados**
		Saúde, o que demostra compromisso político na implementação.
Abordar estigma	Sim	Na lei há a determinação de direcionamento de atividades para o público alvo do plano, principalmente os mais vulneráveis, promovendo a conscientização com relação a questões de bem estar mental, comportamentos suicidas, as consequências de estresse e gestão efetiva de crise; Também menciona sobre a promoção de palestras na semana que compreenda o dia 10 de setembro, que deverão ser direcionadas aos profissionais de saúde, visando identificar possíveis pacientes que se enquadrem no perfil.
Aumentar a conscientização	Sim	A lei também prevê a exposição com cartazes citando eventuais sintomas, alertando para possível diagnóstico e aumentando o acesso público às informações sobre todos os aspectos da prevenção de comportamento suicida.
Estabelecer objetivos	Sim	A letra legal em análise elenca os seguintes objetivos: Identificar possíveis sintomas; Tratar o transtorno mental ou psicológico que pode incluir depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia, alcoolismo e abuso de drogas; e Prover o acompanhamento de indivíduos que apresentem o perfil, minimizando a evolução dos quadros que podem chegar ao suicídio.
Identificar agentes de risco e protetivos	Sim	Menciona sobre agentes de risco para o suicídio, como transtornos mentais; Alcoolismo; e o Abuso de drogas. Além de prover acompanhamento destes indivíduos, como fator protetivo.
Selecionar intervenções eficazes	Sim	O documento amazonense idealiza canais de atendimento aos diagnosticados ou àqueles que se

Quadro 8 - Análise dos componentes da Lei nº 5.619, de 24/09/2021 (Plano Estadual de Combate ao Suicídio)

(conclusão)

Estado do Amazonas		
Lei nº 5.619 de 24/09/2021 (Plano Estadual de Combate ao Suicídio)		
Componente da OMS	**Presença no documento**	**Descrição dos componentes encontrados**
		encontram com possível sintoma de tentativa de suicídio; e Aborda o estigma sobre o suicídio.
Melhorar o registro de casos e conduzir pesquisas	Sim	Outra diretriz que a lei elenca é a criação de um sistema de coleta de dados integrado à Secretaria Estadual de Saúde, a fim de identificar e monitorar possíveis casos para avaliação e cuidado promovendo a interdisciplinaridade entre os profissionais que irão atuar no segmento.
Realizar monitoramento e avaliação	Não	O documento não prevê o monitoramento e a avaliação dos resultados da política.

Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos dados da investigação.

Como se observa do quadro acima, a Lei nº 5.619, de 24/09/2021, referente ao Plano Estadual de Combate ao Suicídio do Amazonas, tem nove componentes orientados pela OMS em sua estrutura, ou caso se ponha em porcentagem, a lei amparou 81,82% dos elementos recomendados pelo órgão internacional.

Faltam apenas dois componentes para considerar essa política alinhada com o órgão orientador internacional: analisar a situação; e realizar monitoramento e avaliação. Ademais, conforme orienta a OMS (2018), os referidos componentes são importantes em PPPSAs, pois sem o primeiro não é possível entender o problema a ser enfrentado e nem verificar os obstáculos e empecilhos que possam aparecer.

Já com relação ao segundo componente, ter formas de avaliação e monitoramento expressos n política são necessárias para possíveis modificações que se encontrem e mesmo avaliar se as mesmas estão sendo eficazes em sua implementação (Secchi, 2018).

A próxima política que teve seus componentes analisados foi o Plano de Ação para Prevenção do Suicídio no Estado do Piauí, de 2017, conforme Quadro 9.

Quadro 9 - Análise dos componentes do Plano de Ação para Prevenção do Suicídio no Estado do Piauí de 2017

(continua)

Estado do Piauí		
Plano de Ação para Prevenção do Suicídio no Estado do Piauí de 2017		
Componente da OMS	**Presença no documento**	**Descrição dos componentes encontrados**
Identificar os responsáveis	Sim	Secretaria de Estado da Saúde do Piauí – SESAPI; Diretoria de Unidade de Vigilância e Atenção à Saúde – DUVAS; Gerência de Atenção à Saúde Mental – GASM; e demais organismos governamentais e não-governamentais, e da sociedade civil.
Analisar a situação	Sim	O plano apresenta números epidemiológicos no Brasl e no Piaui. O referido Estado apresenta uma taxa bruta de mortalidade por suicídio superior a do Brasil e Nordeste no período de 2010 a 2014, caracterizado por uma tendência crescente, A taxa bruta de mortalidade no sexo masculino foi de 10,5/ 100 mil habitantes no ano de 2010 e de 13,1/ 100 mil habitantes para o ano de 2015, sinalizando um crescimento de 24,7%. Com relação à variável feminina, houve um discreto aumento. O crescente número de jovens cometem suicídio também aparece, sendo na faixa etária entre 20 a 29 anos.
Avaliar os recursos	Sim	Contratação de profissionais para atuar nas urgências e emergências psiquiátricas nos hospitais gerais (de gestão estadual); Abertura de leitos nos hospitais; Atendimento em telemedicina para atendimento psiquiátrico pelo SAMU; Aporte financeiro para atendimento do Centro de Valorização da Vida – CVV; Abertura de consultórios ambulatoriais.
Alcançar o compromisso político	Sim	Está evidenciado através do engajamento de várias secretarias e órgãos estatais na implementação de ações, conforme descrito na coordenação entre o SESAPI (Secretaria de Estado da Saúde), SAMU, Corpo de Bombeiros e outras entidades governamentais para garantir suporte e execução das políticas de prevenção ao suicídio.

Quadro 9 - Análise dos componentes do Plano de Ação para Prevenção do Suicídio no Estado do Piauí de 2017

(continua)

Estado do Piauí		
Plano de Ação para Prevenção do Suicídio no Estado do Piauí de 2017		
Componente da OMS	**Presença no documento**	**Descrição dos componentes encontrados**
Abordar estigma	Sim	Evidencia-se através da implantação de campanhas educativas a população geral e específica, com o intuito de reduzir o estigma, no que diz concerne a depressão, suicídio, comportamentos autolesivos.
Aumentar a conscientização	Sim	Através da implantação de campanhas educativas para a população geral; Desenvolvimento de campanha publicitária sobre valorização da vida;
Estabelecer objetivos	Sim	Objetivo geral: Implantar o plano de ação sobre prevenção ao suicídio junto às redes de Atenção à Saúde (SUS), Educação, Segurança e Socioassistencial (SUAS) no Estado do Piaui. Objetivos específicos: Construir e implantar fluxos e protocolos de acolhimento e manejo ao suicídio para as redes de Atenção a Saúde (SUS), Educação, Segurança, Socioassistencial (SUAS) para a prevenção ao suicídio; Qualificar os profissionais das redes SUS, SUAS, educação e segurança e demais atores intersetoriais no âmbito da prevenção ao suicídio e promoção a saúde; Implementar campanhas educativas a população geral, visando a redução do estigma, no que diz respeito a depressão, suicídio, comportamentos autolesivos; Acompanhar e avaliar a implantação do plano de ação voltado para o suicídio nos municípios.
Identificar agentes de risco e protetivos	Sim	Os agentes de risco para suicídio encontrados na política incluem a doença mental e física, abuso de álcool e drogas, doença crônica, tensão emocional aguda, violência, uma mudança súbita e importante na vida de um parceiro ou outros eventos adversos ou, em muitos casos, uma combinação destes agentes. Além de outros agentes, como situação cultural e socioeconômica, são abordados no plano.

Quadro 9 - Análise dos componentes do Plano de Ação para Prevenção do Suicídio no Estado do Piauí de 2017

(continua)

Estado do Piauí		
Plano de Ação para Prevenção do Suicídio no Estado do Piauí de 2017		
Componente da OMS	**Presença no documento**	**Descrição dos componentes encontrados**
		Os fatores protetivos mencionados são: Garantir acesso à saúde, sobretudo a mental; Garantir ações para geração de renda e qualificação profissional, especialmente entre os jovens, da zona rural e urbana; Garantir a abertura, manutenção e acesso aos / espaços públicos para a prática esportiva, de cultura e lazer; Restrição do acesso a meios letais e maior controle no uso de armas de fogo; Restrição a compra, uso e manuseio de pesticidas; Maior fiscalização e racionalização ao consumo e venda de barbitúricos (Medicamentos); Articulação para que as construções tenham barreiras ou redes de proteção, as quis devem ser aplicadas em pontes e prédios públicos; Cuidados em saúde às populações vulneráveis e minoritários, conscientização e sensibilização aos agentes que lidam direto com essas populações sobre saúde mental, como crianças e jovens; idosos, sobretudo os que vivem isolados; os encarcerados e usuários de drogas; e público LGBT.
Selecionar intervenções eficazes	Sim	Na política há presença de diversas ações que abrangem desde ações intersetoriais sobre a prevenção do suicídio e da automutilação, garantir a cobertura de respostas de saúde mental a rede socioassistencial, a sensibilização e educação sanitária para o problema do suicídio, a abordagem do estigma, previsão para melhorias no atendimento e manejo de indivíduos com comportamento suicida, criação de *hotlines* para atendimento ao indivíduo com comportamento suicida, cuidado à pessoa idosa e que vivem isoladas, afastamento de materiais que possam ajudar na prática

Quadro 9 - Análise dos componentes do Plano de Ação para Prevenção do Suicídio no Estado do Piauí de 2017

(conclusão)

Estado do Piauí		
Plano de Ação para Prevenção do Suicídio no Estado do Piauí de 2017		
Componente da OMS	**Presença no documento**	**Descrição dos componentes encontrados**
		do suicídio e colocação de barreiras em locais que possam ser utilizados para a concretização do fato.
Melhorar o registro de casos e conduzir pesquisas	Sim	Há a previsão de realização de uma pesquisa cientifica executada junto a Fundação de Amparo à Pesquisa do Piauí (FAPEPI), além de melhoria no fluxo e protocolo que ajudam na notificação junto ao SINAN.
Realizar monitoramento e avaliação	Não	Não consta expresso o monitoramento e a avaliação do plano de ação em si, a fim de verificar os resultados para avaliar modificações ou melhorias.

Fonte: Elaborado pelo autor, com suporte nos dados da investigação.

