



Universidade de Brasília

Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas

Departamento de Gestão de Políticas Públicas

VITOR HUGO ARAÚJO LIMA

A Política Distrital de Prevenção do Suicídio

Brasília – DF

2023

VITOR HUGO ARAÚJO LIMA

A Política Distrital de Prevenção do Suicídio

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

Professor Orientador: Dr/a, Fernanda
Natasha Bravo Cruz

Brasília – DF

2023

VITOR HUGO ARAÚJO LIMA

A Política Distrital de Prevenção do Suicídio

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

Vitor Hugo Araújo Lima

Dra. Fernanda Natasha Bravo Cruz
Professora-Orientadora

Dra. Christiana Soares de Freitas
Professora-Examinadora

Brasília, 15 de dezembro de 2023

Aos meus pais que são a minha força e abrigo.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer, acima de tudo, meus pais, aqueles que moldaram a pessoa que sou hoje e cujo amor e apoio incondicionais têm sido fundamentais em minha jornada.

Além dos meus pais, quero expressar minha gratidão a todos os meus queridos familiares e amigos. Suas presenças únicas e os momentos compartilhados ao longo dos anos são tesouros que guardo em meu coração. Cada abraço e cada palavra de encorajamento têm sido fundamentais para minha felicidade e crescimento pessoal.

Também gostaria de agradecer à minha orientadora pela disposição, paciência e compartilhamento de conhecimento não apenas na elaboração dessa pesquisa, mas também em relação a toda a jornada da graduação.

Por último, mas definitivamente não menos importante, minha amada namorada. Você trouxe uma nova dimensão de amor e felicidade à minha vida. Sua presença, seu apoio inabalável e seu amor constante me fortalecem todos os dias. Agradeço por todo o cuidado e compreensão que você oferece, por compartilhar os altos e baixos da vida comigo e por ser a pessoa incrível que você é.

A todos vocês, minha família, meus amigos e minha namorada, quero expressar minha profunda gratidão. Cada um de vocês tem um lugar especial em meu coração e sou verdadeiramente abençoado por tê-los em minha vida. Sei que palavras nunca serão suficientes para expressar toda a gratidão que sinto, mas espero que essas palavras e essa sessão seja um lembrete do quanto vocês são amados e apreciados.

“A vida não é medida pela quantidade de vezes que respiramos, mas pelos momentos que nos tiram a respiração.”

Vicki Corona

RESUMO

O suicídio é um grave problema de saúde com escala global que vem sendo um assunto que está ganhando cada vez mais destaque havendo maior preocupação com a saúde mental e maneiras de prevenção do suicídio. Sendo assim, este estudo tem a finalidade de analisar como se organiza a Política Distrital de Prevenção do Suicídio, implementada no Distrito Federal. Considerou-se a dimensão genealógica da política, como ela funciona, os atores envolvidos, os instrumentos da política pública e as principais ações desenvolvidas no período de 2012 a 2022. O presente estudo possui abordagem qualitativa, e para a análise de dados se utilizou da pesquisa genealógica, por meio do levantamento, documental, bibliográfico, observação participante na Secretaria de Saúde do Distrito Federal e duas entrevistas semiestruturadas. Os resultados da pesquisa mostram que a Política Distrital de Prevenção do Suicídio percorreu um longo caminho desde os desígnios internacionais e nacionais até a sua criação, os seus principais instrumentos são o Plano Distrital de Prevenção do Suicídio, o Comitê permanente de Prevenção do Suicídio, a Rede de Atenção Psicossocial e o Sistema Eletrônico de Informações do Governo do Distrito Federal, também podem ser observadas dificuldades como a falta de recursos humanos (RH), o tabu quanto a temática, a ausência de investimento, mas mesmo com tais dificuldades a política apresenta esforços expressivos para a prevenção suicídio no Distrito Federal.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Suicídio; Saúde; Prevenção do Suicídio; Política Distrital de Prevenção do Suicídio

ABSTRACT

Suicide is a serious health problem on a global scale that has become an issue that is gaining more and more attention, with greater concern about mental health and ways to prevent suicide. Therefore, this study aims to analyze how the District Suicide Prevention Policy is organized, implemented in the Federal District. The genealogical dimension of the policy was considered, how it works, the actors involved, the instruments of public policy and the main actions developed in the period from 2012 to 2022. The present study has a qualitative approach, and for data analysis we used the genealogical research, through documentary, bibliographical survey, participant observation at the Health Department of the Federal District and two semi-structured interviews. The research results show that the District Suicide Prevention Policy has come a long way from international and national designs to its creation, its main instruments are the District Suicide Prevention Plan, the permanent Suicide Prevention Committee, the Psychosocial Care Network and the Electronic Information System of the Government of the Federal District, difficulties can also be observed such as the lack of human resources (HR), the taboo regarding the topic, the lack of investment, but even with such difficulties the policy presents significant efforts to prevent suicide in the Federal District.

Keywords: Public Policies; Suicide; Health; Suicide Prevention; District Suicide Prevention Policy

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Modelo de Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead	17
Figura 2- Linha do Tempo da Prevenção ao Suicídio	36
Figura 3 - Organograma da SES-DF	42
Figura 4- Rede de Atenção Psicossocial e relação entre as unidades (RAPS)	49

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Entrevistadas	27
Quadro 2 – Respaldo legal para o atual Plano Distrital de Prevenção do Suicídio	37
Quadro 3 – Eixos de Ações do Plano e suas principais metas	40
Quadro 4 - Elementos estabelecadores de dialogismo para o CPPSU	45
Quadro 5– Modalidades de CAPS no DF e suas abrangências	50
Quadro 6 – Principais Medidas de capacitação	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CPPSU - Comitê Permanente de Prevenção do Suicídio

CVV - Centro de Valorização da Vida

DATA/SUS - Departamento de Informática do SUS

DF - Distrito Federal

DISSAM - Diretoria de Serviços de Saúde Mental

DSS - Determinantes Sociais de Saúde

GEDANT/SVS - Gerência de Doenças e Agravos não Transmissíveis

HSVP - Hospital São Vicente de Paulo

JAMA - Journal of the American Medical Association

NEPAV/SVS - Núcleo de Estudos e Programas para os Acidentes e Violências

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-americana da Saúde

PDPS - Política Distrital de Prevenção ao Suicídio

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RH - Recursos Humanos

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAPS - Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde

SEGETES - Subsecretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

SVS - Subsecretaria de Vigilância em Saúde

SUPRE - Suicide Prevention Program

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Contextualização do Assunto	12
1.2	Objetivo Geral.....	14
1.3	Objetivos Específicos	14
1.4	Justificativa	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1	Determinantes Sociais da Saúde.....	16
2.2	Saúde Mental.....	18
2.3	Suicídio	19
2.4	Instrumentos da Ação Pública	22
2.5	Federalismo na Saúde Pública.....	24
3	MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA.....	26
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	29
4.1	Dimensão Internacional	29
4.2	Dimensão Nacional.....	31
4.3	Dimensão Distrital	34
4.4	Configuração atual da Política Distrital de Prevenção do Suicídio e seus instrumentos	37
4.5	Identificação e descrição das principais ações desenvolvidas pela Política Distrital de Prevenção do Suicídio no Distrito Federal no período de 2012 a 2022.....	54
5	CONCLUSÃO.....	61
	REFERÊNCIAS.....	65
	APÊNDICES.....	71
	Apêndice A – Roteiro 1 de Entrevista	71
	Apêndice B – Roteiro 2 de Entrevista.....	72

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria e o Conselho Federal de Medicina o suicídio pode ser conceituado como: “um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal” (ABP, 2020, p. 7.). Importante também ressaltar que pensamentos, tentativas, e planos se caracterizam como atitudes ou comportamentos suicidas, necessitando de devida atenção.

O suicídio se apresenta como um problema de saúde pública de escala global, sendo abordado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um expressivo elemento da taxa de mortalidade que é observada pelo mundo, porém que também apresenta as maiores causas evitáveis, dessa forma se percebe que elementos como a negligência, desinformação e preconceito sobre o assunto são o principal pretexto para a existência desse problema.

Também de acordo com a Organização Mundial da Saúde (2021) em 2019, ocorreram mais de 700 mil mortes devido ao suicídio no mundo, onde se apresenta como a quarta maior causa da mortalidade entre jovens de 15 a 29 anos, sendo 77% desse número em países pequenos ou que estão em desenvolvimento, apresentando também uma característica socioeconômica para o problema.

No cenário brasileiro segundo o Departamento de Informática do SUS/Ministério da Saúde (DATASUS) , dentro do recorte de tempo de 2011 a 2020 houve um aumento de 35% da taxa de suicídio no país, onde apenas no ano de 2020 ocorreram 12.895 casos que foram registrados, lembrando que também houve o acontecimento da pandemia do Covid-19 nesse período, onde o *lockdown* e outros diversos acontecimentos afetaram negativamente a saúde mental da população, de toda forma o aumento dessas ocorrências com o passar do tempo demonstram um contexto alarmante para o governo e para o país como um todo.

Estudo acerca das Políticas Públicas de Prevenção do Suicídio no Brasil aponta que há historicamente uma negligência histórica do tema pelo Sistema Único de Saúde (SUS), destacando que apesar da relevância do assunto ainda há pouca mobilização para lidar com a prevenção desse problema, desta forma os avanços

nessa questão se demonstram lento, merecendo maior destaque e valor no campo da saúde e na construção de políticas públicas (MACHADO, LEITE, BANDO, 2014).

Segundo Gracioli e Palumbo (2020) o tema carece de mais pesquisas e execução de políticas públicas com a finalidade de maior divulgação do tema, para que atinja chegue a mais pessoas e camadas sociais para assim melhorar os índices e mudar o quadro vivido na coletividade brasileira acerca desse problema público.

No panorama distrital, a realidade encontrada no Distrito Federal (DF), segundo o Ministério da Saúde (2021) em dados do ano de 2019 evidenciam 203 mortes devido ao suicídio, porém o DF tem o diferencial por ser a primeira unidade federativa a determinar uma política para contornar esse problema. Dessa maneira, desde 2012, se encontra a Política Distrital de Prevenção do Suicídio (PDPS), a qual está atualmente sendo direcionada pelo Plano Distrital de Prevenção do Suicídio 2020-2023.

Vale ressaltar a importância de estratégias de prevenção porque segundo a OMS, 90% dos casos de suicídio se tivessem uma mínima oferta de ajuda voluntária ou profissional, com devidas condições de planejamento e estruturação, poderiam ser evitados (OMS, 2014). Ainda sobre esse assunto o Centro de Valorização da Vida (CVV) argumenta que o estudo e a discussão sobre o tema são os meios mais eficientes para que se consiga proporcionar a prevenção, com isso em mente, é importante que tanto profissionais quanto governantes e sociedade civil estejam informados sobre o assunto.

Tendo todo esse cenário em mente acerca desse problema público, essa pesquisa se aprofundará na história da preocupação com a prevenção do suicídio, com as principais medidas tomadas a fim de chegar no âmbito distrital com a Política Distrital de Prevenção do Suicídio e juntamente com essa bagagem, entender como se organiza essa política, quais são seus instrumentos e suas principais ações para enfrentar o problema de saúde pública do suicídio no Distrito Federal.

1.2 Objetivo Geral

Este estudo tem como objetivo geral demonstrar como se organiza a Política Distrital de Prevenção ao Suicídio, evidenciando o contexto e os instrumentos exigidos para a viabilização e a orientação da política.

1.3 Objetivos Específicos

- Realizar a genealogia da Política Distrital de Prevenção ao Suicídio.
- Identificar os instrumentos da Política Distrital de Prevenção do Suicídio.
- Realizar uma análise do Comitê Permanente de Prevenção do Suicídio.
- Identificar e descrever as principais ações desenvolvidas pela Política Distrital de Prevenção do Suicídio no Distrito Federal no período de 2012 a 2022.

1.4 Justificativa

Justifica-se a pesquisa a medida em que coloca em evidência meios de prevenção a um grande problema público que não é apenas nacional, mas que apresenta dimensões globais, destacando como encaramos tal problema em âmbito distrital, assim como a relevância da existência de políticas de prevenção.

A análise dessa política pública também permite o maior acesso a informações e conscientização, acerca da questão saúde mental, suicídio e os meios de prevenção, contribuindo para a redução do estigma que geralmente é ligado com a saúde mental, servindo para melhor entendimento que pode possibilitar indivíduos a buscar auxílio com menores receios de qualquer julgamento ou discriminação, sendo assim de suma importância para destacar caminhos que estimulem o bem-estar social.

A relevância de uma pesquisa acerca deste assunto permite a análise e identificação de práticas que podem ser utilizadas em outros lugares e contextos, servindo assim para a disseminação de abordagens que podem contribuir para o amadurecimento de mais ações de prevenção e de políticas em diferentes locais e situações, tendo valor analítico e de difundir o tema, a problemática e suas medidas de prevenção.

Ainda convém lembrar que pesquisa também possui suma importância como abordagem teórica acerca dos instrumentos de ação pública, no âmbito das políticas públicas evidenciando a lógica de uma política distrital notável que possui uma grande bagagem histórica e teórica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo da pesquisa serão evidenciados estudos anteriores de conceitos com suma importância para melhor compreensão do tema e do trabalho. Dessa maneira, com a pretensão de estabelecer maior embasamento teórico, esta seção está organizada da seguinte maneira: apresenta-se conceitos de determinantes sociais da saúde, saúde mental, suicídio com a finalidade de destacar a importância do tema, assim como o caminho da relevância da questão da saúde mental no Brasil.

Subsequentemente, a visão se torna mais distrital mostrando a abordagem acerca dos conceitos de instrumentos de ação pública e políticas públicas, os quais caminham lado a lado com a criação, desenvolvimento e articulação da PDPS em conjunto com forma a exposição da atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal no que se diz respeito à saúde mental contribuindo para o desenvolvimento da Política Distrital de Prevenção ao Suicídio (PDPS) e como a noção de federalismo está envolvido com a mesma.

Tal organização demonstra a abrangência disciplinar encontrada em volta do assunto, a noção e entendimento dessa abrangência é o que permite a construção de políticas públicas mais eficientes e o entendimento do funcionamento das já existentes, por isso há necessidade e importância em se entender tais conceitos.

2.1 Determinantes Sociais da Saúde

Há diversas definições para os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) os quais em modo geral apresentam um conceito no qual demonstra que a situação de vida, trabalho e grupos da população no qual estão inseridos se relacionam diretamente com sua situação de saúde.

A OMS define brevemente os DSS como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Se assimilando com a visão de Tarlov (1996) o qual compreende basicamente as características sociais dentro das quais a vida se desenrola. Já de acordo com a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS se demonstram como “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”.

Uma visão mais intervencionista é exposta por Nancy Krieger (2001), ao propor uma definição que expressa os DDS como mecanismos onde a situação social tem influência no contexto da saúde, porém podem ser alterados com base na disponibilização e procura de informação. Dessa maneira, destacando a importância do acesso à informação e o estudo como meio de buscar intervenções e melhores precauções.

