

O que fazer? • Como ajudar? • O papel da prevenção • Fatores de proteção • Posuvenção • O luto dos sobreviventes

2 | Os impactos sociais do suicídio e a **necessidade de políticas públicas**

Andrea Amaro Quesada, Carlos Henrique de Aragão Netto,
Josianne Martins de Oliveira e Marina Saraiva Garcia



Prevenção
ao Suicídio



DISQUE
SAÚDE
136



MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



MINISTÉRIO DA
MULHER, DA FAMÍLIA E
DOS DIREITOS HUMANOS



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

COORDENAÇÃO GERAL

Ministro interino da Saúde
Eduardo Pazuello

Secretária da Secretaria de Gestão do Trabalho
e da Educação na Saúde
Mayra Isabel Correia Pinheiro

Diretor do Departamento de Gestão da Educação em Saúde
Vinicius Nunes Azevedo

Coordenadora-Geral de Ações Estratégicas,
Inovações e Avaliação em Saúde
Musa Denaise de Sousa Morais de Melo

Equipe Técnica

**Adriana Fortaleza Rocha da Silva, Bethânia Ramos
Meireles, Cidália Luna Alencar Feitosa de Oliveira, Daniele
Alencar Neves Bremgartner, Janaina Nogueira da Silva,
Juliana Ferreira Lima Costa, Priscila Neves Dalcin,
Rosanna Rocha Amazonas e Rosany Ferreira Rios Fonseca**

OPAS/OMS

Coordenação Geral

Monica Padilla

Equipe técnica

**Maria Alice B. Fortunato, Cristiane Gosch Scolari
e Catarina Magalhães Dahl**

CURSO PREVENÇÃO AO SUICÍDIO

Concepção e Coordenação Geral

Cliff Villar

Coordenação Executiva

Ana Cristina Barros

Coordenação Adjunta

Patrícia Alencar

Coordenação de Conteúdo

Renata Nayara da Silva Figueiredo

Coordenação Pedagógica

Patrícia Brun

Consultoria Técnica de Psicologia

**Carlos Henrique de Aragão Neto
e Andrea Amaro Quesada**

Editorial e Revisão

Thaís Brito Mendonça

Projeto Gráfico

Amaurício Cortez

Edição de Design

Andrea Araujo e Kamilla Damasceno

Design e Diagramação

Karla Saraiva

Arte finalização

Miqueias Mesquita

Ilustração

Rafael Limaverde

Coordenação de Produção

Gilvana Marques

Produção

Rebeca Saboia e Beth Lopes

Marketing e Estratégia

Wanessa Lugoe

Performance Digital

Natércia Melo, Fernando Diego e Isadora Colares

Assessoria de Comunicação

Joelma Leal

Estratégia e Relacionamento

Alexandre Medina, Adryana Joca e Juliana Menezes

FUNDAÇÃO DEMÓCRITO ROCHA (FDR)

Presidência

João Dummar Neto

Direção Administrativo-Financeira

André Avelino de Azevedo

Gerência Geral

Marcos Tardin

Gerência Editorial e de Projetos

Raymundo Netto

Análise de Projetos

Aurelino Freitas, Fabrícia Gois, Emanuela Fernandes

UNIVERSIDADE ABERTA DO NORDESTE (UANE)

Gerência Pedagógica

Viviane Pereira

Coordenação de Cursos

Marisa Ferreira

Designer Educacional

Joel Bruno

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD

Q54i Quesada, Andrea Amaro

*Impactos sociais do suicídio e a necessidade de políticas públicas, Os / Andrea Amaro Quesada, Antônio Gilberto Ramos
Nogueira, Carlos Henrique de Aragão Neto e Vagner Silva Ramos Filho. – Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 2020.*

15 p. : il. color.

(Curso Prevenção ao Suicídio; fascículo 2).

ISBN 978-65-86094-31-2

1. Transtornos mentais e emocionais. 2. Suicídio. 3. Prevenção ao suicídio. I. Nogueira, Antônio Gilberto Ramos. II.
Aragão Neto, Carlos Henrique de. III. Ramos Filho, Vagner Silva. IV. Título.

CDD 616.858445

Elaborado por Francisco Edvander Pires Santos - CRB-3/1212



Todos os direitos desta edição reservados à:

Fundação Demócrito Rocha

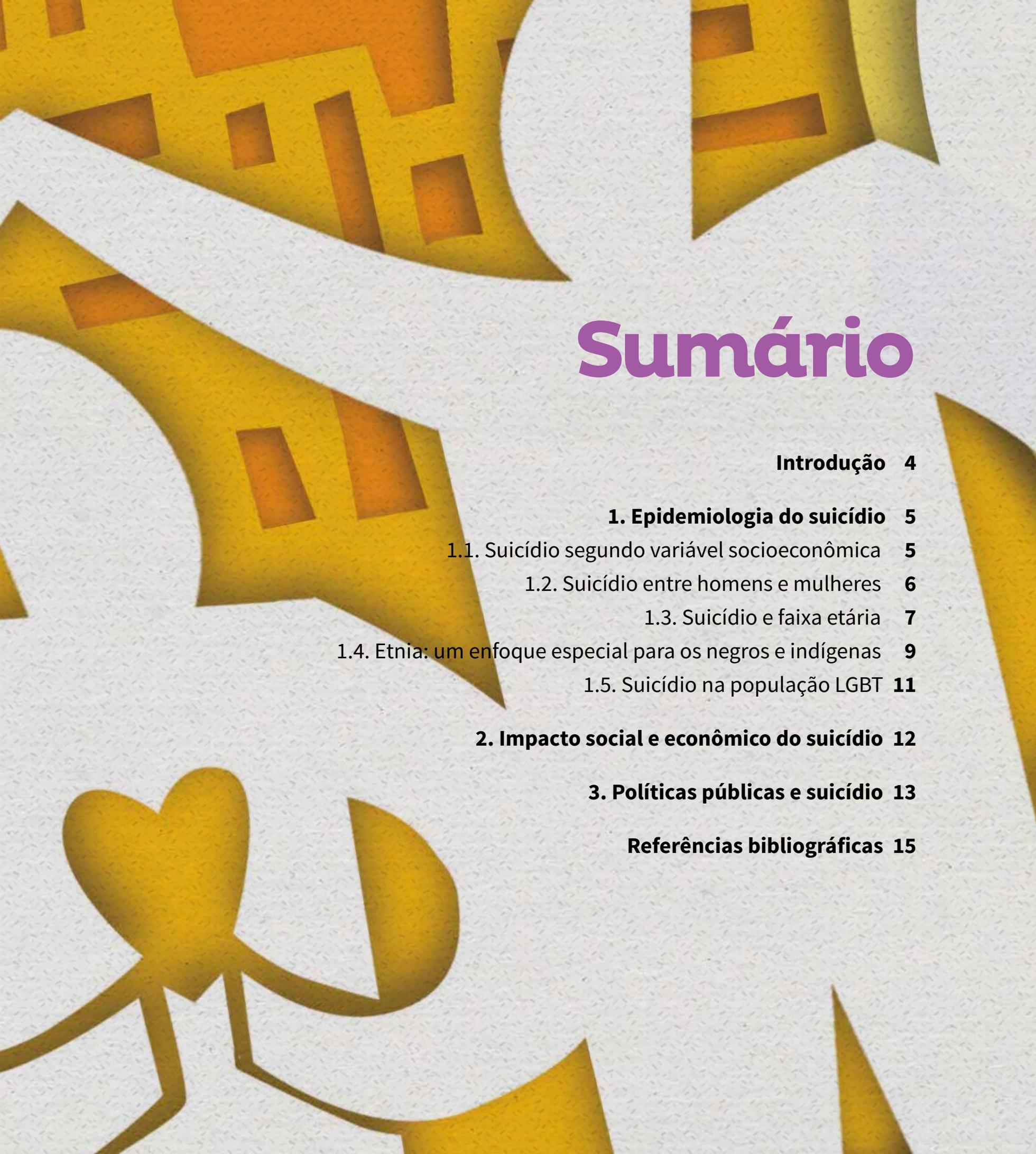
Av. Aguanambi, 282/A - Joaquim Távora

CEP: 60.055-402 - Fortaleza-Ceará

Tel.: (85) 3255.6037 - 3255.6148

fdr.org.br | fundacao@fdr.org.br

Esse fascículo é parte integrante do projeto "Ações Integradas de Educomunicação para prevenção ao Suicídio e da Automutilação" que entre si celebram a Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde e a Fundação Demócrito Rocha, através da Carta Acordo nº SCON2020-00088.



Sumário

Introdução 4

1. Epidemiologia do suicídio 5

1.1. Suicídio segundo variável socioeconômica 5

1.2. Suicídio entre homens e mulheres 6

1.3. Suicídio e faixa etária 7

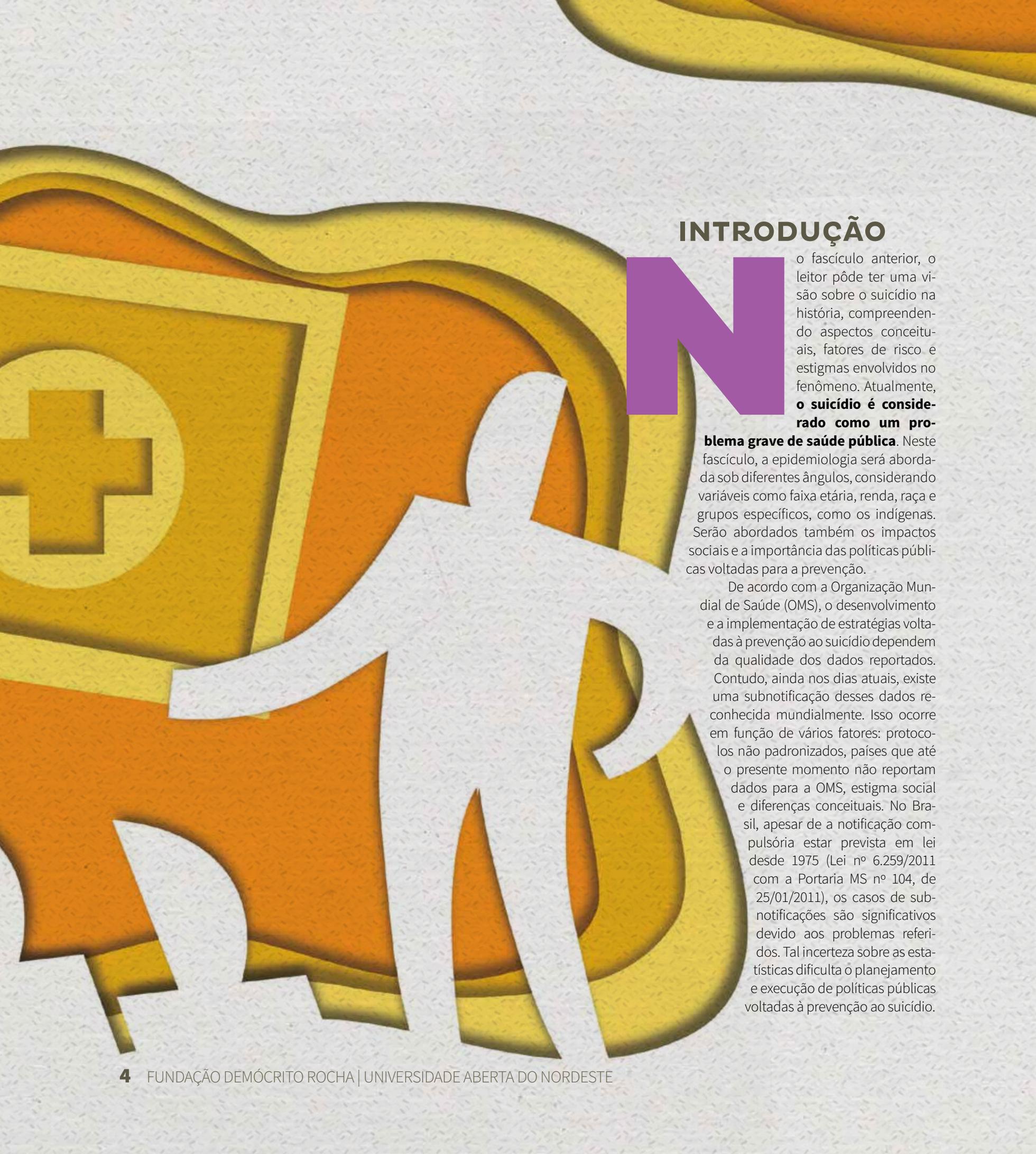
1.4. Etnia: um enfoque especial para os negros e indígenas 9