O Plano de Ação para Prevenção do Suicídio no Estado do Piauí de 2017 obteve dez componentes definidos em sua elaboração, em porcentagem, 90,90% de abrangência aos elementos orientados pela OMS. O único componente não verificado foi “Realizar monitoramento e avaliação”.

A política piauiense está muito bem estruturada dentro do que a OMS preconiza, no entanto, não há a presença de um componente, conforme acima indicado. Embora na ação estatal deste Estado não se observe o elemento, mas há de se fazer uma ressalva: o referido plano foi criado em 2017, um ano antes da criação do Manual de Estratégias Nacionais da OMS – criada em 2018. Fato que o Estado do Piauí estava na vanguarda de criação de política públicas com esse intento. Contudo, é preciso lembrar que a falta de formas de acompanhamento para avaliação da política pode dificultar a implementação desta ação (Secchi, 2018).

No Quadro 10, demonstram-se os resultados encontrados para a política pública do Rio Grande do Sul, qual seja: Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, homologada pela Resolução CES/RS nº 07/2019.

Quadro 10 – Análise dos componentes da Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, homologada pela Resolução CES/RS nº 07/2019

(continua)

Estado do Rio Grande do Sul		
Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, homologada pela Resolução CES/RS nº 07/2019		
Componente da OMS	**Presença no documento**	**Descrição dos componentes encontrados**
Identificar os responsáveis	Sim	Secretaria Estadual de Saúde; Conselho Estadual de Saúde (CES/RS); Grupo multidisciplinar e intersetorial; e a sociedade civil organizada (Centro de Valorização da Vida – CVV e outras).
Analisar a situação	Sim	Há uma contextualização no documento da política, em que, relata-se que, no período da criação da política, no Rio Grande do Sul, o problema do suicídio e da automutilação apresentava-se mais crítico, com uma taxa quase duas vezes maior que a brasileira: 12,7 por 100 mil habitantes em 2017, o que totalizou 1.342 suicídios no mesmo ano. O documento diz ainda que essa distribuição não se deu de forma homogênea. Quanto ao sexo, o fenômeno do suicídio no RS apresentou-se quatro vezes maior em homens (79,4% em 2017). Visto que, o sexo feminino teve 2,2 vezes maior quantidade de casos de notificações de automutilação no ano de 2018 (4.388 notificações, 67% do total). O documento informa também que os idosos após os 60 anos tem as maiores taxas de suicídio, e é o fenômeno é terceira causa de mortes entre jovens de 15 a 29 anos. A taxa de lesões autoprovocadas para essa faixa estava no período em 161,21/100 mil habitantes.
Avaliar os recursos	Sim	Na política prevê o fomento e apoio a projetos e parcerias que visem a ações de promoção da saúde e prevenção do suicídio do trabalhador em seu ambiente de trabalho; e de iniciativas de regulação e controle da disponibilidade e acesso aos meios utilizados para o suicídio. Também ela menciona o fomento a criação de Protocolos de Atenção ao fenômeno do suicídio que integrem a Rede Intersetorial.

Quadro 10 – Análise dos componentes da Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, homologada pela Resolução CES/RS nº 07/2019

(continua)

Estado do Rio Grande do Sul		
Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, homologada pela Resolução CES/RS nº 07/2019		
Componente da OMS	**Presença no documento**	**Descrição dos componentes encontrados**
		Por fim, a política dá uma diretriz para otimizar o apoio psicossocial dos recursos comunitários disponíveis tanto para aqueles que apresentam algum comportamento do espectro suicida, atentando para o período pós-internação hospitalar, assim como para as famílias e pessoas próximas de indivíduos que se suicidaram, os "sobreviventes".
Alcançar o compromisso político	Sim	Além da intersetorialidade pública e do desenvolvimento de consciência política que são observados no documento, existe a diretriz para pactuar a garantia de recursos necessários nas áreas envolvidas para o desenvolvimento das estratégias expostas na política.
Abordar estigma	Sim	A política busca desenvolver a consciência pública, política e midiática sobre a magnitude do problema e a disponibilidade de estratégias de prevenção eficazes, buscando reduzir o estigma associado ao suicídio e promovendo o relato responsável dos meios de comunicação social em relação ao fenômeno.
Aumentar a conscientização	Sim	A política promove ações de informação, comunicação e sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido; E também se direciona a disseminar documentos orientadores existentes e desenvolver materiais com informações sobre os aspectos pertinentes ao suicídio.
Estabelecer objetivos	Sim	Os objetivos aparecem explícitos e claros na política, como se verifica: Ampliar e fortalecer ações integrais de promoção da vida e prevenção do suicídio em caráter intersetorial, visando à diminuição das tentativas e mortes por suicídio no estado do Rio Grande do Sul; Prevenir mortes prematuras devido ao suicídio;

Quadro 10 – Análise dos componentes da Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, homologada pela Resolução CES/RS nº 07/2019

(continua)

Estado do Rio Grande do Sul		
Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, homologada pela Resolução CES/RS nº 07/2019		
Componente da OMS	**Presença no documento**	**Descrição dos componentes encontrados**
		Reduzir as taxas de outros comportamentos suicidas (automutilação, tentativa de suicídio, dentre outros); Reduzir os efeitos secundários prejudiciais associados aos comportamentos suicidas e o impacto traumático do suicídio nos sobreviventes e na comunidade em geral.
Identificar agentes de risco e protetivos	Sim	A política busca identificar os determinantes e condicionantes do comportamento suicida, assim como os agentes protetores. Apoia também o desenvolvimento de atividades protetivas como as relacionadas à prevenção de violências e do uso prejudicial de álcool e outras drogas, bem como a promoção da cultura da paz, visto que esses são agentes de risco ao suicídio. Além de evidenciar a importância epidemiológica e a relevância do quadro de comorbidades e transtornos associados ao suicídio e suas tentativas em populações em situação de vulnerabilidade.
Selecionar intervenções eficazes	Sim	A ação do poder público do Rio Grande do Sul desenvolve ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade. Ë prevista a atenção à saúde dos usuários em situação de risco para o suicídio e seus familiares e sobreviventes, sobretudo para organizar linhas de cuidados integrais (promoção, prevenção, pósvenção, tratamento e recuperação) que contemplem todos os níveis de atenção, seguindo o fluxo das Redes de Atenção à Saúde com acesso às diferentes modalidades terapêuticas. E a política idealiza canais de atendimento àqueles que se encontram em situação de risco e/ou tentativa de suicídio (linhas de telefone SOS).

Quadro 10 – Análise dos componentes da Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, homologada pela Resolução CES/RS nº 07/2019

(conclusão)

Estado do Rio Grande do Sul		
Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, homologada pela Resolução CES/RS nº 07/2019		
Componente da OMS	**Presença no documento**	**Descrição dos componentes encontrados**
Melhorar o registro de casos e conduzir pesquisas	Sim	A política visa garantir a efetiva realização dos registros de lesão autoprovocada e sua qualificação, por meio da ficha de notificação de violências interpessoais e autoprovocadas, assegurando a alimentação do sistema de vigilância, conforme a lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública. Busca também qualificar o registro da causa de óbito por suicídio, na tentativa de sensibilizar e de capacitar os profissionais envolvidos (registradores e codificadores). Busca também a troca de informações entre os sistemas do SUS e afins. Observa parcerias para pesquisas e elaboração de métodos de coletas e análise de dados. Finalmente, tenta desempenhar uma vigilância de qualidade e ativa a fim de aperfeiçoar a atenção à saúde, sobretudo com o uso do Observatório de Análise da Situação do Suicídio no Estado do Rio Grande do Sul, instituído pela Portaria SES/RS nº 678/2018.
Realizar monitoramento e avaliação	Sim	A política também visa monitorar e avaliar a implementação das estratégias propostas por ela.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Todos os componentes orientados pela OMS foram encontrados para a política pública do Rio Grande do Sul: Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, homologada pela Resolução CES/RS nº 07/2019, de modo que os 11 elementos foram verificados dentro da política, perfazendo 100% o número destes amparados na política.

A política apresenta alinhamento completo ao que recomenda a OMS (2018) com relação a seus elementos que a formam o que demonstra a possibilidade de ser uma ação sustentável e duradoura no longo prazo. Ademais a política tem uma abrangência notória para públicos universal, específica e seletiva, como demanda a OMS (2018).

Dando prosseguimento, o próximo documento demonstrado é o Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (2022-2025), o qual teve sua elaboração suscitada pela Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio. O Quadro 11 detalha a descrição dos componentes que foram encontrados no referido plano estadual.

Quadro 11 - Análise dos componentes da Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (2022-2025)

(continua)

Estado do Rio Grande do Sul		
Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (2022-2025)		
Componente da OMS	**Presença no documento**	**Descrição dos componentes encontrados**
Identificar os responsáveis	Sim	Secretaria Estadual de Saúde; Conselho Estadual de Saúde; Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (CEPVPS); Grupos de Trabalho ou Comitês Municipais de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio; Conselhos Municipais de Saúde; Observatório de Análise de Situação do Suicídio do Rio Grande do Sul; instituições governamentais e não governamentais; redes intersetoriais; universidades; e sociedade civil, sobretudo o Centro de Valorização da Vida (CVV).
Analisar a situação	Sim	O plano faz uma contextualização em relação às características do fenômeno. Demonstra que o suicídio no RS é quatro vezes maior em homens (80% em 2019). E que, por outro lado, as mulheres atentam mais contra a própria vida, tendo apresentado 2,4 vezes mais notificações de violência autoprovocada no ano de 2019 (8.754 notificações, 71% do total). Em relação à faixa etária, o documento mostra que, o suicídio apresenta os maiores coeficientes após os 60 anos de idade. A juventude entre 15 e 29 anos aparece no contexto do suicídio no Estado, visto que nos últimos anos foi a terceira maior causa de morte. Ademais, as taxas de automutilações nessa faixa etária (224,3 por 100 mil habitantes), são alarmantes.