O entendimento da relação entre determinantes sociais e a saúde passa por um certo desafio à medida que se encontra uma certa hierarquia acerca dos fatores das facetas políticas, econômicas e sociais e de como esses fatores afetam diretamente na saúde de grupos e pessoas, sendo algo mais complexo de uma relação de ação, efeito e consequência, que é a forma mais simples.

Dentro de tal assunto, faz-se mister destacar acerca do Modelo de Dahlgren e Whitehead no qual evidencia: “os mecanismos pelos quais as interações entre os diferentes níveis de condições sociais produzem as desigualdades em saúde, desde o individual até o nível das condições econômicas, culturais e ambientais que predominam na sociedade como um todo.” (GEIB, 2010, p. 2)

Figura 1- Modelo de Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead.



Também é possível perceber através desse modelo como os fatores não-clínicos podem interferir da saúde de cada indivíduo ou da população em si, dessa forma depende-se uma visão mais ampla da saúde, tendo como base referências

que tangem um contexto mais socioeconômico o qual pode afetar a saúde de forma física ou mental.

Tendo em vista esse cenário da observação ampla da promoção da saúde que tange outros setores sociais como visto nos DSS, há uma evidente complexidade para lidar com saúde pública. Potvin (2012) apresenta que a saúde é construída diariamente na vida cotidiana e por esse motivo excede o desempenho restrito somente à área da saúde. De acordo com isso, segundo Silva et al. (2014), se encontra limites em ingerências setoriais executadas de forma apartada e fracionada, sendo dessa forma mais interessante se adotar estratégias e atuações ordenadas de forma intersectorial, isto é, diferentes setores sociais como saúde, educação, segurança, assistência social, sociedade civil a fim de garantir maior bem-estar social.

Inojosa (2001) também discute que mesmo que se tenha uma aproximação entre os conhecimentos isolados, mas se eles não apresentarem um debate promissor ou a constituição de inovações estratégicas, não é possível de se gerar intersectorialidade e por consequência dificulta que a proximidade de saberes isolados, sem gerar novas articulações ou prosperidade de diálogo, não é capaz de promover soluções sinérgicas e, portanto, não concretizam a intersectorialidade e por fim se torna mais difícil a promoção da saúde, ainda mais levando em conta os DSS.

2.2 Saúde Mental

Promover a saúde mental da população se mostra como uma tarefa de extrema complexidade e multifacetada, no sentido em que se percebe uma extensa variedade de incógnitas que podem piorar o estado da mesma ou de se conquistar um resultado positivo e satisfatório. (OLIVEIRA, et. al, 2022)

A saúde mental segundo a OMS (2014) se apresenta como “um estado de bem-estar no qual um indivíduo percebe suas próprias habilidades, pode lidar com os estresses cotidianos, pode trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir para sua comunidade”

Vale destacar que abordar acerca da saúde mental na atualidade corresponde a uma questão mais vasta e complicada do que um simples diagnóstico e procedimento voltado para transtornos mentais. Além disso, o termo saúde mental refere-se aos campos do conhecimento, trabalho técnico e políticas públicas de

saúde, sendo difícil estabelecer limites para sua definição devido ao seu amplo escopo. (GAINO, et al, 2018.)

Nos dias de hoje, a atenção à saúde mental tange vários aspectos do cotidiano como o cuidado envolve também questões sociais, pessoais, emocionais e financeiras, que levam ao adoecimento mental devido a forma que se lida com alguns relacionamentos interpessoais se não tiver alguma intervenção. Com esse quadro em mente, a atenção à saúde mental deve ser observada com constância, tendo em vista que o relacionamento entre o indivíduo e suas esferas familiares, profissionais, sociais e econômicas, assim como as preocupações com essas questões se apresentam no cotidiano. (CARDOSO; APARECIDA; GALERA, 2011)

Nessa perspectiva, também é possível apontar que quando uma dessas esferas de relações está passando por algum tipo de instabilidade, o indivíduo tem a tendência a deixar isso afetar as outras esferas, gerando assim mais desgaste mental, com isso é perceptível que a atenção e o cuidado com certa recorrência podem evitar que o problema fique ainda maior.

2.3 Suicídio

Vendo pelo lado semântico, o termo suicídio se tem origem da língua latina, mais especificamente da expressão “*sui caedere*”, cujo o significado é “matar-se”, no português a palavra reflete a execução de uma ação por escolha de um indivíduo com a pretensão e causa a própria morte.

Mais especificamente, Lopes Cardoso apresenta que:

O elemento essencial é a vontade de pôr termo à vida, sendo secundária a forma de o fazer: - por suas próprias mãos, com auxílio solicitado a outrem (...) ou pela criação ou sujeição a situações donde inevitavelmente ou com muita probabilidade decorrerá a morte (...) (LOPES, 1986, p.17).

O suicídio é um problema imemorial, multifário, complexo e desafiador. Devido ao sofrimento individual, familiar e coletivo, aliado às perdas pessoais, materiais e econômicas que causa, ele tornou-se um grave problema da saúde pública. (BERTOLOTE, p.127, 2012)

A história dessa prática anda lado a lado a existência humana, sendo citado em registros históricos de todo tipo incluindo de cunhos religiosos, é uma ação que foi expressa em diversas religiões seja citando algum ocorrido ou condenado o ato, mas inicialmente não há vinculação direta com a questão de saúde mental. Tal ligação

começou a ser realizada a partir do século XVII e XVIII, onde aparece registros de psiquiatras da época ligando a ação a transtornos mentais, tratando como um ato proveniente da insanidade, dessa maneira começando a ser tratada como doença (BERTOLOTE, 2012).

Vale destacar que os esforços feitos na época eram mais voltados a pesquisa e estudos com o objetivo de definir, compreender e buscar os motivos pelo que ocorrem, dessa maneira o suicídio também adentrou como assunto dentro da filosofia e sociologia, tendo Durkheim como um importante autor durante o século XIX para a ampliação do entendimento da prática com sua obra “O suicídio” de 1897, a qual ele aborda acerca do contexto europeu, delimitando ainda mais o tema abordando acerca da diferença de taxa entre católicos e protestantes (DURKHEIM, 2000).

Dessa maneira, o seu estudo recebeu diversas críticas por ter uma delimitação muito alta, voltada apenas na Europa central com os dados de lá (BERTOLOTE, 2012). Mas ainda assim propôs conceitos e discursões de suma importância para o assunto, como por exemplo a forma que ele propôs uma tipologia do suicídio com quatro tipos utilizando como metodologia as suas causas daquelas que se conseguia distinguir o motivo em constatações judiciárias, vendo semelhanças e diferenças entre elas, com isso ele classificou da seguinte forma (DURKHEIM,2020):

- altruísta – referente a pessoas que se encontram dentro de grupos sociais (militares ou religiosos) e com base nisso se colocam à disposição da prática suicida para o benefício desse grupo.
- fatalista – esse se refere a pessoas que se encontram em situações extremas de falta de liberdade, estando envolvidas por um controle extremo e abusivo, como acontece em escravos ou em regimes ditatoriais, os quais demonstram situações de extrema dificuldade de se modificar a realidade vivida.
- egoísta – essa tipologia está ligada a um grupo de indivíduos os quais se demonstram pouco ou nada integrado a algum grupo social, isto é, eles se mantêm à margem ou acima de determinados grupos por se colocar em tal posição ou por serem designados a mesma.
- anômico – se trata de ocasiões de grande desorientação motivada por uma grande redução ou esgotamento de normas sociais, e de falta de expectativa de vida.

Dessa forma é visível a importância de tal estudo na história da suicidologia, mas também vale ressaltar as críticas de tal visão, um importante expoente para o

viés crítico dessa linha de Durkheim é Albert Camus, um filósofo e romancista, que na segunda metade do século XX em sua obra “O mito de Sísifo”, apresenta críticas baseadas principalmente na pauta de que embora haja “muitas causas para o suicídio, nem sempre as causas aparentes foram as mais eficazes,” (CAMUS,p.20).

Exprimindo uma maior complexidade ao assunto que de fato é complexo ao colocar uma visão mais filosófica sobre o conflito da mente humana. Sobre tal complexidade e conflito o mesmo disserta: “só existe um problema filosófico realmente sério: o suicídio. Julgar se a vida vale ou não a pena ser vivida é responder à questão fundamental da filosofia” (CAMUS, p. 19).

É importante ressaltar que entre o final do século XX e início do século XXI começou a gerar movimentações mais incisivas para abordar o suicídio na saúde pública, tendo como foco a prevenção. “Em medicina e em saúde pública, entende-se por prevenção qualquer medida que vise a interceptar a causa de uma doença antes que ela atinja um indivíduo, dessa forma prevenindo sua ocorrência.” (BERTOLOTE, p.81, 2012)

A questão do suicídio tem grande relevância no contexto atual do mundo, o fenômeno tange aspectos de saúde mental e até mesmo tendo desdobramentos sociológicos o qual Durkheim expõe que: “Podemos afirmar que um aumento contínuo do número de suicídios constitui sempre um indício de uma subversão importante nas condições orgânicas da sociedade” (DURKHEIM, 1888, p. 447) evidenciando assim uma percepção social do problema, dessa maneira também cabe dizer que é perceptível que o contingente de jovens que apresentam tendências suicidas vem tendo ascensão no território brasileiro nos últimos anos.

O Brasil, segundo a OMS no ano de 2014, se apresentou como o oitavo país com a maior taxa de suicídio no mundo. Para Bertolote (2012), em sua obra “O Suicídio e sua Prevenção”, uma maior atenção foi voltada para o impacto do suicídio apenas graças aos estudos desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde, portanto se tornou uma preocupação até recente em comparação a muitas outras encontradas na sociedade. Pela década de 90, a temática começou a ficar em alta e se tornando preocupação entre os países do mundo, nesse contexto a OMS confeccionou um documento simples em relação ao mais atual com as diretrizes nacionais para a prevenção ao suicídio. Com isso, ficou mais claro acerca dos impactos desse problema, assim como a importância de se ter medidas preventivas para o mesmo.

Sobre a questão de prevenção do suicídio, ao longo dos anos o assunto veio sendo mais tratado e tendo destaque, tendo em vista que o cuidado a essa questão, assim como da saúde mental em si é uma preocupação internacional relativamente recente, começando a ser abordada de fato pelos anos 90 e aprofundamento na prevenção após os anos 2000.

Dessa maneira com os esforços da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) foram produzidos “documentos importantes que auxiliam os países nas formulações de políticas de prevenção do suicídio. Além disso, todos os Estados integrantes da OMS presentes no Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020 pactuaram uma redução de 10% nas taxas de suicídio até 2020.” (DANTAS, 2019, p.2)

2.4 Instrumentos da Ação Pública

Para Lascoumes e Le Galés (2012), os instrumentos correspondem a uma ferramenta que ao mesmo tempo possui sentido técnico e sentido social, responsável pelo planejamento de vínculos sociais que ocorrem entre os alvos das políticas públicas e os agentes que detém o comando do poder público.

Os instrumentos se apresentam também como maneiras de se desenvolver um meio para que a ação coletiva busque uma estabilidade e possibilitando que as ações dos atores sejam mais visíveis e previsíveis. (LASCOURMES; LE GALÈS, 2007).

De acordo com Hood (1983, 2006, 2007), os instrumentos são muito pouco abordados na análise de políticas públicas, ainda mais no cenário brasileiro, no entanto, na parte da implementação eles vêm sendo mais comuns a exploração. Também vale acrescentar que é preciso que seja reconhecida a decisão de aspectos culturais, ideológicos e políticos em função de uma determinada racionalidade técnica. (ANDRADE; VALADÃO, 2017)

Já passando mais para o sentido da instrumentação da ação pública é exposto como um “conjunto dos problemas colocados pela escolha e o uso dos instrumentos (técnicas, meios de operar, dispositivos) que permitem materializar e operacionalizar a ação governamental” (LASCOURMES; LE GALÈS, 2012, p.20). Portanto é possível compreender implicitamente como uma maneira de compreender os efeitos das escolhas feitas em concordância com os motivos de escolha de determinado instrumento para a ação.

Também vale ressaltar que um instrumento de ação pública estabelece “um dispositivo ao mesmo tempo técnico e social que organiza relações sociais específicas entre o poder público e seus destinatários em função das representações e das significações das quais é portador” (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012, p.21). Sendo assim, elemento de suma importância para a construção de um diálogo mais inclusivo e participativo, como uma ferramenta de ampliação de uma estrutura democrática.

Os instrumentos de ação pública possuem um caráter capaz de realizar organização e mobilizar a ação de diferentes atores, processos e recursos, “exprimindo os sentidos coordenadores de seus referenciais da ação e os limites da ação pública” (CRUZ, 2020, p. 113).

Também é possível expor um caráter transversal referentes a ação pública e seus instrumentos:

caso ocorra em instituição estatal de órgão articulador ou complexo, exigente de interações com outros para viabilizar suas políticas; e ser chamada por ação pública transversal e participativa (APTP) caso ocorra em instituição participativa de setor que conta com articulações complexas (CRUZ, 2020, p. 115).

Ação que ocorre em diversas elaborações de políticas públicas, porque se exprime uma necessidade de maior atuação, dialogismo e uma soma de saberes para que seja desenvolvida, Cruz (2020) ainda aponta a necessidade de instrumentos adequados para que se possa viabilizar a organização de uma ação pública transversal e participativa.

Importante também estabelecer o dialogismo como “condição para que um enunciado tenha sentido, ou seja, que tenha sentido significativo.” (CRUZ, 2020, p.19). Para verificar acerca da quantidade de dialogismo presente em um meio, segundo Cruz (2020), é importante verificar o quanto de debate está sendo promovido, o valor desse debate e por fim o quanto que há uma abertura à diversidade nesse diálogo, como forma de promover mais participação e apresentar caráter mais democrático.

Com esse quadro em mente, segundo Callon, Lascoumes e Barthe (2009) e Cruz (2020), podemos inferir que o dialogismo por trás da ação pública pode ser analisado de maneira qualitativa com a finalidade medir as capacidades de interação em ampla proporção dentro de fóruns e comitês por meio de parâmetros como critérios de diversidade, independência de grupos, transparência, traceabilidade, repetição de interações, continuidade da expressão dos pontos de vista e clareza de regras de organização. Com esses critérios é possível analisar o quanto há de participação,

diálogo, organização e presença ou ausência de transversalidade e intersectorialidade na composição de determinado fórum ou comitê.