1.5. Suicídio na população LGBT 11

2. Impacto social e econômico do suicídio 12

3. Políticas públicas e suicídio 13

Referências bibliográficas 15



INTRODUÇÃO

No fascículo anterior, o leitor pôde ter uma visão sobre o suicídio na história, compreendendo aspectos conceituais, fatores de risco e estigmas envolvidos no fenômeno. Atualmente, **o suicídio é considerado como um problema grave de saúde pública.** Neste fascículo, a epidemiologia será abordada sob diferentes ângulos, considerando variáveis como faixa etária, renda, raça e grupos específicos, como os indígenas. Serão abordados também os impactos sociais e a importância das políticas públicas voltadas para a prevenção.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o desenvolvimento e a implementação de estratégias voltadas à prevenção ao suicídio dependem da qualidade dos dados reportados. Contudo, ainda nos dias atuais, existe uma subnotificação desses dados reconhecida mundialmente. Isso ocorre em função de vários fatores: protocolos não padronizados, países que até o presente momento não reportam dados para a OMS, estigma social e diferenças conceituais. No Brasil, apesar de a notificação compulsória estar prevista em lei desde 1975 (Lei nº 6.259/2011 com a Portaria MS nº 104, de 25/01/2011), os casos de subnotificações são significativos devido aos problemas referidos. Tal incerteza sobre as estatísticas dificulta o planejamento e execução de políticas públicas voltadas à prevenção ao suicídio.

1.

EPIDEMIOLOGIA DO SUICÍDIO



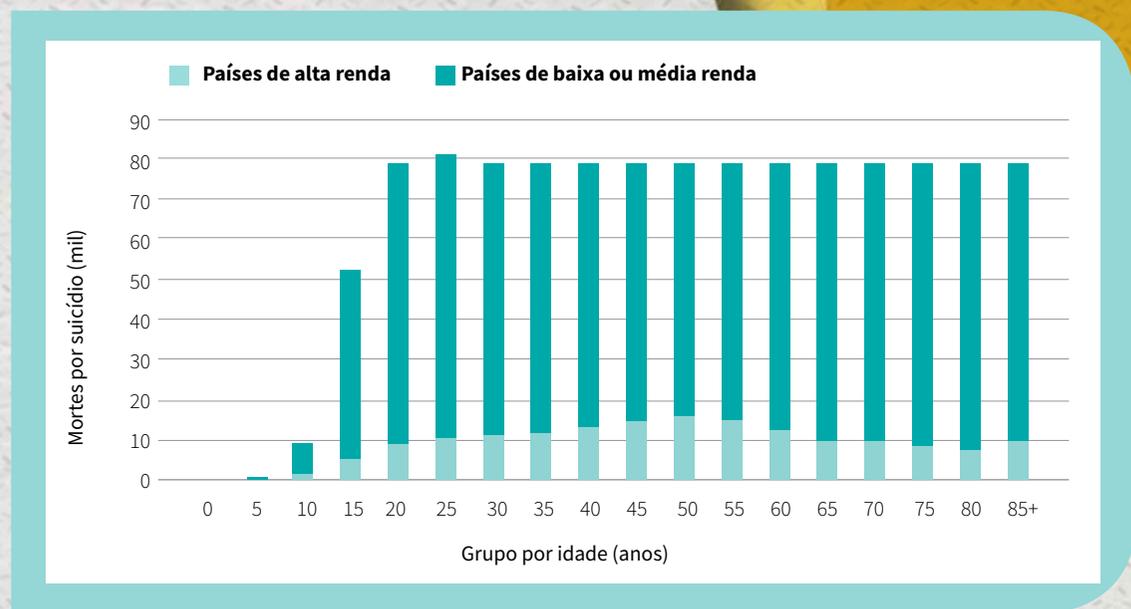
odos os anos, 800 mil pessoas morrem por suicídio no mundo (OMS, 2014). Esta quantidade é superior à soma de todas as mortes decorrentes de homicídios, acidentes de transporte, guerras e conflitos civis.