Quadro 11 - Análise dos componentes da Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (2022-2025)

(continua)

Estado do Rio Grande do Sul		
Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (2022-2025)		
Componente da OMS	**Presença no documento**	**Descrição dos componentes encontrados**
Avaliar os recursos	Sim	O plano orienta a mapear possibilidades de recursos por meio de editais ou parcerias com outras instituições para revitalização e implantação de espaços comunitários com potencial terapêutico para promoção de saúde mental. Também incentiva a busca por parcerias institucionais para captação de recursos bem como participação em editais de financiamento para as atividades fins, assim como a procura por parcerias com profissionais especialistas na temática e/ou grupos de pesquisa das universidades para qualificação profissional periódica/contínua dos serviços da rede intersetorial. Utilização de profissionais da rede para execução das atividades. Além de financiamentos instituídos para os dispositivos da rede intersetorial que se possa planejar ações de promoção da vida e prevenção do suicídio no escopo das atividades dos serviços. O plano ainda destaca que os municípios deverão construir seus planos de promoção da vida e prevenção do suicídio, a fim de garantir recursos orçamentários devendo ser incluídos no Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA), assim como garantir que o recurso destinado pela LOA seja, efetivamente, executado nas ações previstas nos referidos planos.
Alcançar o compromisso político	Sim	Observa-se a presença do componente nas parcerias entre o Governo Estadual e governos municipais para a elaboração dos planos de prevenção ao suicídio destes entes. O mesmo ocorre no incentivo, ensejado no plano, aos gestores a destinarem recursos para ações específicas de promoção da vida e prevenção do suicídio, a partir dos dados epidemiológicos.

Quadro 11 - Análise dos componentes da Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (2022-2025)

(continua)

Estado do Rio Grande do Sul		
Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (2022-2025)		
Componente da OMS	**Presença no documento**	**Descrição dos componentes encontrados**
		Outro ponto elencado na política é o de buscar a garantia de que os recursos destinados à ações de promoção da vida da vida e prevenção do suicídio sejam de fato aplicados em estratégias definidas nos planos municipais.
Abordar estigma	Sim	O componente fica evidenciado na promoção a desestigmatização em torno dos aspectos que envolvem o cuidado em saúde mental e o sofrimento psíquico, sobretudo no incentivo ao debate sobre adoecimento psíquico e suas formas de cuidado, evidenciado na política. O que se observa também quando a política determina deve ser dada informação a sociedade sobre a importância da promoção e do cuidado da saúde mental. Além de informar e sensibilizar para questões que colocam pessoas em risco para o comportamento suicida e que são evitáveis. Por fim, o plano promover o relato responsável do fenômeno nos meios de comunicação social, pautado nas diretrizes disponíveis no manual da OMS para a mídia, contribuindo para redução do estigma do suicídio.
Aumentar a conscientização	Sim	O componente é identificado em promover ações de apoio psicossocial e cuidados em saúde mental na comunidade em parceria com a Atenção Primária de Saúde e promover ações de conscientização voltadas à população geral, além de estratégias de sensibilização e respeito às diferentes culturas, às questões étnico-raciais, às questões relacionadas à diversidade sexual, etária e de gênero através de campanhas de conscientização sobre os grupos populacionais específicos.

Quadro 11 - Análise dos componentes da Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (2022-2025)

(continua)

Estado do Rio Grande do Sul		
Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (2022-2025)		
Componente da OMS	**Presença no documento**	**Descrição dos componentes encontrados**
		Também visa a criação de materiais referentes à temática que possam ser replicados em diferentes realidades, com possibilidade de edição. Há, por fim, o incentivo a ações de informação, comunicação e sensibilização de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido, desenvolvendo a consciência pública, política e midiática sobre a magnitude do comportamento suicida;
Estabelecer objetivos	Sim	Os objetivos do plano são: Organizar, de forma sistemática, ações necessárias para que as Diretrizes e Estratégias, estabelecidas na Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, sejam desenvolvidas no estado e nos municípios do Rio Grande do Sul, no período de 2022 a 2025; Promover a vida e prevenir o comportamento suicida; Qualificar a vigilância das mortes por suicídio e do comportamento suicida; Qualificar a informação e a comunicação sobre o fenômeno e sua disseminação; e Qualificar a gestão e o cuidado em todos os níveis de atenção.
Identificar agentes de risco e protetivos	Sim	O componente se observa no fomento e apoio de iniciativas de regulação e controle da disponibilidade e acesso aos meios utilizados para o suicídio, constante na política. A política orienta que, no caso de usuários em risco de suicídio, a família e a rede de apoio devem restringir o acesso a qualquer objeto potencialmente letal.

Quadro 11 - Análise dos componentes da Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (2022-2025)

(continua)

Estado do Rio Grande do Sul		
Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (2022-2025)		
Componente da OMS	**Presença no documento**	**Descrição dos componentes encontrados**
		Nas ações de educação permanente, o plano foca no incentivo a se abordar o tema da prevenção e promoção de saúde, enfatizando os agentes protetivos. Além do que o plano fomenta a realização de pesquisas que tenham como objetivo identificar agentes associados ao comportamento suicida bem como os agentes protetivos.
Selecionar intervenções eficazes	Sim	O plano trabalha sob a ótica do enfrentamento as comorbidades e aos transtornos psíquicos que são relacionados ao suicídio e de como a epidemiologia é importante na prevenção ao suicídio. Atua nos diversos níveis de especificidades que vão desde ações em grupos seletivos a universais. Busca reduzir os riscos, restringindo o acesso aos meios utilizados para tentativa de suicídio ou autoagressão, comuns entre algumas categorias profissionais. A política gaúcha foca em garantir o acesso à saúde integral, qualificando as equipes dos diferentes pontos da rede de atenção quanto às especificidades de cuidado para cada população. Além do enfoque na garantia do acesso à educação e demais serviços da rede intersetorial para estas populações. Outro ponto que a política destaca é o de garantir o acesso a serviços de saúde, disponibilizando alternativas de atendimento, como visitas domiciliares, horários estendidos de funcionamento, teleatendimento, unidades móveis terrestres, unidades de apoio (ou satélites), dentre outros. Há o incentivo de contato com grupos/pares na comunidade, espaços sociais e de lazer com a

Quadro 11 - Análise dos componentes da Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (2022-2025)

(continua)

Estado do Rio Grande do Sul		
Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (2022-2025)		
Componente da OMS	**Presença no documento**	**Descrição dos componentes encontrados**
		finalidade de estimular o compartilhamento, o apoio mútuo e a busca de ajuda. Por fim, busca trabalhar junto à comunidade para reduzir risco, restringindo o acesso aos meios utilizados para tentativa de suicídio ou autoagressão, comuns na área rural, assim como busca a redução da exposição ocupacional (regular e/ou acidental) ao uso de agrotóxicos, especialmente os organofosforados.
Melhorar o registro de casos e conduzir pesquisas	Sim	O plano menciona melhoras nos registros de caso, como: a qualificação de profissionais de saúde para realizar o preenchimento adequado da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada do SINAN, observando a obrigatoriedade da notificação em até 24h, destacando a importância do registro para aprimoramento dos dados e planejamento de ações de promoção da saúde, prevenção do suicídio e posvenção.; Além da sensibilização e qualificação os profissionais da rede intersetorial sobre a importância da notificação e seu papel na identificação do perfil epidemiológico, na elaboração de estratégias de enfrentamento, bem como na formulação de políticas públicas. Também a política orienta na realização de monitoramento dos dados e de manter atualizado o cenário epidemiológico, em nível municipal e estadual, através da publicação de boletins epidemiológicos. Assim como destaca outras formas de melhora nos registros como identificar e realizar busca ativa dos locais que atendem casos de tentativa de suicídio e

Quadro 11 - Análise dos componentes da Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (2022-2025)

(continua)

Estado do Rio Grande do Sul		
Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (2022-2025)		
Componente da OMS	**Presença no documento**	**Descrição dos componentes encontrados**
		autoagressão que não realizaram notificações (serviços e/ou municípios silenciosos), assim como qualificar as Declarações de Óbitos nos municípios: realizar trabalho em conjunto com o Núcleo de Informações em Saúde (NIS/DAPPS) para qualificar as informações sobre óbitos por suicídio. A busca por parceria com a Secretaria de Segurança Pública/ Departamento Médico Legal (DML) para identificar causas de óbitos para fins de qualificação ou validação dos determinantes da morte também se encontra na política. Além disso, estabelecer estratégias estruturantes para a melhoria do diagnóstico e do registro de causa de morte por suicídio, bem como do fluxo das informações entre as instituições. A ação gaúcha observa a criação de comitês de investigação de óbitos por suicídio para elaborar estratégias de prevenção bem como qualificar os pontos de fragilidade da rede e fortalecer suas potencialidades. Ao mesmo tempo em que elenca a necessidade de cruzar dados de óbitos com o sistema SINAN, a fim de verificar se havia notificação de violência prévia. Buscar nos prontuários eletrônicos do município os atendimentos referentes ao acompanhamento prévio realizado ou a ausência deste. Os elaboradores da política também delineiam a necessidade discutir o caso de óbito por suicídio junto ao Comitê Municipal de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio ou aos serviços envolvidos no atendimento, preferencialmente, a partir da área

Quadro 11 - Análise dos componentes da Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (2022-2025)

(conclusão)

Estado do Rio Grande do Sul		
Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (2022-2025)		
Componente da OMS	**Presença no documento**	**Descrição dos componentes encontrados**
		técnica da saúde mental e/ou da vigilância das violências. No diagnóstico da situação municipal, a política estabelece fluxos para que os dados sobre violência autoprovocada sejam compartilhados e aprofundados entre Vigilância em Saúde e outros pontos da rede, como Atenção Primária e Saúde Mental, incluindo a participação do Comitê/Comissão/ Grupo de Trabalho Municipal de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, para que sejam traçadas estratégias de atenção de acordo com a realidade local. Consta o apoio a rede intersetorial, fornecendo suporte teórico e técnico sobre a temática do suicídio e auxílio no estabelecimento dos seus respectivos fluxos Estimular o Ensino, Pesquisa e Extensão no tema do comportamento suicida. Com relação a realização de pesquisas, o plano estabelece parcerias com instituições de ensino superior para que o tema do suicídio seja mais amplamente abordado no percurso formativo, tanto nos espaços teóricos quanto práticos (ex.: campos de estágio), em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e a intersetorialidade. Ao passo que fomenta a realização de pesquisas no tema do suicídio em suas diferentes perspectivas (ex.: identificação, avaliação, vigilância, prevenção, posvenção, promoção da vida).
Realizar monitoramento e avaliação	Sim	O plano destaca a criação de indicadores para avaliar a efetividade dos resultados das ações, que podem ser construídas através de parcerias com universidades. E ainda a elaboração de painel de acompanhamento dos indicadores.