2.5 Federalismo na Saúde Pública

O Federalismo pode ser entendido de forma direta como um meio de dividir o poder estatal dentro de um território, os que detém o poder após essa divisão são referidos como entes federativos ou federados. Sendo esse um fenômeno que “surgiu na experiência histórica das antigas Colônias Inglesas da América do Norte e foi adotado na primeira Constituição Brasileira da República de 1889.” (ANACLETO, S. 2008, p.7)

Nas palavras de Georges Scelle (1932), o sistema federativo apresenta dois principais princípios: a lei da participação e da autonomia. Sendo esses princípios regidos por um ordenamento constitucional, dessa maneira a Constituição Federal é responsável por solidificar a Federação dentro de uma nação ou território, sendo a existência da autonomia e participação possível por mediação das leis e regras constitucionais para preservar a ordem.

Alexis de Tocqueville (1951) argumentava que o sistema federativo é como uma combinação valorosa a favor da liberdade da humanidade, demonstrando e classificando que as nações que tiveram a oportunidade de adotar tal sistema como sortudas.

Segundo Anacleto (2008), no cenário brasileiro podemos afirmar que o estado brasileiro é federal, o qual possui diretamente o nome de República Federativa do Brasil no qual é por uma tendência singular que é retratada pela União, sendo essa composta por todas as partes componentes, a qual age com autonomia em relação os Estados Brasileiro e pela disjuntiva, isto é, desunido representada pelos Estados federados, nos quais se caracterizam os estados e municípios do país.

Quando se aborda acerca do Federalismo na saúde pública no cenário brasileiro, vale salientar acerca do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual “foi definido no Artigo 198 da Constituição de 1988 e o seu ordenamento jurídico foi voltado a assegurar a descentralização com a unicidade sistêmica conforme as Leis Orgânicas de 1990” (RIBEIRO et al.,2018, p. 1780).

Observando esse cenário, há uma organização básica que fundamenta as ações do SUS em função da entrega dos serviços de saúde pública, baseada em uma superposição a qual estabelece que cabe:

à União as funções de planejamento, indução e coordenação nacional e aos Estados a coordenação no plano regional. Aos Municípios, além de compartilharem funções de planejamento local, foi atribuída a prestação direta de ações, serviços de cuidados primários e de média complexidade. (RIBEIRO et al.,2018, p. 1780).

O que evidencia que, para tal planejamento, deve haver coordenação e consonância entre as três partes envolvidas, sendo elas os três planos federados, e através dessa articulação, planejamento e ação os serviços de saúde pública possam chegar de forma ampla à população do território brasileiro.

3 MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA

O presente capítulo tem como finalidade caracterizar os procedimentos metodológicos utilizados para a elaboração da pesquisa. Segundo Marconi e Lakatos (2003), o método é um conjunto de atividades sistemáticas e racionais, as quais viabilizam uma maior segurança para que sejam alcançadas as metas da pesquisa, detecte erros e auxilie na tomada de decisões do pesquisador. Portanto, pode-se entender que o método deve ser imposto de diferentes processos necessários para alcançar um propósito específico ou resultado desejado. Método no qual também pode ser estabelecido como um conjunto de processos da mente humana para descobrir a verdade.

A metodologia referente ao tipo de pesquisa é a qualitativa a qual conforme Marconi e Lakatos (2010) se trata de uma pesquisa que possui como objetivo analisar e explicar aspectos mais profundos, descrevendo as complexidades do comportamento humano ou de um panorama geral e, ainda, fornecendo análises mais detalhadas de pesquisas, atitudes e tendências comportamentais. Portanto, esse tipo de pesquisa busca foco no processo e no significado, onde Minayo e Deslandes acrescentam a respeito desses processos, os quais “não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO; DESLANDES, 2002, p. 22).

Ao se observar que a presente pesquisa utiliza uma base principalmente textual voltada para a Política Distrital de Prevenção do Suicídio, com o objetivo de gerar uma análise a respeito, tendo em foco no entendimento no processo e seus significados para que seja alcançado um resultado que mostre como se organiza a política e conhecendo os instrumentos que viabilizam a mesma, justifica-se o caráter qualitativo.

Quanto à forma que os dados foram coletados pode se destacar a pesquisa bibliográfica, sendo ela fundamentada por livros e artigos científicos (GIL, 2008) envolvendo o assunto, escritos desde 1888, englobando teses e dissertações. Mais além, a pesquisa documental envolve legislações, portarias, manuais, documentos administrativos, notícias e sites, destacando como principais utilizados para análise se apresenta os seguintes documentos disponíveis pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal através do site:

- Plano Distrital de Prevenção do Suicídio 2020 - 2023 - Publicado em maio de 2019.

- Nota Pública sobre divulgação de casos de suicídio - Publicado em 21 de setembro de 2019.
- Nota Técnica nº5/2020 – Orientações sobre o planejamento de atividades relacionadas à prevenção do suicídio - Publicado em 04 de agosto de 2020.
- Manual de Orientações para o Atendimento à pessoa em risco de suicídio - Publicado em 2021.
- Nota Técnica sobre notificação de tentativas de suicídio - Publicado em 27 de dezembro de 2017.
- OMS – Manual de prevenção do suicídio para equipes de saúde mental - Publicado em outubro 2006.

Foram realizadas três entrevistas semiestruturadas, sendo duas realizadas presencialmente e uma de forma eletrônica por meio da plataforma *Meet*, sendo estruturada de maneira flexível alinhada com os objetivos da pesquisa, mas possuindo abertura para o desenvolvimento de novas questões e expressão de ideias. Foi montado um quadro para melhor identificação e análise das entrevistas das participantes:

Quadro 1- Entrevistadas

Identificação	Cargo
Entrevistada 1	Psiquiatra da SES-DF, Presidente do CPPSU
Entrevistada 2	Psicóloga da SES-DF, trabalha com Saúde Mental na Atenção Primária
Entrevistada 3	Psicóloga, especialista em saúde pública na SES-DF, atuando em intervenção de crises no Núcleo de saúde mental do SAMU

Fonte: elaboração do autor

Dessa maneira, as entrevistadas foram escolhidas porque possuem envolvimento direto com a Política Distrital de Prevenção ao Suicídio e com as ações de prevenção do Suicídio como membros da SES-DF.

Também serão avaliados outros documentos que foram possíveis de se ter acesso devido a imersão realizada na própria Secretaria, mais especificamente na Diretoria de Serviços de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde

(DISSAM/SES-DF), entre esses documentos se inclui relatórios da PDPS e das ações de prevenção, nota técnica, circulares, formulação e descrição de projetos.

Também foi acompanhado reuniões do Comitê Permanente de Prevenção do Suicídio contendo a observação participante como meio de coleta de dados, registrada em diários de campo, possuindo caráter descritivo sobre os dados coletados e analisados, sendo ela um instrumento de investigação que possibilita o contato pessoal do pesquisador com o fenômeno pesquisado. (GIL, 2017).

Já acerca da análise dos dados coletados é utilizado a análise genealógica, para se compreender melhor sobre essa análise é necessário estabelecer que segundo Kleber Prado Filho (2017), sobre a luz da visão de Foucault, a origem, retratada pela palavra *Ursprung* é um objeto evitado ao se falar de genealogia por base em Foucault, pois há termos que caracterizam de forma mais adequada o objeto da análise genealógica, sendo elas *Entstehung* e *Herkunft*, que significam respectivamente, como emergência e proveniência, os quais representam peças fundamentais na construção de uma metodologia das análises genealógicas.

A principal diferença que se encontra na análise da proveniência em relação à pesquisa da origem, é que ela não tem como objetivo se ter uma visão da retrospectiva de um objeto, buscando ligações até chegar no ponto de origem, isto é, o início daquele objeto, mas sim de dar destaque para a difusão de acontecimentos, assim como “para o entrecruzamento de linhas e para a multiplicidade de forças em jogo num processo histórico. Ela coloca em movimento o que parecia estático e fragmenta o que parecia unido, mostrando a heterogeneidade e dispersão dos acontecimentos.” (FILHO; KLEBER, 2017, p. 315)

“A genealogia, como análise da proveniência está (...) no ponto de articulação do corpo com a história. Ela deve mostrar o corpo inteiramente marcado de história e a história arruinando o corpo” (FOUCAULT, 1993, p. 22). Com isso em mente, vemos que há uma construção da argumentação discursiva com a finalidade da formação histórica, na qual dá maior atenção às condições abertas que exprimem atributos e exigências na qual constitui ou possibilita a emergência desta argumentação discursiva como dispositivo de poder, que pode afetar diferentes instâncias.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Diário Oficial do Distrito Federal nº 186 de 13 de setembro de 2012, a SESDF aprovou a Política Distrital de Prevenção ao Suicídio, a qual possui como finalidade reduzir a taxa de mortalidade por suicídio no Distrito Federal, para isso a mesma conta com diferentes instrumentos, os quais serão citados posteriormente, um plano chamado de Plano Distrital de Prevenção do Suicídio que teve sua proposta apresentada em 2013, e atualmente as atividades das políticas seguem regidas pelo Plano Distrital de prevenção do Suicídio 2020-2023.

Com base nisso, este capítulo tem o caráter de apresentar os resultados obtidos na pesquisa acerca da política e analisá-los, se guiando pelos objetivos específicos e referencial teórico apresentados anteriormente. Dessa maneira, a primeira subseção se trata de fazer a genealogia da política pública, quando e quais são os principais pontos e fatos que colaboraram para o surgimento dessa política levando em conta a dimensão internacional, nacional e distrital, a segunda será voltada para apresentar a configuração atual da mesma, assim como, identificar e descrever os instrumentos utilizados, se preocupando em abordar como acontecem as dinâmicas que produzem a Política Distrital de Prevenção ao Suicídio, dando foco também na análise de um dos instrumentos, sendo ele o Comitê de Prevenção do Suicídio (CPPSU), já a terceira aborda quais foram as principais ações desenvolvidas pela Política desde sua criação (2012) até 2022.

4.1 Dimensão Internacional

Os primeiros esforços voltados para a prevenção do suicídio ocorreram no início do século XX em Londres, chamado de o Exército da Salvação no ano de 1906, no mesmo ano começou também em Nova York a Liga Nacional “Salve uma Vida” (Bertolote, 2004). Esses movimentos eram caracterizados por uma ação desenvolvida pela sociedade civil, sem colaboração do governo, elas possuíam mais caráter religioso e filantrópico, o cunho científico era nulo, nesse sentido era o que ficava nítido as falhas de tais movimentos pois ao lidar cada vez mais com a saúde pública se percebe uma grande fraqueza metodológica e de resultados não tão significativos, evidenciando a importância de uma base científica, com conhecimento e capacidade em relação ao assunto para exprimir resultados mais efetivos na prevenção.

Com o passar do tempo foram aparecendo outros movimentos e programas de prevenção, mas segundo Gunnel e Frankel (1994), esses movimentos tinham dificuldades como de definir um objetivo claro, ausência de indicação de público-alvo, tempo de seguimento, falta de descrições detalhadas das intervenções e o pequeno número de envolvidos que dificultava realizar as análises estatísticas necessárias, problemas que também são encontrados em programas na atualidade. No entanto, esses programas têm seus méritos, assim como, resultados que serviram e servem para o progresso da prevenção ao suicídio por meio de sua análise e estudo, sendo assim, Bertolote (2012) disserta:

Na verdade, a partir da preocupação da OMS e de certos governos com a efetividade, o custo e a relação custo-benefício dos programas de saúde pública incorporada pelos responsáveis por programas de prevenção de suicídio, mesmo os de iniciativa filantrópica, consolidou-se a preocupação com o emprego de intervenções de efetividade comprovada. Afinal de contas, a validação científica de resultados é um requisito fundamental para adquirir credibilidade e, eventualmente, ter acesso a verbas governamentais. (BERTOLOTE, 2012, p.98).

Os primeiros esforços de fato sistemáticos da saúde pública direcionado a prevenção do suicídio aconteceu em Banff, no Canadá em 1994, através de uma reunião internacional envolvendo profissionais da área tendo sido elaborado pelo Conselho para Assuntos Econômicos e Sociais da ONU e pelo Departamento de Saúde Mental da OMS. O envolvimento da OMS se tornou crucial para o ponto de partida de planos de prevenção maiores e mais efetivos, o principal fruto dessa reunião foi um documento publicado pela mesma chamado: Prevenção do suicídio: diretrizes para a formulação e a implementação de estratégias nacionais (UN, 1996).

Esse documento possui suma importância dando destaque e atenção para o problema do suicídio, evidenciando as características sociais e econômicas desse problema de saúde pública que apresenta escala global atingindo diversas nações, reforçando o exposto por Durkheim (1888) acerca que o indício da subversão de condições orgânicas da sociedade resulta no aumento das taxas de suicídio. Na construção desse documento se percebe uma base científica sólida na qual abordou no documento ações organizadas e organizacionais, informações importantes para formulações de políticas públicas, formulação de estratégias, mostrando também passos importantes acerca de implementação, acompanhamento e avaliação.

O impacto desse documento fez com que diversas nações adotassem as medidas que foram sugeridas no documento, colocando em prática estratégias nacionais, dentro desses países também se encontra o Brasil.

Outra ação realizada pela OMS foi o seu programa de prevenção do suicídio chamado de *Suicide Prevention Program* (SUPRE), esse programa surgiu a partir resolução da 39ª Assembleia Mundial da Saúde, para a realização do mesmo a OMS contou com uma Comissão Internacional que possuía pericia em prevenção do suicídio que por meio da capacitação científica, técnica e de vivencia elaboraram a base desse programa em 1998 mesmo com as pesquisas da época sendo limitadas conseguiram gerar um impacto positivo.

O SUPRE foi lançado oficialmente em 1999, o qual a sua iniciativa tem caráter de nível internacional, dessa forma a OMS publicou estratégias e diretrizes gerais para a prevenção do suicídio em diferentes momentos, um dos exemplos é o texto “Prevenção do Suicídio: Um manual para médicos clínicos gerais (2000)”, que foi responsável por dar um maior direcionamento para profissionais com base científica e técnica. Dentro deste cenário, também vale ressaltar que a OMS já vinha recomendando que os países elaborassem estratégias nacionais com foco na prevenção.

Em 2004 foi realizado uma nova reunião com o Comitê Internacional de peritos com o objetivo de revisar as medidas agora tendo mais dados e acesso a mais pesquisas, assim como medir a eficácia das estratégias que já foram propostas, com base nisso viram e confirmaram a relevância de tratamento de transtornos mentais, restrição de acesso a métodos, abordagem adequada de meios de comunicação, programas adequados de educação e informação em escolas, trabalho e para o público geral e busca e triagem sistemática daqueles que apresentam alto risco, o relatório dessa notável reunião (Mann et al, 2005, p.2064-2074) foi publicado em 2005 pelo *Journal of the American Medical Association* (JAMA).

Após essa reunião a OMS apresenta de forma mais incisiva a recomendação da criação de estratégias nacionais e políticas públicas visando enfrentar o problema do suicídio, servindo documentos como manuais para melhor capacitação e facilitar a estruturar medidas,

Já no ano de 2013, foi lançado o Plano de Ação em Saúde Mental da OMS, do qual o Brasil é signatário, cuja meta é reduzir em 10% a taxa de suicídio até o ano de 2020 e reduzir em até 30% até o ano 2030 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

4.2 Dimensão Nacional

Acerca da questão da questão da saúde mental em contexto nacional é importante ressaltar a Reforma Sanitária que nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década, exigindo mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Para a melhora das condições de toda a população. As propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (PENSESUS-FIOCRUZ, 2023).

