



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS POLÍTICAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

MARIA ISABEL DA SILVA MONTEIRO DIAS

**PLANO DE AÇÃO DE SAÚDE MENTAL: ANÁLISE DA
IMPLEMENTAÇÃO E RESULTADOS DOS OBJETIVOS E METAS NO
BRASIL**

RECIFE

2021

MARIA ISABEL DA SILVA MONTEIRO DIAS

**PLANO DE AÇÃO DE SAÚDE MENTAL: ANÁLISE DA
IMPLEMENTAÇÃO E RESULTADOS DOS OBJETIVOS E METAS NO
BRASIL**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas pelo Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas pela Universidade Federal de Pernambuco-UFPE, na área de concentração Políticas Públicas, sob orientação do Professor Doutor Dalson Britto Figueiredo Filho.

RECIFE

2021

Catálogo na fonte
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva, CRB4-1291

D541p Dias, Maria Isabel da Silva Monteiro.
Plano de ação de saúde mental : análise da implementação e resultados dos objetivos e metas no Brasil / Maria Isabel da Silva Monteiro Dias. – 2021.
76 f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Dalson Britto Figueiredo Filho.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.
Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Recife, 2021.
Inclui referências e anexo.

1. Política pública. 2. Saúde mental. 3. Política de saúde mental - Brasil.
4. Suicídio - Prevenção. I. Figueiredo Filho, Dalson Britto (Orientador). II. Título.

320.6 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2021-209)

MARIA ISABEL DA SILVA MONTEIRO DIAS

**PLANO DE AÇÃO DE SAÚDE MENTAL: ANÁLISE DA
IMPLEMENTAÇÃO E RESULTADOS DOS OBJETIVOS E METAS NO
BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE, como requisito para a obtenção do título de Mestre (a) Profissional em Políticas Públicas.

Aprovada em 07/ 12 /2021

BANCA EXAMINADORA:

Profº. Dr. Dalson Britto Figueiredo Filho (Orientador)

Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Dr. Ernani Rodrigues de Carvalho Neto (Examinador Interno)

Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Dr. Hugo Augusto Vasconcelos Medeiros (Examinador Externo)

Universidade Federal de Pernambuco

Ao meu avô Miguel (in memoriam) falecido em
29/07/1949 em decorrência de suicídio, ao qual não tive
a oportunidade de conhecer.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus, a Ele toda honra e glória, que em sua infinita misericórdia, tem sido refúgio, dando-me força para prosseguir, sobretudo diante das múltiplas dificuldades que enfrentei na construção desta dissertação. Foi na dificuldade que busquei meu crescimento!

Aos meus pais Aderito e Severina, pelo amor, carinho, cuidado, educação, valores, apoio constante e incentivo para que eu seja feliz e busque meu crescimento. Amo vocês!

Aos meus queridos filhos Henrique e Guilherme, que eu sempre incentivo aos estudos, e procuro com meu exemplo passar-lhes os melhores ensinamentos. Meus dias são mais felizes ao lado de vocês!

As minhas irmãs Betânia e Madalena que sempre estão ao meu lado, mesmo distante, mas sempre presentes em todos os momentos. Vocês me inspiram!

A todos os meus familiares e amigos, em especial a Ana, minha prima/amiga, minha irmã de coração, presentes em todos os momentos de minha vida dando brilho e os melhores sorrisos. Você é especial!

Aos meus amigos de trabalho por todo apoio, especialmente Roberto Rocha que me empurrou nessa aventura, e a Lúcia Lemos, que além de amiga de trabalho, também amiga de turma de mestrado, uma irmã que me deu a mão para mergulharmos juntas nessa aventura. Vocês também são responsáveis por esse sonho, obrigada!

Ao meu orientador, o Prof. Dr. Dalson Britto Figueiredo Filho, pela dedicação e compromisso para o desenvolvimento desse trabalho, foi para mim motivo de enorme satisfação tê-lo como meu orientador. E como professor, com sua autenticidade, consegue transmitir com criatividade, leveza e competência a incrível arte da estatística. Obrigada pela paciência digna de um grande mestre.

Aos professores do Departamento de Ciências Políticas da UFPE por todo o aprendizado e crescimento acadêmico. Meu muito obrigada!

Aos amigos do mestrado em Políticas Públicas turma 4, que ao convívio desses anos passei a admirar não só de forma intelectual, mas também na parceria, no carinho e cuidado que todos demonstram um pelo outro. Ninguém solta a mão de ninguém, estamos juntos! Enfim, agradeço a todos que de alguma forma colaboraram para esta etapa da minha vida. Cada um terá a vista da montanha que subir!

“Segue o teu destino, rega as tuas plantas, ama as tuas rosas. O resto é a sombra de árvores alheias”.

(PESSOA, 1946, p.68)

RESUMO

Essa dissertação analisa o cumprimento do Plano de Ação de Saúde Mental (2013-2020) no Brasil. Além disto, apresenta um breve histórico sobre o suicídio, dados do suicídio no Brasil e no mundo, as possíveis causas e maneiras de prevenção para combater esse problema de saúde pública, complexo e que preocupa os governantes de todo mundo. O estudo justifica-se por possibilitar uma análise detalhada do que vem sendo feito para prevenção do suicídio no país, as ações que estão sendo aplicadas e se estão bem implementadas e, principalmente, se os objetivos e as metas estão sendo atingidos. O desenho de pesquisa adota uma abordagem técnica estatística descritiva, por meio da descrição dos objetivos e das metas da Agenda de Ações Estratégicas para a prevenção e vigilância do suicídio no Brasil e análise estatística das ocorrências de suicídio (CID 10: X60-X84) no Brasil, no período de 2015 a 2019. Os dados foram coletados na plataforma DATASUS e a análise foi realizada por meio do *software* SPSS v. 26. Os resultados demonstraram que a maioria dos objetivos foram cumpridos, porém as metas não foram atingidas da forma desejada, principalmente no que se refere ao suicídio. Apesar das implementações das ações sugeridas nos objetivos, o suicídio no Brasil continua aumentando, e apesar de ter ficado abaixo da taxa sugerida pelo Plano de Ação de Saúde Mental de 7,3 (por 100.000 habitantes), não conseguiu diminuir o número de suicídio em 10%. Esta pesquisa visa não apenas averiguar os resultados alcançados, até o momento, do Plano de Ação de Saúde Mental no Brasil, mas sobretudo, fomentar discussões que possam trazer estratégias para o enfrentamento do suicídio e material científico para embasamento de novos estudos, inclusive com o produto oferecido junto a essa dissertação, a tradução para língua portuguesa do Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020 da OMS.