Estima-se ainda que, para cada suicídio, ocorrem de 20 a 30 tentativas (OMS, 2014). A taxa mundial de suicídio é de 11,4 por 100 mil habitantes, variando entre os diversos países (BOTEGA, 2015). O Brasil ocupa a oitava posição em relação ao número de suicídios no ranking mundial (OMS, 2014). Segundo o Ministério da Saúde (MS), no período de 2007 a 2016, foram notificados 106.374 óbitos por suicídio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Contudo, há uma grande variabilidade nas regiões brasileiras, sendo os municípios com maior coeficiente de mortalidade por suicídio: Taipas do Tocantins, em Tocantins (79,68 mortes/100.000 habitantes), Itaporã, no Mato Grosso do Sul (75,15 mortes/100.000 habitantes), Mampituba, no Rio Grande Sul (52,98 mortes/100.000 habitantes) e Monjolos, em Minas Gerais (52,08 mortes/100.000 habitantes) (DANTAS *et al.*, 2018).

1.1. SUICÍDIO SEGUNDO VARIÁVEL SOCIOECONÔMICA

Fatores econômicos apresentam uma forte relação com o comportamento suicida. Neste sentido, 79% dos casos de suicídio estão localizados em países com baixa e média renda, como ilustrado na Figura 1 (OMS, 2019). Tais dados são preocupantes, já que esses países concentram mais de 84% da população mundial.

Figura 1. Relação entre taxa de suicídio e renda do país



Fonte: OMS, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/suicide-in-the-world>

1.2. SUICÍDIO ENTRE HOMENS E MULHERES

A prevalência de tentativas de suicídio é maior no sexo feminino. Apesar de esse índice ser mais elevado em mulheres, o número de mortes por suicídio é três vezes maior em homens (OMS, 2014). Na mesma direção dos números globais, no Brasil, há grande prevalência de suicídios no sexo masculino, sendo quatro vezes maior quando comparados ao índice de suicídio em mulheres, representando 79% das ocorrências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Trata-se de um paradoxo, que pode ser explicado pelo fato de os homens utilizarem métodos mais letais, terem mais dificuldades em procurar ajuda e se isolarem mais que as mulheres, enquanto estas geralmente utilizam mais fatores de proteção, como busca por tratamento dos transtornos psiquiátricos e engajamento em atividades comunitárias (ABP, 2014). Outro importante fator de proteção das mulheres é a menor prevalência de estigma em relação aos transtornos mentais, o que facilita a procura por tratamento (PEEL; BUCKBY; MCBAIN, 2017).

É relevante considerar também uma interação entre as variáveis sexo e renda. A taxa de suicídio em homens é maior em países de alta renda quando comparados aos índices de países em desenvolvimento e de baixa renda,

em uma proporção de 3,5 vs. 1,6 (TURECKI; BRENT, 2015). Contudo, em alguns países como, Bangladesh, China, Lesoto, Marrocos e Mianmar, a taxa de suicídio é maior entre as mulheres (OMS, 2019).

Quanto ao estado civil, os dados demonstram que os suicídios são menos frequentes em pessoas casadas, aumentando expressivamente entre solteiros, viúvos e divorciados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). A companhia de um(a) parceiro(a), como nos casos de pessoas casadas, pode ser um fator de proteção, o que poderia explicar esse índice.

1.3. SUICÍDIO E FAIXA ETÁRIA

Jovens

Outro dado relevante é que, entre jovens com idade de 15 a 29 anos, o suicídio é a segunda causa de morte (OMS, 2014). No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (2019), foram registradas 80.352 mortes por suicídio na população a partir de dez anos. Desse total, 27,3% ocorreram na faixa etária de 15 a 29 anos. De 2011 a 2017, houve aumento de 10% da taxa de mortalidade por suicídio nessa população. A maioria dos estados apresentou um aumento de mortalidade por suicídio, à exceção de Amazonas, Alagoas, Ceará, Minas Gerais, Rio Grande do Norte, Roraima, Sergipe e São Paulo. Por fim, na faixa etária de 15 a 29 anos, os dados mostram que o local de maior ocorrência do suicídio é a própria residência do indivíduo, sendo o enforcamento o método mais utilizado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Figura 2. Número de óbitos por suicídio segundo sexo e ano, na população geral e na de 15 a 29 anos. Brasil, 2011 a 2017.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade/Ministério da Saúde, 2019.

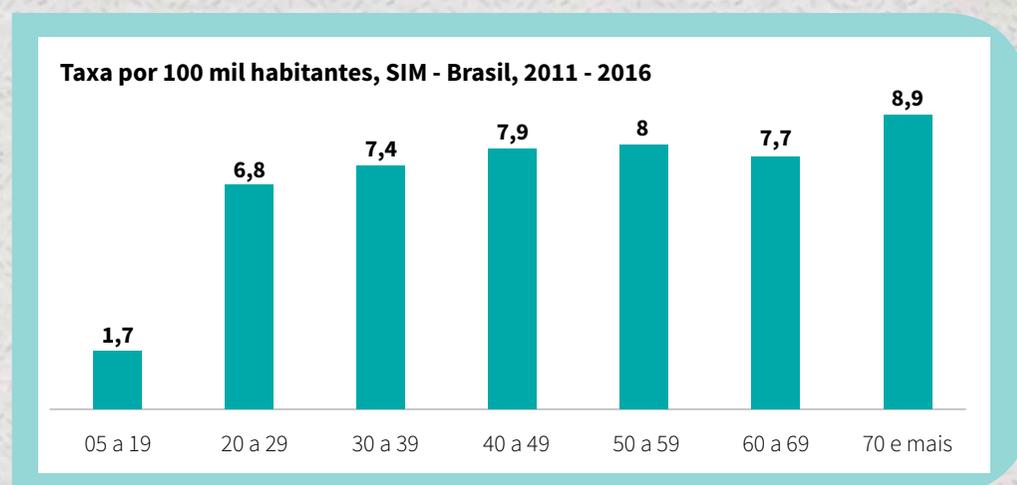
Idosos

Nos idosos, o índice de mortes por suicídio também é elevado, principalmente em indivíduos com doenças físicas, depressão e ansiedade (CONWELL; VAN ORDEN; CALNE, 2011). Dentre as doenças físicas, pode-se citar: doenças degenerativas, apalias e as que envolvem dores crônicas. No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, a prevalência de suicídio entre 2011 e 2016 nessa população foi de 8,9 por 100 mil habitantes, conforme ilustrado na Figura 3.

