

AJES - FACULDADE DO VALE DO JURUENA
BACHARELADO EM PSICOLOGIA

ANDRÉIA BORGES DA SILVA

**PROGRAMAS DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO: revisão de literatura nacional no
período de 2008 a 2018**

JUÍNA-MT

2018

AJES - FACULDADE DO VALE DO JURUENA

ANDRÉIA BORGES DA SILVA

**PROGRAMAS DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO: revisão de literatura nacional no
período de 2008 a 2018**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Psicologia da AJES – Faculdade de Vale do Juruena, como requisito parcial para a obtenção do Título de Bacharel em Psicologia, sob a orientação da Profa. Dra. Marileide A. Oliveira

JUÍNA-MT

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Central Prof. Romualdo Duarte Gomes

AJES - Faculdade do Vale do Juruena

Silva, Andréia Borges da.

S586p Programas de Prevenção ao Suicídio: revisão de literatura nacional no período de 2008 a 2018. / Andréia Borges da Silva. – Juína - MT.
50 f.; il. Color. 30 cm.

Orientadora: Profa. Dra. Marileide Antunes de Oliveira.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) apresentado ao Curso de Bacharelado em Psicologia – AJES - Faculdade do Vale do Juruena, 2018.

1. Suicídio. 2. Programas de prevenção ao Suicídio. 3. Políticas Públicas. I. OLIVEIRA, Marileide Antunes de. II. AJES - Faculdade do Vale do Juruena. III. Título.

CDU 159.97

Bibliotecário Responsável: Salatiel J. G. Blanco – CRB1/MS - 2528

AJES - FACULDADE DO VALE DO JURUENA

CURSO DE BACHARELADO EM PSICOLOGIA

SILVA, Andréia Borges da. **PROGRAMAS DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO: revisão de literatura nacional no período de 2008 a 2018.** Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – AJES – Faculdade do Vale do Juruena, Juína-MT, 2018.

Data da defesa: 05 de novembro de 2018.

MEMBROS COMPONENTES DA BANCA EXAMINADORA:

Presidente e Orientadora: Profa. Dra. Marileide Antunes de Oliveira

AJES.

Membro Titular: Profa. Ma. Larissa Assunção dos Santos

AJES.

Membro Titular: Profa. Ma. Isabelle Pinto Antonello

AJES.

Local:

AJES - Faculdade do Vale do Juruena

AJES - Unidade Sede, Juína-MT

DECLARAÇÃO DE AUTOR

Eu, Andréia Borges da Silva, portadora da Cédula de Identidade – RG nº 429376 DGPC-GO e inscrita no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda – CPF sob nº956.440.831.87, DECLARO e AUTORIZO, para fins de pesquisa acadêmica, didática ou técnico-científica, que este Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado PROGRAMAS DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO: revisão de literatura nacional no período de 2008 a2018, pode ser parcialmente utilizado, desde que se faça referência à fonte e à autora.

Autorizo, ainda, a sua publicação pela AJES, ou por quem dela receber a delegação, desde que também seja feita referência à fonte e à autora.

Juína, ____ de Novembro, 2018.

Andréia Borges da Silva

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente a Deus, que me possibilitou capacidade para concluir esse trabalho;

A minha família, pelo incentivo, carinho e amor em todos os momentos dessa trajetória acadêmica;

Ao meu amor, Edenilson Vicente Dias, por acreditar em, por sua compreensão, carinho e amor;

Ao meu filho, João Pedro Borges Dias, pelo carinho, amor e por fazer de mim uma pessoa melhor;

A minha amiga, Tássia Duarte Bezerra, por tantos momentos incríveis que vivemos juntas;

A minha amiga, Maira Ribeiro da Silva, pelos momentos compartilhados e pelos ensinamentos;

A minha amiga Dalila Mateus Gonçalves, pela amizade, pelas dicas e por ser essa pessoa incrível;

Aos meus colegas de turma, pelo carinho, apoio e compreensão nos momentos de dificuldades;

Aos meus professores pelos ensinamentos teóricos e práticos que me possibilitarão ser uma pessoa melhor a cada dia;

Às professoras Mestres Larissa Assunção dos Santos e Isabelle Pinto Antonello, por aceitarem prontamente a participar deste trabalho;

A minha orientadora, Marileide Antunes de Oliveira, por ter aceitado orientar esse trabalho, sua dedicação à nós ensinar, por seus apontamentos e correções;

Enfim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para o meu aprendizado e formação, saibam que levarei um pouquinho de cada um de vocês para minha vida pessoal e profissional, portanto, muito obrigada!

Preocupamo-nos com a destruição provocada pelos outros.

Mas evitamos falar sobre a autodestruição.

Edwin Schneidman

RESUMO

O suicídio é um fenômeno complexo e multicausal que é caracterizado como toda morte, em que o indivíduo é o responsável por ações ou atos que o levem a pôr fim a própria vida. Apesar de ser uma morte voluntária, estudos indicam que seus reflexos causam prejuízos a toda sociedade. Devido ao alarmante aumento dos casos de tentativas de suicídio no mundo, a Organização Mundial de Saúde passou a considerar o suicídio um grave problema de saúde pública, exigindo maior efetividade na notificação de casos de suicídios pelos países, além de incentivar estratégias de prevenção. Embora existam números expressivos de publicações sobre a temática, poucos deles abordam formas efetivas de prevenção. Diante desse quadro, este trabalho apresenta-se com a problemática: Quais são os Programas de Prevenção ao suicídio que vêm sendo desenvolvidos no Brasil no período de 2008 a 2018? O objetivo geral da pesquisa é identificar quais programas de prevenção ao suicídio vêm sendo desenvolvidos no país. Este estudo será realizado através de uma Revisão Integrativa da Literatura em nível nacional realizadas nas bases de dados: *Scielo*, *Pepsic*, *Lilacs*, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações e no buscador Google Scholar. Verifica-se que, apesar do tema estar em voga, ainda são poucos os programas de prevenção divulgados e avaliados cientificamente. Neste sentido, acredita-se que os dados presentes neste estudo sejam relevantes frente à identificação das iniciativas que estão apresentando bons resultados e trazendo reflexões sobre suas possíveis fragilidades.

Palavras-chave: Suicídio; Programas de prevenção ao suicídio; Políticas públicas.

RESUMEN

El suicidio es un fenómeno complejo y multicausal, que es caracterizado como toda muerte en la cual el individuo es el responsable por acciones o actos que lleven a poner fin a su propia vida. A pesar de ser una muerte voluntaria, estudios indican que sus reflejos causan perjuicios a toda la sociedad. Debido al alarmante aumento de los casos de intentos de suicidio en el mundo, la Organización Mundial de Salud pasó a considerar el suicidio como un grave problema de salud pública, exigiendo mayor efectividad en la notificación de casos de suicidios por los países, además de incentivar estrategias de prevención. Aunque existen números expresivos de publicaciones sobre la temática, pocos estudios abordan formas efectivas de prevención. En este marco, este trabajo se presenta con la problemática: ¿Cuáles son los Programas de Prevención al suicidio que vienen siendo desarrollados en Brasil en el período de 2008 a 2018? El objetivo general de la investigación es identificar qué programas de prevención del suicidio se están desarrollando en el país. Este estudio será realizado a través de una Revisión Integrativa de la Literatura a nivel nacional realizadas en las bases de datos: *Scielo*, *Pepsic*, *Lilacs*, Biblioteca Digital Brasileña de Tesis y Disertaciones en el buscador *Google Scholar*. Se observa que a pesar que este tema está en boga, todavía son pocos los programas de prevención divulgados y evaluados científicamente. En este sentido, se cree que los datos presentados en este estudio son relevantes frente a la identificación de las iniciativas que están presentando buenos resultados e identificando posibles fragilidades de los mismos.

Palabras-Clave: Suicidio; Programas de Prevención del Suicidio; Políticas Públicas.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Artigos selecionados para análise.....	33
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Comportamento suicida	17
---------------------------------------	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 3- Programa 1	34
Tabela 4- Programa 2	35
Tabela 5- Programa 3	35
Tabela 6 - Programa 4	36
Tabela 7- Programa 5	36

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Taxa de mortalidade por suicídio entre 2011 a 2015	18
--	----

LISTA DE SIGLAS

BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CFP	Conselho Federal de Psicologia
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos Mentais
HMSA	Hospital Municipal Souza Aguiar
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPA	American Psychiatric Association
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PPS	Programa de Prevenção ao Suicídio
RIL	Revisão Integrativa da literatura
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SIS	Escala de Intenção Suicida
SSI	Escala de Ideação Suicida
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 JUSTIFICATIVA	14
2 OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL.....	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 O SUICÍDIO.....	16
3.2 AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO	19
3.3 FATORES DE RISCOS E FATORES PROTETIVOS AO SUICÍDIO	21
3.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO.....	25
3.4.1 O papel do psicólogo no desenvolvimento de políticas públicas	28
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	34
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS.....	43

INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno complexo e multicausal, presente na sociedade desde seus primórdios. O termo “suicídio” recebeu essa nomenclatura no século XVII e deriva do latim “*sui-si* próprio” e “*caedere*-matar”, os primeiros a utilizarem essa terminologia foram os ingleses em substituição ao termo homicídio de si próprio (BOTEGA, 2015).

Apesar de ser considerada toda morte em que o próprio sujeito é o responsável por atitudes ou ações que o levem a pôr fim à sua vida, de forma proposital, ao longo dos anos a morte voluntária vem despertando o interesse de vários campos do conhecimento, como a teologia, filosofia, antropologia e mais recentemente da Psicologia e psiquiatria (BERTOLOTE, 2004).

O suicídio afeta não somente o indivíduo que cometeu o ato, mas os seus reflexos podem ser percebidos em toda a sociedade. Do ponto de vista econômico, tem alto custo para o sistema público de saúde (GONÇALVES; GONÇALVES; OLIVEIRA JÚNIOR, 2011). Os valores gastos com tentativas de suicídio se assemelham a Síndrome coronariana aguda, uma das doenças com maior fardo econômico no mundo e o que comprovou a pesquisa de Sgobin, (2013) ao constatar que são gastos aproximadamente R\$ 9.560,04 por pessoa na internação de casos com tentativa grave, além de trazer sofrimento emocional para amigos e familiares.

Diante desse quadro, a morte voluntária vem sendo alvo de diversas discussões e ações públicas com a intenção de diminuir as mortes por suicídio tanto no Brasil, quanto no mundo. Ainda que haja certa dificuldade em conhecer os números exatos dos casos de mortes por suicídio, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que esse fenômeno representa a segunda maior causa de morte de pessoas entre 15 a 29 anos e o número de tentativas de suicídio cresceu cerca de 60% nos últimos 50 anos (OMS, 2014).