Palavras-chave: Saúde mental; suicídio; prevenção e política pública.

ABSTRACT

The aims of that dissertation was analyze the fulfillment of the Plan of Action in Mental Health (2013-2020) in Brazil. In addition, we present data on suicides in Brazil and worldwide, showing possible causes and forms of prevention. Suicide is a complex public health problem. The confrontation of this event worries governments around the world. The data analyzed in the study allows for a detailed analysis of suicide prevention actions in the country. Analysis of the effectiveness of the implemented actions and if the objectives and goals are being achieved. The applied analysis adopts a technical-descriptive approach to objectives and goals based on the Strategic Action Agenda for the prevention and surveillance of suicide in Brazil. Statistical analysis of suicide occurrences (ICD10: X60-X84) in Brazil, from 2015 to 2019. Data were collected on the DATASUS platform and the analysis performed on the SPSS v software. 26. The results showed that most of the objectives were met. However, the goals were not achieved as desired by analyzing the data on suicides. Despite the implementation of the actions suggested in the Strategic Actions Agenda, the number of suicides in Brazil is increasing, and even below the rate suggested by the Mental Health Action Plan of 7.3 (per 100,000 inhabitants). Not reducing the number of suicides by 10% was observed. The research aims also to investigate the results achieved, the Plan of Action in Mental Health in Brazil, and promote discussions bringing strategies to combat suicide and scientific material to support new studies, including the product offered with this dissertation, the Portuguese translation of the WHO Mental Health Action Plan 2013-2020.

Keywords: Mental health; suicide; prevention and public policy.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|---------|---|
| ABP | Associação Brasileira de Psiquiatria |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CERSAM | Centro de Referência em Saúde Mental |
| CFM | Conselho Federal de Medicina |
| CDC | Centro de Prevenção e Controle de Doenças |
| CID | Código Internacional de Doenças |
| CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde |
| CRM | Conselho Regional de Medicina |
| CVV | Centro de Valorização da Vida |
| DATASUS | Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde |
| ESF | Equipe de Saúde da Família |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| MMFDH | Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| NAPS | Núcleo de Atenção Psicossocial |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| OPAS | Organização Pan-americana de Saúde |
| RAPS | Rede de Atenção Psicossocial |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| SIM | Sistema de Informação sobre Mortalidade |
| SINAN | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SVS | Secretaria de Vigilância em Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UF | Unidade Federativa |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |

LISTA DE GRÁFICOS

| | | |
|--------------|--|----|
| Gráfico 1 - | Leitos psiquiátricos por 100.000 habitantes (2006-2019)..... | 53 |
| Gráfico 2 - | Taxa de suicídio no Brasil (1996-2019)..... | 56 |
| Gráfico 3 - | Taxa de suicídio no Brasil por região: Centro-Oeste (1996-2019)..... | 58 |
| Gráfico 4 - | Taxa de suicídio no Brasil por região: Nordeste (1996-2019)..... | 58 |
| Gráfico 5 - | Taxa de suicídio no Brasil por região: Norte (1996-2019)..... | 59 |
| Gráfico 6 - | Taxa de suicídio no Brasil por região: Sudeste (1996-2019)..... | 59 |
| Gráfico 7 - | Taxa de suicídio no Brasil por região: Sul (1996-2019)..... | 60 |
| Gráfico 8 - | Taxa de suicídio Pará (1996-2019)..... | 61 |
| Gráfico 9 - | Taxa de suicídio Rio Grande do Sul (1996-2019)..... | 61 |
| Gráfico 10 - | Taxa de suicídio Santa Catarina (1996-2019)..... | 62 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Exemplos de programas de prevenção do suicídio efetivos, por nível de cobertura populacional..... | 35 |
| Quadro 2 - Objetivos e ações propostas ao Plano de Ação em Saúde Mental..... | 41 |
| Quadro 3 - Objetivos do Plano de Saúde Mental OMS..... | 48 |
| Quadro 4 - Informações da pesquisa..... | 50 |
| Quadro 5 - Ações do MS em relação ao Suicídio..... | 51 |
| Quadro 6 - Objetivos e Resultados..... | 55 |

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 13 |
| 2 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... | 16 |
| 2.1 | ALGUMAS CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DO SUICÍDIO..... | 16 |
| 2.2 | O SUICÍDIO COMO UM PROBLEMA PÚBLICO..... | 18 |
| 2.3 | COMPORTAMENTO SUICIDA..... | 21 |
| 2.4 | POLÍTICAS DE PREVENÇÃO..... | 24 |
| 2.4.1 | Dispositivos legais para a prevenção do suicídio..... | 27 |
| 2.4.2 | Prevenção..... | 35 |
| 2.5 | PLANO DE AÇÃO DE SAÚDE MENTAL..... | 36 |
| 2.5.1 | Agenda de Ações Estratégicas para a prevenção e vigilância do suicídio no Brasil..... | 42 |
| 2.6 | AVALIAÇÃO DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA..... | 46 |
| 3 | METODOLOGIA..... | 47 |
| 4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 51 |
| 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 63 |
| 6 | PRODUTO..... | 67 |
| | REFERÊNCIAS..... | 68 |
| | ANEXO A – ONDE BUSCAR AJUDA PARA O SUICÍDIO?..... | 76 |