Outra pauta importante para o contexto nacional é a Luta Antimanicomial, que surgiu no final da década de 1970 após uma série de casos relacionados a abusos cometidos em instituições psiquiátricas, o movimento que se caracteriza pela luta pelos direitos das pessoas com sofrimento mental. Um dos principais objetivos do movimento é combater a ideia de que se deve isolar a pessoa com sofrimento mental em detrimento da possibilidade de tratamentos, noção que se baseia apenas nos preconceitos que cercam a doença mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Em 18 de Maio em 1987, foi realizado um encontro de grupos favoráveis a políticas antimanicomiais. Nesse encontro, surgiu a proposta de reformar o sistema psiquiátrico brasileiro, tendo relevância ampla na questão da saúde mental, tratamento, prevenção. Pela relevância daquele encontro, a data de 18 de maio tornou-se o dia de Luta Antimanicomial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Após a Reforma Sanitária aconteceu avanços na questão da saúde mental e no tratamento, mas o marco mais significativo para a luta antimanicomial aconteceu no dia 6 de abril de 2001, quando foi promulgada a Lei 10.216 estabeleceu novas diretrizes para políticas de saúde mental, ao prever a substituição progressiva dos manicômios no país por uma rede complexa de serviços que compreendem o cuidado em liberdade como elemento fundamentalmente terapêutico, a lei trata da proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Já acerca mais especificamente da prevenção do suicídio, a OMS já vinha trilhando um caminho com recomendações para as nações da criação de estratégias nacionais, implementação de políticas públicas com uma forte base científica que vinha mostrando resultados positivos, dessa forma os países começaram a cada vez

mais seguir essas recomendações e voltar a atenção para esse problema (BERTOLOTE, 2012).

Nesse contexto, no Brasil, seguindo a recomendação da Organização Mundial da Saúde de que os Estados-Membros desenvolvam diretrizes e estratégias nacionais de prevenção do suicídio foi estabelecida a Portaria nº 2.542/GM, de 22 de dezembro de 2005, que instituiu Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio, foi instituído as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão em 14 de Agosto de 2006 através da Portaria nº 1.876 (ENTREVISTADA 1).

As Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio estabelecem que as ações devem ser arranjadas de uma maneira articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, as instituições acadêmicas, as organizações da sociedade civil, os organismos governamentais e os não-governamentais, nacionais e internacionais.

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

Já após da instituição da PDPS, depois o Ministério da Saúde em 2017, passou a considerar a prevenção de suicídio como uma das de suas prioridades, como medida lançou, uma Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2017).

Como parte de uma série de ações coordenadas para prevenção, promoção de saúde e de cuidados e vigilância.

4.3 Política Distrital

A entrevistada 2 teve a oportunidade e experiência de compor a equipe do Ministério da saúde e da saúde mental na construção das diretrizes nacionais de prevenção do suicídio, colaborando para construir a base de um passo de suma importância para combater o problema do Suicídio no Brasil.

Vale ressaltar, que nas Diretrizes Nacionais de 2006, é possível ver que a ideia era que os estados e unidades federadas desenvolvessem políticas e ações voltadas para a prevenção do suicídio. Entretanto, tal questão só veio a aparecer em 2012 com a criação da Política Distrital de Prevenção ao Suicídio . A Entrevistada 2 também participou da criação e desenvolvimento dessa política, na entrevista a mesma relata que a mobilização para a criação surgiu a partir da vontade do “Diretor de Saúde Mental da época queria estar alinhado ao Ministério da saúde nessa política, nessas diretrizes nacionais de prevenção do suicídio.” (ENTREVISTADA 2, 2023).

Encontramos assim com esse cenário a presença do federalismo na saúde pública quando vemos o planejamento, coordenação e consonância elaborada por meio das Diretrizes Nacionais de 2006 para que os entes federados consigam realizar articulações e traçar ações para fazer com que os serviços de saúde pública referentes a prevenção de suicídio cheguem na ampla população do território brasileiro, mesmo que com certa demora, foi criada a PDPS em 2012, voltada para o território do DF.

Dessa forma, é perceptível a importância do ator político, da vontade política de querer tomar ações e desenvolver algo referente a algum problema ou assunto, a partir disso todo um grupo foi montado para desenvolver as diretrizes do PDPS. Ainda sobre a criação a entrevistada acrescenta:

Então, a origem da política distrital de prevenção do suicídio foi isso. Foi um alinhamento com a política nacional. É uma vontade de estar alinhado e de desenvolver ações nesse sentido de prevenção de suicídio. Então, a gente nas diretrizes nacionais tinha lá a previsão de que cada estado da federação, desenvolvesse sua política, seu plano de prevenção do suicídio. E assim a gente fez aqui no DF, até onde eu sei, nós somos os primeiros a fazer isso. Depois, outros estados foram e também lançaram suas políticas e estratégias. (ENTREVISTADA 2, 2023)

Na construção da política houve o envolvimento de diversos atores, sendo realizadas muitas parcerias, então envolveu servidores da SES-DF que possuíam o entendimento do assunto, pesquisadores de relevância sobre a questão podendo destacar o professor Marcelo da Silva Araújo Tavares, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB), o Dr. Augusto César Costa, diretor de saúde mental da época, o qual representou a vontade política e que segundo a entrevistada 2: “Ele deu o total apoio e autonomia para esse grupo trabalhar e lançar as diretrizes da política distrital.” (ENTREVISTADA 2, 2023)

Ainda em 2012 no mês de setembro foi realizada primeira jornada distrital de prevenção do suicídio do DF sendo um evento coordenado pela Diretoria de Serviços de Saúde Mental (DISSAM) se caracterizando como intersetorial possuindo atividades voltadas à capacitação profissional, atualização, interação com entidades atuantes na prevenção ao suicídio, evento que foi realizado anualmente até 2021. A primeira jornada durou 1 mês e chamou várias universidades, incluindo a UnB. Nessa jornada, um determinado grupo de profissionais se dirigia para as universidades e realizava uma programação. O Centro de Valorização da Vida (CVV) foi um parceiro desde o início e ajudava também na programação.

A maior atividade durante essa primeira jornada foi o lançamento da política por meio da Portaria SES/DF nº 184, de 12 de setembro de 2012, tendo como resultado positivo a grande mobilização de pessoas que ajudaram nessa jornada criando uma rede de contato que ajuda nas ações de prevenção tomadas atualmente.

Já em 2013, foi elaborado uma proposta do Plano Distrital de Prevenção do Suicídio que chegou a ser apresentada já na terceira Jornada Distrital de Prevenção do Suicídio, o qual evidencia a importância do problema e buscando soluções e alternativas a serem elaboradas e articuladas conjuntamente (DISTRITO FEDERAL, 2013). Essa versão do plano segue em alinhamento inclusive, a diretrizes nacionais, que as diretrizes do Ministério da saúde foram publicadas em 2006. Sobre o mesmo, a Entrevistada 1 acrescenta: “Foi um grupo bem grande nessa época, num plano bem amplo, inclusive extrapolava a SES, envolvendo representantes de outros órgãos.” (ENTREVISTADA 1, 2023)

Nesse Plano de 2013, foi previsto que fosse realizada uma revisão quinquenal. Dessa maneira no ano de 2018 se formou um Grupo de Trabalho para a formulação de uma versão nova e atualizada, na qual foi apresentada na VII Jornada de Prevenção do Suicídio do Distrito Federal, quando também foi feito um workshop

como finalidade de discutir sobre essa proposta, assim como, sobre obter contribuições de usuários dos serviços de saúde e demais profissionais da SESDF, refletindo uma medida mais democrática quanto a prevenção de suicídio no DF.

Já no ano seguinte, em 2019, foi aprovado o Plano Distrital de Prevenção do Suicídio 2020-2023, o qual guia a política atualmente e é o principal foco da próxima sessão desta pesquisa.

Podemos ver com base nisso a ação do Federalismo na saúde pública sendo aplicado na medida em que se existe a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio, a qual fornece todo o direcionamento para que os estados busquem atuar de uma forma autônoma e participativa, seguindo dessa forma o que Georges Scelle (1932) evidencia como a base da ação federativa. Com base nisso, o que podemos perceber é a PDPS em 2012 deu o primeiro passo para realizar essa ação autônoma visando a saúde, sendo o DF o primeiro do Brasil, logo após outros estados decidiram criar suas políticas de prevenção ao suicídio.

Dessa forma, com base em todo o contexto exposto é perceptível concluir que a preocupação com a saúde mental e mais especificamente com o suicídio é extremamente recente, medidas mais organizadas e capacitadas começaram a acontecer aproximadamente há duas décadas atrás. Também vemos que para chegar na PDPS, existe todo um percurso estruturado o qual serviu de base para a construção da mesma, sendo ela um produto de uma jornada histórica, feita pela sociedade civil, organizações mundiais, governos e secretarias visando melhores condições de saúde e bem-estar social. Com base nessa jornada foi construída uma linha do tempo da prevenção ao suicídio com os seus principais marcos:

Figura 2 - Linha do Tempo da Prevenção ao Suicídio



Fonte: Elaboração pelo autor

4.4 Configuração atual da Política Distrital de Prevenção do Suicídio e seus instrumentos

Para compreender a configuração atual da PDPS é necessário entender que ela é guiada atualmente pelo Plano Distrital de Prevenção do Suicídio 2020-2023, como já foi mencionado anteriormente houve um outro Plano que sua proposta se iniciou em 2013 mas foi realizado de fato em 2014 com proposta de sua revisão quinquenalmente, no entanto está parte da pesquisa será concentrada no plano atual, o qual se caracteriza por um documento da SES-DF que foi coordenado pela Diretoria de Serviços de Saúde Mental (DISSAM), elaborado pela mesma em conjunto com entidades, quais sejam :

- Hospital Regional do Guará
- Hospital São Vicente de Paulo (HSVP)
- CAPS AD Santa Maria
- CAPSi Asa Norte
- Adolescentro
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)
- Núcleo de Estudos e Programas para os Acidentes e Violências (NEPAV/SVS)
- Gerência de Doenças e Agravos não Transmissíveis (GEDANT/SVS)

Dessa maneira, gerando um grupo de trabalho para elaboração do Plano dando atenção principalmente na junção de competências e experiências de cada entidade da saúde com o objetivo de atingir medidas efetivas de prevenção.

O respaldo legal para a elaboração do Plano atual que guia a PDPS considerou os seguintes instrumentos normativos federais e distritais relativos à saúde mental:

Quadro 2- Respaldo legal para o atual Plano Distrital de Prevenção do Suicídio

Lei/ Portaria/Plano	Data	Ação
Lei Federal nº10.216	06 de abril de 2001	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o

		modelo assistencial em saúde mental;
Portaria SES/DF nº184	12 de setembro de 2012	Aprova a Política Distrital de Prevenção do Suicídio;
Portaria MS/GM de Consolidação nº 3 – Anexo V	28 de setembro de 2017	Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)
Portaria MS/GM nº 3.588	21 de dezembro de 2017	Altera as Portarias de Consolidação no 3 e no 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a RAPS;
Plano Diretor de Saúde Mental da SES/DF	1º de dezembro de 2017	Estabelece as prioridades do Governo do Distrito Federal com relação às políticas de saúde mental até 2019

Fonte: Elaboração da tabela pelo autor, com base no Plano Distrital 2020-2023 (DISTRITO FEDERAL, 2019).

Com base nisso, foram construídos os principais objetivos do plano que se estabeleceram da seguinte forma:

- Definir as metas e ações previstas para Plano Distrital de Prevenção do Suicídio;
- Definir os Eixos Estratégicos do PDPS:
 - Prevenção
 - Tratamento e pós-venção
 - Capacitação
 - Comunicação
 - Avaliação e monitoramento
 - Compromisso político

- Indicar os principais atores para implementação das Ações das Políticas Públicas para Prevenção ao Suicídio;
- Evidenciar a pertinência da articulação em rede e colaboração intersetorial acerca das ações de prevenção ao suicídio no DF;
- Propor a composição de um Comitê Permanente de Prevenção do Suicídio para acompanhar, monitorar e desenvolver as ações propostas no Plano;
- Fornecer orientações baseadas em evidências sobre medidas preventivas chaves a ser implementadas;
- Sinalizar o compromisso do governo para manter e investir em políticas públicas de prevenção do suicídio. (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2019)

Vale salientar que a PDPS, não possui nenhum investimento direto para que esses objetivos sejam alcançados: todas as medidas são realizadas dentro do possível com aquilo que já existe e se tem disposição, usufruindo dos recursos que são destinados a rede de saúde mental, sobre isso a Entrevistada 1 comenta que:

A gente tem recursos direcionados para a rede de saúde mental como um todo. Então, recursos para ampliar o acesso a construção de CAPS, investimentos para medicamentos para acesso a esses recursos existem, não são específicos para a questão de prevenção do suicídio, mas para a saúde mental de uma forma mais ampla. (ENTREVISTADA 1)

Quanto à questão envolvendo as estratégias e abordagens utilizadas pela política a Entrevistada 1 fez questão de ressaltar acerca dos 6 eixos estratégicos de ação da política que são explícitos no plano e aparecem como parte dos objetivos a serem definidos, sendo eles o de Prevenção, Tratamento e pós-venção, Capacitação, Comunicação, Avaliação e monitoramento e Compromisso político. (DISTRITO FEDERAL, 2019)

Com isso em mente, é importante caracterizar cada um dos eixos de forma adequada. O *eixo de prevenção* visa aumentar formas de proteção e diminuir os fatores que podem gerar riscos; o *eixo de tratamento e pós-venção* está ligado diretamente com a melhoria do atendimento após algum caso, tornando ele com maior capacidades e mais especializados; o *eixo da capacitação* envolve melhorar em geral a capacidade dos profissionais referente ao assunto; , o *eixo de comunicação* refere-se tanto à conscientização geral das pessoas como à forma que a mídia deve abordar o assunto; o *eixo avaliação e monitoramento* é voltado à coleta de dados melhorando o mapeamento; e por fim o *compromisso político* tem a propriedade de contribuir para o fortalecimento de articulações e responsabilidade nacionais, regionais e locais na prevenção do suicídio.