Fonte: Elaborado pelo autor, com suporte nos dados da investigação.

Assim como a Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, homologada pela Resolução CES/RS nº 07/2019., todos os 11 elementos do Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (2022-2025) do Rio Grande do Sul foram verificados dentro da política, perfazendo 100% o número destes componentes que foram amparados na política.

Fato que abre a possibilidade da política ser sustentável e duradoura no longo prazo. Além disso, o Plano Estadual também tem uma característica de ser abrangente como orienta a OMS (2018), ou seja, consegue abarca grupos gerais, específicos e seletivos.

Através dos componentes do Plano, verifica-se uma estruturação bem alinhada com a OMS, além de demonstrar que as estratégias idealizadas pelos gestores desta política se coadunam com a literatura internacional (Krug *et al*, 2002) e OMS (2014, 2018), e com o pensamento de pesquisadores brasileiros, como Minayo (2019), Amarante (2023a, 2023b, 2023c), Bertolote (2013, 2018), Botega (2022) e Bitencourt (2020, 2024). Ademais consegue, ao mesmo tempo, demonstrar o contexto da situação do suicídio e das lesões autoprovocadas no Rio Grande do Sul.

Abaixo, demonstra-se um quadro sintético contendo as quatro políticas públicas de prevenção do suicídio e da automutilação estaduais que foram analisadas na contabilização dos componentes orientados pela OMS. E, por fim, elenca-se, dentre estas iniciativas públicas, as consideradas como "padrão" neste estudo, ou seja, as que detinham o maior número de elementos dos 11 preconizados pelo Órgão Internacional.

Salienta-se, mais uma vez, que o termo **padrão** não quer dizer que é a melhor dentre as políticas públicas para prevenção ao suicídio e à automutilação que foram coletadas. Foram assim designadas, tão somente, para este estudo.

A análise proposta das ações estatais se encontra no Quadro 12.

Quadro 12 - Número de componentes nas políticas de prevenção do suicídio e da automutilação

(continua)

Política pública analisada	Estado	Número de componentes encontrados	% do número de componentes
Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio,	Rio Grande do Sul	11	100%

Quadro 12 - Número de componentes nas políticas de prevenção do suicídio e da automutilação

(conclusão)

Política pública analisada	Estado	Número de componentes encontrados	% do número de componentes
homologada pela Resolução CES/RS nº 07/2019			
Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (2022-2025)	Rio Grande do Sul	11	100%
Plano de Ação para Prevenção do Suicídio no Estado do Piauí de 2017	Piauí	10	90,90%
Lei nº 5.619 de 24/09/2021 (Plano Estadual de Combate ao Suicídio)	Amazonas	09	81,82%

Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos dados da investigação.

Assim, observa-se que as políticas de prevenção do suicídio e da automutilação que obtiveram os maiores números de componentes foram Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, homologada pela Resolução CES/RS nº 07/2019; e Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (2022-2025), ambas do Rio Grande do Sul, alcançando 11 componentes. Essas, por conseguinte, foram as elencadas como padrão neste estudo.

Antes da análise comparativa entre as políticas públicas de prevenção ao suicídio e à automutilação-padrão e o Programa *Vidas Preservadas* do Ministério Público do Ceará, demonstram-se a seguir os componentes encontrados no referido Programa para verificar o seu alinhamento com os elementos preconizados pela OMS, conforme Quadro 13.

Quadro 13 - Análise dos componentes do Programa Vidas Preservadas

(continua)

Estado do Ceará		
Programa *Vidas Preservadas*, criado pelo Ato Normativo Nº 061/2019		
Componente da OMS	**Presença no documento**	**Descrição dos componentes encontrados**
Identificar os responsáveis	Sim	Os responsáveis na implementação: Ministério Público do Ceará; órgãos públicos e organizações não governamentais, conforme o Ato Normativo Nº 061/2019.
Analisar a situação	Sim	O documento demonstra a situação sobre o suicídio no Mundo, no Brasil e no Ceará. Faz uma exposição sobre os números epidemiológicos no Ceará, em que o Estado, em apenas nos últimos 05 (cinco) anos, aproximadamente 3.000 (três mil) pessoas tiraram sua própria vida, o que fez com que o Estado ocupe o 5º (quinto) lugar no ranking nacional do período 2011-2015. E em 2018, o Ceará teve 643, configurando um aumento de mais de 30% em relação ao ano de 2010.
Avaliar os recursos	Sim	A necessidade de membros do Ministério Público do Ceará que fiscalizam a execução dos planos municipais de prevenção ao suicídio e funcionam como indutores destas políticas públicas, além de serem os coordenadores indicados pelo Procurador-Geral de Justiça. Precisa-se também de servidor para auxiliar o coordenador e a comissão gestora no desenvolvimento das ações do Programa; e profissionais especialistas para capacitar a rede intersetorial.
Alcançar o compromisso político	Sim	O componente na política do Ministério Público cearense se observa pela invocação da Lei Estadual nº 16.483, de 19 de dezembro de 2017, que institui a Semana de Conscientização e Prevenção ao Suicídio nas Escolas da Rede Pública Estadual e Universidades Estaduais do Ceará, assim como da Lei Estadual nº 16.185, de 28 de dezembro de 2017, que institui, no calendário oficial do Estado do Ceará, a Campanha Setembro Amarelo como mês de conscientização e prevenção do suicídio. Além do que o ato determina o acompanhamento da política de prevenção do suicídio no âmbito municipal,

Quadro 13 - Análise dos componentes do Programa Vidas Preservadas

(continua)

Estado do Ceará		
Programa Vidas Preservadas, criado pelo Ato Normativo Nº 061/2019		
Componente da OMS	**Presença no documento**	**Descrição dos componentes encontrados**
		estadual e federal, fato que demonstra um compromisso político. A política também deve acompanhar a adesão dos municípios cearenses ao Programa *Vidas Preservadas*; E, por fim, acompanhar a formulação do Plano Municipal de Prevenção, Intervenção e "Posvenção" do Suicídio dos municípios que aderirem ao Programa e estimular os promotores de justiça respectivos a fiscalizarem sua execução.
Abordar estigma	Sim	Observa-se o componente na capacitação "Guardiões da Vida", prevista no ato normativo, e a formação tem por finalidade transformar o participante em um agente de prevenção do suicídio, capaz de identificar "sinais de alarme", "agentes de risco e de proteção", a maneira adequada de abordar quem possa estar com ideação suicida e os meios de encaminhar cada caso aos equipamentos ou serviços disponíveis na rede pública.
Aumentar a conscientização	Sim	O componente é observado no fomento ao debate, na sensibilização e fortalecimento das políticas públicas para a promoção da saúde e para o surgimento de estratégias de cuidado integral da população na perspectiva do trabalho em rede. Ainda a política incita às mídias a abordarem o tema suicídio de maneira reiterada e apropriada.
Estabelecer objetivos	Sim	O Programa demonstra seu objetivo como o de promover, em parceria com órgãos públicos e organizações não governamentais, uma abordagem intersetorial da prevenção, da intervenção e da "posvenção" do suicídio, de modo a fomentar o debate, sensibilizar e fortalecer políticas públicas para a promoção da saúde e para o surgimento de estratégias de cuidado integral da população na perspectiva do trabalho em rede.

Quadro 13 - Análise dos componentes do Programa Vidas Preservadas

(conclusão)

Estado do Ceará		
Programa Vidas Preservadas, criado pelo Ato Normativo Nº 061/2019		
Componente da OMS	**Presença no documento**	**Descrição dos componentes encontrados**
Identificar agentes de risco e protetivos	Sim	O ato também demonstra o componente dentro das suas formações, como o "Guardiões a Vida", em que se verifica a identificação de "agentes de risco e de proteção", além da forma para a abordagem de quem possa estar com ideias suicidas e as maneiras de encaminhar cada caso aos equipamentos ou serviços públicos.
Selecionar intervenções eficazes	Sim	O Programa foca em uma abordagem intersetorial da prevenção, da intervenção e da "posvenção" do suicídio, sobretudo com capacitações que têm por finalidade tornar o participante um agente de prevenção do suicídio, e de preparar os psicólogos que atuam na área da educação escolar para serem capazes de identificar o risco em crianças ou adolescentes com ideação suicida; além de capacitar policiais, civis e militares, bombeiros militares, guardas municipais e integrantes das Forças Armadas para saberem como agir diante de uma pessoa que está na iminência de praticar um ato suicida. Por fim, a política também estimula os meios de comunicação a tratarem o tema suicídio de forma frequente e adequada.
Melhorar o registro de casos e conduzir pesquisas	Sim	O componente é verificado, sobretudo, ao estabelecer intercâmbio permanente com entidades públicas ou privadas que, direta ou indiretamente, se dediquem ao estudo ou à proteção dos bens, valores ou interesses relacionados com a prevenção do suicídio;
Realizar monitoramento e avaliação	Sim	O coordenador supervisiona o Programa *Vidas Preservadas* e, juntamente, com a Comissão Gestora do Programa, faz reuniões semestrais e extraordinárias, que visam à avaliação, ao aprimoramento e ao planejamento das ações - além das reuniões ordinárias e extraordinárias para tratar de assuntos relacionados ao planejamento, à execução e ao monitoramento das ações e das metas do programa.

Fonte: Elaborado pelo autor, com suporte nos indicadores da pesquisa.

Verifica-se do Quadro 13 que o Programa *Vidas Preservadas* do Ministério Público do Ceará, tem todos os 11 componentes elencados pela OMS e seu completo alinhamento com a orientação do Órgão Internacional, perfazendo 100% dos elementos dentro da política. Além de, como já mencionado de forma inicial, tem uma característica abrangente, como demanda a OMS (2018).

Assim, para a análise comparativa de suas abordagens, com base em seus componentes, foram utilizadas as seguintes políticas públicas: o Programa *Vidas Preservadas* do Ministério Público do Ceará; a Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, homologada pela Resolução CES/RS nº 07/2019; Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (2022-2025), ambas do Rio Grande do Sul.