1 INTRODUÇÃO ¹

“M. P. S., se suicidou em 1949, aos 44 anos de idade, no município de Aliança, no interior de Pernambuco, deixando esposa e seis filhos ainda crianças. Numa tarde de domingo, no mês de julho, após ter passado a manhã na casa dos pais como sempre fazia, escreveu duas cartas orientando a família após sua partida, mas nada comentava sobre o porquê do ato. Teve uma infância tranquila na zona rural onde estudava e ajudava o pai trabalhando, era uma criança um pouco adoentada, magra, com menos disposição para agricultura, por isso trabalhava na venda do tio, no Engenho Junco. Todos os engenhos tinham uma venda chamado na época de barracão. Família grande, muitos irmãos. Ainda na juventude conheceu Petronila, uma jovem que tornaria sua futura esposa, casaram-se, a família cresceu, contudo ele permanecia adoentado (dificuldade para evacuar), tomava muitos remédios. Mas, mesmo assim conseguiu arrendar um terreno em Nova Vida, um antigo engenho e começou a trabalhar de agricultor de cana-de-açúcar para vender para a usina. Devido ao problema de saúde decidiu ir a Recife procurar um médico, foi operado no Hospital Português o que ajudou no problema em parte, mas não como um todo. Ainda se sentia incomodado com a dificuldade de evacuar. Em uma das revisões o médico informou que tinha feito tudo o que podia ser feito. O problema continuou se agravando. Conversava muito com a esposa, falava que não iria viver muito e orientava a vida dela e dos filhos sem ele, que fossem morar na cidade... e assim ela fez, cinco meses após aquela tarde de domingo do mês de julho de 1949, após ficar viúva jovem, com seis filhos entre 13 anos e 3 anos, foi morar na cidade de Nazaré da Mata. Na cidade comprou uma casa e montou um negócio de fabricação de sabão e, em seguida, venda de madeira e carvão. Nunca se casou novamente e morreu aos 97 anos, em 2011, no leito de um hospital”.

Essa é uma história real de um homem que decidiu pôr fim a própria vida, deixando uma lacuna nessa família, muitas perguntas sem respostas, muitas feridas nunca cicatrizadas, um vazio impossível de ser preenchido, pais mutilados pela perda precoce do filho, esposa precisando seguir a vida sem seu companheiro, filhos sem a presença e o carinho de um pai, netos que nunca tiveram a oportunidade de chamá-lo de avô. Esses foram relatos de um homem de 83 anos, que chora ao lembrar esses fatos ainda nítidos, em sua memória. Esse homem é meu pai, que perdeu seu pai aos 11 anos de idade para o suicídio. Muitas histórias como essa

¹ Este trabalho encontra-se em versão e formato diferente do apresentado à banca no dia 28/07/21, pois acordou-se que o formato apresentado se assemelhava a um relatório, sendo modificado para dissertação e a versão foi atualizada para contemplar as observações solicitadas pela banca.

são vivenciadas diariamente no Brasil, dando a sensação de impotência, de que algo poderia ser feito para evitar. Para Fabri (2020), o desespero que acomete o indivíduo leva-o a buscar a morte como saída aos problemas que enfrenta, contudo não pode ser caracterizado que o desejo do indivíduo é a busca pela morte enquanto intenção, muitas vezes ele só queria poder resolver os problemas que o afligem.

A morte, apesar de natural, é um evento que gera medo e angústia em muitas pessoas, porém quando deixa de ser espontânea para algo provocado ou autoprovocado muitas questões são levantadas e analisadas. Em particular o suicídio, considerado como morte por causas externas autoprovocadas e classificado pelo Código Internacional de Doenças (CID 10)² como código X60 a X84, ainda é socialmente estigmatizado.

O suicídio como um fenômeno complexo está dentre os temas da saúde pública que gera reflexões nas mais diversas áreas e discussões relevantes ao cenário de políticas públicas, sendo associado não só a um problema de saúde mental, mas também uma dificuldade de saúde pública e socioeconômica que atinge muitas pessoas na população mundial em diversas faixas etárias (VIDAL *et al.*, 2013). Autores como Kaplan *et al.* (1997); Kruger; Werlang (2010); e, Viana *et al.* (2008) definem suicídio como uma séria complicação abordado por várias áreas, ao qual o indivíduo de maneira voluntária e intencional, impulsionado por algum tipo de motivação coloca o fim na sua própria vida.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014)³ desde sua criação em 1948, vem colhendo dados sobre mortalidade em todos os países-membros, inclusive sobre suicídios, mostrando que mais de 800 mil pessoas tiram a própria vida por ano mundialmente e que o suicídio é a segunda maior causa de mortes entre os jovens de 15 e 20 anos. No Brasil, o suicídio é a 4º maior causa de mortalidade entre os jovens de 15 e 29 anos, segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM, 2017)⁴. Em média, 11 mil pessoas tiram a própria vida no Brasil por ano.

Em outubro de 2013, a OMS lançou o Plano de Ação de Saúde Mental (2013-2020), e em 2015, o Brasil assinou com o Plano de Ação de Saúde Mental (2015-2020) lançado pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS)⁵, que tem como objetivo acompanhar anualmente o número de mortes e o desenvolvimento de programas preventivos com meta de reduzir em 10% a mortalidade por suicídio até 2020.

² Ver: <<https://cid10.com.br/code>>

³ Ver: <<https://nacoesunidas.org/oms-suicidio-e-responsavel-por-uma-morte-a-cada-40-segundos-no-mundo/>>

⁴ Ver: <<https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/mortalidade>>

⁵ Ver: <<http://portalquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf>>

Mas afinal, como o Plano de Ação de Saúde Mental está sendo desenvolvido no Brasil? O principal objetivo desta dissertação é responder essa pergunta. Para tanto, analisamos a mortalidade por suicídio no Brasil no período de 2015 a 2019 observando se os de redução do suicídio do Plano de Ação de Saúde Mental estão sendo atingidos. Como produto está pesquisa apresenta a tradução do Plano de Ação de Saúde da OMS para o português.