Em âmbito nacional, os dados disponibilizados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) demonstram que mais de 11 mil pessoas tiram a própria vida ao ano, representando a quarta maior causa de morte entre jovens e sendo identificada como a terceira causa de morte em homens e a oitava em mulheres (SIM, 2017).

Corroborando com tal dado, alguns estudos epidemiológicos propagam-se apontando um crescimento significativo dos casos envolvendo tentativas de suicídio. No Brasil, foram registrados cerca de 5,5 casos de suicídio para cada 100.000 mil habitantes no ano de 2015. Os números de mortes por suicídio representam apenas um percentual devido ao fato de que as

causas de muitas mortes permanecem desconhecidas (SÁ *et al*, 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

A partir do aumento de casos de suicídios no Brasil, verifica-se a necessidade de investigar as políticas públicas que estão sendo realizadas para inibir esse crescimento, por isso, este trabalho possui a seguinte problemática: Quais são os Programas de Prevenção ao suicídio que vêm sendo desenvolvidos no Brasil nos períodos de 2008 a 2018? Assim, o presente estudo objetiva identificar os artigos, teses e dissertações produzidas, em âmbito nacional, sobre os programas de prevenção ao suicídio no Brasil.

Para tal, será realizada uma Revisão Integrativa de Literatura, a nível nacional, através de Pesquisa Bibliográfica nas Bases de dados: *Scielo* (*ScientificElectronic Library Online*), *Pepsic* (*Períodicos Eletrônicos de Psicologia*), *Lilacs* (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDTD (Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações) e no buscador Google Scholar (Google Acadêmico). Tal estudo contará com as palavras-chave: Suicídio; Programa de Prevenção ao Suicídio; Políticas Públicas.

Só entrarão no estudo, artigos científicos, teses e dissertações que retratem programas de prevenção ao suicídio publicadas nas Bases de dados apresentadas anteriormente e dentro do período de 2008 a 2018.

Os casos de mortes por suicídio vêm aumentando consideravelmente em todo o mundo e tendem a crescer, de acordo com os dados apontados pela OMS (2000). Portanto, acredita-se que este trabalho é de extrema relevância frente à complexidade do tema abordado e os prejuízos que procedem à sociedade.

1 JUSTIFICATIVA

Apesar do suicídio não representar um tema emergente, as discussões em torno deste fenômeno, pela área da saúde, só se intensificaram na década de 90, em que, a OMS preocupada com o elevado índice de óbitos por suicídio, equivalentes a mais de 800 mil pessoas por ano, passou a considerá-lo como grave problema de saúde pública (OMS, 2014).

Os reflexos do suicídio repercutem em toda a sociedade, estudos indicam que para cada morte por suicídio, ao menos, 6 pessoas próximas são afetadas psicologicamente (BOTEGA, 2015). Outro aspecto preocupante é o elevado ônus que as tentativas de suicídio têm para o sistema público de saúde, assim, em casos de lesões autoprovocadas, a permanência da hospitalização dura em média, quatro dias, consumindo recursos financeiros que poderiam estar sendo empregados em outros locais (CERQUEIRA, et al, 2007).

Diante desse quadro, a OMS passa a desenvolver estratégias que visam à diminuição da incidência de óbitos voluntários, recomendando aos países maior observância a essas mortes e intensificando a fiscalização. Além de incentivar estudos voltados para a temática, vêm divulgando materiais de orientação e prevenção aos profissionais da saúde (OMS, 2000).

Perante as pressões por parte da OMS, os países passam a montar estratégias de prevenção ao suicídio, inclusive o Brasil que assume o compromisso de reduzir em 10% a mortalidade por suicídio até 2020. Assim, o país passa a investir em políticas públicas, em âmbito nacional, e a incentivar estratégias de prevenção ao suicídio.

Verifica-se que, apesar da relevância do tema, ainda são poucos os estudos que se dedicam cientificamente a retratarem políticas públicas preventivas. Partindo desse viés, Salgado (2016) argumenta que os estudos sobre essas iniciativas são importantes, pois permite identificar quais desses programas vem tendo melhor êxito

Neste sentido, acredita-se que este trabalho é de extrema relevância, tendo em vista a complexidade do tema abordado e o impacto social, emocional e econômico que se apresentam causando à sociedade. Diante disso, tal pesquisa visa analisar os artigos publicados sobre os programas de prevenção ao suicídio em nível nacional, oferecendo um panorama científico dessas intervenções, possibilitando reflexões.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar trabalhos científicos publicados sobre programas de prevenção ao suicídio em nível nacional.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os objetivos dos programas implementados;
- Verificar quais profissionais compõem esses programas;
- Identificar possíveis fragilidades desses programas;
- Verificar se esses programas possuem algum método avaliativo;
- Analisar as tendências para o desenvolvimento de novos programas nessa área;
- Identificar qual o papel do psicólogo nesses programas;
- Analisar os resultados obtidos pelos programas de prevenção ao suicídio.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O SUICÍDIO

O suicídio, ao longo da história e da cultura de cada povo assumiu diversos significados, nos povos primitivos, por exemplo, um dos maiores temores era de que o suicida voltasse para atormentar os vivos, já entre os *vikings*, era visto como sinal de honra e créditos para entrar no paraíso, enquanto que em sociedades nômades eram comuns pessoas idosas tirar a própria vida temendo se tornar um ônus a seus pares. A preocupação com o retorno do suicida diminuiu, contudo, o ato não seria tolerado se não houvesse um motivo plausível, caso contrário, este, seria visto apenas como uma afronta aos deuses (BOTEGA, 2015).

Já na antiguidade clássica era entendido e priorizado o papel social da pessoa, logo, atentar contra a própria vida só deixaria de ser crime se tal ato fosse permitido pelo Estado mediante a apresentação de motivos aceitáveis, se estes fossem considerados plausíveis o próprio magistrado fornecia a cicuta¹ que poria fim à vida. Sócrates foi um dos que usaram a cicuta com o objetivo de esvair-se (BOTEGA, 2015).

A igreja no século V através de Santo Agostinho passa a designar o atentado a própria vida como um ato pecaminoso e sujeito a severas punições divinas. Ainda na idade média, o suicídio passa a ser considerado crime, pois, este, vinha em sentido contrário aos interesses da coroa e, em casos assim, eram confiscados os bens do suicida em detrimento dos direitos da família (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

Para Durkheim (1858-1917) os números de casos de suicídio tendiam a aumentar em períodos de ruptura social, ou seja, quando algum fator ameaçasse o bem estar da sociedade, como crises ou períodos de guerra. Durkheim dividiu o suicídio em três categorias sendo elas: Suicídio egoísta, Suicídio altruísta e Suicídio Anômico (RODRIGUES, 2006).

O primeiro tipo de suicídio, o egoísta, recebeu esse nome devido ao fato de que o sujeito que o comete se sente desgarrado da sociedade, possui uma individualização, enquanto que no suicídio altruísta a sociedade exerce um poder sobre o indivíduo que morre voluntariamente em prol de algo que julga ser maior que ele. O outro tipo de suicídio é o Anômico e geralmente

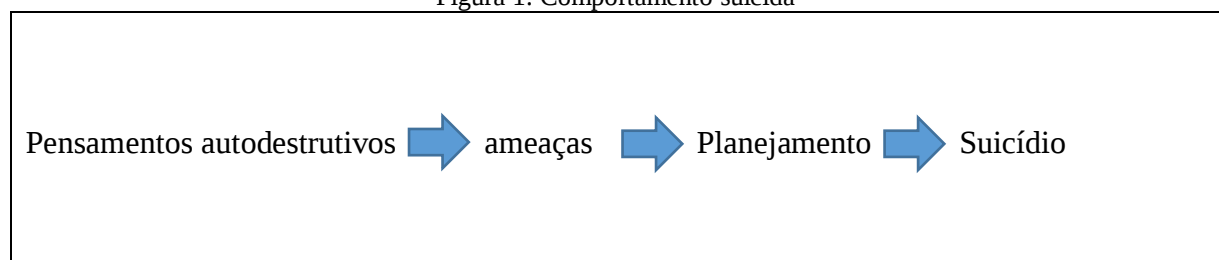
¹ O veneno tem o mesmo nome da planta de que deriva – cicuta. Provoca convulsões, náuseas, vômitos, dores abdominais, tremores e confusão mental. A morte em geral é causada por insuficiência respiratória, devido a atonia muscular, ou por arritmia cardíaca (BOTEGA, 2015, p.16).

ocorre quando a sociedade enfrenta mudanças abruptas no cotidiano ou crises muito intensas (RODRIGUES, 2006).

A preocupação com a incidência de atentados contra a própria vida se intensificou a partir da década de 90, passando a ser compreendida pela OMS como uma questão de saúde pública, com isso o suicídio começa a entrar no rol das discussões sobre saúde.

O termo suicídio apresenta várias definições, mas todas possuem o mesmo sentido. Para Bertolote (2012, p. 21) “o suicídio é o ato deliberado, intencional, de causar morte a si mesmo”. Sgobin (2013) corrobora com esse autor, mas acredita que é importante explicar uma possível progressão linear do comportamento, como demonstra a figura abaixo:

Figura 1: Comportamento suicida



Fonte: SGOBIN, Sara Maria Teixeira, 2013

A princípio, surgem ideias sobre a morte, na sequência ela dá indícios de sua pretensão; posteriormente elaborará formas de tirar a própria vida e, por fim o ato (SGOBIN, 2013). Botega (2015) prefere usar o termo ideação suicida para falar sobre os pensamentos de morte que envolve “pensamentos passageiros de que a vida não vale a pena ser vivida até preocupações intensas sobre por que viver ou morrer” (p. 54).

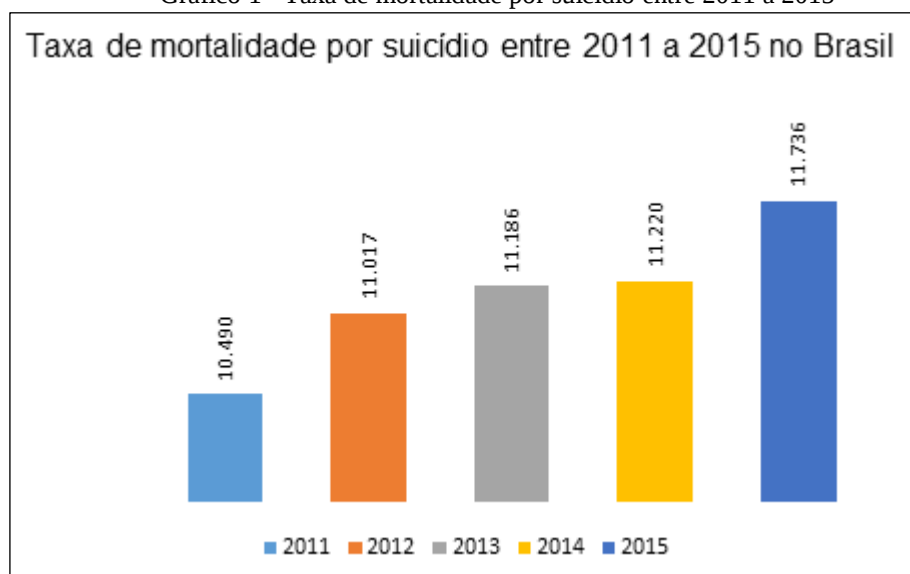
Diante do grave problema social a OMS passa a intensificar a fiscalização sobre o número óbitos por suicídio e desenvolver cartilhas orientando os mais diversos profissionais sobre a importância de prevenir tal ato, tendo em vista que a cada 45 segundos uma pessoa morre voluntariamente e a cada 3 segundos há uma tentativa de suicídio no mundo (OMS, 2000).