Por meio desses eixos, foram estabelecidas as metas, as ações, o período e a forma de avaliação das metas e ainda quem seria responsável por lidar com cada meta incluindo os parceiros, evidenciando os atores da política também, vale a pena

destacar as metas do plano voltada para cada eixo que se configuraram dessa maneira:

Quadro 3- Eixos de Ações do Plano e suas principais metas

Eixo	Metas
Prevenção	Reduzir a disponibilidade, acessibilidade e atratividade dos meios (métodos potencialmente perigosos) de comportamento suicida e desenvolver ações voltadas a grupos de risco.
Tratamento e Pós-Venção	Aperfeiçoar a avaliação, detecção e manejo de risco de suicídio na SES-DF, Qualificar a atenção em saúde mental oferecida pelos CAPS e NASFs, e promover apoio aos sobreviventes.
Capacitação	Promover e assegurar ações sistemáticas de capacitação profissionais não só da saúde como da segurança pública e educação também.
Comunicação	Promover a conscientização pública geral a respeito do comportamento suicida e sua prevenção orientação a profissionais da mídia a respeito de como abordar a temática do suicídio.
Avaliação e monitoramento	Obter e analisar dados a respeito de mortalidade e morbidade por suicídio no DF, por superintendência.
Compromisso político	Alcançar e fortalecer o compromisso político com a prevenção do suicídio.

Fonte: Elaboração da tabela pelo autor, com base no Plano Distrital 2020-2023 (SES-DF)

Agora acerca da parte de atores da política, aqueles que buscam concretizar essas metas a Entrevistada 1 após ser questionada sobre quais são os órgãos ou

entidades responsáveis pela implementação da política, a mesma comenta e destaca que:

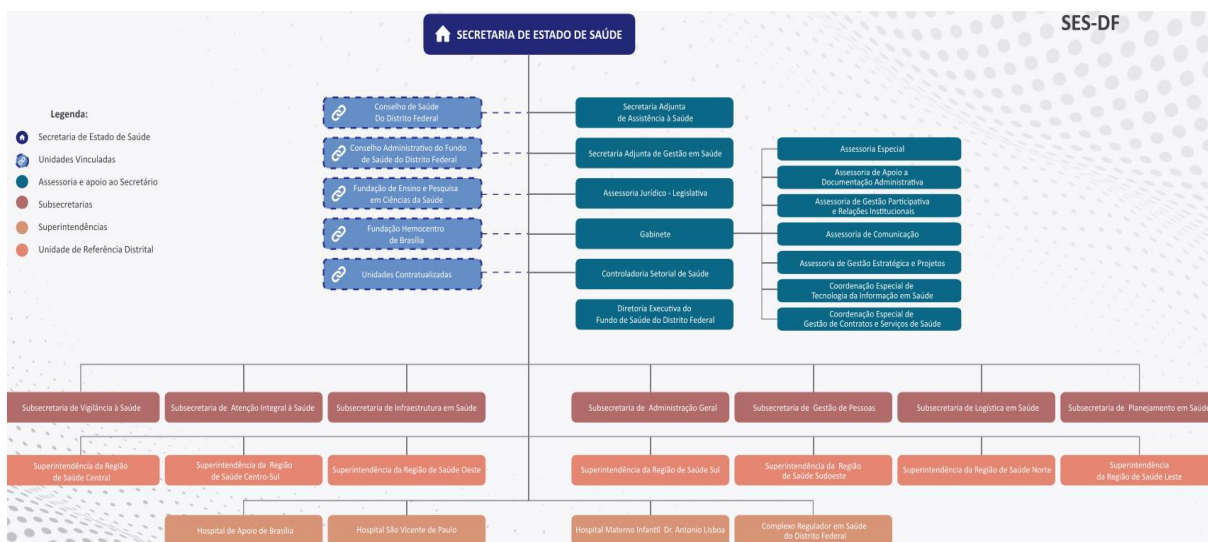
Para a prevenção do suicídio, não adianta uma ação única ou um ator único, então a gente precisa de ações coordenadas e multisetoriais. O Comitê Permanente de Prevenção do Suicídio funciona dentro da Secretaria, mas a gente não entende que a política distrital de prevenção ela é só da saúde, por exemplo, a gente precisa de atuação, da educação, da segurança pública, da mídia, de atores políticos, né, da sociedade civil organizada, para a gente poder realmente implementar, desenhar uma e executar uma política pública efetiva. (ENTREVISTADA 1, 2023)

A partir do exposto podemos ver que a abordagem multisetorial ou, dentro dos conceitos de políticas públicas, a abordagem intersetorial, tem suma importância na implementação da Política Distrital. O primeiro grande ator é claramente a SES-DF, sendo o órgão responsável pela gestão e coordenação políticas públicas de saúde no Distrito Federal, Brasil. Encarregada de “garantir o acesso da população a serviços de saúde de qualidade, promovendo prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das pessoas.” (SECRETARIA DE SAÚDE, 2023)

A estrutura organizacional da Secretaria de Saúde do Distrito Federal é composta por diversas áreas e setores que trabalham em conjunto para atender às necessidades da população. Possuindo como principais departamentos e organizações correlacionadas à secretaria entidades como: Administração Regional de Saúde (ARS), Hospitais, unidades básicas de saúde (UBS), Centros de Saúde, Programas de Saúde.

O organograma a seguir corresponde ao ano de 2023 e é encontrado no site da Secretaria mostrando toda rede de saúde do DF, contendo em sua estrutura as Unidades Vinculadas, Assessorias e apoio ao Secretário, Subsecretarias, Superintendências, Unidades de Referência Distrital.

Figura 3- Organograma da SES-DF



Fonte: Secretaria da Saúde- DF (2023)

A política é coordenada dentro da SES-DF pela DISSAM, no entanto observando o Plano também é possível verificar outros atores dentro da SES que colaboram para a implementação da PDPS, sendo eles o Comitê Permanente de Prevenção do Suicídio, o qual está à frente atualmente para executar todo o plano; Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SVS); Subsecretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SUGETES); Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) e a Rede de Saúde Mental, que corresponde aos serviços que são ofertados pela SES-DF.

Entre os atores externos à SES-DF é importante citar a área da educação, as Universidades se mostram importantes atores na parte de comunicação, informação e como parceiros para realização de eventos e atividades de capacitação, não obstante também vale adicionar a Secretaria de Educação que segundo a Entrevistada 1 colabora “no sentido de desenvolver habilidades emocionais, de treinar os professores, os educadores, na identificação e encaminhamento de pessoas em risco” (ENTREVISTADA 1, 2023).

A Secretaria de Segurança pública é um outro setor que é essencial na prevenção do suicídio, tanto na instância de infraestrutura como da atuação direta por órgãos de segurança por meio de ações como de:

profissionais que muitas vezes estão em contato, muitas vezes bombeiros, militares ou policiais são acionados em situações de risco. Onde a pessoa pode estar armada, às vezes está num lugar perigoso. Essas forças são acionadas para fazer um resgate. (ENTREVISTADA 1, 2023).

Já sobre a questão da infraestrutura se encontra a preocupação de desenvolver construções seguras, normativas de segurança em lugares públicos, lugares altos, proteções e afins, como um bom exemplo se tem os *shoppings* que possuem uma rede para caso de quedas entre andares.

A Entrevistada 1 cita a mídia como um forte ator se utilizada e orientada da maneira correta, englobando todos os tipos de mídias, sejam elas as públicas, privadas, meios escritos, internet, argumentando que:

a forma como as notícias, informações sobre o suicídio e prevenção do suicídio são divulgadas a gente percebe que pode ter um efeito contágio de aumento de tentativas de suicídio após a divulgação inadequada de um caso ou de prevenção. Então, orientar os profissionais da mídia sobre como transformar essa notícia num potencial para prevenção, orientando onde buscar ajuda é trazendo histórias de superação de outras pessoas, orientando sobre, incentivando esse comportamento de busca de ajuda que a gente sabe que tem um potencial de prevenção. Então a mídia também tem um papel fundamental. (ENTREVISTADA 1, 2023).

Outro fator citado foi a atuação política, que possui clara influência como vista anteriormente na parte da gênese da Política, tendo uma participação direta por exemplo com a parte legislativa que somada ao conhecimento de ações de prevenções do suicídio facilite a elaboração de programas e medidas que possam reduzir a taxa de suicídio.

Sobre a participação da sociedade civil organizada, a Entrevistada 1 dá destaque ao CVV, que é um forte parceiro nas atividades, campanhas e medidas de prevenção do suicídio ressaltando que:

não são profissionais de saúde, são voluntários que são treinados para oferecer uma escuta qualificada, um suporte emocional. Então a gente valoriza também, não como substituto de um tratamento em saúde, mas como uma participação que tem bons resultados e que oferece recursos também. (ENTREVISTADA 1, 2023).

Ao se ter noção das metas e objetivos, de quem desempenha os papéis é importante também saber como é feito para que os atores consigam desempenhar as ações, isto é, os instrumentos que viabilizam a implementação da PDPS e as suas ações, seguindo a noção exposta por Lascoumes e Le Galés (2012), como uma ferramenta na qual fornece vínculos sociais que acontecem entre os alvos das políticas públicas e os agentes que detém o poder de decisão e comando do poder público.

O primeiro que dá para citar são as portarias, que são atos administrativos que regulamentam a política, mostrando como a política deve ser articulada, a mais importante é a 184 de, 12 de setembro de 2012, que aprova a Política Distrital de

Prevenção do Suicídio, trazendo suas principais diretrizes que viabilizam a implementação.

Outro instrumento claro já comentado é o Plano Distrital, porque nele se encontram os 6 eixos que já estabelecem as metas, os atores e suas ações para desempenhar acerca da política, ainda fornecendo também meios e prazos de avaliação.

Como instrumento que articula os atores e ações, é possível comentar acerca do Comitê Permanente de Prevenção do Suicídio que está vinculado a SES-DF e a DISSAM. O mesmo foi instituído por meio da Portaria nº 1003, de 09 de dezembro de 2019, e desde de sua instituição vem sendo encarregada de elaborar, coordenar, acompanhar e avaliar as ações de prevenção do suicídio previstas no Plano Distrital.

A equipe que forma esse Comitê tange diferentes instâncias da saúde do DF, com representantes de órgãos como da DISSAM; Subsecretaria de Vigilância à Saúde; Coordenação de Atenção Primária à Saúde; Hospitais Gerais; Hospital Psiquiátrico e Residência Médica; Serviços Ambulatoriais; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

A composição dessa equipe se mostra diversificada no que diz respeito a área da saúde, mas não em relação a outros setores, sendo assim a organização das ações do Comitê em relação a política tem maior caráter transversal e não intersetorial, esse caráter portanto exprime uma maior atuação, dialogismo e uma soma de saberes para que seja desenvolvida as ações da política assim como discute Cruz (2020), com isso em mente o Comitê se apresenta como um instrumento que visa a estruturação de uma ação pública transversal e participativa.

A forma de interação e atuação desse Comitê aparece principalmente em uma reunião que é feita mensalmente, onde debatem sobre os ocorridos do mês em relação a suicídio no DF, como vão suas demandas e estabelecendo novas demandas e metas para serem realizadas para que se possa promover a prevenção do suicídio, se guiando pelas metas do Plano Distrital e das demandas que aparecem.

Sobre a importância do CPPSU, a Entrevistada 3 relata que:

O comitê é o ponto inicial, é uma proposta de que a gente possa reunir profissionais e fazer um direcionamento muito mais específico na política de prevenção do suicídio. Então a política distrital é recente. Eu diria que é um pontinho de areia, mas isso não quer dizer que não é importante, pois possui suma importância, mas no sentido que é um pequeno passo para que a gente possa começar a construir e pensar em política pública (ENTREVISTADA 3, 2023).

Vale a pena aprofundar a questão da análise do Comitê, mais especificamente sobre o seu dialogismo para verificar as práticas transversais, para essa finalidade foram utilizados o modelo e os parâmetros de análise proposto por Cruz (2020) para visualizar elementos estabelecadores de dialogismo.

Quadro 4 - Elementos estabelecadores de dialogismo para o CPPSU

	Critério	Descrição- CPPSU
Filosofia de Gestão	Considera diversos referenciais	Há paridade de representação entre membros da área da saúde, no entanto não possui membros que sejam externos ao setor da saúde.
	Negociadora	A organização aberta do debate permite a discussão. As tomadas de decisão são realizadas de modo negociado.
	Cidadão orienta o debate	O cidadão apenas aparece indiretamente nos debates, aparece referente a demanda a casos de suicídio e na procura de como realizar prevenção e evitar que mais casos aconteçam. Portanto o debate se mantém procedimentalizado, referente a pautas estabelecidas.
Modelo Organizacional	Tendente à horizontalidade	A possibilidade de presença dos cidadãos é insuficiente para garantir a horizontalidade, mas entre os membros do Comitê há uma dinâmica horizontal.
	Diversidade	A composição dos membros é formada principalmente por psicólogas e psiquiatras que trabalham em alguma instância do sistema de saúde brasileiro, inexistindo representação externa ao setor saúde.
	Independência de grupos	Dentro do Comitê há uma independência mesclada no sentido que para as reuniões e discursões referentes a prevenção do suicídio é independente, no entanto para realizar certas ações pautadas em reuniões pode ser necessário o apoio de algum outro setor/ grupo.
	Transparência e traceabilidade	Há disponibilidade on-line de documentos produzidos pelo Comitê, pelo Site da SES-DF. Mas não são disponibilizadas as atas das reuniões ou há transmissão da reunião.

	Repetição de interações	Há alto grau de repetição de interações, considerando que as reuniões do comitê são mensais
	Clareza de regras de organização	A Portaria nº 1003 tem suma importância para estabelecer as diretrizes do Comitê, seguindo essa portaria e também é possível perceber que a organização para as reuniões são estabelecidas para que se possa conseguir tocar em todos os assuntos propostos nas pautas, fazendo as devidas discussões e elaborações de soluções e caminhos a se seguir a fim de promover a saúde mental e reduzir os casos de suicídio.
Substrato técnico	Conhecimentos jurídicos	Na própria equipe não há alguém com tal conhecimento, portanto são apenas seguidas as diretrizes e portarias para determinar as suas ações.
	Conhecimentos científicos	A composição do Comitê apresenta membros capacitados e com formação na área de saúde, mais especificamente na saúde mental, sabendo lidar com o assunto com muita técnica e profissionalismo durante as reuniões, sendo assim possuindo garantia da qualidade de competências tecnocientíficas para lidar com o assunto.
	Conhecimentos práticos de leigos	A composição não permite a consideração de conhecimentos práticos de leigos.
	Conhecimentos práticos de gestores, técnicos, burocratas e políticos	A composição do Comitê possui membros que têm experiência e envolvimento com gestão de saúde, possuindo assim gestores, mas não apresenta conhecimento específico de burocratas e gestores públicos. Possuindo nessa área uma presença parcial de representantes dotados de competências tecnocráticas.

Fonte: Elaboração do autor seguindo o modelo estabelecido por CRUZ (2020) com base na observação de reuniões e entrevistas.

Agora, observamos o quadro 4 para análise do CPPSU e seu dialogismo, retomando o exposto por Cruz (2020), salientando a importância de verificação da

promoção do debate, o seu valor e a abertura a diversidade que se encontra nesse diálogo, com a finalidade de possuir um caráter mais democrático.