Desde 1992, o Brasil começou a estabelecer algumas mudanças para saúde mental, essas começaram com a inauguração do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do país no estado de São Paulo. Em 2005 e 2006, duas Portaria foram lançadas (2542/05 e 1876/06) para elaboração e implantação da Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio e com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2005; BRASIL, 2006). Em 2015, quando o Brasil assinou com o Plano de Ação em Saúde Mental da OMS, os governantes brasileiros já trabalhavam com alguns projetos de melhorias na saúde mental do país, mas passaram a seguir os objetivos e metas da OMS.

Em particular, utilizamos estatística descritiva para examinar a variação da mortalidade por suicídio no Brasil, de 1996 a 2019, com ênfase de 2015 a 2019 quando o Brasil assinou com o Plano de Ação de Saúde Mental, fazendo uma comparação dos 5 anos que antecederam o plano no Brasil (2010 a 2014) com os 5 anos seguintes ao plano (2015 a 2019) e mostrar os resultados dos dados, concluindo se a meta de reduzir os suicídios em 10% foi atingida.

Os dados sobre suicídio no Brasil, foram coletados na plataforma do DATASUS⁶ e os dados populacionais pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁷. Os dados populacionais do IBGE, foram necessários para calcular a taxa de mortalidade por suicídio por 100.000 habitantes. Todos os dados foram analisados por meio do *software* SPSS v. 26.

Este trabalho está estruturado inicialmente com a introdução, apresentando o problema gerador da pergunta e seus objetivos, seguindo com a fundamentação teórica subdividida em seis tópicos, descrição dos procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa com o objetivo de aumentar a transparência desse estudo, as características do desenho de pesquisa serão descritas nesta sessão que facilitará a utilização dos resultados em outros estudos (PARANHOS *et al.*, 2014). Após, seguem-se os resultados dos dados quantitativos e descritivos. E, por fim, apresentamos as considerações finais, o produto e as referências.

⁶ Ver: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>

⁷ Ver: <<http://www.ibge.gov.br/>>

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DO SUICÍDIO

A OMS⁸ define suicídio como um ato deliberado, intencional, de causar a própria morte, um ato praticado por uma pessoa que tem consciência, com forte expectativa, de que dele pode resultar a sua morte, e cujo desfecho fatal é esperado (OMS, 2018).

Para Camus (1989), o suicídio é uma forma de morrer voluntária em decorrência de uma falta de razão profunda para se viver, um vazio existencial provocado por danos na saúde mental e caracterizado pelo ato de tirar a própria vida.

Segundo Kaplan *et al* (1997), o suicídio é um “ato consciente de aniquilação autoinduzido, melhor entendido como uma enfermidade multidimensional em um indivíduo carente que define uma questão para a qual o ato é percebido como a melhor solução” ou, simplesmente, a morte intencional autoinfligida. De forma alguma o suicídio é um ato aleatório ou sem finalidade, mas representa a saída para um problema que está causando um intenso sofrimento. Porém, ao longo do tempo o suicídio teve outras definições baseadas nas associações que a sociedade fazia em relação ao ato de tirar a própria vida.

Historicamente o suicídio teve uma variante dentro da sociedade entre admiração e hostilidade, punição, irracionalismo e até superstição, e como um tema que ultrapassa séculos em diversas áreas como filosóficas, religiosas, políticas, sociais e até artísticas (TORRES; MENEGHETTI, 2020).

O suicídio sempre esteve presente na história, desde os relatos do Antigo Testamento. Na Antiguidade greco-romana o suicídio foi visto muitas vezes como um ato heroico, e outras vezes como um ato de desespero, sempre trazendo uma visão dicotômica para situação como um ato louvável ou um ato condenável (BERTOLOTE, 2012; MINOIS, 2018). Segundo Minois (2018), existia uma diferença contrastante entre a morte feliz do mártir e a morte desesperada do pecador. “A sociedade se dividia entre rejeição e admiração pela coragem de quem era capaz de manifestar sua liberdade ao autodeterminar sua própria morte para escapar das formas de opressão” (MINAYO, 2005, p. 217). No Cristianismo, vários autores relatam que a Igreja Católica se posicionava contra ao ato de tirar a própria vida, vendo o suicídio como algo

⁸ Ver: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/01/Guia-de-Estudos-OMS-Sa%C3%BAde-Mental.pdf>>.

pecaminoso, diabólico, moralmente mau, sendo uma transgressão do mandamento “*não matarás*” (MINAYO, 2005; BERTOLOTE, 2012; MINOIS 2018).

Na Idade Média cristã, deixa de existir as diferenças entre o suicídio legal e ilegal, sendo condenado teologicamente (MINAYO, 2005; BERTOLOTE, 2012; MINOIS, 2018). Essa condenação atingia não só o suicidado, mas também seus familiares e inocentes ao seu redor, surgindo ao longo da história até dias atuais, os preconceitos e os tabus diante do suicídio, do suicidado e seus familiares (MINAYO, 2005; BERTOLOTE, 2012; MINOIS, 2018).

Com a Idade Moderna, segundo Minayo (2005), as ideias eram pluralistas começando a tratar o suicídio com mais rigor e não só com o pensamento único da Idade Média. No século XVII, as autoridades religiosas, os juristas e os moralistas, condenavam o ato ao mesmo tempo que a medicina passou a considerar o suicídio como uma doença associada à depressão (MINAYO, 2005). A partir do século XVIII, com a opinião dos principais psiquiatras europeus desse período, houve a conexão entre o suicídio com a melancolia e a insanidade, que passaram a ser considerados transtornos mentais, e, conseqüentemente, muitos óbitos atribuídos à loucura (BERTOLOTE, 2012).