Estima-se que mais de 800 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano no mundo. Em 2012 as mortes voluntárias representavam um percentual de 1,4% do número mortes no mundo, ocupando o 15º lugar de causas de morte entre a população em geral e a 2º entre os jovens de 15 a 29 anos (OMS, 2014).

Os países da Europa Oriental registram os maiores índices de suicídio, já os menores índices são registrados nas Américas Central e do Sul, enquanto que, países da Europa Central ocupam uma faixa intermediária no registro de casos de suicídio. O Brasil ocupa a décima colocação, apesar de ser um país populoso (BOTEGA, 2014).

No Brasil, cerca de 11 mil pessoas tiram a própria vida por ano, representando a 4ª maior causa de morte de pessoas com faixa etária entre 15 e 29 anos, a 3ª maior causa de morte em homens e a 8ª em mulheres. Outro dado relevante é que no ano de 2011 houve o registro de 10.490 óbitos por suicídio e no ano de 2017 este número subiu para 11.736, configurando um aumento de 11,88% de mortes voluntárias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Gráfico 1 - Taxa de mortalidade por suicídio entre 2011 a 2015



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2017.

Dados divulgados pelo Ministério da Saúde (MS) coletados através do SIM em 2017 indicam que entre os anos 2011 a 2015 foram registrados 55.649 óbitos por suicídio, sendo que as maiores taxas foram registradas no Rio Grande do Sul atingindo o número correspondente a 10,3 de óbitos por cada 100 mil habitantes, seguido por Santa Catarina com 8,8 e Mato Grosso do Sul com 8,5 óbitos. Enquanto que a média nacional é de 5,6/100 mil habitantes.

Ainda de acordo com o MS, apesar de o sexo feminino apresentar índice de tentativas de suicídio superiores, representando 69% entre os anos de 2011-2012, 62% das mortes por suicídio foram do sexo masculino (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Botega (2014) explica isso, afirmando que os homens empregam meios mais letais nos comportamentos suicidas como o uso de arma de fogo e enforcamento.

A problemática do suicídio é ainda maior, visto que, para cada pessoa que executa o ato “com sucesso” outras 20 tentam fazê-lo. Tentando entender os custos diretos² e indiretos³ que o suicídio provoca no sistema de saúde do Brasil, Sgobin (2013) em sua pesquisa, verificou que os valores despendidos para tratamento de pessoas com tentativas de suicídio graves se assemelham aos da Síndrome coronariana aguda, uma das doenças com maior fardo econômico no mundo.

As tentativas de suicídio graves exigem do Sistema Único de Saúde uma série de cuidados hospitalares, e as internações duram em média 15 dias, considerando apenas os custos hospitalares a autora encontrou o equivalente a R\$ 9.560, 04 por episódio de internação com alta letalidade do método utilizado. O custo indireto familiar também foi mais elevado em casos de tentativas de suicídio do que nos de Síndrome coronariana aguda, devido a exigência de maior vigilância e cuidados nesses casos, causando maior impacto socioeconômico (SGOBIN, 2013).

Um levantamento realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) sobre os custos da violência para o sistema de saúde verificou que no ano de 2001 o custo total de perda do capital humano no Brasil foi de 1,3 bilhões, já para homicídios foi 9,1 bilhões e de acidentes de transporte 5,4. No que tange os gastos por internações por lesões autoprovocadas R\$ 507,00 com permanência de hospitalização de 4 dias (CERQUEIRA, et al, 2007).

Sgobin, (2013) argumenta sobre a dificuldade em conhecer os números exatos sobre os prejuízos socioeconômicos que a morte auto provocada gera devido à escassez de estudos que avaliem esta estimativa.

3.2 AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

Prever se uma pessoa tentará ou não o suicídio é impossível, contudo, pode-se estimar tal probabilidade através de uma avaliação dos fatores de riscos e protetivos individuais de cada paciente e então estabelecer uma intervenção mais adequada a cada caso (PRADO; RAMOS; VALE, 2018). Muitas vezes, a tentativa de suicídio não representa um desejo de morrer, mas pode significar um pedido de ajuda (TENG; PAMPANELLI, 2015).

² Custo diretamente ligado a doença como tratamento ambulatorial, diária hospitalar, medicamentos [...], (SGOBIN, 2013, p.28).

³ Perda econômica em dólar ou em anos de trabalho para a sociedade ou indivíduo devido a doença em estudo (SGOBIN, 2013, p.29).

É comum acreditar que realizar perguntas sobre o suicídio induz a pessoa a tentar o ato, entretanto, a OMS (2000) adverte que isso é um mito e, que falar sobre o suicídio é importante para conhecer os riscos envolvidos. Tal dado é corroborado por Santos (2012, p.1084), ao citar que “o paciente geralmente se sente aliviado em poder tratar de um assunto tão delicado e estigmatizado com um profissional da saúde genuinamente interessado em ajudá-lo”.

A fim de desmitificar alguns tabus em torno do tema e aumentar a qualidades dos atendimentos e das avaliações médicas, a OMS lança o manual “Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais”, essa publicação visa orientar esses profissionais no manejo mais eficiente dessa demanda (OMS, 2000).

O despreparo desses profissionais pode ser comprovado no estudo de Vidal e Gontigo (2013) que ao avaliarem a percepção dos pacientes que deram entrada nos serviços médicos de emergência em uma cidade em Minas Gerais, cujas causas eram lesões autoprovocadas, verificou-se que esses profissionais não avaliam corretamente esses pacientes, desconsiderando fatores de riscos como doenças mentais, e que, muitas vezes, liberam os pacientes sem oferecer os encaminhamentos devidos aos outros setores de serviços da rede de saúde.

Na maioria das vezes, o primeiro contato das pessoas com tentativas de suicídio são os clínicos gerais, logo, capacitar estes profissionais para realizarem uma avaliação prévia é primordial (BOTEGA, 2015).

No processo de avaliação psiquiátrica, falar sobre o tema é imprescindível, como elucidado pelos autores como Garcia; Lin (2005) ao sugerirem que o avaliador adote uma postura empática, não se desvie do tema, começando a avaliação com perguntas mais suaves e aos poucos avance para aspectos mais graves dos sintomas, com isto poderá ter um panorama completo ao compreender desde os riscos, os fatores de proteção e a história pregressa do paciente.

Wenzel; Brown e Beck (2010) sugerem alguns instrumentos que possam ser usados para auxiliar na avaliação. A Escala de Intenção Suicida (SIS) é uma entrevista semi estruturada aplicada a pessoas que possuem um histórico de tentativa (s) de suicídio, sua principal função é investigar a seriedade da ação. Outra ferramenta é a Escala de Ideação Suicida (SSI), que mensura a intensidade de pensamentos, imagens, planos e atitudes do paciente para tentar o ato.

Teng; Pampanelli (2015) apoiam esses autores e reforçam sobre a importância de verificar quais os pensamentos dos pacientes sobre a própria morte, visto que, muitas vezes a ideação suicida se apresenta através de pensamentos mais sutis como, um desejo de dormir para

sempre, e/ou vontade de sumir. Sendo crucial a verificação se o paciente já planejou o ato em algum momento.

Atender uma pessoa com ideações suicidas representa um grande desafio para os profissionais da saúde mental, que, muitas vezes, terá que desenvolver seu trabalho juntamente com os familiares e outros profissionais da saúde, tal função demandará tempo, conhecimento científico e preparo emocional (FUKUMITSU, 2013).

3.3 FATORES DE RISCOS E FATORES PROTETIVOS AO SUICÍDIO

O suicídio é um fenômeno complexo e multifacetado o que torna mais complexa sua prevenção, portanto identificar os fatores de risco é fundamental para a prevenção (MOREIRA; BASTOS, 2015). Os fatores de risco são atributos ou situações específicas, que predispõe a pessoa ou grupo a ter maior probabilidade de contrair algumas doenças ou desenvolver uma condição clínica específica (BOTEGA, 2015).

Wenzel; Brown e Beck (2010) preferem usar o termo “variáveis” para falar sobre as condições que tornam as pessoas e/ou grupos mais suscetíveis a comportamentos suicidas. Estes autores apontam quatro variáveis relevantes, são elas: variáveis demográficas (idade, gênero); variáveis diagnósticas (doenças graves e/ou transtornos psiquiátricos); variáveis do histórico psiquiátrico (tentativas anteriores) e variáveis psicológicas (desesperança, impulsividade, *déficits* na resolução de problemas).

A OMS (2006) esclarece que, a exposição ao suicídio de outras pessoas pode elevar o risco, principalmente, se for um membro da família, mas adverte que, não há estudos suficientes que identifiquem um fator genético que explique o fenômeno. E sim, que podem existir transtornos mentais, como a depressão, esquizofrenia e dependência de álcool e/ou drogas que predisponem o núcleo familiar a serem mais suscetíveis a ideações suicidas.

Cavalcante; Minayo (2012) ratificam esses dados, através da Autopsia Psicológica⁴ realizada em 51 casos de óbitos por suicídio em idosos, em que um dos achados comprovam que antecedentes familiares aumentam o risco de novas tentativas. Sgobin (2013, p.63) esclarece que “os sentimentos de abandono, culpa e raiva se misturam, podendo levar ao

⁴É uma estratégia utilizada para delinear as características psicológicas de vítimas de morte violenta, sendo utilizada durante o curso de uma investigação de morte, para auxiliar a determinar o modo de morte de um indivíduo, especialmente em casos duvidosos (WERLANG, 2012, p. 1955).

sofrimento mental intenso, e aumentar o risco de suicídio e adoecimento mental nestes familiares”.

Outros fatores de riscos são apontados por Botega (2015) sendo eles: sociodemográficos (sexo masculino, grupos étnicos minoritários, etc.); transtornos mentais (depressão, tentativa de suicídio pregressa, etc.); fatores psicossociais (abuso físico ou sexual, instabilidade familiar, desemprego) e outros (acesso a meios letais, estados confusionais letais, entre outros). Garcia; Lin (2005) destacam as doenças clínicas, principalmente aquelas em estado terminal ou que apresentam dor crônica, histórico de impulsividade, possuir acima de 40 anos e ser solteiro ou divorciado, como fatores que aumentam a probabilidade de risco.