Além das patologias físicas e mentais mencionadas, há outros fatores de risco para a população idosa, como: restrições e dificuldades impostas pelo envelhecimento, incluindo a impotência sexual e a dependência de terceiros para a realização de atividades cotidianas, além de possíveis perdas financeiras. Estes fatores, por sua vez, podem gerar uma sensação de incapacidade, impotência e baixa autoestima.

Além destes, é relevante mencionar a perda do(a) parceiro(a), podendo aumentar o risco de comportamento suicida. Corroborando isso, de acordo com a Escala de Avaliação de Readaptação Social, desenvolvida por Thomas Holmes e Richard Rahe, a perda do cônjuge é **um dos principais fatores estressantes, juntamente com adoecimento e aposentadoria** (HOLMES; RAHE, 1967). Outro aspecto observado na população idosa é que, segundo a OMS, em 70% dos óbitos por suicídio, houve compartilhamento da ideação suicida com familiares, amigos ou outras pessoas próximas

Figura 3. Taxa de suicídio por faixa etária



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde, 2017.



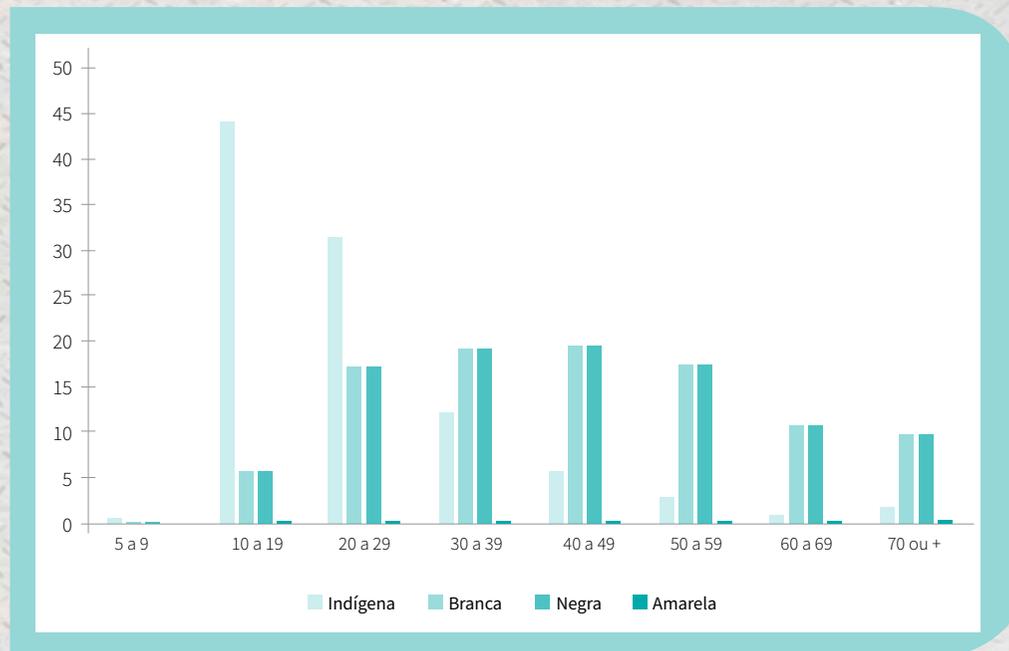
(OMS, 2014).

1.4. ETNIA: UM ENFOQUE ESPECIAL PARA OS NEGROS E INDÍGENAS

De acordo com o Ministério da Saúde, o índice de suicídio varia com a **etnia/cor, estando os jovens negros em um dos grupos mais vulneráveis. Os possíveis fatores de risco associados ao suicídio em negros são:** preconceito, discriminação racial e racismo institucional, rejeição, ausência de sentimento de pertença, sentimento de inferioridade, negligência, maus-tratos, violência, dentre outros. O estigma associado ao suicídio, juntamente com o fato de muitas vezes as queixas de racismo serem subestimadas, contribuem para o silenciamento em torno desta questão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Entre os indígenas, a situação é ainda mais preocupante. Além de ser um tema ainda pouco estudado no Brasil, segundo a OMS, o coeficiente de mortalidade (CM) na população indígena é em torno de três vezes maior quando comparado à taxa de suicídio na população geral. Entre os indígenas, o índice de incidência entre o período de 2011 a 2015 foi de 15,2 por 100 mil habitantes. Em adolescentes indígenas entre 10 e 19 anos de idade, a proporção de óbitos por suicídio é oito vezes maior à observada em brancos e negros com a

Figura 4. Proporção de óbitos por suicídio, segundo faixa etária e raça/cor da pele. Brasil, 2011 a 2015.



Fonte: Boletim epidemiológico, vol.48, n. 30, 2017 – Secretaria de Vigilância em Saúde

mesma faixa etária, conforme ilustrado na Figura 4 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Corroborando isso, a Figura 5 ilustra os números de óbitos por suicídio no período de 2011 a 2017 entre os indivíduos brasileiros de 15 a 29 anos, segundo sexo, raça/cor, escolaridade e estado civil.