Já na Idade Contemporânea, Sigmund Freud, considerado como o pai da psicanálise, é responsável pela evolução no estudo da mente humana com sua teoria psicanalítica freudiana, para ele o suicídio é entendido como “o resultado do predomínio do impulso de morte sobre o impulso vital” (BERTOLOTE, 2012, p. 30). Nos séculos XVII e XVIII o suicídio já era tratado com alguns aspectos de doença, porém, no século XIX houve uma grande mudança conceitual com a obra de Durkheim publicada em 1897, intitulada *O suicídio*. Para Durkheim, “o suicídio era um fato social, como uma força que se impõe ao indivíduo e que existe independentemente de suas manifestações individuais; um fato social tem uma existência independente, mais forte e objetiva do que as ações dos indivíduos que compõem uma dada sociedade” (BERTOLOTE, 2012, p.32).

Entre o final do século XX e o início do século XXI, veio também a abordagem médica no esclarecimento para o suicídio, consolidando a abordagem pela saúde pública e enfatizando sua prevenção de forma transdisciplinar, abrangendo também os entendimentos anteriores quanto o suicídio em todos os aspectos: a filosófico-conceitual, a médica, a psicológica e a sociológica (BERTOLOTE, 2012; MINOIS, 2018). Atualmente, o suicídio é visto como um problema de saúde mental em uma amplitude mundial, devendo ser abordado como grave problema de saúde pública que atinge várias dimensões da sociedade. Deste modo, Fabri (2020) sugere o entendimento de que o suicídio além de não ser um ato de coragem, também não é um ato de covardia, diante das condições e contradições concretas ou fantasiosas que o sujeito

enfrenta no seu dia a dia, o suicídio é desespero. O autor ainda argumenta que o suicídio não é puramente racional ou emocional, geralmente acontece diante da desesperança vivida pelo indivíduo que considera, conscientemente, o sofrimento como intolerável (FABRI, 2020).

2.2 O SUICÍDIO COMO UM PROBLEMA PÚBLICO

Segundo Secchi; Coelho; Pires (2020), quando o *status quo* é considerado inadequado e há a expectativa de alcançar uma situação melhor, é definido o problema, e o problema só se torna público quando é considerado uma situação inadequada relevante para a coletividade. Com isso, a mortalidade por suicídio se identifica como um problema público, não só um problema de saúde mental, mas também um problema de saúde pública.

Considerado um fenômeno complexo, o suicídio atinge todas as regiões do mundo, desde as mais remotas épocas. Com a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, os dados sobre mortalidade em todos os seus países membros passaram a ser colhidos sistematicamente. A partir desses registros, pode-se observar uma tendência crescente da mortalidade por suicídio em todos os países membros que disponibilizam as informações (BERTOLOTE, 2012). A estimativa da OMS é que anualmente mais de 800 mil pessoas morrem em decorrência do suicídio e, aproximadamente, 20 vezes mais, tentam o suicídio sem consumir, ou seja, para cada adulto que se suicida, pelo menos outros 20 atentam contra a própria vida (BRASIL, 2017). Segundo a OMS, o suicídio é a 15ª causa de mortalidade geral no mundo representando 1,4% de todas as mortes, passando para 2ª causa de morte entre os jovens de 15 a 29 anos.⁹

Quanto ao gênero, sempre houve uma predominância masculina nos casos de suicídio independente da faixa etária, com taxas 3 a 4 vezes mais elevadas em comparação ao gênero feminino. Apesar das mulheres atentarem com mais frequência contra a própria vida, os métodos utilizados são menos eficazes, enquanto os homens sempre que atentam para a autoviolência atingem o resultado esperado do suicídio com mais exatidão. Uma das explicações para esse fenômeno e que é mais aceita, é o fato de os homens utilizarem de métodos mais violentos e letais para cometerem o suicídio, à medida que as mulheres utilizam-se de métodos menos eficazes e letais para o ato (BERTOLOTE, 2012). Porém essa diferença das taxas de suicídios entre homens e mulheres vem apresentando uma diminuição sensível, ao

⁹ Ver: <<http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>>.

qual pode ser justificada pelo crescente aumento mundial da igualdade entre homens e mulheres, e também, pela tendência na mudança de escolha entre os métodos de suicídio mais eficazes (BERTOLOTE, 2012).

Considerando que a faixa etária dos suicídios, em números absolutos é maior entre a população jovem que a população idosa, mas em relação a taxas de suicídios, a faixa etária acima dos 75 anos, vem apresentando aumento considerável, principalmente, em países desenvolvidos e com maior longevidade (BERTOLOTE, 2012). Segundo Soares (2012), há crescimento em todas as faixas etárias quanto ao suicídio, com grande crescimento da taxa média entre 15 e 19 anos para a faixa de 20 e 29 anos, com crescimento moderado até a faixa de 60 e 69 anos, mas com uma importante aceleração da taxa de suicídio na população idosa acima de 70 anos. Ainda de acordo com Soares (2012) baseado na pesquisa de Bauer, Leenaars *et al.*, o medo de se tornarem fardos para as pessoas, o medo da dependência, de serem colocados em instituições para idosos, a dificuldade de aceitação em relação as capacidades físicas e mentais próprias da idade, a dificuldade de aceitar as doenças crônicas reais ou fictícias, a insegurança da possibilidade para se manter financeiramente, e perdas de entes queridos são algumas situações que motivam as pessoas idosas a pensar no suicídio.