Dados divulgados pelo MS em 2017, o grupo composto por solteiros, viúvos e divorciados apresentam maiores riscos de tentativas de suicídio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Outro dado relevante é que, na população indígena, a taxa de mortalidade é ainda maior. Fatores socioculturais e aumento considerável no consumo de bebidas alcoólicas podem ser fatores predisponentes nessa população (BOTEGA, 2014).

A divulgação de notícias sobre suicídio pela mídia é algo assinalado como um fator de risco, tal constatação foi verificada pela primeira vez no ano de 1774, em que após publicação da novela de *Goete Die Leiden* em que retratava de forma romantizada o suicídio do jovem Werther, houve números crescentes de casos de tentativas de suicídios imitando a personagem. A partir de então, a suicidologia⁵ usa o termo “Efeito Werther” para designar casos de imitação de suicídio (OMS, 2000).

Uma investigação minuciosa é primordial, visto que, as ideações suicidas possuem grande relação com transtornos mentais, os quais representam um dos principais fatores de risco para o suicídio, a depressão, a esquizofrenia, o transtorno bipolar e a dependência de álcool e drogas estão entre os principais, havendo um agravamento do quadro clínico, se algum destes transtornos apresentarem comorbidade (BOTEGA, 2015).

Estudos indicam que cerca de 80 a 100% das pessoas que morrem por suicídio apresentam algum transtorno mental. Nos transtornos do humor, principalmente na depressão, estima-se que de 6 a 18% dessas pessoas possam vir a realizar o ato, enquanto que no alcoolismo esse número varia de 7 a 15%, já em pessoas com esquizofrenia o número é 4 a 10% (OMS,

⁵A suicidologia é, presentemente, um agregado de tópicos, muitas vezes, heterogêneos, mas relacionados uns aos outros por um repertório de "palavras-chave", de conceitos, de enfoques que têm como centro o fenômeno referido como suicídio (RAMOS, 1974, p.93).

2000). Como apontam os dados a prevalência de suicídios em pessoas diagnosticadas com transtornos mentais é alta, por isso o diagnóstico precoce é fundamental para a prevenção.

O transtorno depressivo é a principal variável etiológica dos comportamentos suicidas, visto que 90% dos indivíduos que atentam contra a vida são diagnosticados com esse transtorno mental (WENZEL; BROWN; BECK, 2010). De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) “a característica comum desses transtornos é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo” (DSM-V, 2014, p.155).

Estudos conduzidos por Santos et al (2009) revelaram que dos 96 pacientes que atentaram contra a própria vida admitidos no setor de emergência do Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA) no período de abril de 2006 à março de 2007, 71,9% apresentaram prevalência de episódio Depressivo Maior, 38,9% relataram abuso e/ou dependência de psicoativos, 21,9% sofriam de estresse pós-traumático, 17,7% apresentavam dependência de álcool e 15,6% de esquizofrenia. Outro fator relevante neste estudo é que 25% desses pacientes apresentavam ao menos duas comorbidades. As pessoas em estado depressivo sentem desesperança e que estas estão relacionadas com as ideações suicidas (WENZEL; BROWN; BECK, 2010).

Estima-se que mais de 300 milhões de pessoas no mundo sofrem de depressão, embora exista tratamentos eficazes, menos da metade dessas pessoas tem acesso a esses serviços. O estigma em torno da doença; a falta de profissionais capacitados e os recursos limitados fazem com que a depressão seja considerada uma das doenças mais incapacitantes do mundo, devido à estreita relação que dispõe com outras doenças, principalmente com o suicídio (OPAS, 2018)

A esquizofrenia é outro transtorno que possui exígua associação com tentativas de suicídio (WENZEL; BROWN; BECK, 2010). Surge na adolescência ou início da vida adulta e atinge 1% da população mundial, há graves alterações no funcionamento mental que podem ser divididas em sinais e sintomas. Os sintomas positivos incluem as alucinações e os delírios que fazem com que a pessoa apresente ruptura com aspectos da realidade, enquanto que os sintomas negativos são marcados por empobrecimento do pensamento, humor negativo e impulsividade (HALES; YUDOFISKY; GABBARD, 2012)

Dados mostram que 5% das pessoas que possuem diagnóstico de esquizofrenia cometem suicídio, tal número, se comparado a população em geral, aumenta em até 12 vezes a possibilidade de tirar a própria vida, isso porque esses indivíduos são atormentados por delírios

persecutórios e alucinações auditivas que os induzem a agredir outras pessoas ou a si mesmos (BOTEGA, 2015). Outro fator preocupante e o que mostrou a pesquisa conduzida por Nicolino et al (2011) em 14 pacientes de um ambulatório de psiquiatria, verificou-se que 64,3% deles não aderem ao tratamento medicamentoso.

O transtorno por Uso de Álcool é igualmente relacionado a maior incidência de risco de tentativas de suicídio. Ele se caracteriza por “um padrão problemático de uso de álcool, levando ao comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo” (DSM, 2014, p.491). Ainda de acordo com o DSM, o fator genético tem grande influência no consumo abusivo de álcool, assim, pessoas com parentesco próximo podem ter um risco elevado, representando 40 a 60% mais de “chance” de desenvolver algum transtorno por uso de álcool.

No Brasil, estima-se que mais de 67 milhões de pessoas fazem uso de álcool regularmente, desse percentual 11 milhões apresentam dependência ou uso abusivo da substância (CANTÃO; BOTTI, 2016). Outro fator preocupante é que, geralmente, o Transtorno por Uso de Álcool apresenta comorbidade com um ou mais transtornos, agravando ainda mais o quadro clínico, deixando a pessoa mais suscetível a ideias suicidas (ALVES; KESSLER; RATTO, 2004).

Do mesmo modo que existem os fatores de risco, são apontados alguns fatores que diminuem a probabilidade de mortes por suicídio. Dentre os fatores protetivos, autores como Prado; Ramos e Vale (2018) destacam que possuir vínculos afetivos (com amigos, familiares, animais) e ter crenças religiosas, culturais e étnicas; tempo para lazer e envolvimento com a comunidade, além de acesso a serviços de saúde mental. As boas habilidades de comunicação e confiança em si mesmo podem contribuir significativamente para a redução de ideias suicidas (OMS, 2000).

Enquanto que, o estudo conduzido por Figueiredo et al (2015) apoiam os dados apresentados, e trazem dois achados interessantes, em pesquisa realizada com 87 idosos, verificaram que a autonomia para tomar decisões e convivência com animais de estimação diminuem as ideias suicidas.

Em estudo exploratório conduzido por Benicasa; Rezende (2006), com 32 adolescentes de classe social “A” e “C” identificou-se como os principais fatores de proteção: ter a família próxima e alguém confiável para se abrir, sendo que este último fator foi identificado por todos os participantes como de extrema relevância.

Brás; Jesus e Carmo (2016) do mesmo modo, conduziram pesquisa com 344 adolescentes, com idades entre 14 e 19 anos, sendo 144 do sexo masculino e 200 do sexo feminino, que ficaram evidentes em suas narrativas e que as razões para viver; autoestima e a satisfação com o suporte social criam barreiras protetivas contra o suicídio.

Conhecer os fatores de proteção se revela com extrema relevância para a prevenção ao suicídio, contudo autores como Wenzel; Brown; Beck (2010), Botega (2015) e Brás; Jesus; Carmo (2016), advertem que estes vem sendo menos estudados que os fatores de risco.

3.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO

Compreendem-se Políticas Públicas como um conjunto de ações desenvolvidas pelo Estado em resposta às demandas, problemas e conflitos de determinado grupo social (DALFIOR; LIMA; ANDRADE, 2015). Para Viana; Baptista (2012, p.60) Políticas Públicas são definidas como: “o processo de construção de uma ação governamental para um setor, o que envolve recursos, atores, arenas, ideias e negociações”.

Para Souza (2006) a formulação de Políticas Públicas é efetivada através de ações e programas que visam à resolução de determinados problemas ou mudanças em um determinado quadro, contudo. Secchi (2010) aponta sete fases no processo de elaboração de uma política pública, são elas: “identificação do problema; formação da agenda; formulação de alternativas; tomada de decisão; implementação, avaliação e extinção” (p.33).

A primeira fase, verifica-se a extensão do problema a ser enfrentado, o que estaria dentro do aceitável e o que extrapola essa normalidade. Na fase seguinte têm-se a formulação da agenda, consiste em especificar qual problema “merece” ser discutido.

Souza (2006) aponta três possibilidades para que um problema possa entrar na agenda, a primeira é quando se assume que algo deve ser feito frente a uma problemática; a segunda é a construção de uma consciência coletiva; por último se dá através de uma mudança brusca como um processo eleitoral, mudança de partido ou de ideologias.

Enquanto que, na formulação de alternativas, principia a elaboração de estratégias de ação e/ou programas visam alcançar os objetivos estabelecidos. O próximo passo é a tomada de decisão, momento este, em que são explicitados os objetivos e métodos possíveis para enfrentar o problema, a próxima etapa é a implementação, nela, busca-se através de planos

estratégicos, colocar em ação os planos, considerando possíveis falhas e obstáculos frente aos objetivos pretendidos (SECCHI, 2010).

No processo de avaliação, que consiste o penúltimo passo, analisam-se os métodos foram eficazes, quais foram as falhas, o que pode ser corrigido para eventual reaplicação do projeto ou programa. Por fim, a fase de extinção, está pode acontecer a partir de três indicadores: a) o problema foi resolvido; b) as ações são percebidas como ineficazes; c) o problema á foi resolvido (SECCHI, 2010).

Os programas devem ser desenvolvidos de acordo com determinados padrões, ter embasamento teórico, planejamento metódico, possibilitando assim, uma avaliação dos resultados e objetivos propostos. Assim, o Estado, como “detector do poder” pode tanto apoiar as iniciativas individuais e/ou comunitárias que já se apresentam sendo desenvolvidas visando à diminuição de determinado problema ou pode agir de acordo com seus próprios interesses, ignorando completamente a mobilização social, contudo fortalecer essas iniciativas pode representar um avanço na implementação de programas preventivos (SAWAYA, 2006).

Bertolote (2012) relata que os programas de prevenção ao suicídio existem há mais de 100 anos, contudo a falta de informação sobre seus objetivos, métodos e processos avaliativos fazem, com que, estes se equiparem a ações filantrópicas, impossibilitando a reaplicação dos mesmos para outros contextos, representando um obstáculo na angariação de financiamentos.