Vemos que o comitê não apresenta grande variedade de setores externos ao setor saúde o que causa um impacto direto na parte do quanto referenciais são apresentados, assim como na diversidade tanto a representantes de diferentes setores públicos quanto a profissionais que são a maioria psicólogas e psiquiatras, as decisões são tomadas por meio dos debates que ocorrem em suas reuniões sendo essa a maneira de negociação, a maioria entrando de acordo as ações são estabelecidas para serem realizadas, o cidadão aparece no debate referente apenas a demandas, não chega a integrar o debate de nenhuma forma por nenhum mecanismo o que não garante horizontalidade no Comitê.

As atividades e cumprimento de horas voltadas para o Comitê está previsto de forma organizada pela Portaria nº 1003, a qual estabelece suas diretrizes, apresentando uma organização clara e objetiva. Referente a transparência é apenas disponibilizado alguns documentos elaborados pelo Comitê referente a prevenção de suicídio como o Plano Distrital, manuais, notas técnicas, no site da SES-DF, mas não se apresenta atas referentes as reuniões feitas, apresentando de forma geral um baixo grau de transparência quanto as atividades durante ao ano para sociedade civil, a qual deve imaginar que tá sendo feito as ações apresentadas no Plano Distrital mas sem atualizações, como um relatório.

É apresentado também um alto grau de interação visto que acontece mensalmente as reuniões para que seja colocado em pauta o que ocorreu durante o espaço de tempo, as ações que foram realizadas e também se discutir as próximas tarefas a serem desenvolvidas pelo Comitê até o próximo mês que ocorrerá a próxima reunião.

Já acerca do Substrato técnico encontrado no CPPSU, se percebe que acerca do conhecimento científico os membros que compõe são bem capacitados quanto a prevenção do suicídio, com profissionais da área da saúde mental que constantemente também vem se atualizando e pesquisando sobre o tema, por outro lado não permite a consideração de conhecimentos praticos leigos, tendo em vista a seriedade do assunto, desta formas medidas e ações baseadas em conhecimento científico são de suma importância, já acerca do conhecimento jurídico não apresenta um membro que compõe que possui formação específica no direito, então a parte juridica é guiada pelas diretrizes, portarias, etc. Para conhecimento práticos de

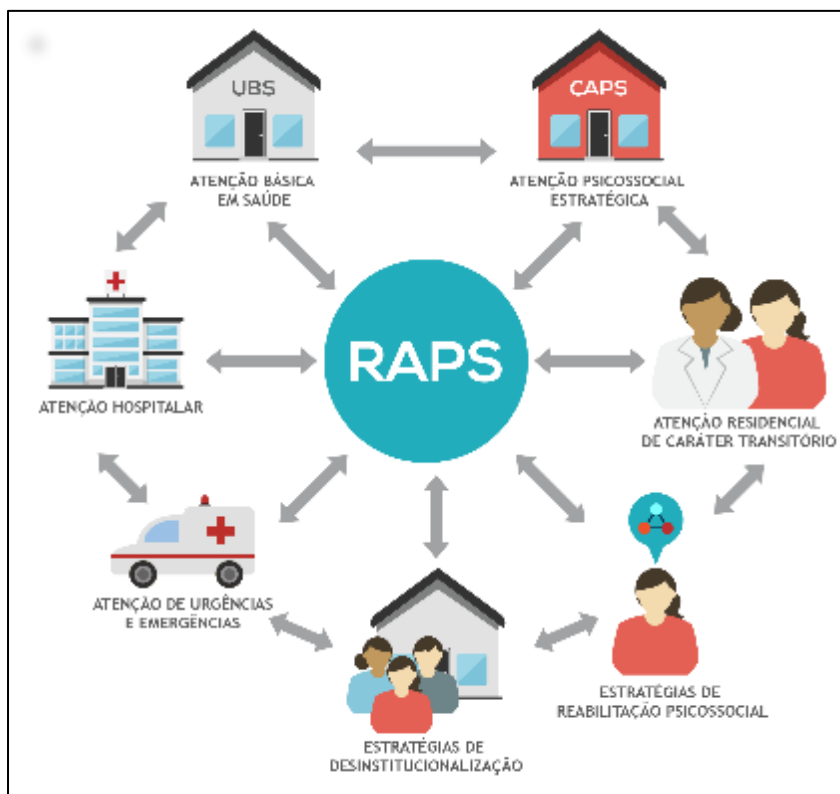
gestores, técnicos, burocratas e políticos, se apresenta o conhecimento de gestão da saúde, mas não compõe outros profissionais de outras áreas visto que está tudo centrado apenas na área da saúde por psicólogas e psiquiatras, desta maneira é um conhecimento apenas parcial.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é responsável por estruturar a política de saúde mental brasileira e foi instituída através da Portaria do GM Nº 3.088. Já a colocando no âmbito do Sistema Único de Saúde. De acordo com o Ministério da Saúde (2013), estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas, sendo o principal instrumento da execução da PDPS por meio dos serviços e equipamentos que ela proporciona.

A RAPS é formada por esses componentes:

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

Figura 4- Rede de Atenção Psicossocial e relação entre as unidades (RAPS)



Fonte: Cenatcursos-Pablo Valente

Dentro da RAPS, o principal instrumento que auxilia na ação da PDPS são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se caracterizando segundo o Ministério da Saúde como:

Unidades que prestam serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituído por equipe multiprofissional que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. São substitutivos ao modelo asilar, ou seja, aqueles em que os pacientes deveriam morar (manicômios). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022)

Os CAPS desempenham uma função de suma importância para o atendimento, tratamento, notificação de casos de suicídio, assim como são o componente que mais recebe ações de capacitação provenientes da PDPS para qualificar esse atendimento e tratamento com a finalidade de aumentar a prevenção e reduzir as taxas de suicídio do Distrito Federal.

As modalidades de CAPS disponíveis são as seguintes:

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

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

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

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

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

Caps AD III: Álcool e Drogas: Atendimento com de 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

Caps AD IV: Atendimento a pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Sua implantação deve ser planejada junto a cenários de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento 24h, incluindo feriados e fins de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação. (SECRETARIA DE SAÚDE, 2022).

No DF eles estão dispostos em regiões administrativas específicas com suas modalidades definidas, mas alguns tendo ampla abrangência que vão além de sua região. Com base nisso, eles se configuram da seguinte maneira dentro do DF:

Quadro 5- Modalidades de CAPS no DF e suas abrangências

Modalidade/ Local	Abrangência
CAPS ad II Guará	Guará I e II, Estrutural, Riacho Fundo I e II, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Park Way
CAPS ad II Itapoã	Paranoá (áreas urbana e rural), Paranoá Parque, Itapoã, São Sebastião, Jardim Botânico, Jardim Mangueiral
CAPS ad II Santa Maria	Gama e Santa Maria
CAPS ad II Sobradinho	Planaltina, Sobradinho I, Sobradinho II, Fercal
CAPS ad III Ceilândia	Ceilândia, Sol Nascente, Pôr do Sol
CAPS ad III Candango/ Rodoviária	Asa Norte, Asa Sul, Lago Norte, Lago Sul, Cruzeiro, Octogonal, Vila Planalto, Vila Telebrasília, Sudoeste e Varjão.

CAPS ad III Samambaia	Samambaia, Taguatinga, Recanto das Emas, Águas Claras, Areal, Arniqueira, Vicente Pires
CAPS i Asa Norte	Asa Norte, Asa Sul, Cruzeiro, Lago Norte, Lago Sul, Sudoeste, Octogonal, Noroeste, Vila Planalto, Granja do Torto, Varjão, Paranoá, Itapoã, São Sebastião, Jardim Botânico, Estrutural, Guará I e II, Park Way
CAPS i Recanto das Emas	Recanto das Emas, Samambaia, Gama, Santa Maria, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Núcleo Bandeirante, Candangolândia
CAPS i Sobradinho	Planaltina, Sobradinho I e II, Fercal, Lago Oeste
CAPS i Taguatinga	Taguatinga, Águas Claras, Areal, Arniqueira, Vicente Pires, Ceilândia, Sol Nascente, Pôr do Sol
CAPS I - Brazlândia	Brazlândia
CAPS II Brasília	Asa Norte, Asa Sul, Lago Norte, Lago Sul, Varjão, Sudoeste, Octogonal, Cruzeiro
CAPS II Taguatinga	Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Areal, Arniqueira, Ceilândia (todas as quadras com exceção da QNM e QNN), Sol Nascente, Pôr do Sol
CAPS II Paranoá	Paranoá (áreas urbana e rural), Paranoá Parque, Itapoã I e II, Condomínios do Jardim Botânico, Condomínios do Altiplano Leste, Setor de Mansões Dom Bosco, Mangueiral, São Sebastião (áreas urbana e rural).

CAPS II Planaltina	Planaltina, Sobradinho I e II (áreas urbana e rural) e Fercal
CAPS II - Riacho Fundo	Estrutural, Candangolândia, Guará I, Guará II, Núcleo Bandeirante, Park Way, Riacho Fundo I e II, Vargem Bonita, Gama, Santa Maria
CAPS III Samambaia	Recanto das Emas, Samambaia, QNN/QNM de Ceilândia

Fonte: Elaboração pelo autor baseada no quadro disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/saude-mental>. Acesso em: 13 de julho de 2023.

Com base no apresentado através da RAPS e dos CAPS, podemos levar em conta que a distribuição dessa rede busca atender diversas áreas do DF. Em cada cidade é possível encontrar pessoas em diferentes situações sociais dentro da mesma cidade e até em comparação com as outras, reforçando que Nancy Krieger (2001) implica que situação social tem influência no contexto da saúde, salientando assim que na atuação desses CAPS é levado em conta no atendimento e na localização que se encontram o contexto social, reforçando a influência dos DSS em função do bem-estar.

Ainda sobre esse aspecto dos DSS e da importância e relevância para se pensar em prevenção do suicídio a Entrevistada 3 relata de acordo com sua experiência que:

Durante a pandemia, muitas pessoas ligavam para o SAMU com um risco de suicídio após a perda de emprego, muitas mulheres ligavam porque estavam sozinhas, criando seus filhos e ele não parava de chorar e ela não tinha nenhuma rede de apoio. Por isso que é impossível pensar em saúde mental e especificamente prevenção do suicídio sem levar os DSS em conta. (ENTREVISTADA 3).

Podemos ver dessa forma a necessidade e importância de se ter a RAPS com todos seus mecanismos incluindo as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Atenção de Urgência e Emergências, Atenção Hospitalar e principalmente os CAPS espalhados por território do Distrito Federal para atender a população com diferentes situações sociais, diferentes contextos, pois vemos o quanto a questão social tem impacto na saúde mental, a qual deve ser tratada com cuidado e de forma adequada.

Não obstante, vale salientar que a RAPS como um todo no contexto da política se aplica como um elemento vital no atendimento e diálogo com a população, a utilização dos CAPS visa tornar o atendimento para saúde mental mais inclusivo,

incitando maior participação, se mostrando fortemente como uma ferramenta que amplia uma estrutura mais democrática de acesso a saúde mental, se encontrando com a definição de Lascoumes e Le Galès (2012).

Também se faz mister abordar sobre o Sistema Eletrônico de Informações do Governo do Distrito Federal (SEI-GDF), porque através dele é que acontece os principais meios de comunicação entre as instâncias da saúde, onde são armazenados os documentos relevantes incluindo planos, propostas e relatórios, tais fatores revelam a sua relevância, sendo um instrumento que facilita e agiliza armazenamento de dados e comunicação. Sendo apresentado assim como um dispositivo o qual estrutura uma base de dados e de comunicação que permite a ação de uma coletividade tendo como objetivo final enfrentar o problema público, assim como discute Salamon (2002).

Após se verificar toda essa configuração da PDPS através das entrevistas e da observação participante é possível notar dificuldades relacionadas à implementação. Sobre essas questões dos desafios a Entrevistada 1 comenta que:

Hoje, um desafio grande que eu citaria é a questão do estigma e do tabu em relação à prevenção do suicídio. Porque acho que isso é uma questão que impede as pessoas de buscarem ajuda ou que impede os profissionais de se capacitarem para acolher melhor, para atender melhor a essa demanda que acho que é um ponto chave e que envolve cultura. Então, muito do que a gente tem que fazer é a quebra de estigma, quebra de preconceitos para que as pessoas em risco busquem ajuda e para que os profissionais se qualifiquem para atender melhor essa demanda. (ENTREVISTADA 1, 2023)

Já a Entrevistada 2 sobre a mesma questão comenta acerca de uma questão mais direcionadas a necessidade de recursos, comentando que o maior desafio é:

Recursos humanos, para a gente realmente poder ter mais impacto. Eu diria, a gente precisava ter uma equipe trabalhando com isso. Foi uma excelente decisão, criar o Comitê permanente de prevenção do suicídio. Os profissionais que estão na ponta e que de alguma maneira, também compõem esse grupo, a própria vigilância que compõem esse grupo que foi formado, ele tem mais capacidade de resposta. É suficiente para fazer tudo do plano? Não é, não é suficiente. Mas assim é uma pessoa só ainda ia ser muito mais difícil que no que seria uma pessoa à frente da DISSAM que é a que conduz a política. (ENTREVISTADA, 2, 2023)

Outras dificuldades cabíveis de se apontar são o aumento de demanda nos serviços de saúde mental em especial da infância e adolescência, a demanda às vezes extrapolando a capacidade do serviço, também se apresenta uma dificuldade de se sistematizar a oferta de pós-venção, tornar algo mais concreto e organizado.

Acerca do monitoramento e indicadores, eles se estabelecem como questões de extrema dificuldade dentro da Política, por haver uma dificuldade basilar que é oriunda da complexidade do tema do suicídio em si, também possuindo ligação com um déficit observado nas notificações, dificultando a captação de dados, somado ainda ao fato das ações de prevenções terem resultados a longo prazo, nesse cenário os indicadores se apresentam de forma mais indireta. Acerca do assunto a Entrevistada 1 amplia a visão acerca dessa dificuldade comentando que :

a nossa meta final ideal é redução de taxas de suicídio. Seria um indicador, mas essa taxa, ela não é assim, ela não aparece de forma imediata. Do jeito que um contexto que leva a pessoa a um risco se desenvolve ao longo de anos, as ações de prevenção também vão demorar anos para aparecer. E então, assim, o plano foi desenhado com outros tipos de metas. De equipes qualificadas ou número de ações realizadas. A gente precisa melhorar dados, melhorar notificações para poder desenhar melhor algumas ações para futuramente...chegar num ponto de estabelecer uma estratégia que é mais importante para levar a uma redução das taxas. (ENTREVISTADA 1, 2023)

Mais uma questão que vale salientar é apontada pela Entrevistada 3, entendendo que quando se aborda acerca de uma política pública voltada para um grande problema público, é importante que ela seja elaborada de forma coletiva, principalmente na questão da execução onde se encontra a práticas de fato, evidenciando que é: “necessário outros atores envolvidos enquanto Justiça, enquanto Ministério Público, enquanto Assistência Social, para se pensar uma rede de atores envolvidos, porque não dá para pensar somente na saúde para prevenção do Suicídio” (ENTREVISTADA 3, 2023).