No Brasil, as taxas de suicídio são consideradas baixas em comparação com as médias mundiais, entre os anos de 2011 a 2015, e revelam que 55.649 pessoas tiraram a própria vida no país, sendo 79% homens e 21% mulheres, segundo Brasil (2017) cerca de 11 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos no país. Ainda, de acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, o suicídio no Brasil é a quarta maior causa de morte entre pessoas de 15 e 29 anos de idade, passando para 3ª maior causa entre os homens, e 8ª maior causa entre as mulheres. Para o gênero masculino o suicídio, apresenta taxa de mortalidade de 9,0 por 100 mil habitantes, das principais causas de morte na idade de 15 e 29 anos, ficando atrás apenas das mortes por agressões (110,6) e acidentes de transporte (41,3). E para o gênero feminino como 8ª causa de morte na mesma faixa etária, com taxa de 2,4, se apresenta menor que a mortalidade por gravidez, parto e puerpério (8,0), acidentes de transporte (7,4) e agressões (7,0) (BRASIL, 2017)¹⁰.

¹⁰ Ver: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>>.

Seguindo a mesma tendência mundial, no Brasil as mulheres seguem com maior número de lesões autoprovocadas voluntariamente, com 69% dos casos de tentativas de suicídios entre 2011 e 2016, enquanto os homens atingem 31% das tentativas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017); BRASIL, 2017a).

Porém seguindo o padrão mundial, os homens brasileiros morrem mais por suicídio que as mulheres brasileiras, entre 2011 a 2016, 79% dos homens morreram por suicídio enquanto 21% das mulheres morreram pela mesma causa, apesar de haver mais tentativas de suicídio entre as mulheres, os homens morrem mais com o suicídio do que elas (BRASIL, 2017a; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). A taxa de mortalidade por suicídio entre os homens ficou 3,6 vezes maior que a das mulheres, entre 2011 e 2016 segundo o Brasil (2017a)¹¹, numa taxa por 100 mil habitantes são 2,4 suicídios de mulheres e 8,7 suicídios de homens (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O que vem chamando bastante atenção, é o aumento da taxa de suicídio em pessoas idosas, principalmente acima dos 70 anos, atingindo uma taxa de 8,9 suicídios para cada 100 mil habitantes, esse alto índice vem sendo observado não só no Brasil, mas em todo mundo, devido ao aumento da população idosa, em virtude do aumento da expectativa de vida e por sofrerem situações muito comum dessa idade como doenças crônicas, depressão e isolamento social.

Quanto ao estado civil das pessoas que cometem o suicídio, predominam os casos com 60,4% em pessoas solteiras, viúvas e divorciadas e 31,5% pessoas casadas ou união estáveis. A pesquisa do Brasil (2017)¹² também justifica que os homens são mais beneficiados com o casamento como forma de proteção ao suicídio, enquanto as mulheres casadas tem um risco maior com a violência intradomiciliar.

Por regiões no Brasil, a região Sul é a que apresenta maior taxa de suicídio por 100 mil habitantes com 9,4, seguida pela região Centro-Oeste com 7,5 e as regiões de menores taxas são Norte com 4,7 e Sudeste com 4,8 (BERTOLOTE, 2012). De acordo com o Brasil (2017), os estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul, respectivamente, apresentaram taxas (por 100.000) de 10,3; 8,8 e 8,5 de óbitos por suicídio, tornando esses, os estados com maior taxa de óbitos por suicídio no Brasil, de 2011 a 2016. Diante desses dados, podemos observar que o suicídio atinge a população mundial independente de gênero, raça,

¹¹ Ver: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>>.

¹² Ver: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>>.

idade, estado civil ou condições sociais, questionando: qual a causa que leva essas pessoas a esse momento de desespero e desesperança ao qual não se vê outra saída a não ser a morte?

2.3 COMPORTAMENTO SUICIDA

Sempre diante da notícia de um suicídio, sucede o questionamento “por quê?”, contudo, com certeza e precisão essa resposta muitas vezes não existe. O Conselho Federal de Psicologia (2013)¹³ considera o suicídio um problema social de relevância para saúde pública, que apresenta condições para ser evitado. O suicídio é estudado dentro de várias áreas da ciência, na qual interagem com diversos fatores entre genéticos, socioculturais, experiência de vida, traços de personalidade e história psiquiátrica (MANN *et al.*, 2005; WASSERMAN apud BERTOLOTE, 2012, p.22). Isso porque sua causa pode estar associada a um ou mais fatores de risco, sendo considerado uma condição com multicausalidade, o suicídio é visto pela presença de fatores de riscos e ausência de fatores de proteção como refere Bertolote (2012). Como fatores de risco, o supracitado autor chama atenção para os fatores predisponentes e os fatores precipitantes:

Os fatores predisponentes são os que criam o terreno no qual vai se instalar o processo suicida (por exemplo, determinadas constituições genéticas ou genótipos, certos traços de personalidade) e fatores precipitantes (por exemplo, perdas significativas como emprego, posição social, honra, rupturas amorosas e afetivas ou situações de humilhação) que, agindo em terreno propício, provocam a sequência final de comportamentos que levam ao suicídio (BERTOLOTE, 2012, p. 69-70).

Para a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2013)¹⁴, alguns grupos sociais apresentam maior risco de sofrerem algum tipo de transtornos mentais, tornando-se mais vulneráveis ao suicídio, quando expostos a problemas crônicos de saúde, há membros da família vivendo na pobreza, crianças expostas ao abuso ou negligência, crianças e adolescentes em situações de consumo de álcool e outras drogas, mulheres e crianças vítimas de violência doméstica, grupos minoritários, homossexuais, bissexuais, transexuais, populações indígenas, pessoas idosas, pessoas discriminadas e violadas em seus direitos, prisioneiros ou pessoas em situações de conflitos, desastres naturais ou outras emergências humanitárias, como é o caso da pandemia, crises financeiras globais, desencadeadas pelo alto número de desemprego e empobrecimento da sociedade, gerando violência e aumentando o estresse, conseqüentemente uma população adoentada que leva ao aumento das taxas de transtornos mentais e suicídios.