5.4 Análise comparativa entre as políticas públicas de prevenção ao suicídio e à automutilação-padrão e o Programa *Vidas Preservadas*

Não se intenta, neste passo, fazer juízo sobre se uma política pública é melhor do que a outra, maiormente pelo fato de serem políticas que combatem um problema de saúde pública, como o suicídio e a automutilação, o qual, como verificado, é multifacetado e complexo, e se este tem essas características, as políticas públicas criadas para enfrentá-lo também o são. Alie-se ao fato de que, cada estado brasileiro tem seu contexto social, econômico e cultural, além de suas autonomias administrativas e constitucionais para a elaboração de suas políticas públicas.

Por consequência, analisar comparativamente as abordagens de ações estatais que combatem os referidos problemas como uma melhor ou pior do que a outra, exigiria uma pesquisa mais profunda e complexa, com a necessidade de se fazer análises qualitativas e quantitativas de anos de cada política, ou seja, seria preciso um estudo de impacto de cada uma, o que não é objetivo desta pesquisa haja vista os recursos que seriam necessários para tal.

Assim, a proposta de analisar comparativamente as abordagens utilizadas por políticas-padrão de prevenção ao suicídio e à automutilação, já encontradas durante o estudo, e o Programa *Vidas Preservadas*, em particular com relação às ações das políticas, além de verificar suas diferenças com base em seus componentes é, tão somente, para se conhecer as abordagens de cada política e de como os componentes pensados pelos fazedores de políticas são capazes de elaborar políticas para cada contexto.

Como observado durante o ensaio, as três políticas públicas de prevenção ao suicídio e à automutilação sobram implementadas por órgãos públicos, de sorte que se

enquadram como políticas governamentais, no caso das políticas gaúchas criadas pela Secretaria de Saúde, por meio do Conselho Estadual de Saúde.

Embora as três iniciativas tenham parcerias com outros organismos não governamentais ou sociedade civil, o que denota uma abordagem intersetorial por parte de ambas, foram tomadas nesta pesquisa como sendo políticas governamentais.

Verifica-se, também, que em suas tipologias, baseadas em Lowi, possuem predominantemente uma característica distributiva, visto que beneficiam a sociedade ou um grupo com benefícios, serviços ou recursos sem um conflito visível. As ações públicas em estudo também são abrangentes, visto que amparam o grande público de seus estados. Além do que as iniciativas estão alinhadas com a orientações da OMS com relação aos seus componentes, e perfazem 100% de cobertura destes elementos.

Durante o estudo, observou-se que as duas políticas de prevenção ao suicídio e à automutilação do Rio Grande do Sul se exprimem dentro de uma abordagem ampla e detalhada de suas ações, evidenciada pelos componentes de cada uma das políticas, tanto para o público geral como específico e seletivo.

As políticas gaúchas abordam desde cuidados integral em saúde e saúde mental, educação sanitária, ações de proteção contra os agentes de risco e intersetoriais e integrais, à alocação de recursos para ações governamentais no combate ao suicídio e à automutilação, em particular, com uso de base normativa e científica nas suas formas de atuar, além de incentivos à criação dos planos municipais para cada realidade. As políticas observam o monitoramento e avaliação da política por meio de indicadores, fato que dá ensejo, nelas, a possíveis modificações ou melhorias.

Enquanto isso, o Programa *Vidas Preservadas*, do Ministério Público do Ceará, se destaca, segundo os elementos encontrados na política, por uma forma intersetorial e inovadora de abordar a temática, por meio de capacitações e sensibilização da população geral e específica para a inclusão de ações públicas preventivas nos municípios do Estado do Ceará e a consequente fiscalização por parte dos promotores de justiça na implementação destas políticas nos municípios cearenses que aderirem ao Programa Vidas Preservadas.

Pontos congruentes observados entre as políticas foram a intersetorialidade, em particular, em decorrência da colaboração entre entidades públicas, particulares, sociedade civil e redes intersetoriais. Outro ponto convergente entre as políticas sulistas e alencarina é a observação de uma descentralização da política observada no incentivo à criação de planos municipais de prevenção ao suicídio, verificando-se um compromisso político necessário para

a implementação destas ações, assim como auxilia a intersetorialidade demandada pelas políticas.

Observa-se, também, nas três políticas foco na educação sanitária e sensibilização, máxime para desestigmatização para o problema de saúde pública sobre o suicídio, além da necessidade da participação da comunidade para fortalecimento de redes locais e foco na implementação de ações para um trabalho em rede, ações defendidas pela OMS (2014).

As abordagens se coadunam com a literatura, visto que o engajamento de líderes e profissionais de saúde para o planejamento de ações e a definição de modalidades de proteção, bem como a articulação intersetorial, formando redes de suporte comunitário, destacam-se dentre as ações de prevenção ao suicídio, segundo Sousa *et al*. (2021, *online*).

As ações preventivas propostas tanto pela Política quanto pelo Plano de Ação do Rio Grande do Sul se encontram em conformidade com a OMS (2018), com base em seus componentes observados, e voltam-se para os três níveis da prevenção do suicídio e da automutilação: no nível universal, principalmente, por meio de campanhas de conscientização, desestigmatizar o tema e a educação sanitária mental; no seletivo, maiormente no tratamento dado a grupos vulneráveis como idosos, trabalhadores rurais e jovens; e no específico, com base em intervenções elaboradas para pessoas em risco iminente, máxime com a restrição ao acesso aos meios de prática de suicídio ou automutilação, além do suporte psicossocial, ações ensejadas também pela OMS (2014).

Já as ações preventivas observadas no Programa *Vidas Preservadas*, com base nos seus componentes encontrados neste estudo, ocorrem, principalmente, por meio da realização de seminários e campanhas educativas, particularmente, na Campanha Setembro Amarelo e palestras públicas, capacitação contínua, com o intuito de formar profissionais locais para a identificação e prevenção do comportamento suicida, os chamados “porteiros” pela OMS (2014), além do apoio intersetorial, por meio do trabalho conjunto e articulado com órgãos não governamentais e administradores públicos.

As diferenças observadas entre as três políticas públicas, com suporte nas abordagens advindas dos componentes que as formaram, verificam-se nas seguintes características das políticas: na amplitude e abrangência; no foco geográfico e fiscalizatório; e na capacitação e estrutura normativa.

Com relação a amplitude e abrangência, as políticas gaúchas se estruturam em estratégias e diretrizes detalhadas em todos os níveis de combate ao suicídio e à automutilação, enquanto o Programa alencarino, apesar de agir de maneira universal para o público cearense,

as ações específicas e seletivas estão implícitas, visto que tem como estratégia principal a sensibilização e a articulação entre variegados setores da sociedade cearense.

No foco geográfico e fiscalizatório, verifica-se que as políticas sulistas detalham todas as ações propostas, desde as locais, às estaduais, além das intersetoriais, enquanto o Programa *Vidas Preservadas* se detém ao âmbito estadual por adesão dos municípios do Estado do Ceará para a elaboração de seus planos municipais, os quais, após aderirem ao Programa, são fiscalizados em sua execução por membros do Ministério Público Estadual.

No que se refere à capacitação e à estrutura normativa, o Programa do Ceará concede um enfoque prático maior nas suas capacitações, enquanto as políticas encontradas como padrão para este estudo demonstram uma base normativa mais abrangente com a inclusão de métricas de monitoramento e avaliação.

Com suporte nos documentos analisados, com a ajuda de seus componentes, verifica-se que as políticas do Rio Grande do Sul são alinhadas com a orientação da OMS, e, demais disso, detêm um abrangente detalhamento de suas estratégias, diretrizes e ações em distintos níveis de prevenção.

Já o Programa *Vidas Preservadas*, também, está alinhado aos componentes preconizados pela OMS, e se destaca por ser uma política inovadora, oriunda de uma instituição pública, porém se volta mais para a sensibilização e a articulação do que uma normatização mais ampla.

A experimentação - agora lindada com seu termo - logrou, por via dos métodos da análise documental e da análise de conteúdo, cumprir o objetivo geral e os objetivos específicos.

O objetivo específicos de coletar políticas públicas de prevenção ao suicídio e à automutilação dos estados brasileiros elencados na Portaria nº 1.315/2018 do Ministério da Saúde, e do Ceará foi alcançado, pois conseguiu os seguintes resultados: foram coletadas 32 políticas de prevenção ao suicídio e à automutilação dos sete estados: Amazonas, Roraima, Piauí, Mato Grosso do Sul, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Ceará[11]; e após aplicação de critérios na leitura flutuante para se considerar um *corpus* da análise de conteúdo, remansaram quatro políticas públicas, sendo uma do Amazonas, uma do Piauí e duas do Rio Grande do Sul.

De posse das quatro políticas, granjeou-se definir as políticas-padrão de prevenção ao suicídio e à automutilação com base nos componentes elencados pela OMS (2018, *online*), por meio de uma escala da quantidade de componentes orientados pela OMS, para a posterior análise comparativa com o Programa *Vidas Preservadas*.

[11] Não se considerou na contagem o Programa *Vidas Preservadas*, pois este já estava incluso no objetivo geral desta pesquisa.

As políticas-padrão encontradas para esta demanda universitárias foram: a Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio; e o Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (2022-2025), com ambas contando 11 componentes determinados pela OMS.

No que concerne a profícua busca dos objetivos consagrados para a presente análise, obtiveram grande sucesso no ínterim de responder às seguintes indagações: i) Quais políticas de prevenção ao suicídio e à automutilação, dentre as coletadas, podem ser consideradas padrão com base nos componentes orientados pela OMS?; ii) Quais abordagens foram utilizadas pelos estados na elaboração dessas políticas-padrão e o Programa *Vidas Preservadas* na prevenção do suicídio e da automutilação? iii) Quais ações preventivas propostas pelas políticas-padrão e pelo Programa *Vidas Preservadas*?; e iv) Quais diferenças foram observadas entre as políticas-padrão e o Programa *Vidas Preservadas*?

A resposta para a primeira indagação elaborada nesta demanda científica encontra-se a seguir: As políticas-padrão encontradas para esta demanda universitárias foram: a Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio; e o Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (2022-2025), com ambas contando 11 componentes determinados pela OMS., conforme Quadro 07 da subseção 5.3 desta pesquisa.