Seguindo o viés dos autores supracitados Botega et al (2006) apontam que o Brasil até meados do ano 2000, não via o suicídio como um problema de Saúde Pública e que suas ações só começaram, de fato, quando a OMS volta seu olhar para os elevados índices de mortes voluntárias.

Nesse contexto, o Brasil principia suas estratégias visando prevenir os comportamentos suicidas. Bertolote (2012) pontua três tipos de prevenção que podem integrar os programas de prevenção ao suicídio, sendo elas: universal, seletiva e a indicada. A primeira diz respeito às ações desenvolvidas visando atingir toda a população, levando informação sobre o tema, objetivando impedir que tal comportamento venha a aparecer como, por exemplo, no dia 10 de setembro em que é comemorado o dia mundial de prevenção ao suicídio. Já a seletiva, destina-se a atingir um público que tenha predisposição em desenvolver o comportamento como, pessoas com transtornos mentais e que apresentem outros fatores de riscos, enquanto a prevenção indicada visa aqueles indivíduos que estão mais propensos a tais comportamentos como, por exemplo, aqueles que possuem histórico de tentativa do ato uma ou mais vezes.

Uma das primeiras estratégias, surge no ano de 2006, ao lançar as Diretrizes Brasileiras para um Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio (Portaria 1.876/2006), na qual são estipulados alguns objetivos estratégicos voltados à identificação de fatores de risco ao suicídio, sensibilização da população através da informação, execução de projetos de prevenção e qualificação de profissionais da saúde (BRASIL, 2006).

Em consonância com o Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio, o MS em parceria com a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e o Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) lança o Manual de Prevenção do Suicídio, material dirigido aos profissionais das equipes de saúde mental que traz informações importantes na detecção precoce de doenças mentais e possíveis correlações com os comportamentos suicidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Visando diminuir as subnotificações de suicídios a OPAS lança “O Plano de Ação em Saúde mental 2015-2020”, na qual os países participantes se comprometem a acompanhar os números de mortes por suicídio, bem como promover ações objetivando diminuir os índices. O Brasil foi um dos países que se comprometeu com essa ação, através do desenvolvimento de políticas públicas de prevenção (OPAS, 2014).

Seguindo tal viés, o Ministério de Saúde lançou a Portaria Ministerial nº 204/2016, na qual estipula que os serviços de saúde, públicos ou privados, devem notificar em até 24 horas atendimentos que envolvam a ocorrência tentativas de suicídio ou o ato em si (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

De acordo com os dados da OMS (2014), os países devem aumentar suas estratégias de prevenção ao suicídio através de uma gama de medidas que englobem questões como restrições aos meios instrumentais como armas e pesticidas e a realização de maiores investimentos na formação de profissionais que lidam direta ou indiretamente com estes casos, como os profissionais da saúde, policiais, educadores e profissionais da mídia.

Outra ação foi desenvolvida pela OPAS que preocupada com a influência da mídia no aumento dos casos de suicídio, realizou em 2017 uma capacitação com 150 profissionais da mídia, na qual discutiram sobre a cobertura responsável em casos de suicídio. Dentre as recomendações estão: evitar títulos sensacionalistas, não expor cartas de despedidas, evitar fotos desnecessárias e sempre que possível indicar programas ou redes de apoio e ou telefones de ajuda (OPAS, 2017). A preocupação com a influência da mídia também foi anteriormente

expressa pela OMS (2000), em que apresenta uma cartilha orientando tal classe, enfatizando a importância da mídia na prevenção.

Através da Revisão Sistemática desenvolvida por Machado; Leite; Bando (2014), sobre a implantação de Políticas Públicas no Brasil, verifica-se que estas ainda não são vistas como prioridades no campo da saúde pública nacional, apesar das indicações e solicitações da OMS.

3.4.1 O papel do psicólogo no desenvolvimento de políticas públicas

Por muito tempo, o psicólogo desenvolve seu trabalho voltado, principalmente para o atendimento clínico, atingindo uma demanda privilegiada da população (SILVA; CARVALHAES, 2016). Na década de 70, com a intensificação das lutas sanitárias e antimanicomial uma parcela dos psicólogos começaram a se posicionarem criticamente frente as situações de opressão em que vivia o país, criando a Psicologia social e comunitária (FERRAZZA, 2016).

Com a Constituição Federal de 1988, e a criação a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) através das Leis 8.080/90 e 8.142/90 surge uma nova proposta de saúde, com atendimento integral, descentralizadas e regionalizadas e, é nesse contexto, que o psicólogo é inserido nas equipes de saúde, através de um trabalho multidisciplinar (DIMENSTEIN, 1998).

Lo Bianco et al (1994) enfatiza que um dos principais fatores que contribuíram para a inserção desse profissional na saúde pública foi a necessidade do Estado em diminuir os custos hospitalares ampliando as ações em nível primário. Essa nova demanda, faz com que o psicólogo repense sua atuação, que até o momento era ligada ao nível secundário, remediativo, possuindo uma expressiva inexperiência em estratégias preventivas.

Contudo seu processo de formação que até meados da década de 90 era pautada no ensino do exercício profissional, autônomo e liberal da profissão, em suma, a prática clínica, representou um dos impasses na atuação do psicólogo no sistema público de saúde (FERREIRA NETO, 2010).

Hoje, o psicólogo, está inserido em diversas áreas, e isso possibilita seu envolvimento e discussões em prol de grupos que vêm sofrendo com a violação dos direitos, das crianças e adolescentes, dos idosos, contra a homofobia, na luta pela igualdade de gênero, debates sobre medidas socioeducativas, ampliação e melhorias no SUS e SUAS (FERRAZZA, 2016).

Esse novo olhar da psicologia sobre as questões sócias também está impresso no seu código de ética através do princípio I que diz: “o psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos” (CFP, 2005, p. 7).

No que tange a temática suicídio, várias ações vêm sendo desenvolvidas com o intuito de contribuir para prevenção, visto que o psicólogo está intimamente ligado com a problemática do suicídio. Assim através de seus órgãos colegiados (Conselho Federal de Psicologia e os Conselhos Regionais) o psicólogo participa de inúmeros debates de mobilização tanto da categoria quanto da sociedade.

Estimando o crescimento dos psicólogos nas políticas públicas, em 2006 a CFP cria o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas do Conselho Federal de Psicologia (CREPOP/CFP) com o objetivo principal de promover a qualificação dos psicólogos que atuam junto as políticas públicas, além da divulgação de práticas inovadoras por esses profissionais (CFP, 2007).

Outra ação da classe, foi o lançamento do livro “O Suicídio e os Desafios para a Psicologia”, esta obra é fruto da repercussão de dois debates *online* realizados pelo CFP sobre a temática, o primeiro titulado “Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica” realizada em 24 de junho, o outro ocorreu em 21 agosto de 2013 com o título de “Suicídio: o luto dos sobreviventes”. Essa publicação visa orientar os profissionais de psicologia no atendimento a pessoas com “potencial” suicida (CFP, 2013).

Nesta obra o CFP assume a responsabilidade de promover mais ações visando maior acesso a informações e materiais pertinentes a prevenção do suicídio, possibilitando maior qualificação a esses profissionais afim de melhorar o apoio e a reabilitação das pessoas com comportamentos suicidas (CFP, 2013). Além das publicações sobre a temática o CFP vem participando de discussões sobre a implementação de políticas públicas de prevenção ao suicídio, como por exemplo, a participação de audiência pública sobre o suicídio no senado promovido pela Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDHLP) (CFP, 2018).

Nesse sentido, a psicologia tem muito a contribuir na promoção de políticas públicas de prevenção ao suicídio, visto que esse é um problema de cunho social, econômico e político e que precisa da movimentação de todos os setores da sociedade e que está muito presente no dia a dia da profissão (CFP, 2013).

Como demonstra os dados acima o profissional de psicologia está constantemente lidando com casos de tentativas de suicídio, por isso o desenvolvimento pesquisas nesta área e extremamente importante para dar maior embasamento teórico e clínico na atuação desse profissional, visto que essa é uma temática complexa e sensível que demanda muito conhecimento, habilidades e competência do psicólogo.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho foi elaborado através de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), por meio de pesquisas nas bases de dados *Scielo* (*Scientific Electronic Library Online*), *Lilacs* (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), *Pepsic* (Periódicos Eletrônicos de Psicologia), na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e dissertações - BDTD e no buscador Google *Scholar* (Google Acadêmico). Para tal foram utilizados os descritores: Suicídio e Políticas Públicas, com o qualificador PX e a palavra-chave: Programas de Prevenção ao Suicídio.

Dentre os critérios de inclusão utilizaram-se todos aqueles que se relacionassem com o tema central da pesquisa, publicações e pesquisas em nível nacional, abrangendo artigos, teses e dissertações, publicadas no período de 2008 a 2018 nas bases de dados supracitados. Como critérios de exclusão, envolveram todas as publicações em duplicidade nas bases pesquisadas, que não estivessem em português e todas aquelas que não se enquadravam nos critérios de inclusão.

As buscas aconteceram entre os meses de março e setembro de 2018, se intensificando mais nos meses de agosto e setembro. Ao todo foram encontrados 10 artigos científicos retratando algum programa de prevenção, portanto, após leitura dos mesmos, 3 foram retirados da amostra por se tratarem de estudos internacionais, e outros três artigos por apresentarem duplicidades nas bases de dados.

Na base de dados *Pepsic* foram encontrados 108 artigos sobre o tema “suicídio”, porém, apenas 01 atendia às especificações do estudo, na base de dados *Scielo* foram encontrados 96 artigos, dos quais 02 artigos atendiam as especificações do estudo e no buscador Google *Scholar* foram disponibilizados 15.100 resultados e após acrescentar o especificador PX, obteve-se 4.200 resultados, entretanto das publicações localizadas apenas 04 envolviam o tema, destes, 03 foram eliminados por duplicidade com as outras bases de dados pesquisadas, sendo utilizado apenas 01. Na BDTD foram encontradas três teses, mas somente uma atendeu aos objetivos desse estudo. Não foi encontrada nenhuma dissertação sobre a temática.

Deste modo, os trabalhos que embasaram esse estudo foram quatro artigos científicos e uma tese. Para tabulação e análise dos dados coletados, elaborou-se uma tabela contendo o número (para posterior identificação), a base de dados, autor(es), ano, título da obra, objetivos,

métodos e resultados alcançados, para posterior discussão acerca dos resultados evidenciados pelas pesquisas dos referidos autores, envolvendo o tema deste trabalho.

Em sequência, foram desenvolvidas tabelas de análise dos programas de prevenção ao suicídio em âmbito nacional contendo: data de início, a iniciativa, público contemplado, as intervenções realizadas, as quais variaram entre 02 e 03 intervenções, os principais resultados, o método avaliativo do programa e as possíveis fragilidades do mesmo, objetivando incorporar os dados da discussão em complementariedade aos dados dos programas atualmente existentes em nível nacional, a fim de alcançar os objetivos pretendidos por este trabalho.