¹³ Ver: <[Suicídio e os Desafios para a Psicologia - CFP | CFP](#)>.

¹⁴ Ver: <<http://www.who.int/initiatives/mental-health-action-plan-2013-2030>>.

Diante do exposto, o sexo masculino e a idade avançada podem ser considerados dois fatores predisponentes para o suicídio, apesar das taxas de suicídio predominar em homens idosos, as tentativas de suicídios predominam em mulheres jovens, juntamente com outros fatores de risco como a presença de transtornos mentais (depressão, alcoolismo, esquizofrenia) ou de determinadas doenças físicas (dolorosas, incuráveis e terminais) agravam ainda mais a predisposição ao suicídio juntamente com os fatores precipitantes (BERTOLOTE, 2012).

Para o Brasil (2017)¹⁵, estudos apontam que algumas populações mais vulneráveis como os jovens, os mais idosos e os socialmente isolados, como a população indígena (BRASIL, 2017) estão mais expostos ao suicídio. Já pra OMS (2002)¹⁶ algumas situações podem favorecer as situações de suicídio como ser portador de um transtorno mental (depressão, bipolaridade, abuso de substância psicoativas etc.), antecedentes familiares com comportamento suicida, tentativas de suicídios anteriores, presença de alguma doença crônica ou terminal, sentimentos de desesperança, isolamento e impotência ou vivenciando abusos ou traumas.

No estudo de Botega (2015); Meleiro e Teng (2004),

(...) aponta-se grupos de riscos de acordo com o perfil sociodemográfico onde homens apresentam taxas de suicídio maior, idosos estão entre a população de maior risco, pessoas viúvas, separadas e divorciadas apresentam taxas quatro vezes maior que as casadas, solteiros apresentam o dobro da taxa de casados e os grupos indígenas têm taxas alarmantes de suicídio no Brasil (STOPPA, 2019, p. 25).

Como fatores precipitantes merecem tanta importância quanto os fatores predisponentes, encontram-se alguns fatores que podem culminar em situação de suicídio, é importante refletir sobre as condições de vida das pessoas que geram diferentes formas de sofrimentos e que esvaziam as possibilidades de construção de uma nova realidade aos indivíduos: nível socioeconômico, nível sociocultural e situações geradoras de estresses. Para Stoppa (2019), no que compete ao nível sociocultural e econômico existem muitos fatores causadores de estresse presentes na sociedade brasileira deixando a população expostas ao suicídio, como acesso a rede pública de saúde, alto índice de desemprego, com perdas financeiras importantes e violência social. Como argumentação para Fabri (2020):

Independente da intenção, letalidade ou consciência que motiva o indivíduo à ação suicida, o que se destaca é a história vivida e os sofrimentos impingidos que orientam a ideação, o desencanto e as tentativas (FABRI, 2020, p.76-77).

¹⁵ Ver: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>>.

¹⁶ Ver: <<https://pt.scribd.com/document/65818661/Relatorio-Mundial-sobre-violencia-e-saude>>.

Para a OMS (2012)¹⁷, os fatores de risco indicam a vulnerabilidade de um indivíduo, de uma comunidade ou de uma população que apresenta uma grande probabilidade de comportamentos suicidas. Apesar do suicídio ser um sério problema nos países de economia elevada, são os países de baixa e média renda que apresentam maiores taxas de suicídio, com orçamentos baixos para saúde em geral, principalmente para saúde mental (OMS, 2012)¹⁸.

Para o Conselho Federal de Psicologia (2013)¹⁹, os países de baixa renda, onde encontra-se o Brasil, apresentam uma taxa alta de suicídio e baixo suporte para impedi-los, pois são pouco preparados para receber e acompanhar a demanda crescente desse agravo na saúde pública, para isso os transtornos mentais devem ser assistidos de maneira geral à saúde e acompanhados de maneira especializada em saúde mental pelo governo, com suas políticas públicas de forma a prevenir o suicídio. As dificuldades apresentadas pelos serviços de saúde mental, que além de escassos, contam com poucos recursos econômicos e poucos profissionais qualificados e com habilidades para identificar os sinais e sintomas, para poder intervir no processo antecipadamente.

Diante disso, o Conselho Federal de Psicologia (2013), salienta que a prevenção ao suicídio é possível de forma global, mesmo o comportamento suicida sendo considerado um processo com diversas variáveis desde a ideia de retirar a própria vida, que pode ser comunicada por meios verbais e não verbais, até o planejamento do ato, a tentativa e, no pior dos casos, a morte. Também é importante, que seja identificado todos os contextos que levam o sujeito a buscar o suicídio como saída, e por meio destes, sejam agregados as políticas de prevenção e os planos de ações e cuidados na saúde mental e na saúde pública do país.

Nessa conjuntura, o suicídio pode ser visto como um ato em que o indivíduo nega sua história e perspectiva de futuro, encontra-se desesperançado, em um momento de desespero diante das condições e contradições concretas que o sujeito enfrenta no dia a dia, em um contexto em que não vê perspectiva de saída futura, agindo no presente para dar fim a sua vida (FABRI, 2020).

No caminho inverso aos fatores de risco encontram-se àqueles que protegem as pessoas contra o suicídio, seriam esses os fatores de proteção também referidos por Bertolote (2012), que utiliza como parte do raciocínio os elementos de risco como algo anormal, ao considerar que contribuem para a execução do suicídio, e em oposição tudo que é normal, como proteção. Para a OMS (2012), os fatores de proteção podem ser: apoio familiar e apoio comunitário;

¹⁷ Ver: <www.site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/documento-suicídio-traduzido.pdf>.

¹⁸ Ver: <www.site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/documento-suicídio-traduzido.pdf>.