Com relação às perguntas ii, iii e iv, estas ajudaram a nortear a concretização da busca do objetivo geral de analisar comparativamente as abordagens utilizadas por políticas-padrão de prevenção ao suicídio e à automutilação e o Programa *Vidas Preservadas*, máxime no que é pertinente às ações das políticas, além de verificar suas diferenças com base em seus componentes, conforme demonstrado na subseção 5.4 da pesquisa em tela, assim como no Quadro 14 esquemático abaixo:

Quadro 14 - Resumo analítico das abordagens entre as políticas-padrão e o Programa Vidas Preservadas

(continua)

Resumo analítico das abordagens entre as políticas padrão e o Programa *Vidas Preservadas*		
Critérios	**Política-Padrão - Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio; e Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (2022-2025) (RS)**	**Programa *Vidas Preservadas* (CE)**

Quadro 14 - Resumo analítico das abordagens entre as políticas-padrão e o Programa Vidas Preservadas

(conclusão)

Resumo analítico das abordagens entre as políticas padrão e o Programa *Vidas Preservadas*		
Critérios	**Política-Padrão - Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio; e Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (2022-2025) (RS)**	**Programa *Vidas Preservadas* (CE)**
Abordagens	Estratégias amplas e detalhadas em todos os níveis de prevenção: universal, seletivo e específico. Ações normativas e de proteção psicossocial alinhadas à OMS.	Abordagem intersetorial inovadora com foco na sensibilização e capacitação da população e articulação entre distintos setores.
Ações Preventivas	Cuidados integrais em saúde e saúde mental; Educação sanitária e desestigmatização do suicídio. Ações seletivas para grupos vulneráveis e específicas para pessoa em risco iminente; Monitoramento por indicadores definidos; Incentivo à criação de planos municipais.	Realização de seminários e campanhas educativas, como o Setembro Amarelo; Palestras públicas e capacitação contínua de profissionais locais; Fiscalização da implementação das políticas nos municípios aderentes ao Programa; Apoio intersetorial para articulação entre órgãos públicos e privados.
Diferenças	Detalhamento normativo em todos os níveis de prevenção; Monitoramento contínuo por indicadores e metas específicas; Foco amplo, desde o nível local até o estadual; Estratégias seletivas e específicas bem definidas.	Ações específicas e seletivas implícitas; Enfoque prático nas capacitações locais; Fiscalização realizada pelo Ministério Público nos municípios aderentes ao Programa *Vidas Preservadas* Foco na sensibilização e articulação intersetorial ao invés de normatização abrangente.

Fonte: Elaborado pelo autor, com suporte nos indicadores da investigação.

Um ponto importante que se observa na análise, tanto das políticas-padrão, como do Programa *Vidas Preservadas* é que são políticas de prevenção ao suicídio e à automutilação que se encontram dentro do que se preconiza com a OMS e utilizam abordagens que são defendidas por pesquisadores brasileiros e pela literatura internacional, o que demonstra estarem bem atualizadas com iniciativas modernas na tentativa de diminuição deste problema.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pesquisar um tema que verse sobre o suicídio e seus derivados, malgrado a existência de inúmeros trabalhos, que traspassam gerações, com pesquisadores como Émile Durkheim, Karl Marx, Pouchet, Anthony Giddens, David Lester, Edwin Shneidman, Keith Hawton, dentre outros, é sempre importante, pois é um assunto muito intrínseco à própria humanidade. E fazer uso de novas ferramentas, como a análise dos componentes de uma política pública para a análise destas, traz um revigorante desafio na demanda por conhecimento.

O suicídio parece ser uma mazela que sempre estará na tangente do ser humano, na iminência de acontecer, porém, não por causa disso, deve-se abandonar o seu estudo, e, tampouco, ser vista como algo banal. *Contrario sensu*, deve-se continuar aumentando o conhecimento sobre esta, a fim de reduzir sua existência ao máximo possível. Por isso, estudos como este são necessários, principalmente nas análises de políticas públicas que tenham como pano de fundo o suicídio.

Analisar políticas públicas faz-se relevante na sociedade local, considerando que, com a especialização e a pesquisa em ciências sociais, começam a aparecer soluções aos problemas que a sociedade anseia por sua resolução, com destaque para o autocídio e automutilação.

Com efeito, esta Dissertação de Mestrado foi elaborada tendo como objetivo geral analisar comparativamente as abordagens utilizadas por políticas-padrão de prevenção ao suicídio e à automutilação e o Programa *Vidas Preservadas*, além de realizar os seguintes objetivos específicos: Coletar políticas públicas de prevenção ao suicídio e à automutilação dos estados brasileiros elencados na Portaria nº 1.315/2018 do Ministério da Saúde, e do Ceará; e Elencar uma política-padrão de prevenção ao suicídio com base nos componentes elencados pela OMS (2018, *online*).

Antes, porém, de se reportar às conclusões desta pesquisa, precisa-se fazer uma exposição de alguns vieses encontrados, as ferramentas utilizadas e alguns apontamentos.

Primeiro viés: este ensaio é reducionista, visto que foi considerado que as políticas públicas de prevenção ao suicídio e à automutilação dos estados que receberam apoio financeiro e técnico teriam sido mais bem elaboradas do que políticas de estados que não receberam tal apoio. Isto porque seria possível que outros estados, que não tiveram tal ajuda, tivessem elaborado políticas públicas melhores do que as utilizadas neste trabalho.

A igual tempo, todavia, utilizar a ideia do que seriam ações públicas “melhores”, situa este investigador em outro viés: o que é ser melhor para políticas de prevenção ao suicídio

e à automutilação? Seria uma política que trouxe baixas taxas de suicídio? Ou uma que precisou de poucos recursos para sua implementação? Ou a junção das duas modalidades, ou seja, políticas que conseguissem baixas taxas de suicídio e com utilização de poucos recursos? Como determinar quais políticas, em conjunto ou em separado, ajudaram a diminuir taxas de suicídio de um estado, visto que este é um problema complexo e multifacetado? Como comparar os contextos e as realidades de cada Estado? E, para isso, precisaria de uma pesquisa profunda só para determinar qual ou quais seriam as "melhores" políticas dentre várias outras dentre todos os estados brasileiros, o que seria inviável, com os recursos disponíveis para a elaborar esta experimentação acadêmica.

Haja vista que toda pesquisa é um recorte da realidade, para fins de sistematização do trabalho e sua concretização, pensou-se na utilização dos seis estados que receberam apoio do Ministério da Saúde, pois supõe-se que este órgão tenha mais conhecimento para implementação de políticas públicas de saúde do que outros organismos. E, assim, tenha repassado essa expertise para os estados na implementação de suas políticas públicas de prevenção ao suicídio e à automutilação. Assim, elaboramos uma maneira de se encontrar políticas-padrão para fins de análise neste trabalho, conforme está expresso na metodologia.

Frisa-se que, também, foram pesquisados documentos do Ceará para a investigação sob escólio, visto ser um estado que não recebeu apoio financeiro ou técnico do MS, e por também ser a unidade federada onde se encontra o Ministério Público que desenvolveu o Programa *Vidas Preservadas*, a fim de verificar se havia no Ceará outras políticas públicas de prevenção a este problema enquadráveis no estudo.

Terceiro viés: a possibilidade de, no método de coleta de dados utilizado, não terem sido coletados documentos que poderiam ser úteis na análise, visto que existe a possibilidade de algum documento não ter sido inserido nos sítios eletrônicos ou não ter sido encaminhado pelos órgãos requeridos a contento, pois, como já informado, as pesquisas foram realizadas dentro de sítios eletrônicos dos governos estaduais, das secretarias de saúde estaduais, dos diários oficiais dos estados e dos ministérios públicos daqueles locais, e com o uso dos marcadores **suicídio** ou **automutilação** e por intermédio de requerimentos por via dos portais da transparência ou sistemas próprios de protocolo, para coletar documentos públicos que versassem sobre políticas de prevenção ao suicídio e à automutilação.

Em ultrapasse a isto, é suscetível de haver ocorrido de este pesquisador não ter encontrado algum documento interessante para o ensaio que se remata, tendo em vista a dificuldade de usabilidade encontrada nos sistemas de filtros de recolha de cada sítio eletrônico, ou mesmo na falta de inoperância pelo usuário pesquisador. Por exemplo, em alguns sítios

eletrônicos que foram utilizados para a coleta de documentos, não retornavam informações sobre políticas públicas com essa temática com os marcadores utilizados: **suicídio** ou **automutilação**. De tal modo, notou-se que era preciso realizar a demanda com as palavras sem a acentuação característica de cada termo, ou seja, também foram inclusos **suicidio** ou **automutilação**. Assim, os documentos pesquisados com estes termos foram utilizados, mas isso também demonstra possibilidade de não terem sido encontrados outros documentos em decorrência dessa dificuldade.

Com relação ao uso das ferramentas, estas foram essenciais na elaboração deste trabalho. A pesquisa e a análise documental e a análise de conteúdo, malgrado bastante conhecidas, e ditas como simples de usar, necessitam de tempo e respeito às regras para seus corretos usos. Elas foram fundamentais para ajudar na coleta de material, composição de um banco de dados, sistematização do material e sua consequente análise.

No que tange aos componentes do desenho das políticas públicas, ou do modelo lógico, sua utilização foi sobradamente interessante, visto que, além de ser algo novo que está incipiente ainda na análise de políticas públicas no Brasil, é uma ferramenta prática e reflexiva ao mesmo tempo, aplicável em pesquisas de políticas públicas para se tentar encontrar políticas que tenham um padrão nos seus elementos.

O experimento mostrou-se prazeroso, principalmente no uso de uma técnica muito nova na análise de políticas públicas, que é a identificação dos componentes do desenho. A investigação, contudo, exigiu muito trabalho, haja vista a quantidade de dados que estavam em paralelo e precisavam ser confluídos em local único de informações em um ponto relevante para a concretização da pesquisa, fazendo aportar, assim, o conhecimento.

Algumas conquistas da pesquisa puderam ser observadas durante o estudo. Verificou-se que todos os objetivos foram alcançados satisfatoriamente. Foi possível coletar 32 PPPSAs de 07 Estados diferentes, fora o Programa Vidas Preservadas do Ceará.

Obteve-se êxito na busca de quais políticas dos Estados pesquisados podem ser consideradas padrão, utilizando-se as que tivessem o maior escore de componentes de políticas públicas de prevenção ao suicídio orientados pela OMS, sendo as ações consideradas como tal, duas encontradas no Estado do Rio Grande do Sul.

E por fim, foi realizada a análise comparativa entre as políticas públicas-padrão encontradas e o Programa Vidas Preservadas, sobretudo quanto as suas abordagens, similaridades, diferenças e as ações que foram previstas nas políticas.