4.5 Identificação e descrição das principais ações desenvolvidas pela Política Distrital de Prevenção do Suicídio no Distrito Federal no período de 2012 a 2022.

Essa seção atualiza a discussão e tem como objetivo destacar e identificar as principais ações desenvolvidas pela política dentro do período de dez anos (2012-2022), para alcançar esse objetivo foi utilizado principalmente as entrevistas, os documentos disponíveis no site da SES-DF e os documentos adquiridos durante a imersão na organização.

Inicialmente, vale destacar a já mencionada Jornada de Prevenção do Suicídio do Distrito Federal, que é um evento elaborado pela Diretoria de Serviços de Saúde Mental (DISSAM) da SES-DF que ocorre próximo a data 10 de setembro, Dia Mundial da Prevenção ao Suicídio, se caracterizando como um evento intersetorial que conta

com atividades que possuem a finalidade de capacitar profissionais na prevenção ao suicídio, tendo como foco identificar, manusear e interceder nas crises como modo de valorização da vida, segundo a ex-diretora da DISSAM, Elaine Bida (SINDSAÚDE, 2020).

A Jornada de Prevenção do Suicídio do Distrito Federal começou em 2012 em sua primeira edição lançando a PDPS e em diferentes edições colaborou para a divulgação de grandes passos para a prevenção do suicídio no DF, como por exemplo na terceira e sétima Jornada que apresentaram os Planos Distritais. Esse evento aconteceu anualmente desde a sua criação e seguiu assim por 9 anos até o ano de 2021, parando na décima jornada até o momento.

Vale ressaltar a Nota Técnica nº 1/2017, que aborda acerca da notificação de tentativas de suicídio, e tem suma importância para alertar a gravidade das lesões autoprovocadas e também por dar uma orientação clara e objetiva da ficha de Notificação, garantindo assim ações mais efetivas da Vigilância em Saúde, ajudando no processo de prevenção e fornecimento de assistência com base na mobilização da Rede de Atenção em Saúde Mental, melhorando como um todo a capacitação de profissionais, melhora das notificações e busca de tratamento efetivo (SES-DF,2017).

Foi publicado em 21 de Setembro de 2019 uma Nota Pública que aborda acerca da divulgação de casos de suicídio, isto é, sobre como o assunto é abordado por meio da rede sociais e aplicativos, o documento foi feito pela SES-DF em conjunto com a Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio (ABEPS), demonstrando a preocupação da forma que é exposto o assunto, explicitando que falta de cuidado referente a isso pode causar o aumento de casos, assim como, do risco de efeito contágio que também pode ser denominado Efeito Werther, como forma de reduzir tal risco o documento possui orientações acerca da divulgação de casos.

Desde 2014, acontece o setembro Amarelo, evento realizado pela Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP em parceria com o Conselho Federal de Medicina – CFM e é incentivado, ao longo do mês, uma sequência de atividades que incluem ações educativas, entrevistas, lançamentos de Políticas Públicas e Protocolos, caminhadas, pedaladas, entre outros eventos.

Referente a isso, a DISSAM realizou a Nota Técnica nº5/2020, publicada em 04 de Agosto de 2020 que é voltada para apresentar orientações sobre o planejamento de atividades relacionadas à prevenção do suicídio, mais especificamente referentes ao Setembro Amarelo, dessa forma apresentando

recomendações e sugestão de atividades para gestores, serviços de saúde, escolas e público geral, o documento aponta que: “nos últimos anos, tem-se observado que estas ações não são necessariamente eficazes, e podem mesmo ter efeito contrário ao esperado, com possível aumento de tentativas de suicídios neste período e nas semanas seguintes.” (SES-DF, 2020)

Ainda sobre o assunto a Entrevistada 2 acrescenta que:

O Setembro Amarelo tem sido uma preocupação nossa, se por um lado ele deu muita visibilidade, por outro lado, também, a maneira como ele é conduzido às vezes pode gerar algum efeito que a gente não deseja. Então tudo isso, acho que trazer à tona o assunto, ir caminhando com essas ações de promoção, prevenção e de fortalecimento da rede para o tratamento. (ENTREVISTADA 2, 2023)

Acerca do assunto, um estudo publicado em 2020 na Revista Eletrônica Acervo Saúde chamado “Série temporal do suicídio no Brasil: o que mudou após o setembro Amarelo?” Conclui que:

O estudo apresentou um aumento das notificações de suicídio e de tentativa de suicídio após o início da Campanha Setembro Amarelo. A presente pesquisa pode servir como subsídio para novos estudos que busquem analisar a Campanha do setembro Amarelo e suas reverberações na sociedade brasileira. (OLIVEIRA, et al. 2020)

A DISSAM na própria Nota técnica aborda que é um assunto que ainda precisa ser estudado e melhor analisado pois a prevenção do suicídio assim como os programas que as contemplam e suas análises são questões complexas, assim como o problema em si. Afinal, a notificação sobre suicídio também significa que os profissionais estão reconhecendo essas situações e registrando, o que poderia não estar acontecendo antes de campanhas informativas.

De toda forma, a DISSAM não recomenda que tal importância para o suicídio seja dado somente de forma pontual durante um mês, destacando a importância de se haver uma prevenção que se estenda ao longo do ano, com ações contínuas onde as pessoas que estão em situação de sofrimento e desconforto possam receber o cuidado efetivo em qualquer momento. Sobre isso, a Entrevistada 1 reforça:

A gente tem se posicionado, não favoravelmente a campanhas pontuais, entendendo que uma política pública, ela deve ser contínua e ser integral, né? Então, campanhas pontuais elas podem às vezes alertar para temas, trazer informações para alguns públicos, mas o ideal é que, por exemplo, uma pessoa em risco seja bem acolhida e bem atendida em todos os serviços de saúde. Não é todo o serviço que vai precisar fazer um tratamento, um diagnóstico, uma medida específica, mas ela precisa ser bem recebida em todos os serviços. Onde ela tipo, ela for atendida. (ENTREVISTADA 1, 2023)

Como resposta ao Setembro Amarelo e em busca de um cuidado que seja longo e contínuo, a fim de evitar o risco também do efeito contágio que pode ser aumentado com apenas medidas apenas pontuais, a DISSAM elaborou o projeto 365 dias de Cuidado à Saúde Mental para começar em janeiro de 2022, junto a parceiros como CPPSU, UnB, Conselho Regional de Psicologia do DF - CRP/DF, Conselho Regional de Serviço Social do DF - CRESS/DF e a ABEPS.

Essa ação tem como objetivos principais:

- Chamar a atenção, em âmbito institucional, para as questões e necessidades relacionadas à Saúde Mental e Emocional das pessoas durante todo os meses do ano;
- Promover ações e reflexões sobre a temática da Saúde Mental de forma permanentes na SES-DF, de forma desvinculada a meses específicos;
- Divulgar as atividades dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do DF que já são realizadas ao longo do ano: palestras, oficinas, cursos, workshops, grupos terapêuticos, práticas integrativas em saúde, caminhadas, rodas de conversa, nos diversos níveis de atenção;
- Dar visibilidade aos cidadãos e autoridades públicas para a importância das políticas pública em defesa da Saúde Mental dos indivíduos e populações;
- Informar e sensibilizar sobre o acesso assertivo aos serviços de saúde mental, nos diversos componentes da RAPS. (SES-DF, 2021)

Para alcançar esses objetivos as medidas tomadas envolvem a elaboração de um cronograma de assuntos ligados a Saúde Mental que devem ser trabalhados em canais de comunicação da SES-DF de forma periódica, criar uma agenda a qual tem por finalidade divulgar para a população geral atividades voltadas a Saúde Mental nos serviços da rede de Saúde, ter uma identidade visual que se desassocia da imagem do laço e cores. Dessa maneira a Entrevistada 1 acrescenta que: “Nesse funcionamento constante de divulgação do que os serviços oferecem em relação à saúde mental já pensa e numa perspectiva mais preventiva do que de intervenção” (ENTREVISTADA 1, 2023)

Vale também citar o “Amigos do Zippy”, que é um programa de Educação Emocional que ensina crianças pequenas a lidar com as dificuldades do dia a dia, desenvolvendo suas habilidades para identificar e falar sobre seus sentimentos. Com respeito há como esse programa chegou até a SES-DF, a Entrevistada 2 aborda:

A gente recebeu da Associação pela Saúde Emocional da Criança (ASEC) um programa de promoção de saúde mental com crianças de 6, 7, 8 anos na escola. Essa associação recebeu uma verba do HSBC e eles escolheram a gente para ofertar essa intervenção pelo Programa Saúde na Escola (PSE). E a Coordenação de ensino de Sobradinho recebeu e treinou muita gente, as crianças foram muito beneficiadas. (ENTREVISTADA 2, 2023)

Dessa maneira se caracterizando como uma ação de prevenção voltada para o público-chave infantil voltado na valorização da saúde mental e também uma ação intersetorial em conjunto com o setor da educação do DF, reforçando a dimensão intersetorial da política para que possam ser concretizadas as ações de prevenção. Acerca disso, a Entrevistada 1 destaca a importância de determinados órgãos e entidades na implementação da PDPS, sendo eles a SES-DF, CPPSU, setor da educação, segurança pública, atores políticos e a mídia.

Também é importante ressaltar as atividades de capacitação ocorridas no período. Tais atividades ocorrem muito visto a necessidade de organizações e/ou entidades da saúde de saberem lidar de forma mais adequada com esse problema, tendo uma maior base técnica, preparação e respaldo.

Nessas situações a DISSAM é acionada para fornecer essa capacitação e ajuda aos profissionais, tal ação atualmente continua voltada para DISSAM, mais especificamente para o Comitê Permanente de Prevenção do Suicídio (CPPSU), o qual vem registrando as ações realizadas do Plano 2020-2023, que de acordo com o mesmo, estabelece que deve ser realizado um relatório de dois em dois anos das ações realizadas, com base nisso as que envolve a capacitação profissional em 2020/2021 são:

Quadro 6- Principais Medidas de capacitação

Ação/ Evento	Data	Objetivo	Público-Alvo
Minicurso de Capacitação em Intervenção em Crise Suicida	Novembro de 2020	Treinar de forma periódica os servidores da rede de saúde para que estejam melhor capacitados para o atendimento	Servidores da SES-DF
Projeto de Supervisão Clínica	Desde março/2021	Ampliar a capacitação	Servidores dos CAPS

em Intervenção em Crise Suicida para os CAPS		profissional para lidar com a crise suicida e oferecer suporte aos servidores dos CAPS	
Roda de conversa com os serviços de saúde mental	Sob demanda	Identificar lacunas na formação e oferecer suporte e embasamento técnico às ações do serviço	Servidores dos CAPS

(GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL,2021)

Nesse quadro, vale dar um destaque maior para o Projeto Supervisão de casos clínicos de crise suicida a profissionais dos CAPS, onde essa supervisão clínica é dada por profissionais qualificados em intervenções de crise, com a finalidade de qualificar a assistência prestada a pessoas em risco de suicídio no atendimento. Para alcançar esse objetivo são realizadas reuniões virtuais que seguem um cronograma esquematizado anteriormente com os participantes interessados do CAPS para apresentar o caso clínico e receberem orientações adequadas e profissionais.

Ainda sobre essa questão, vale ressaltar acerca do Manual de Orientações para o atendimento à pessoa em risco de suicídio que é um documento elaborado pelo CPPSU, publicado em maio de 2021, tendo como objetivo principal expandir a qualificação de profissionais sentinelas para o reconhecimento e a conduta inicial a ser seguida referente ao risco do suicídio para o direcionamento seguro ao serviço de saúde, ainda sobre a finalidade do manual as autoras citam que a mesma busca:

Uniformizar as condutas e a linguagem, orientar sobre a referência e contra referência entre os serviços para o atendimento coordenado; orientar as medidas a serem tomadas em qualquer serviço da rede de saúde do Distrito Federal, visando a reduzir o risco de suicídio; e guiar as notificações para informação qualificada. A partir das diretrizes apresentadas, espera-se que os profissionais possam atuar com mais segurança quanto à conduta quando em contato com uma pessoa em risco de suicídio. (COSTA, et al. 2021)

Outra ação importante é a instituição de uma caixa de pergunta no *Trackcare*, prontuário eletrônico utilizado para o atendimento inicial em Pronto Socorro, UPA,

CAPS ou outros serviços da rede, para notificação de “violências autoprovocadas” (automutilação e tentativa de suicídio), essa questão apareceu no Memorando nº 2/2021, pedido realizado pela DISSAM em conjunto com CPPSU, tendo sua implementação em andamento e já tendo os primeiros casos da utilização atualmente.

Tal ação tem como objetivo melhorar a captação de dados e fornecer uma notificação mais precisa, facilitando a atuação da Vigilância de Saúde, relatórios com maior precisão, identificação de perfis e melhor encaminhamento para serem tomadas as devidas ações preventivas ou de intervenção (SES-DF, 2021).

5 CONCLUSÃO

Na presente pesquisa, buscou-se analisar como se organiza a Política Distrital de Prevenção do Suicídio, implementada no Distrito Federal. Considerou-se a genealogia dos instrumentos de ação pública da Política em âmbito internacional, nacional e distrital, a configuração atual da Política e seus instrumentos e a identificação e descrição das principais ações desenvolvidas pela Política no Distrito Federal no período de 2012 a 2022.

Na análise foi possível compreender o contexto para implementação da Política Distrital de Prevenção do Suicídio. Nos anos 90 o tema da saúde mental começou a ganhar uma maior relevância, em conjunto a questão do suicídio vinha ganhando mais preocupação, a Organização Mundial da Saúde foi o principal agente na questão de prevenção envolvendo pesquisa, mas também se destaca a ONU colaborando com a mesma para o desenvolvimento dessas pesquisas, fazendo recomendações e desenvolvendo as diretrizes de prevenção, na qual serviu de exemplo e base para diversos países desenvolverem as próprias, dessa maneira o Brasil cria as suas em 2006.

Nas diretrizes nacionais estava proposto de os entes federados realizar medidas de prevenção, seguindo essa orientação em 2012, o Distrito Federal lançou a Política Distrital de Prevenção do Suicídio, sendo o primeiro a criar uma política no país acerca do assunto, se tornando referência para as outras unidades federativas que passaram a agir após isso.

O esforço distrital se apresenta por meio da vontade de se alinhar com as diretrizes nacionais em conjunto com um agente de cargo superior que fez a movimentação para que fosse criada a política, deixando claro a influência de atores de decisão na construção de políticas públicas.

Em relação à organização da política, foi destacado que atualmente ela é guiada pelo Plano Distrital de Prevenção do Suicídio (2020-2023) que tem suas abordagens pautadas em 6 eixos: prevenção, tratamento e pós-venção, capacitação, comunicação, avaliação e monitoramento e compromisso político. E por meios desses eixos estabelecendo metas e evidenciando os atores responsáveis.