Os casos se concentram, principalmente, nos estados do Amazonas e Mato Grosso do Sul. No município de São Gabriel da Cachoeira (AM), onde há o maior percentual de indígenas autodeclarados, há registros de taxas de mortalidade por suicídio de 41,9 por 100 mil habitantes (SOUZA, 2016). Reservas indígenas da região Sul de Mato Grosso do Sul também têm apresentado elevados números

de casos de suicídio, principalmente entre os Guarani e Kaiowá, sendo registrados mais de 430 óbitos por suicídios entre os anos de 1981 e 2000. O suicídio por enforcamento, conhecido como *jejuvy*, é o mais comum entre os Kaiowá, representando cerca de 95% dos casos; trata-se de uma prática antiga entre eles. Dentre os principais fatores de risco associados aos elevados índices de suicídio em indígenas, estão: a desterritorialização, o confinamento em terras desmarcadas pelo Estado, a luta e os conflitos por terras, as alterações no modo de vida e a dificuldade de se adaptar à nova realidade, a fragilização dos laços comunitários e a perda gradual de rituais e práticas culturais, bem como o uso

Figura 5. Características dos óbitos por suicídio entre indivíduos de 15 a 29 anos, segundo o sexo, raça/cor, escolaridade e estado civil. Brasil, 2011 a 2017

Variável	Masculino (N=17.221)		Feminino (N=4.567)		Total (N=21.790)	
	N	%	N	%	N	%
Raça/cor da pele						
Branco	6.796	39,5	1.933	42,3	8.730	40,1
Negro (preto + pardo)	9.447	54,9	2.311	50,6	11.758	54,0
Amarelo	40	0,2	16	0,4	56	0,3
Indígena	388	2,3	131	2,9	520	2,4
Sem informação	550	3,2	176	3,9	726	3,3
Escolaridade (em anos de estudo)						
0 a 3	2.130	12,4	393	8,6	2.524	11,6
4 a 7	4.927	28,6	1.095	24,0	6.023	27,6
8 a 11	5.093	29,6	1.546	33,9	6.639	30,5
12 e mais	1.190	6,9	601	13,2	1.791	8,2
Sem informação	3.881	22,5	932	20,4	4.813	22,1
Situação conjugal						
Solteira/viúva/divorciada	14.461	84,0	3.629	79,5	18.092	83,0
Casada/união estável	1.672	9,7	672	14,7	2.344	10,8
Sem informação	1.088	6,3	266	5,8	1.354	6,2

Fonte: Boletim epidemiológico, vol. 50, n. 24, 2019 – Secretaria de Vigilância em Saúde

de substâncias psicoativas (CHA *et al.*, 2018; STALIANO; MONDARDO; LOPES, 2019).

1.5. SUICÍDIO NA POPULAÇÃO LGBT

Em relação à orientação sexual, a população LGBT apresenta índices de ideação suicida e tentativas de suicídio de duas a quatro vezes maiores que os apresentados por jovens heterossexuais (PLÖDERL; TREMBLAY, 2015; HOTTES *et al.*, 2016). Há também evidências de que o risco de tentativas de suicídio seja maior em bissexuais do que em gays e lésbicas (PLÖDERL; TREMBLAY, 2015). Contudo, os estudos nessa área são escassos, principalmente no Brasil.

O alto risco de suicídio no grupo LGBT tem sido associado principalmente à vergonha, dificuldade de autoaceitação, sentimento de rejeição e não aceitação pela

família, amigos e sociedade. (MEREISH; PETERSON; YEN, 2020).

2.

IMPACTO SOCIAL E ECONÔMICO DO SUICÍDIO

O suicídio é um fenômeno multideterminado, que envolve diversos fatores, como a economia. Graves crises econômicas que afetam a taxa de emprego têm o potencial de aumentar o coeficiente de suicídio. O debate sobre o impacto da economia no risco de suicídio evoluiu de teorias não testadas para estudos epidemiológicos mais consistentes (MANN; METTS, 2017).

Nesse sentido, traz consequências também econômicas para a sociedade. Existe um custo relativo à utilização dos serviços de saúde, como as internações decorrentes de tentativas de suicídio que tendem a ser prolongadas. Além do custo imediato, outra questão financeira importante diz respeito às pessoas que ficam afastadas do trabalho em função de sequelas posteriores às tentativas, assim como àquelas que perdem a vida. Com frequência, são indivíduos da faixa etária da população economicamente ativa.

Os dados da OMS (2014) dão a dimensão do alcance desta questão quando apontam 1 milhão de mortes por suicídio por ano no mundo. Também relevante é o dado de que, para cada suicídio, ocor-

rem no mínimo 20 tentativas. Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), os óbitos decorrentes de suicídios no Brasil em 2001 representaram uma perda total de 1,3 bilhão de reais (IPEA, 2007). Além disso, o suicídio afeta significativamente pessoas da rede social daquele que tirou a própria vida. Estima-se que, no mínimo, 100 pessoas do círculo de convivência de quem morreu sofrem um profundo impacto negativo, que as torna mais vulneráveis ao desenvolvimento de transtornos mentais (SCAVACINI, 2018). A depender da gravidade destes transtornos, os enlutados precisam se afastar do trabalho, o que significa um custo adicional para a economia.

Há um custo social relacionado ao suicídio. O processo de luto de uma morte por suicídio sugere uma dificuldade maior na sua elaboração, com possíveis prejuízos à saúde do enlutado. Saúde física, mental, emocional e espiritual do enlutado são dimensões que podem ser afetadas negativamente. O desenvolvimento de transtornos depressivos, de ansiedade, agravamento de doenças físicas preexistentes, abuso de substâncias e comportamento suicida são algumas das possíveis consequências desse processo. Desta forma, percebe-se que o suicídio causa um importante impacto na comunidade onde ocorre.