O pressuposto de que as políticas públicas-padrão para o estudo comparativo poderiam ser encontradas dentre as políticas públicas de prevenção ao suicídio e à

automutilação elaboradas pelos Estados que receberam auxílio financeiro e técnico do Ministério da Saúde foi confirmado.

O Ensaio também trouxe referências que podem ser úteis tanto no campo de análises de políticas públicas, assim como o uso de ferramentas novas como a análise do desenho da política e seus componentes, quanto na temática sobre o suicídio e a automutilação.

Mostrou-se também um breve histórico sobre as políticas públicas federais de prevenção ao suicídio e à automutilação de 2005 a 2020. Foram coletadas diferentes políticas públicas de diferentes Estados brasileiros mostrando o quanto cada política tem suas peculiaridades, visto os diferentes contextos sociais de cada ente federado.

Verificou-se o quanto políticas públicas de prevenção ao suicídio e à automutilação são complexas e multifacetadas, assim como os problemas que devem combater, o que dificulta um estudo para afirmar quais políticas públicas, com esse fim, são melhores.

De efeito, seria interessante que outros pesquisadores verificassem a validade dos resultados encontrados aqui, visto que foram determinados o método, as ferramentas e os indicadores recolhidos para efetivar a pesquisa. Ou mesmo, esta pesquisa possa dar o ímpeto inicial para a construção de outros estudos de pós-graduação *stricto sensu* em nível de doutorado quer nos estudos sobre os componentes e o desenho de políticas públicas, além de pesquisas sobre a temática do suicídio e as ações implementadas pelo Estado para combate a este problema.

Haja vista tudo o que foi exposto, espera-se que este ensaio inspire outros pesquisadores na realização de futuros trabalhos, tanto na temática sobre o suicídio e a automutilação, por ser um problema complexo, quanto na utilização dos componentes do desenho de políticas públicas, por ser ainda incipiente no Brasil, contribuindo para a academia. E, também, que este escrito seja utilizado por elaboradores de políticas públicas e gestores do Estado, a fim de ajudar na elaboração de novas iniciativas públicas, alteração ou ratificação das vigentes que atuem na questão sobre o suicídio e a automutilação, ou mesmo em outras ações públicas, visto que se mostrou aqui como os componentes influenciam na abordagem da ação estatal.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Aumento das taxas de suicídio entre adolescentes exige reflexão social e coletiva**. [S.l]: Fiocruz, 2023a. Disponível em: https://www.epsjv.fiocruz.br/podcast/aumento-das-taxas-de-suicidio-entre-adolescentes-exige-reflexao-social-e-coletiva. Acesso em: 24 ago. 2024.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental**: desafios e perspectivas. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz. [S.l]: Fiocruz, 2023b. Disponível em: https://cee.fiocruz.br/?q=Entrevista-Paulo-Amarante. Acesso em: 24 ago. 2024.

AMARANTE, Paulo. Paulo Amarante: "Vivemos uma grande falta social, esse lugar inalcançável de uma felicidade que ninguém está encontrando". **Informe ENSP**, 2023c. Disponível em: https://cee.fiocruz.br/?q=Entrevista-Paulo-Amarante. Acesso em: 24 ago. 2024.

AMAZONAS (Estado). Lei nº 5.619, de 24 de setembro de 2021. Institui o Plano Estadual de Prevenção ao Suicídio no Estado do Amazonas. **Diário Oficial do Estado do Amazonas**, Manaus, 24 set. 2021. Disponível em: https://sapl.al.am.leg.br/media/sapl/public/normajuridica/2021/11499/5619.pdf. Acesso em: 9 ago. 2024.

ARON, Raymond. **As Etapas do Pensamento Sociológico**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

BAHIA, C. A. *et al*. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2841–2850, set. 2017.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Paris: Edições 70, 1977.

BECK, Aaron T.; WEISSMAN, Arlene; LESTER, David; TREXLER, Larry. The measurement of pessimism: The hopelessness scale. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 42, n. 6, p. 861-865, 1974. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/David-Lester-3/publication/18728483_The_Measurement_of_Pessimism_The_Hopelessness_Scale/links/540d87e60cf2d8daaacb2bff/The-Measurement-of-Pessimism-The-Hopelessness-Scale.pdf. Acesso em: 28 set. 2024.

BENEVIDES, Marinina Gruska. **Entre ovelha negra e meu guri**: família, pobreza e delinquência. São Paulo: Annablume, 2008. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=V0r0ACSlkYUC&oi=fnd&pg=PA5&dq=MG+Benevides&ots=FSpAiCw8Q&sig=o6qwaQ3dWjnj8gZvc_vve6cQ_Q&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 09 out. 2024.

BENEVIDES, Marinina Gruska; GARCIA, Carla Cristina. Direitos humanos de gênero: produção e reprodução de saberes. **Ciências Sociais Contemporâneas**, p. 355, 2021. Disponível em: https://neamp.org/wp-content/uploads/2022/09/ciencias_sociais_contemporaneas.pdf#page=356. Acesso em: 09 out. 2024.

BERTOLOTE, José Manoel. **O suicídio e sua prevenção.** São Paulo: EdUnesp, 2013. Disponível em: https://editoraunesp.com.br/catalogo/9788539303717,o-suicidio-e-sua-prevencao. Acesso em: 24 ago. 2024.

BERTOLOTE, José Manoel. É preciso haver uma política de prevenção ao suicídio. **VEJA**.com, 2018. Disponível em: https://complemento.veja.abril.com.br/entrevista/jose-manoel-bertolote.html. Acesso em: 24 ago. 2024.

BEZERRA, Neiara de Morais. **Observatórios de políticas públicas**: um estudo sobre a mobilização de conhecimentos para a democratização da elaboração e controle das políticas. 2018. 215f. Tese (Doutorado) – Universidade de Coimbra, Coimbra, 2018. Disponível em: https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/87608/1/Observat%C3%B3rios%20de%20pol%C3%ADticas%20p%C3%BAblicas.pdf. Acesso em: 09 out. 2024.

BITENCOURT, Alexandra. Agentes explicativos do suicídio pela visão indígena: uma revisão de literatura. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 41, n.5, 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/estpsi/a/5zSLdx3RVDXRNsz8YfX8bPM/. Acesso em: 24 nov. 2024.

BITENCOURT, Alexandra. Suicídio e povos indígenas brasileiros: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública,** v. 44, n.8, p.22-26, 2020. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/rpsp/2020.v44/e58/. Acesso em: 24 nov. 2024.

BOTEGA, N.J. **Crise suicida.** Porto Alegre: Artmed, 2015.

BOTEGA, Neury José. Mortalidade por suicídio: várias razões para prevenir. **Jornal da Unicamp**, 24 set. 2018. Disponível em: https://unicamp.br/unicamp/ju/artigos/direitos-humanos/mortalidade-por-suicidio-varias-razoes-para-prevenir/. Acesso em: 24 ago. 2024.

BOTEGA, Neury José. **Crise Suicida**: Avaliação e Manejo. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022. Disponível em: https://books.google.com/books/about/Crise_Suicida.html?id=JeuKEAAAQBAJ. Acesso em: 24 ago. 2024.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Requerimento de Informação nº 2442/2023**. Brasília, 2023. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2338977&filename=RIC%202442/2023. Acesso em: 4 out. 2024.

BRASIL. Decreto nº 10.225, de 5 de fevereiro de 2020. Regulamenta a Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 5 fev. 2020.

BRASIL. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 26 abr. 2019.

BRASIL. Lei nº 13.968, de 26 de dezembro de 2019. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para modificar o crime de incitação ao suicídio e incluir as condutas de induzir ou instigar a automutilação, bem como a de prestar auxílio a quem a pratique. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 26 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.542, de 22 de dezembro de 2005.** Institui Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2542_22_12_2005.html#:~:text=Institui%20Grupo%20de%20Trabalho%20com,Nacional%20de%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20ao%20Suic%C3%ADdio. 2005. Acesso em: 4 out. 2024.

BRASIL. 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 9 jun. 2014. seção 1, p. 1-3. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 25 jun.2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF,15 ago. 2006. Seção 1, p. 1-2. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html#:~:text=Institui%20Diretrizes%20Nacionais%20para%20Preven%C3%A7%C3%A3o,das%20tr%C3%AAs%20esferas%20de%20gest%C3%A3o. Acesso em: 25 jun.2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.479, de 18 de dezembro de 2017a. Institui Comitê para a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 18 dez. 2017. Seção 1, p. 123. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/50781672/do1-2017-12-19-portaria-n-3-479-de-18-de-dezembro-de-2017-50781666. Acesso em: 25 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.491, de 18 de dezembro de 2017b. Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde direcionados para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS), a onerarem o orçamento de 2017. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 18 dez. 2017. Seção 1, p.123. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/50781672/do1-2017-12-19-portaria-n-3-491-de-18-de-dezembro-de-2017-50781666. Acesso em: 25 jun. 2024.

CAPELLA, Ana Cláudia Niedhart. **Formulação de políticas públicas**. Brasília: ENAP, 2018. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3332/1/Livro_Formula%C3%A7%C3%A3o%20de%20pol%C3%ADticas%20p%C3%BAblicas.pdf . Acesso em: 07 set. 2023.

CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Avaliação de políticas públicas**: guia prático de análise *ex ante*. Brasília: Ipea, 2018.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. Mortalidade por suicídio e notificação por lesão autoprovocada. **Boletim Epidemiológico, n. 1**, 30 set. 2022. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wpcontent/uploads/sites/9/2018/06/boletim_epidemiologico_suicidio_30092022.pdf. Acesso em: 6 out. 2023.

DOUGLAS, J. J. **The Social Meanings of Suicide.** New Jersey: Princeton University Press, 1970.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio**. O mito de Sísifo eBook Kindle. [S.l]: WMF Martins Fontes; (16 abril 2016). 476 posições. ASIN: B01FFZFY5K.