Já referente aos seus indicadores, se apresenta uma grande dificuldade visto a complexidade do assunto, as notificações de suicídio ainda devem ser melhoradas, o principal indicador seria a diminuição das taxas de suicídio no DF, no entanto as

ações realizadas pela política não aparecem de forma imediata o que dificulta essa métrica. Com base nisso são utilizados na realidade indicadores mais indiretos, voltados a equipes capacitadas e ações realizadas. Portanto, se percebe uma grande dificuldade de se haver indicadores, aparecendo uma necessidade de melhora das notificações e de dados para poder traçar melhores planos visando a redução das taxas de suicídio.

Como os principais atores a: Secretaria de Saúde, Secretaria de Segurança Pública, Secretaria de Educação, Universidades, Atores políticos, Mídia e Sociedade Civil organizada. Que atuam tendo como instrumentos principais: as portarias, especificamente a 184 de 2012, o Plano Distrital, o CPPSU, a RAPS, CAPS e o SEI-GDF.

O CPPSU sendo um instrumento de grande relevância na conjuntura atual da política por dar o direcionamento e estabelecer as futuras ações da mesma, assim como cabe a ele a criação do próximo Plano Distrital, através da análise com base em seu dialogismo percebemos que o Comitê é formado por apenas pessoas da área da saúde, especificamente de psicólogas e psiquiatras que são de grande relevância devido ao conhecimento acerca da saúde mental, sendo bem capacitadas para lidar com o assunto, no entanto dessa maneira não apresenta diálogo com outros setores na parte de construção do direcionamento da política, se mostra ausente setores da educação, gestão pública e assistência social poderiam contribuir muito na construção da política, entrando na discussão da importância de uma construção mais intersetorial a fim de proporcionar novas estratégias e um diálogo mais amplo para que assim possa alcançar maior eficiência na promoção da saúde, atingindo mais os DSS e o bem-estar social.

Concluiu-se que ao abordar acerca dessa configuração geral da Política, se encontra uma capacidade técnico-administrativa limitada, os recursos humanos não se mostram suficientes para a execução plena da política seguindo tudo aquilo que está disposto no Plano. Outra questão que foi observado e precisa ser ressaltada é a falta de recurso financeiro direto investido na política, o que acaba por limitar as ações de prevenção que podem ser realizadas, também não é possível observar mecanismos de monitoramento e indicadores diretos, sendo uma grande dificuldade

proveniente da complexidade que envolve a questão do suicídio, onde os resultados de prevenção se mostram a longo prazo, com base nisso os indicadores são indiretos.

O tabu e preconceito referente ao tema se mostram como uma grande dificuldade para a Política, isso envolve toda uma natureza cultural brasileira acerca do assunto, que é vista na parte genealógica, onde muito da aversão ao tratamento da saúde mental é proveniente dessa época e também por ser uma preocupação de saúde pública muito recente por isso tal assunto deve ser trabalhado com cuidado, visando deixar claro a importância da saúde mental e seu tratamento, como isso pode ajudar na prevenção do suicídio, com o grande objetivo final de reduzir as taxas de mortes por suicídio.

Também vale ressaltar que a política é distrital, o que exprime o sentido de participação de toda a sociedade na articulação e implementação da política, mas o que se observa são ações feitas principalmente pela SES-DF, mais especificamente a DISSAM em conjunto com parcerias como outras secretarias e universidades, o contato e envolvimento mais amplo, tendo uma abordagem de construção e ação mais intersetorial, incluindo na formação do CPPSU não é explorado.

Os principais feitos da Política durante o recorte de tempo de 2012 a 2022 envolvem: A Jornada de Prevenção do Suicídio do Distrito Federal, as notas técnicas e públicas elaboradas, o Amigos do Zippy, diferentes ações de capacitação, Manual de orientações, acrescentar item ao *trackcare* e o projeto 365 dias.

A maior divulgação e estudos referentes ao suicídio e sua prevenção são essenciais. A PDPS apesar das dificuldades apresentadas como a falta de recursos financeiros e humanos, o preconceito e tabu que cercam o tema, falta de uma abordagem voltada para intersetorialidade na construção, direcionamento e execução da política, ainda é de extrema importância para o combate do suicídio no DF, ainda mais tendo em vista o quanto esse tema vem sendo cada vez mais discutido atualmente, servindo de exemplo para os estados brasileiros.

Para pesquisas futuras se recomenda avaliar de forma aprofundada os resultados da PDPS, avaliando o seu impacto direto nas taxas de suicídio vistas no Distrito Federal, possuindo uma avaliação minuciosa dos desdobramentos das ações de prevenção, contribuindo assim para maior divulgação de informações acerca do

assunto e sua importância, auxiliando assim na diminuição do estigma em volta do tema.

A preocupação com saúde mental e prevenção do suicídio são muito recentes como foi possível de se observar na pesquisa, é importante continuar havendo estudos e esforços para evoluir essa política pois apresenta potencial e grande relevância para a saúde não só do Distrito Federal, mas para o Brasil como um todo, não obstante, também é importante que gestores de políticas públicas pensem mais acerca desse problema público com outras propostas de políticas públicas para cuidar da saúde mental, para que assim sejam alcançadas melhores condições de saúde mental e promoção do bem-estar social.

REFERÊNCIAS

AMIGOS DO ZIPPY. **O programa.** Disponível em: <http://www.amigosdozippy.org.br/index/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=28>. Acesso em: 09 de julho de 2023.

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

ANDRADE, J; VALADÃO, J. **Análise da instrumentação da ação pública a partir da teoria do ator-rede: tecnologia social e a educação no campo em Rondônia.** Revista de Administração Pública, vol. 51, núm. 3, pp. 407-430, 2017.

ANACLETO, Sidraque. **O Federalismo Brasileiro e a Jurisdição Constitucional.** Instituto Brasiliense de Direito Público - IDP, Brasília, 2008.

BERTOLETE, J. M. **O suicídio e a sua prevenção.** 2012. Editora UNESP.BRASIL, Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS (DATASUS), Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/>>, Acesso em: 25 nov. 2022.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Biblioteca Virtual.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/18-5-dia-nacional-da-luta-antimanicomial-2/>. Acesso em: 11 jul. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde, Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/menu_tabnet_php.htm >, acesso em: 24 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de orientações para o atendimento à pessoa em risco de suicídio.** Brasília, DF, 14 maio, 2021.

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

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

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

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. [Institui a Rede de

Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades

decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)]. Acesso em: 21 de abril de 2018.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001.

[Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental]. Acesso em: 20 de maio de 2018.

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

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

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

CALLON, Michel; LASCOURMES, Pierre; BARTHE, Yannick. **Acting in an Uncertain World. An Essay on Technical Democracy**. Cambridge: MIT ed., 2009.

COSTA, et al. **Manual de orientação de atendimento à pessoa com risco de suicídio**. SES-DF, CPPSU. Brasília, 2021.

CRUZ, Fernanda. **Desenvolvimento democrático em tempos incertos : os desafios e os instrumentos da ação pública transversal e participativa**. Brasília, Editora Universidade de Brasília, 2020

CVV. O CVV. Disponível em: <<https://www.cvv.org.br/o-cvv/>>. Acesso em: 25 de nov. De 2022.

Dahlgren G, Whitehead M. **Policies and Strategies to promote social equity in health**. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.

DANTAS, Eder. **Prevenção do suicídio no Brasil: como estamos?** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29(3), e290303, 2019.

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

DURKHEIM, Émile. **Suicide et natalité, étude de statistique morale**. In: Revue Philosophique. n. 26. Paris, 1888, p. 446 –46. Disponível em: <classicques.uqac.ca>. Acesso em 10 out. 2016.

FILHO, Kleber. **A genealogia como método histórico de análise de práticas e Relações de poder**. Revista de Ciências Humanas, Florianópolis, v. 51, n. 2, p. 311-327, jul-dez 2017.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, M. Nietzsche. **A genealogia e a história**. in: MACHADO, R. (Org.). Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1984, p. 15-37.

GAINO, Loraine Vivian; SOUZA, Jacqueline de Cirineu, Cleber Tiago & Tulimosky, Talissa Daniele. **O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo**. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas, 14(2), 108-116, 2018.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2017.

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

GOODE, William J.; HATT, Paul K. **Métodos em pesquisa social**. São Paulo: Nacional, 1975.

GRACIOLI, Sofia; PALUMBO, Livia. **A prevenção à prática do suicídio: a pertinência das políticas públicas e o papel da Psicologia para a efetivação do direito à saúde.** Braz. J. of Develop., Curitiba, v. 6, n. 11, p.88664-88682, nov. 2020.

HOOD, Christopher. **Intellectual obsolescence and intellectual makeovers: reflections on the tools of government after two decades.** Governance, v. 20, n. 1, p. 127-144, 2007.

HOOD, Christopher. **The tools of government: public policy and politics.** Londres: The Macmillan Press, 1983.

HOOD, Christopher. **The tools of government in the information age.** In: MORAN, Michael; REIN, Martin; GOODIN, Robert E. The Oxford handbook of public policy. Oxford: Oxford University Press, 2006. p. 469-481.

INOJOSA, R.M. **Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade.** Cad. FUNDAP. 22:102-110, 2001.

KRIEGER N. **A Glossary for social epidemiology.** J. Epidemiology Community Health, n. 55, p. 693-700, 2001.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica.** São Paulo: Atlas, 2003.

LASCOUMES, Pierre; LE GALES, Patrick. **Introduction: understanding public policy through its instruments.** Governance, v. 20, n. 1, p. 1-21, 2007.

LASCOUMES; LE GALÈS. **A ação pública abordada pelos seus instrumentos.** R. Pós Ci. Soc. v.9, n.18, jul/dez. 2012

LOPES, Álvaro. **O Direito de Morrer. Suicídio e Eutanásia.** Mem Martins: Publicações Europa-América, 1986.

MACHADO, M., LEITE, C, & BANDO, Daniel H. **Políticas Públicas de Prevenção do Suicídio no Brasil.** RG&PP, vol. 4(2): 334-356, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conheça a RAPS – Rede de Atenção Psicossocial.** 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf>. Acesso em: 10 de julho 2023.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 1994.

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

OLIVEIRA, W. et. al . **Percepção de profissionais sobre os determinantes sociais da saúde mental infanto-juvenil**. Quaderns de Psicologia, vol. 24 nro. 1, e 1654, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Preventing suicide: a global imperative [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 24 nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates**. Geneva: World Health Organization; 2021.

POTVIN, L. **Intersectoral action for health: more research is needed!** Int J Public Health. 57(1):5-6, 2012.

REFORMA SANITÁRIA. **PenseSUS-FioCruz**, 2023. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria> >. Acesso em: 14, setembro de 2023.

RIBEIRO et al. **Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais**. Ciência & Saúde Coletiva, 23(6):1777-1789, 2018.

SALAMON (L.) (ed.), **The Tools of Government**. A Guide to the New Governance, Oxford, Oxford University Press, 2002.

SCELLE, G. Précis de droit des gens (Vol. 1). Paris: Recueil Sirey, 1932.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DF. Saúde Mental. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/saude-mental/>>. Acesso em: 11 de julho de 2023.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DF. Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/centros-de-atencao-psicossocial-caps/>>. Acesso em: 11 de julho de 2023.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DF. DF foi pioneiro na implementação de políticas de prevenção ao suicídio. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/df-foi-pioneiro-na-implementacao-de-politicas-de-prevencao-ao-suicidio/>>. Acesso em: 12 de julho de 2023.

SENADO FEDERAL. 2017. Comissão debate criação da semana de conscientização contra o suicídio. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2017/08/04/comissao-debate-criacao-da-semana-de-conscientizacao-contra-o-suicidio>>. Acesso em: 12 de julho de 2023.

SES promove a IX Jornada de Prevenção do Suicídio. **SindSaúde**, 2020. Disponível em: <<https://sindsaude.org.br/noticias/geral/ses-promove-a-ix-jornada-de-prevencao-do-suicidio/>>. Acesso em: 07, julho de 2023.

SILVA, K.L. et al. **Intersectorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 19(11):4361-4370, 2014.

SUCUPIRA, A. C. S. L. et al. **Social Determinants of Health among children aged between 5 and 9 years within the urban area, Sobral, Ceará, Brazil**. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 17, p. 160-177, 2014.

TOCQUEVILLE, A. d. **De la démocratie em Amérique** (Vol. 1). Paris: Librairie de Médecis, 1957.

TARLOV, A. **Social Determinants of Health: the sociobiological translation**. In: BLANE, D.; BRUNNER, E.; WILKINSON, R. (Eds.). Health and Social Organization. London: Routledge. p. 71-93, 1996.

VALENTE, Pablo. Conheça como é composta a RAPS: Rede Atenção Psicossocial. **Cenatcursos**. Disponível em: <<https://blog.cenatcursos.com.br/conheca-raps-rede-atencao-psicossocial/>>. Acesso em: 24 nov. de 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental health: a state of well-being. [Internet]. Aug. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental health: strengthening our response. Fact sheet 220; 2014

APÊNDICES

Apêndice A – Roteiro 1 de Entrevista

Roteiro das Entrevistas realizadas:

- 1- Qual a sua posição na SES-DF e qual seu papel envolvendo com a política distrital de prevenção ao suicídio?
- 2- O seu envolvimento com a política distrital de prevenção ao suicídio? Está mais voltada ao comitê ou a alguma outra instância? Qual é o seu nível de envolvimento?
- 3- E qual a origem, o histórico da PDPS e quais foram os principais marcos e eventos que você considera durante a sua criação e desenvolvimento?
- 4- Quais são as principais leis, decretos ou regulamentos que orientam a política?
- 5- E, quais são as estratégias e abordagens utilizadas pela política?
- 6- E quais são os órgãos ou entidades responsáveis pela implementação da política?
- 7- E quais são os programas, projetos ou campanhas mais significativas que desenvolvidos pela política?
- 8- Quais são os principais desafios e obstáculos enfrentados pela política?
- 9- E você acha que está tendo algumas estratégias do momento para contornar esse problema?
- 10- E quais são os indicadores e métricas utilizadas para avaliar o impacto, a eficácia da política?

Apêndice B – Roteiro 2 de Entrevista

- 1- Qual a sua posição na SES-DF e qual seu papel envolvendo com a política distrital de prevenção ao suicídio?

- 2- Para você, qual foi a grande importância de ter começado a instituir nessa política o comitê e qual a grande das atividades do mesmo?

- 3 -Quais são as dificuldades que você acaba encarando no Comitê?

- 4- Acerca dos determinantes sociais da saúde, como você crê que os determinantes sociais têm influência na PDPS?

- 5- Qual é a maior dificuldade de ter indicadores e métricas em relação ao impacto da política?

- 6- Para você, quais são, tipo, os instrumentos essenciais para que isso possa realizar a política atualmente ?