Quadro 1: Artigos seleccionados para análise

Nº	Base de dados	Autor (es) ano	Título da Obra	Objetivos	Método	Resultados
1	Scielo	Conte, et al (2017)	Programa de prevenção ao suicídio: estudo de caso em um município sul do Brasil.	Analisar uma experiência que vem obtendo êxito em um município brasileiro.	Estudo de caso	Diminuição das taxas de mortalidades por suicídio de 5 óbitos por ano para 3,6 aproximadamente.
2	Pepsic	Feijoo (2018)	Por um Núcleo de atendimento clínico a pessoas em risco de suicídio	Criar um núcleo de atendimento clínico, com a devida formação dos estudantes e profissionais de psicologia para lidar com pessoas	Estudo de caso	Os casos atendidos demonstraram diminuição das ideações suicidas.
3	Scielo	Souza, et al, 2014	Programa de apoio a vida (PRAVIDA): integrando pesquisa, intervenção e ensino para a prevenção do suicídio.	Apresentar a experiência do programa PRAVIDA	Estudo de caso	Não houve casos de reincidência de tentativas de suicídio durante o programa de 3 meses.
4	Google Scholar	Dockhorn (2008)	Programa CVV: prevenção do suicídio no contexto das Hotlines do voluntariado	Contextualizar historicamente esse tipo de serviço	Estudo descritivo	Apresentam o crescimento desse serviço.
5	BDTD	Cais (2011).	Prevenção do suicídio: Estratégias de abordagem aplicada no município de Campinas, SP	Avaliar os resultados da implantação de estratégias de prevenção do suicídio no município de Campinas	Estudo de intervenção longitudinal, não controlado	A capacitação foi eficaz em promover mudanças desejadas nos profissionais de Saúde, tanto do ponto de vista de mudanças de atitudes, quanto de aprimoramento nos conhecimentos/habilidades clínicas em prevenção do suicídio. Notaram-se benefícios a adesão dos mesmos ao tratamento em saúde mental, e também pontos de possível aprimoramento no fluxo e acolhimento dos pacientes que tentaram o suicídio.

Fonte: SILVA, Andréia Borges da, 2018.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Tabela 1- Programa 1

1 - Programa Prevenção ao Suicídio – PPS	
Início	2009
Iniciativa	Secretaria Municipal em parceria com a EMATER e profissionais da saúde
Profissionais envolvidos	Psicólogos, assistentes sociais, enfermeira
Público contemplado	Cidade de Candelária com 30 mil habitantes
Intervenção 1	Desmistificar o tema da morte por suicídio
Intervenção 2	Capacitação de profissionais da saúde
Intervenção 3	Atendimento aos sobreviventes
Principais resultados	Redução das taxas de mortalidades por suicídio passando de 6,5 para 3,6 casos ao ano.
Método avaliativo do programa	São realizados pela própria equipe através do aumento de procura por atendimento no CAPS, pela satisfação dos usuários, resolubilidade da atenção, monitoramento da retirada de medicamentos.
Possíveis fragilidades do programa	Pode ocorrer a sobrecarga de trabalho para os profissionais do CAPS.

Fonte: SILVA, Andréia Borges da, 2018.

Tabela 2- Programa 2

2 - Programa PRAVIDA	
Início	2004
Iniciativa	Universidade Federal do Paraná
Público contemplado	345 por três meses no período de 2010 – 2013
Profissionais envolvidos	Psicólogos, psiquiatras e acadêmicos de psicologia e medicina
Intervenção 1	Capacitação teórica dos integrantes do programa
Intervenção 2	Promoção de curso de prevenção para profissionais da saúde e acadêmicos
Intervenção 3	Assistência terapêutica dos pacientes que dão entrada no Hospital Universitário Walter Cantídio com histórico
Principais resultados	Não houve novas tentativas de suicídio durante o programa
Método avaliativo do programa	O artigo não demonstra se esse programa teve algum tipo de avaliação.
Possíveis fragilidades do programa	Número pouco representativo em relação ao número de habitantes de Fortaleza.

Fonte: SILVA, Andréia Borges da, 2018.

Tabela 3- Programa 3

3 - Núcleo de atendimento clínico	
Início	Não divulgado
Iniciativa	Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ
Público contemplado	Não disponibilizado
Profissionais envolvidos	Estagiários de psicologia e psicólogos
Intervenção 1	Preparação dos profissionais
Intervenção 2	Realização de atendimentos clínicos
Principais resultados	Redução de ideações suicidas após atendimento
Método avaliativo do programa	Qualitativo, através de relato dos participantes
Possíveis fragilidades do programa	Quantidade limitada de atendimentos em comparação a extensão do problema

Fonte: SILVA, Andréia Borges da, 2018.

Tabela 4 - Programa 4

4 - Programa CVV de prevenção ao suicídio	
Início	1962
Iniciativa	Estudantes das escolas da Federação Espírita de São Paulo
Público contemplado	População em geral
Intervenção 1	Treinamento dos voluntários
Intervenção 2	Prestar apoio emocional a pessoas em crise suicida
Principais resultados	Aumento do número de pessoas que procuram o serviço.
Método avaliativo do programa	O artigo revela que ainda faltam pesquisas avaliando a eficácia desse tipo de programas
Possíveis fragilidades do programa	Pesquisas incipiente para averiguar a eficácia do serviço

Fonte: SILVA, Andréia Borges da, 2018.

Tabela 5- Programa 5

5 - Prevenção do suicídio: estratégias de abordagem aplicadas no município de Campinas-SP	
Início	2010
Iniciativa	UNICAMP
Público contemplado	67 pacientes
Profissionais envolvidos	Médicos, enfermeiras e psicólogos
Intervenção 1	Capacitação dos profissionais da saúde
Intervenção 2	Monitoramentos dos indivíduos que tentaram suicídio
Principais resultados	Ampliação do conhecimento da equipe de saúde e nenhum óbito por suicídio dos 67 pacientes monitorados
Método avaliativo do programa	Analisou as mudanças de conhecimento, habilidades clínicas e atitudes das equipes de saúde em relação ao comportamento suicida através de uma entrevista semi estruturada e a avaliação qualitativamente alguns casos monitorados através de relatos dos pacientes
Possíveis fragilidades do programa	Pouco tempo de monitoramento dos pacientes

Fonte: SILVA, Andréia Borges da, 2018.

Como demonstram as tabelas acima, os programas 1, 2, 3 e 5 focaram em mais de um tipo de intervenção, sendo que a primeira foi a de qualificar os profissionais da saúde para o atendimento de pacientes com histórico de tentativa de suicídio. Vital Gontijo (2013) argumenta que nem todos os profissionais da saúde estão preparados para lidar com esses pacientes e muitas vezes demonstram atitudes negativas prejudicando ainda mais os mesmos.

Botega (2015) corrobora com esses autores e afirma que, essas atitudes hostis por parte da equipe pode significar uma dificuldade desse profissional em compreender que existe uma diferença significativa entre tratar o paciente e ser responsável pela vida dele.

Em consonância com os autores supracitados, a preocupação com a qualificação dos profissionais da saúde para o atendimento de pacientes que tentaram suicídio está presente, já nas primeiras estratégias lançadas pelo Brasil em 2006, através das Diretrizes Brasileiras para um Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio (Portaria 1.876/2006). Que traz em um dos seus objetivos a promoção da educação dos profissionais da saúde em todos os níveis de assistência.

Gutierrez (2014) ratifica os argumentos referidos, pois para ele, a relevância da capacitação da equipe de saúde diante de pacientes em crise suicida é fundamental, já que a forma como esses pacientes vão ser acolhidos será um fator determinante na adesão ao tratamento. Fukumitsu (2015) também destaca que toda tentativa de suicídio deve ser encarada com seriedade por parte da equipe de saúde, tendo em vista que o fenômeno apresenta uma ambivalência, entre a vontade de viver e o desejo de acabar com a dor.

Assim como demonstram os autores mencionados acima, pode-se evidenciar que a preocupação em torno da acolhida da pessoa que tentou se matar é grande, visto que, muitas dessas pessoas ao adentrarem os centros de saúde estão fragilizadas e precisando de apoio emocional. Dessa forma, um manejo adequado por parte equipe de saúde pode ser fator decisivo na melhora desse quadro clínico.

Um fator interessante e apresentado pelo programa 1, ele é o único que traz como métodos de intervenção, o atendimento aos sobreviventes. Fukumitsu et al (2015, p. 60) se refere a essa intervenção como posvenção para ela “A posvenção é toda e qualquer atividade, depois de um suicídio a fim de prevenir outro ato suicida ou a sua tentativa”. Botega (2015) apresenta uma explicação para esse fato ao afirmar que esse tipo de intervenção é raro, apesar de ser extremamente importante, visto que as pessoas próximas ao suicida experimentam sentimento de culpa, arrependimentos e desamparo.

A OMS (2000) também reconhece a importância do cuidado com os sobreviventes, já que para cada morte voluntária, pelos menos, outras seis pessoas são afetadas, ainda esclarece que “o impacto psicológico, social e financeiro do suicídio em uma família e comunidade é imensurável” (p. 04).

Sobre o papel do psicólogo nos programas de prevenção ao suicídio, pode se verificar que este profissional encontra-se em quatro dos cinco programas. Tanto os profissionais de psicologia, como os acadêmicos dessa área e os outros profissionais da saúde, desempenham papel ativo na formulação, implantação e desenvolvimento desses programas e, apesar de não aparecer no programa 4, por se tratar de voluntários, os autores de estudo argumentam sobre a importância do envolvimento desse profissional neste segmento, podendo atuar no treinamento dos voluntários e atendimento *hotlines*.

Os estudos 1, 3, 4 e 5 são os que contemplam maior número de pessoas atendidas, porém, esses mesmos programas admitem que o público contemplado representa uma pequena parte da demanda existente. Bertolote (2012) acredita que um dos fatores que dificultam a prevenção do suicídio, incide justamente no fato de que as iniciativas de programas preventivos partem de regiões locais, isso faz com que poucas pessoas tenham acesso a esses programas e que tal prevenção só seria realmente efetiva se partissem da esfera federal englobando toda a população.

Secchi, (2010) discorda de Bertolote e afirma que as essas ações são importantes, pois favorecem a mobilização social, ampliando a consciência coletiva de que alguma coisa deve ser feita diante da problemática. Outro ponto positivo é que essas estratégias podem favorecer para que o fenômeno entre na agenda política.

Conte et al, (2017, p. 02) admite desconhecer essas iniciativas ao afirmar “ainda que existam ações de prevenção a violência no Brasil, não foram encontrados referências específicas de programas de prevenção do suicídio, embora possam estar sendo gestadas ações locais ainda não suficientemente avaliadas e divulgadas”.