Por fim, com relação aos impactos na comunidade, o suicídio pode exercer um efeito de contágio (efeito Werther) em indivíduos vulneráveis ou que já tenham ideiação e/ou propensão a comportamentos autodestrutivos, principalmente jovens.

3. POLÍTICAS PÚBLICAS E SUICÍDIO

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2018), Políticas Públicas são definidas como o conjunto de programas ou ações governamentais necessárias, integradas e articuladas para a provisão de bens ou serviços à sociedade.

Com relação às políticas públicas referentes à prevenção ao suicídio, a OMS aponta a necessidade de os países desenvolverem e implementarem, de forma efetiva, estratégias e planos nacionais voltados para a redução das taxas de suicídio. Em 2013, a própria OMS desenvolveu o Plano de Ação de Saúde Mental, cuja meta era a redução de 10% das taxas de suicídio no mundo até 2020. No entanto, em 2019, dos 183 países ligados à OMS, apenas 38 tinham apresentado planos nacionais de prevenção.

No Brasil, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 1.876, de 14 de agosto de 2006. A partir dessa iniciativa, o governo brasileiro estabeleceu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, quando o suicídio passou a ser problema de saúde pública, e sinalizou a necessidade especial de atenção a grupos populacionais

específicos; entre eles, pessoas em situação de rua, vítimas de abuso sexual, trabalhadores rurais expostos a agentes tóxicos, indígenas e portadores de doenças degenerativas ou outras doenças graves.

A Portaria 1.876 determinou também o desenvolvimento de estratégias de fortalecimento dos fatores de proteção e capacitação dos profissionais de saúde atuantes na atenção primária, inclusive dos integrantes do Programa Saúde da Família – PSF. Além disso, foram definidas diretrizes para uma estratégia nacional. Confira a seguir o Artigo 2 da Portaria.

Art. 2º Estabelecer que as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio sejam organizadas de forma 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, permitindo:

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.

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html

Em 2017, foi lançada pelo Ministério da Saúde a Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção ao Suicídio, estabelecendo ações para a promoção de saúde, prevenção e atenção às vítimas de tentativa de suicídio e seus familiares. Desse processo inicial, foi sancionada a Lei 13.819, de 26 de abril de 2019, que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União em cooperação com os Estados, Distrito Federal e Municípios. Em 2020, foi publicado o Decreto 10.225, que regulamenta a Lei 13.819/2019, criando o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio.

Por fim, é relevante destacar a grande importância do desenvolvimento das políticas públicas brasileiras até o momento. Entretanto, os respectivos protocolos de implementação destas políticas devem ter igual destaque, para que os objetivos sejam alcançados, principalmente a redução das taxas de suicídio e automutilação no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria no 1876, 14 de agosto de 2006. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em: 22 de jun. de 2020
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico: Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Brasília, DF: o autor, 2017.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico. Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018. Boletim epidemiológico, n. 24, v.50, 2019.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio, 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf>. Acesso em: 22 de jun. de 2020
- BOTEGA, N. Crise suicida. Porto Alegre: Artmed, 2015
- CARVALHO, A. X. *et al.* **Custos das mortes por causas externas no Brasil**. Brasília, DF: IPEA, 2007.
- CHA, C.B. *et al.* Annual research review: suicide among youth- epidemiology, (potential) etiology, and treatment. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 59, n.4, p.460-482, 2018.
- CONWELL, Y., VAN ORDEN, K., CAINE, E.D. Suicide in older adults. **Psychiatr Clin North Am.**, v.34, n.2, p. 451–468, 2011.
- DANTAS, A.P. *et al.* Analysis of suicide mortality in Brazil: spatial distribution and socioeconomic context. **Rev. Bras Psiquiatr.**, v.40, n.1, p 12-18, 2018.
- HATZENBUEHLER, M.L. The social environment and suicide attempts in lesbian, gay, and bisexual youth. **Pediatrics**, v.127, n.5, p. 896–903, 2011. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2010-3020>. [PubMed: 21502225]
- HOLMES, T.H., RAHE, R.H. The Social Readjustment Rating Scale. **J Psychosom Res.**, v. 11, n. 2, p. 213–218, 1967.
- HOTTES, T.S *et al.* Lifetime prevalence of suicide attempts among sexual minority adults by study sampling strategies: a systematic review and meta-analysis. **Am J Public Health.**, v. 106, n.5, e1–e12, 2016.
- IPEA, C. C. da Presidência da República Instituto de P. E. A. Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex ante. [S.l.]: IPEA, 2018.
- MEREISH, E.H, PETERS, J.R., YEN, S. Minority stress and relational mechanisms of suicide among sexual minorities: subgroup differences in the associations between heterosexual victimization, shame, rejection sensitivity, and suicide risk. **Suicide Life Threat Behav.**, v.49, n.2, p. 547–560, 2019.
- MANN, J.J. & METTS, A.V. The Economy and Suicide An Interaction of Societal and Intrapersonal Risk Factors. **Crisis**, v.38, n. 3, p.141-146, 2017.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Preventing suicide: a global imperative. Geneva: OMS, 2014.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Suicide in the world Global Health Estimates. Geneva: OMS, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/suicide-in-the-world>. Acesso em: 22 de jun. de 2020
- PEEL, R. BUCKNY, B., MCBAIN, K. A. Comparing the effect of stigma on the recognition of suicide risk in others between Australia and Brazil. **JPsych**, v.3, n.2, p.1-10. doi: 10.5176/2345-7872_3.2_43.
- PLÖDERL M, TREMBLAY, P. Mental health of sexual minorities. A systematic review. **International Review of Psychiatry**, v.27, n. 5, p.367–385, 2015. doi: 10.3109/09540261.2015.1083949.
- SCAVACINI, K. **Histórias de sobreviventes do suicídio (vol. 2)**. São Paulo: Instituto Vita Alere, 2019.
- SANTOS, A. D. *et al.* Spatial analysis and temporal trends of suicide mortality in Sergipe, Brazil, 2000-2015. **Trends Psychiatry Psychother.** Porto Alegre, v. 40, n. 4, p. 269-276, 2018.
- SOUZA, M. L. P. Indigenous narratives about suicide in Alto RiNegro, Brazil: weaving meanings. **Saúde e Sociedade**, v.25, n.1, p. 145–159, 2016.
- STALIANO, P.; MONDARDO, M.L; LOPES, R.C. Onde e como se suicidam os Guarani e Kaiowá em Mato Grosso do Sul: Confinamento, Jejuvy e Tekoha. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, n. spe, e221674, 2019.
- TURECKI G., BRENT D.A. Suicide and suicidal behaviour. **Lancet**, v. 387, p.1227–39, 2015.