DURKHEIM, Emile, 1858-1917. **Da divisão do trabalho social :** as regras do método sociológico ; O suicídio ; As formas elementares da vida religiosa. 2. ed. Sao Paulo: Abril Cultural, 1983. (Os Pensadores)

ESPERANÇA, Ellen Cristina. **De um eu para outro**: a literatura e a imitação de suicídios. 2020. 58f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Letras Português e Literaturas de Língua Portuguesa) –Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Letras, Universidade Estadual do Centro-Oeste, Guarapuava, 2020. Disponível em: https://sguweb.unicentro.br/app/webroot/arquivos/atsubmissao/Trabalho_de_conclus_o_de_curso-0.pdf. Acesso em: 2 out. 2024.

FAVAZZA A. Self-mutilation. *In*: JACOBS, D.G. **The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention**. San Francisco, CA,:Jossey-Bass Publishers, 1999. p.125–145.

FLICK, Uwe. **Introdução à metodologia de pesquisa.** um guia para iniciantes. São Paulo: Pensa, 2013.

FOGAÇA, Vitor Hugo Bueno *et al*. **Entre tabus e rupturas**: terceiro setor, políticas públicas e os caminhos da prevenção do suicídio no Brasil. [S.l:s.n], 2019. Disponível em: https://tede2.uepg.br/jspui/bitstream/prefix/2787/1/Vitor%20Hugo%20Bueno%20Foga%c3%a7a.pdf. Acesso em: 2 out.2024.

GIDDENS, Anthony. **As Ideias de Durkheim**. São Paulo: Cultrix, 1981.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, Flávio José Moreira. **Desafios da ética na ciência**: uma abordagem no Princípio de Hans Jonas. Curitiba: Juruá, 2019.

HAWTON, Keith *et al*. Suicide prevention: reflections on progress over the past decade. **The Lancet Psychiatry,** v. 11, n. 6, p. 472-480, 2024. Disponível em: https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2215-0366%2824%2900105-6. Acesso em: 28 set. 2024.

HOWLETT, Michael; MUKHERJEE, Ishani; RAYNER, Jeremy. The Elements of Effective Program Design: A Two-Level Analysis. **Politics and Governance**, [S.l.], v. 2, n. 2, p. 1-12, june 2014. ISSN 2183-2463. Disponível em: https://www.cogitatiopress.com/politicsandgovernance/article/view/23/97. Acesso em: 05 set. 2024. doi:https://doi.org/10.17645/pag.v2i2.23. Acesso em: 28 set. 2024.

HUME, David. **Investigações sobre o entendimento humano e sobre os princípios da moral**. Tradução de José Oscar de Almeida Marques. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

JONAS, Hans. **O princípio responsabilidade**: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica. Rio de Janeiro: Contraponto, 2006.

JORDAN, A.; WURZEL, R.; ZITO, A. Still the century of "new" environmental policy instruments? **Environmental Politics**, v. 22, n. 1, p. 155-173, 2013.

KRUG, Etienne G. *et al*. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 2 out. 2024.

LIMA, L. L.; AGUIAR, R. B. DE; LUI, L. Conectando problemas, soluções e expectativas: mapeando a literatura sobre análise do desenho de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 36, p. e246779, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/4RKq5zQdghKvLck9PBzCCrw/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 09 out. 2024.

LIMA, Luciana Leite; AGUIAR, Rafael Barbosa de; LUI, Lizandro. Desenho de políticas públicas: análise da robustez das políticas de desenvolvimento das capitais brasileiras. **Teoria & Pesquisa: Revista de Ciência Política**, v. 31, n. 3, p. 24-49, 2022. Disponível em: https://www.teoriaepesquisa.ufscar.br/index.php/tp/article/view/955/538. Acesso em: 09 out. 2024.

LEENAARS, Antoon A. Review: Edwin S. Shneidman on Suicide. Norwegian Institute of Public Health, Division of Mental Health, Department of Suicide Research and Prevention. **Suicidology Online**, v. 1, p. 5-18, 8 mar. 2010. Disponível em: http://www.suicidology-online.com/pdf/SOL-2010-1-5-18.pdf. Acesso em: 20 abr. 2024.

LESTER D., CANETTO SS. **Women and suicidal behavior**. New York, NY, Springer, 1995.

LUKES, S. **Émile Durkheim:** his life and work – a historical and critical study. England: Penguin Books, 1973.

MARBACK, R. F; PELISOLI, C. Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v.10, n.2, p.122-129, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v10n2/v10n2a08.pdf. Acesso em 06 set. 2023.

MARX, Karl, 1818-1883. **Sobre o suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 26. ed. Petrópolis, RJ : Vozes, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; CAVALCANTE, Fernanda G. Suicídio entre adolescentes no Brasil: situações de vulnerabilidade e formas de prevenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2395-2405, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/7GqvzHSTyLv4qF3vX47wCMt/. Acesso em: 24 ago. 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Entrevista: Cecília Minayo fala sobre violência e saúde no Brasil. **Informe ENSP**, 2019. Disponível em: https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/46367. Acesso em: 24 jun. 2024.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO CEARÁ. **Projeto Vidas Preservadas**: o MP e a sociedade pela prevenção do suicídio. Fortaleza: MP-CE, 2018. Disponível em: http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2018/12/20180441-Detalhamento-Projeto-Vidas-Preservadas.pdf . Acesso em: 07 set. 2023.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO CEARÁ. Ato Normativo Nº 061/2019. Cria, no âmbito do Ministério Público do Estado do Ceará, o Projeto "Vidas Preservadas" e dá outras providências. **Diário Oficial do Ministério Público**, Fortaleza, 29 nov. 2019. Disponível em: http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2019/12/20190265-AtoNormativo061-2019-Cria-o-Projeto-Vidas-Preservadas.pdf . Acesso em: 06 set. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio**. Ações do Ministério da Saúde para prevenção do suicídio. Brasília, 24 nov.2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/prevencao-do-suicidio. Acesso em: 07 set. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância Sanitária em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. v.52, n. 33. Brasília, 20 set. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf/@@download/file/Boletim_epidemiologico_SVS_33_final.pdf. Acesso em: 07 set. 2023.

NUNES, E. D. O Suicídio: reavaliando um clássico da literatura sociológica do século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 1, p. 7–34, jan. 1998. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csp/1998.v14n1/7-34. Acesso em: 20 fev. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics**. [S.l]: OMS, 2024. Disponível em: https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#116423971. Acesso em: 07 out. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **National suicide prevention strategies**: progress, examples and indicators. Geneva: World Health Organization, 2018. ISBN 978-92-4-151501-6. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/279765/9789241515016-eng.pdf. Acesso em: 8 out. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Plano de Ação Integral sobre Saúde Mental 2013-2030**. Genebra: OMS, 2021a. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/350152. Acesso em: 08 ago. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Preventing suicide**: a global imperative. 1. Suicide, Attempted. 2. Suicide - prevention and control. 3. Suicidal Ideation. 4. National Health Programs. I. World Health Organization. Genebra: WHO, 2014. ISBN 978 92 4 156477 9. Disponível em:

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 02 out. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Suicide**. Genebra: OMS,2021b. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide. Acesso em: 07 set. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Suicide worldwide in 2019**. Global Health Estimates. Genebra: OMS, 2021c. Disponível em: 9789240026643-eng.pdf (who.int). Acesso em: 25 out. 2023.

PRATA, Daniele Gruska Benevides; DE ANDRADE, João Tadeu. **Políticas públicas de atenção à saúde indígena no Brasil**: contribuição a um debate permanente. [S.l:s.n], 2020. Disponível em: https://cajapio.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/14131/8638. Acesso em: 09 out. 2024.

PEREIRA, Luciana. **Cartilha informativa sobre a prevenção e os riscos de suicídio na perspectiva da terapia cognitivo traço comportamental**. Novo Hamburgo: Sinopses, 2022.

PIAUÍ. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano resumido de prevenção do suicídio**. Teresina: SESAPI, [s.d.]. Disponível em: https://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/830/sepps__plano__resumido_.pdf. Acesso em: 7 ago. 2024.

QUESADA, Andrea Amaro; FIGUEIREDO, Carlos Guilherme da Silva; SILVA, Antônio Geraldo da; FIGUEIREDO, Renata Nayara da Silva; FIGUEIREDO, Karine da Silva; GUIMARÃES, Isabella Sallum. **Cartilha para prevenção da automutilação e do suicídio: orientações para educadores e profissionais da saúde**. Ilustrações: Rafael Limaverde. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_prevencao_automutilacao_suicidio_orientacoes_educadores_profissionais_saude.pdf. Acesso em: 4 out. 2024.

RAMOS, Isadora Nunes Barbosa e FALCÃO, Eliane Brígida Morais. Suicídio: um tema pouco conhecido na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 4, p. 507-516, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000400010. Acesso em: 8 set. 2023.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). **Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio**. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2020. Disponível em: https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202012/22112243-politica-estadual-de-promocao-da-vida-e-prevencao-ao-suicidio.pdf. Acesso em: 9 ago. 2024.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). **Plano Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio 2022 - 2025**. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2022. Disponível em: https://admin.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202302/01094709-plano-estadual-encaminhado-secretarias-4.pdf. Acesso em: 9 ago. 2024.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas:** conceitos, esquemas de análise e casos práticos. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico.** 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SHNEIDMAN, E. **Definition of suicide**. New York: John Wiley & Sons, 1985.

SOUSA, N.T.B de; TEIXEIRA, L.O.O; VEDANA, K.G.G; MIASSO, A.I. Preditores de recorrência de automutilação e mortes por suicídio em um estado brasileiro. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. e4110212142, 2021. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12142. Acesso em: 7 set. 2022.

VARES, Sidnei Ferreira. O problema do suicídio em Émile Durkheim. **Revista do Instituto de Ciências Humanas**, v. 13, n.18, 2017. Disponível em: https://periodicos.pucminas.br/index.php/revistaich/article/download/15869/12785/. Acesso em: 21 mar. 2024.

YIN, Robert. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Trad. Daniel Grassi. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZALSMAN, G; HAWTON, K; WASSERMAN, D; VAN HEERINGEN, K; ARENSMAN, E; SARCHIAPONE, M; CARLI, V; HÖSCHL, C; BARZILAY, R; BALAZS, J; PUREBL, G; KAHN, J.P; SÁIZ, P.A; LIPSICAS, C.B; BOBES, J; COZMAN, D; HEGERL, U; ZOHAR, J. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. **Lancet Psychiatry**, v.3, n.7, p.646-659, 2016. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(16)30030-X/fulltext. Acesso em: 07 set. 2023.