Conte et al (2017) aponta que uma fragilidade do programa 1 é uma possível sobrecarga dos profissionais que atendem no CAPS, visto que as informações levadas à comunidade podem aumentar a procura por atendimento, tal constatação, indica que o sistema público de saúde não está preparado para lidar com o contingente de pessoas que precisam de atendimento psicológico, mesmo sabendo da importância dessas unidades de saúde para a população e prevenção do suicídio. Em dados divulgados pelo Ministério da Saúde indicam que a existência de um CAPS no município reduz em 14% o risco de suicídio (MS, 2017). Esse dado demonstra a necessidade

de expansão dos Centros de Atenção Psicossocial, para que mais pessoas tenham acesso a esse serviço.

Os estudos de Wenzel; Brown e Beck (2010); Bertolote (2012); Botega (2015) ratificam essa necessidade de maior atenção à saúde mental, pois averiguaram que mais de 90% das pessoas que comentem suicídio sofrem de algum transtorno mental. Logo, entende-se que deve haver um investimento considerável na área da saúde, principalmente em níveis primários e secundários.

Esse fato também pode ser constatado no estudo de Sgobin (2013) que ao avaliar os custos diretos e indiretos que as tentativas de suicídio têm para o SUS, verificou que uma internação por lesões graves autoprovocadas demandam recursos econômicos que equiparam aos custos internações de doenças graves, consumindo recursos que poderiam ser alocados para outros setores, pois de acordo com a OMS (2000) os óbitos voluntários podem ser evitados na maioria das vezes.

Sobre as avaliações dos programas, os artigos 1, 3, afirmam que foram feitas através dos relatos dos profissionais da saúde e dos usuários. Enquanto que os artigos 2 e 4 não apresentaram nenhum método avaliativo realizando, apenas a descrição das ações. Tais dados podem ser classificados como possíveis fragilidades.

Nesse sentido, Bertolote (2012) afirma que os programas “continuam inspirados nos mesmos princípios filantrópicos dos programas pioneiros e não são planejados com a finalidade precípua de serem avaliados” (p.97). Salgado (2016) também argumenta sobre a necessidade de avaliação dos programas para verificar se os objetivos pretendidos estão sendo atingidos, ou se necessita de mudanças.

Secchi, (2010) ao falar sobre as etapas do desenvolvimento de políticas públicas, afirma que a avaliação de um programa é um passo importante no processo, visto que é através dele que se conhecerá as falhas, os impasses, e as prováveis mudanças. E que caso essa etapa não seja efetuada pode ocorrer a extinção da ação, devido à incerteza de sua eficácia.

Cais (2011) apresenta que o programa 5 também foi o único que além da avaliação qualitativa, por profissionais e usuários da saúde, realizou a aplicação de uma entrevista semi estruturada para verificar as possíveis mudanças na equipe de saúde.

O caso do programa 4 apresentado Dockhron; Werlang (2008) que a partir do acordo firmado em 2001, com o

Ministério da Saúde passa a ter incentivo financeiro do Governo. Só este ano 500 mil foram liberados para a ampliação da gratuidade nas ligações para o telefone do Centro de Valorização da Vida (MS, 2018). Ainda de acordo com este órgão, estima-se que serão investidos mais de 12 milhões em programas preventivos, e que desse montante uma parte será destinada a ações voltadas para a prevenção das mortes voluntárias.

Esses dados expõem uma das preocupações demonstradas por Bertolote (2012, p 98) ao afirmar que muitos desses programas demandam de investimentos financeiros governamentais ou privados, assim, “A validação científica de resultados é um requisito fundamental para adquirir credibilidade, eventualmente, ter acesso a verbas governamentais”.

Algumas lacunas foram percebidas neste estudo, tais como, a inexistência de avaliação criteriosa dos programas de prevenção, identificação do público atendido e o valor investido nos programas.

Outra lacuna encontrada por esse estudo foi à inexistência de trabalhos científicos em nível nacional que descrevem programas de prevenção realizados em escolas, visto que a literatura internacional apresenta algumas iniciativas exitosas. Como o caso do programa +Contigo concretizado em Coimbra, esta iniciativa tem como objetivo promover a saúde mental, o bem estar e prevenir comportamentos suicidários de jovens estudantes. Para isso, busca qualificar profissionais da saúde e aumentar sua proximidade com o ambiente escolar; qualificar professores e demais envolvidos na educação e sensibilização da gravidade do problema, desmistificando mitos sobre o tema e intensificando a fiscalização de comportamentos suspeitos.

Outra importante iniciativa é o programa *BELIEVE*, que busca avaliar a autoestima e a capacidade de resolução de problemas dos estudantes e intervir para sua melhoria visando prevenir comportamentos suicidários. A OMS (2000) apoia essas ações e reconhece que o âmbito escolar pode ajudar a evitar essas mortes precoces, promovendo informações pertinentes a temática e auxiliando na detecção de tais comportamentos.

Um dado positivo nos achados desta pesquisa foi que, o Psicólogo é destacado nestes programas como agente ativo na implantação e desenvolvimento das políticas públicas de saúde, visto que ele se encontra na maioria desses programas, na formulação, implementação e nas intervenções, demonstrando que esse profissional tem muito a contribuir nesta área.

Diante dos dados apresentados verifica-se que ainda são poucos os estudos, em nível nacional, sobre a divulgação de programas de prevenção e a avaliação cientificamente. Assim, espera-se que o presente trabalho possa contribuir para que novas pesquisas sejam desenvolvidas, possibilitando maior compreensão do tema e desenvolvimento de ações preventivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas públicas de prevenção ao suicídio no Brasil ainda têm muito a avançar, como mostra essa pesquisa, mesmo diante das exigências estabelecidas pela OMS. Um passo fundamental é a ampliação de estudos científicos sobre a eficácia de intervenções já em andamento, maior divulgação dos resultados e possíveis replicações desses programas em outros Estados brasileiros.

Diante da pesquisa realizada, pode-se verificar que o número de trabalhos científicos sobre a temática “suicídio” procede aumentando consideravelmente, contudo ainda são poucos os que abordam estratégias de prevenção e a eficácia de programas preventivos que estão em andamento no Brasil.

Um dado interessante comprovado pela pesquisa é que as Universidades estão se destacando na implementação de ações estratégicas de prevenção ao suicídio, contando com a colaboração de vários profissionais da área da saúde e tendo a participação ativa de psicólogos e acadêmicos. Essa informação evidencia que a psicologia está deixando de ser uma ciência elitista, voltando-se para as questões emergentes, assumindo um compromisso social.

O estudo possibilitou verificar que os poucos programas de prevenção ao suicídio realizados no Brasil são locais e, por isso não contemplam um número expressivo de da população. Outro fator preocupante e com a relação aos estudos sobre a efetividade desses programas, que têm se mostrado incipientes, tornando impossível comprovar a efetividade das ações realizadas.

Em suma, apesar de ser um tema complexo que reflete em toda sociedade as políticas públicas de prevenção ao suicídio ainda são limiares diante da problemática do fenômeno. Neste sentido, esta pesquisa entende que ainda falta uma mobilização da sociedade e órgãos competentes na elaboração de políticas públicas voltadas para a prevenção do suicídio, consequentemente uma maior valorização da vida.

REFERÊNCIAS

ALVES, Hamer; KESSLER, Felix; RATTO, Lilian Ribeiro Caldas. Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. **Rev Bras Psiquiatr**, 2004 v.26. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a13v26s1.pdf> acesso em: 12 out. 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Estatístico de transtornos Mentais – **DSM-V**. ed. 5°. Porto Alegre: Artmed, 2014. 948 p.

BENINCASA, Miria; REZENDE, Manuel Morgado. Tristeza e suicídio entre adolescentes: fatores de risco e proteção. **Bol. Psicol.** v.55 n.124 São Paulo jun. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432006000100007> acesso em: 22 de jun. de 2018.

BERTOLETE, José M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: editora Unesp, 2012. p. 137.

BOTEGA, Neury José. **Crise Suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 302.

_____. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia - USP** 2014, volume 25, número 3, p. 231-236. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>> acesso em: 25 maio 2018.

_____. et al. Prevenção do Comportamento Suicida. **Psico**. v. 37, n. 3, pp. 213-220, set. /dez. 2006. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1442/1130>> acesso em: 02 set. 2018.

BRÁS Marta. JESUS Saul, CARMO, Cláudia. Fatores psicológicos de risco e protetores associados à ideação Suicida em Adolescentes. **Psicologia. Saúde & Doenças**, vol.17, no.2, Lisboa, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862016000200003> acesso em: 23 de jun de 2018.

CANTÃO, Luiza; BOTTI, Nadja Cristiane Lappann. Comportamento suicida entre dependentes químicos. **Rev Bras Enferm**, v.02, n.73. 2016. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690224>> acesso em: 12 out. 2018.

CERQUEIRA, Daniel R. C., et al. *Análise dos Custos e Consequências da Violência no Brasil*. Brasília, **IPEA**, 2007. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id...> acesso em: 14 out. 2007.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, **O suicídio e os desafios Para a psicologia**, 2013. Disponível em: < www.cfp.org.br> acesso em 18 out. 2018.

_____. **Código de Ética do Profissional de Psicologia**. Brasília, 2005. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>> acesso em: 18 out. 2018.

_____. **CFP participa de audiência pública sobre suicídio no Senado**, 2018. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/cfp-participa-de-audiencia-publica-sobre-suicidio-no-senado/>> acesso em: 18 out. 2018.

CREPOP - CFP/BRASIL. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Pública/ CREPOP – Texto de divulgação. Brasília: Conselho Federal de Psicologia – CFP/BRASIL, 2007. disponível em: < <http://crepop.pol.org.br>> acesso em 18 out. 2018.

FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos et al. É possível superar ideações e tentativas de suicídio? Um estudo sobre idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p.1711-1719, 2015. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1711.pdf> Acesso em: 08 out. 2018.

FERREIRA NETO, João Leite. A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. **Psicol. Cienc. prof.** vol.30 no.2 Brasília, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000200013> acesso em: 14 out. 2018.

FERRAZZA, Daniele Andrade. Psicologia e políticas públicas: desafios para superação de práticas normativas. **Rev. Polis e Psique**, v.6, n.3, p.36 – 58, 2016. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/61028>> acesso em: 18 out. 2018.

FUKUMITSU, Karina Okajima et al.; Posvenção: uma nova perspectiva para o suicídio. **Revista Brasileira de Psicologia**, v. 02, Bahia, 2015. Disponível em: <<http://revpsi.org/.../Fukumitsu-et-al.-2015-Posvenção-uma-nova-perspectiva-para-o-suicídio...>> acesso em: 08 out. 2018.