AUTORES

Andrea Amaro Quesada

PhD em Neurociências e Cognição pela Ruhr-Universität Bochum. Mestre em Psicologia e Psicóloga pela Universidade de Brasília (UnB). Docente do Curso de Psicologia na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Professora do curso de Especialização em Neurociências e Reabilitação (UNIFOR). Professora do curso de pós-graduação em Neuropsicologia e Terapia Cognitiva Comportamental na Unichristus. Trabalhos apresentados em Congressos Nacionais e Internacionais (Alemanha, EUA, Japão, Argentina). Artigos publicados nos periódicos internacionais Psychoneuroendocrinology, Stress. Pesquisadora nas áreas de estresse, maus-tratos, Síndrome Congênita do Zika vírus e Fenilcetonúria (PKU). Autora do livro infantil-juvenil *A Caixa Mágica e a Busca do Tesouro Escondido*.

Carlos Henrique de Aragão Neto

Psicólogo e Psicoterapeuta; Especialista em Tanatologia; Formação em Estudos do Luto; Mestre em Antropologia (UFPI) com a dissertação “Os Aspectos Socioantropológicos da Tentativa de Suicídio”; Doutor em Psicologia Clínica e Cultura (UnB) com a tese “A Relação entre Autolesão sem Intenção Suicida e Ideação Suicida”; Membro da Associação Brasileira para Estudos e Prevenção do Suicídio (ABEPS). Membro da International Society for the Study of Self-Injury (ISSS). Membro da International Association for Suicide Prevention (IASP).

Marina Saraiva Garcia

Psicóloga, formação em Terapia Cognitivo Comportamental pelo Beck Institute (EUA), especialista em Psicologia Clínica pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), neuropsicóloga, Mestre em Medicina Molecular pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Foi conselheira do Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal (CRP-DF) na gestão 2016-2019 e vice-presidente no período de 2017 a 2019. Diretora Secretária da Associação Brasileira de Impulsividade e Patologia Dual (ABIPD) desde 2016. Atua como psicóloga na Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) desde 2005 e trabalha no Centro de Referência, Pesquisa e Capacitação e Atenção ao Adolescente em Família (Adolescento) desde 2006. Atua na rede privada em Marina Saraiva - Clínica de Psicologia.

Josianne Martins de Oliveira

Médica formada pela Universidade Federal de Goiás. Psiquiatra Titular da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e Residência Médica em Psiquiatria pela Pax Clínica – Instituto de Neurociência. Residência Médica em Psiquiatria da Infância e Adolescência pelo Hospital São Vicente de Paulo. Diretora Secretária Adjunta da Associação Psiquiátrica de Brasília no período de 2017 a 2019, quando atuou como Coordenadora Regional da Campanha de Prevenção ao Suicídio do Setembro Amarelo. Trabalhou no Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada (Hospital da Criança de Brasília José Alencar) no período de 2016 a 2018, atuando como médica psiquiatra assistente e preceptora voluntária na Residência Médica de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica. Trabalhou na Saúde BRB Caixa de Assistência, atuando como médica psiquiatra assistente no período de 2014 a 2020 e como coordenadora da equipe médica e da psiquiatria no período de 2018 a 2019. Atualmente, é membro da Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal (CRM-DF), Diretora-Tesoureira da Associação Psiquiátrica de Brasília e atua na rede privada como médica psiquiatra assistente e diretora técnica médica da Clínica EKIP – Emil Kraepelin Instituto de Psiquiatria.

ILUSTRADOR

Rafael Limaverde

Nascido em Belém/PA, naturalizado cearense, formado em Artes Visuais pelo Instituto Federal do Ceará (IFCE), é xilogravurista e ilustrador. Possui mais de 40 livros ilustrados em diversas editoras do País. É um dos organizadores do “Festival de Ilustração de Fortaleza”, evento realizado dentro da Bienal do Livro do Ceará. É curador das seguintes exposições: “Eco Barroco”, no Centro Cultural Banco do Nordeste – Fortaleza/CE (2011); “Bestiário Nordestino”, na Multigaleria do Centro de Arte e Cultura Dragão do Mar – Fortaleza/CE (2016); “III Festival de Ilustração de Fortaleza”, que ocorreu durante a XII Bienal Internacional do Livro no Centro de Eventos do Ceará (2017).



DISQUE
SAÚDE
136

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO

MINISTÉRIO DA
MULHER, DA FAMÍLIA E
DOS DIREITOS HUMANOS



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