Ministério da Saúde. **Suicídio: saber agir e prevenir**. v.48, n° 30, 2017. Disponível em: < <http://portalms.saude.gov.br/.../pdf/2017/.../2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-.acesso> em: 27 ago. 2018.

_____. **Suicídio: Uma análise da produção científica brasileira de 2004 a 2013**. Revista Brasileira de Psicologia, v. 02, n.01. Bahia, 2015. Disponível em:< <http://revpsi.org/volume-02-numero-01/>> acesso: 16 out. 2018.

_____. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. **Psicologia USP**. v. 25, n.3, p. 270-275, 2014. Disponível em:< www.scielo.br/pdf/psup/v25n3/0103-6564-psup-25-03-0270.pdf > cesso em: 17 out. 2018.

_____. **Taxa de suicídio é maior em idosos com mais de 70 anos**. 2017. disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/29691-taxa-de-suicidio-e-maior-em-idosos-com-mais-de-70-anos>> acesso em: 24 jun. 2018.

_____. **Setembro Amarelo: Ministério da Saúde lança agenda estratégica de prevenção ao suicídio**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/prevencao-do-suicidio>> acesso em: 28 ago. 2018.

_____. **Novos dados reforçam a importância da prevenção do suicídio**, 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44404-novos-dados-reforcam-a-importancia-da-prevencao-do-suicidio>> acesso em: 09 out. 2018.

CAVALCANTE, Fátima Gonçalves; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 17, n. 8, 2012. Disponível em:< <https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n8/1943-1954/pt>> acesso em: 09 out. 2018.

CONTE, Marta et al. Programa de prevenção ao suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. **Revista Ciência e profissão**. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413...lng=pt&nrm=is> acesso em: 27 ago. 2018.

DALFIOR, Eduardo Tonole; LIMA, Rita de Cássia Duarte; ANDRADE, Maria Angélica de Carvalho. Reflexões sobre análise de implementação de Políticas Públicas de saúde. **Saúde e Debate**. Rio de Janeiro. V.39, n.104, p.210-225, 2015.

DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**, 1998, v.03, p. 53-81. Disponível em:<www.scielo.br/pdf/epsic/v3n1/a04v03n1.pdf> acesso em: 14 out. 2018.

DOCKHORN, Carolina Neumann de Barros Falcão; WERLANG, Blanca Suzana Guevara. Programa CVV: prevenção do suicídio no contexto das hotlines e do voluntariado. **Revista Textos & Contextos**: Porto Alegre, v.07, n° 2 p. 183-198. 2008. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/4817/0>> acesso em: 19 ago. 2018.

FREITAS, Joanneliese de Lucas et al, Revisão Bibliométrica das produções acadêmicas sobre suicídio entre 2002 e 2011. 2013. **Psicologia em Pesquisa**. Disponível em: <<https://psicologiaempesquisa.ufjf.emnuvens.com.br/psicologiaempesquisa/article/.../27...>> acesso em: 02 set. 2018.

GARCIA, Keith S.; LIN, Tammy L. **The Washington Manual**: guia prático para psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.207.

GONÇALVES, Ludmilla R. C.; GONÇALVES, Eduardo; OLIVEIRA JÚNIOR, Lourival Batista de. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. **Nova econ**. vol. 21 n.2, Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-63512011000200005>acesso em: 08 out. 2018.

SGOBIN, Sara Maria Teixeira. **Custos diretos e indiretos de tentativas de suicídio de alta letalidade internadas em hospital geral**. 2013. Disponível em: <<http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/311458>> acesso em: 10 out. 2018.

SALGADO, Victor Manuel Perpétuo. **Programa Escola Segura**: da notoriedade e do impacto das atividades Preventivas nos jovens, 2016. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/.../DISSERTAÇÃO%20de%20MESTRADO_Victor%20Salgad...>acesso em 20 set. 2018.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: editora Cengage Learning, 2010.

SAWAYA, Ana Lydia. Políticas públicas: pontos de método e experiências. **Estudos Avançados**. vol.20 no.56 São Paulo, 2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142006000100010> acesso em: 16 out. 2018.

SILVA, Rafael Bianchi; CARVALHAES, Flávia Fernandes de, Psicologia e políticas Públicas: impasses e reinvenções. **Psicologia & Sociedade**, 28(2), 247-256, 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v28n2/1807-0310-psoc-28-02-00247.pdf>> acesso em: 09 out. 2018.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, ano 8, nº 16, Porto Alegre, 2006, p. 20-45. Disponível em:< www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>acesso em: 20 set. 2018.

GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. **Assistência hospitalar na tentativa de suicídio**. Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Volume 25, n. 3 p. 262-269, 2014. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140002>> acesso em: 30 set. 2018.

HALES, Robert E.; YUDOFKY, Stuart C.; GABBARD, Glen O. **Tratamento de Psiquiatria Clínica**. São Paulo: Artmed, 2012.

HECK, Rita Maria. Ação dos Profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Jan-Mar; 21(1): 26-33. Disponível em:< www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a03v21n1> acesso em: 01 out. 2018.

LIBERAL, Edson Ferreira et al. Escola Segura. **J. Pediatr.** (Rio J.) vol.81 no.5 suppl.0 Porto Alegre Nov. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572005000700005>> acesso em: 02 set. 2018.

LINS, Carlos Estellita; OLIVEIRA, Verônica Miranda de; COUTINHO, Maria Fernanda Cruz. Acompanhamento terapêutico: intervenção sobre a depressão e o suicídio. **Psyche** (São Paulo) v.10 n.18 São Paulo set. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382006000200015> acesso em: 03 mar. 2018.

LO BIANCO, Anna Carolina et al. **Concepções e atividades emergentes na Psicologia clínica: implicações para a formação**. IN: ACHCAR, Rosemary. Psicólogo Brasileiro: práticas emergentes e desafios para formação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994 p.310.

MACHADO, Marcos Fabrício S., LEITE, Cristiane Kerches S., BANDO, Daniel H. Políticas Públicas de Prevenção ao Suicídio no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Gestão e Políticas Públicas**, vol. 4(2): 334-356, 2014.

MOREIRA, Lenice Carrilho de Oliveira; BASTOS, Paulo Roberto Haidamus de Oliveira. **Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: Revisão de literatura.** Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/2175-3539/2015/0193857>> acesso em: 30 maio 2018.

NICOLINO, Paula Silva et al. Esquizofrenia: adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno e terapêutica medicamentosa. **Rev. esc. enferm. USP** vol.45 no.3 São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300023> acesso em: 11 out. 2018.

OPANS/OMS. **PLAN OF ACTION ON MENTAL HEALTH**, 2014. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5674:suicidio-e-grave-problema-de-saude-publica-e-sua-prevencao-deve-ser-prioridade-afirma-opas-oms&Itemid=839> acesso em: 29 ago. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da mídia**. 2000. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf> acesso em: 03 jun. 2018.

_____. **Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. 2000. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf> acesso em: 18 mar. 2018.

_____. **Prevenção do Suicídio: um recurso para conselheiros**. 2000. Disponível em: <www.who.int/mental-health/media/counsellors-portuguese.pdf> acesso em: 07 out. 2018.

PAS/OPAS, **capacita jornalistas das américas sobre cobertura responsável do suicídio para prevenir "contágio"**, 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5395:opas-capacita-jornalistas-das-americas-sobre-cobertura-responsavel-do-suicidio-para-prevenir-contagio&Itemid=839> acesso em: 20 ago. 2018.

_____. **Folha informativa – depressão**. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=822> acesso em: 17 out. 2018.

PRADO, Felício Cintra do; RAMOS, Jairo de Almeida; VALE, José Ribeiro do. **Atualização terapêutica: urgências e emergências**. ed. 3°. São Paulo: Artes médicas, 2018.

RAMOS, E. Anatomia do suicídio. **Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada**, v.26, n.2, p.79-98, 1974. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abpa/article/viewFile/17079/15878>> acesso em: 28 set. 2018.

RODRIGUES, J.A. **Durkheim**. Ed.09, São Paulo: Editora Ática, 2006. 208p.
SÁ, Naíza Nayla Bandeira de. Atendimentos de emergência por tentativas de suicídio, Brasil, 2007. **Revista Médica de Minas Gerais**. Vol.20. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/307>> acesso em: 08 abr. 2018.

SANTOS, José Carlos et al. + Contigo na promoção da saúde Mental e prevenção de comportamentos suicidários em meio escolar. **Revista de enfermagem Referência**, nº10, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12707/RIII13121>> Acesso em: 01 set. 2018.

SANTOS, José Sebastião dos, et al. **Protocolos Clínicos e de Regulação**: acesso a rede de saúde. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

SANTOS, Simone Agadir et al. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, 25(9):2064-2074, set, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000900020> acesso em: 03 ago. 2018.

SETTI, Victor Mauro Gonçalves. Políticas Públicas de Prevenção ao suicídio. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, v. 01. n. 01, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.ufabc.edu.br/index.php/iande/article/view/23>> acesso em: 26 ago. 2018.

SOUZA, Nathalia Ribeiro Pinho de, et al. Programa de apoio a vida (PRAVIDA): integrando pesquisa, intervenção e ensino para a prevenção do suicídio. **Revista Internacional de Humanidades Médicas**. Volume 03, nº 2. Disponível em: <<http://tecnociencia-sociedad.com/revista/>> acesso em: 20 ago. 2018.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologia**, Porto Alegre, nº 16, 2006, p.20-45. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16> acesso em: 12 set. 2018.

TENG, Chei Tung; PAMPANELLI, Mariana Bonini. O suicídio no contexto psiquiátrico. **Revista Brasileira de Psicologia**, 02(01), Salvador, Bahia, 2015. Disponível em: <<http://revpsi.org/wp.../04/Teng-Pampanelli-2015-O-Suicídio-no-contexto-psiquiátrico.pdf>> acesso em 03 ago. 2018.

VIDAL, Carlos Eduardo; GONTIJO, Eliane Dias. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cad. Saúde Colet.**; Rio de Janeiro, 21 (2): 108-14. 2013. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n2/02.pdf> acesso em: 20 set. 2018.

WERLANG, Blanca Susana Guevara. Autópsia Psicológica, importante estratégia de avaliação retrospectiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 1955-1962, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/03.pdf> acesso em: 09 out. 2018.

WENZEL, Amy; BROWN, Gregory K.; BECK, Aaron T. **Terapia Cognitivo Comportamental para pacientes suicidas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, **Preventing Suicide: a global imperative**, p.88, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf> acesso em: 27 ago. 2018.

KOCH, Daniel Buhatem; OLIVEIRA, Paulo Rogério Melo de. As Políticas Públicas para prevenção do suicídio. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, v.2, n.2, 2015. Disponível em: <<https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rbts/article/view/9226/5132>> acesso em: 16 out. 2018.