¹⁹ Ver: <[Suicídio e os Desafios para a Psicologia - CFP | CFP](#)>.

habilidades para solucionar problemas, conflitos e situações de estresse; fácil acesso à ajuda e assistência de qualidade para doenças físicas e mentais; apoio social, cultural e religioso à autopreservação que desencoraje o comportamento suicida, ou qualquer outra ação que ajude a reduzir a vulnerabilidade de uma pessoa a cometer o suicídio, ou seja, ações e estratégias eficazes de prevenção ao suicídio. Para Stoppa (2019) a maioria das intervenções para prevenção ocupa-se em reduzir os elementos de risco e fortalecer de proteção.

2.4 POLÍTICAS DE PREVENÇÃO

Para responder às necessidades do coletivo diante da saúde mental e da problemática do suicídio no país, o Estado precisa desenvolver, de maneira funcional e estruturada, ações e programas destinados ao bem-estar comum, a diminuição da desigualdade social, com a finalidade de melhorar a atenção à saúde mental e, com isso, também diminuir a taxa de suicídio.

Para Secchi; Coelho; Pires (2020, p. 2), “uma política pública, é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público”. O autor ainda aborda que a política pública possui dois elementos fundamentais: a problemática relevante para a coletividade (problema público) e a resolução do problema apresentado, sendo essa a essência conceitual de políticas públicas na intenção de responder a um problema público (SECCHI; COELHO; PIRES, 2020). No conceito de Bispo; Gomes (2018), a política pública, além de uma diretriz também é um plano de ação para guiar as tomadas de decisões com a intenção de alcançar os objetivos e metas, utilizado pelo Estado para solucionar os problemas que afetam a coletividade e atender as demandas sociais, exercendo assim, sua função pública.

As políticas públicas devem ser guiadas pelos grupos de interesse (*stakeholders*), que segundo Freeman (1984) são os indivíduos ou grupos que podem afetar ou serem afetados por uma organização. Cortez (2021), explica que os principais *stakeholders* são os indivíduos ou grupo de pessoas, que de alguma forma, serão impactados pelas ações e atividades desenvolvidas pela política, são as partes interessadas, o grupo de interesse. Ainda segundo a autora, é importante os *stakeholders* manterem a clareza dos temas políticos e como eles irão impactar a comunidade e a população como um todo, além de conhecer quem são os principais atores e implementadores. Secchi; Coelho; Pires (2020), refere-se ao grupo de interesse, também, como grupo de pressão e defende que sua simples existência pode influenciar o desenho da política pública; determinar o reconhecimento ou encobrimento de problemas públicos, utilizando-se de meios influenciáveis; na pesquisa de soluções, apresentando meios

de controle do problema; na tomada de decisões, pressionando os políticos; na implementação, pressionando os implementadores e na avaliação das políticas públicas, levantando a opinião pública quanto à eficácia ou ineficácia das políticas públicas.

O ciclo das políticas públicas, segundo Secchi; Coelho; Pires (2020), é o processo de elaboração de políticas públicas e conta com a participação dos governantes, políticos, trabalhadores e empresas públicas e privadas nesse processo de elaboração (ANDRADE, 2016).

No caso deste trabalho, o ciclo apresenta-se da seguinte forma: após identificar o problema (suicídio) existente que merece atenção para um planejamento baseado nos dados da situação, na emergência de resolução e os recursos disponíveis (ANDRADE, 2016), ele passa a ser incluído na agenda pública. Segue com a formulação da política no Plano de Ação de Saúde Mental, onde será definido os objetivos dessa política, os programas desenvolvidos e as linhas de ação como forma de solução para o suicídio, após, vem o processo de tomada de decisão definindo os recursos e metas da ação da política (redução da taxa de suicídio em 10% até 2020). Concluindo todo o planejamento a política deve ser implementada, colocando em prática todas as ações definidas e com a implementação todas as ações devem ser controladas, supervisionadas e avaliadas possibilitando correção de falhas e melhoramentos de desempenho dessas ações (ANDRADE, 2016). O grupo de interesse do Plano de Ação de Saúde Mental, além dos portadores de transtornos mentais, estão seus familiares e toda sociedade, que de forma direta ou indireta, são atingidos em algum momento da vida pelo desequilíbrio mental ou emocional. A Figura 1, mostra as fases do ciclo das políticas: identificação do problema, formação da agenda, formulação de políticas, tomada de decisão, implementação, avaliação e extinção, esse ciclo baseia-se na definição defendida por Secchi; Coelho; Pires (2020).

Figura 1 - Ciclo de Políticas Públicas



Fonte: Google imagens.

As políticas públicas visando atender às demandas e necessidades sociais geram ações que objetivam responder aos problemas sociais que são identificados na vida coletiva, sendo estabelecidas a nível nacional, estadual ou municipal por meio de leis, projetos, programas públicos, dentre outros como afirma Silveira *et al.* (2007). Para a OMS (2013), a política de saúde mental deve ser oficialmente declarada pelo governo, com metas e objetivos bem definidos e detalhados em cada área de ação, na intenção da melhoria da saúde mental da população ao qual a política é destinada.

Considerando as taxas de suicídio mundialmente crescente nas últimas décadas e o impacto significativo gerado na vida de milhares de pessoas em todo mundo, o ato de tirar a própria vida tornou um problema de saúde pública com dados alarmantes, desenvolvendo a necessidade de propostas a serem abordadas com certa urgência frente as políticas públicas de diversos países, visando a prevenção do suicídio em diversos seguimentos (MELLO, 2020).

No século XX, os primeiros movimentos de prevenção ao suicídio surgiam em Londres (1906) e Nova York (1906) de forma filantrópica, religiosa e humanitária, com o Exército da Salvação, em Londres e a Liga Nacional Salve uma Vida, em Nova York, passando a ser uma questão de saúde pública apenas em 1994, após uma reunião realizada no Canadá, convocada pelo Conselho para Assuntos Econômicos e Sociais da Organização da Nações Unidas (ONU) e pelo Departamento de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde (OMS). Daí em diante, o suicídio saiu da invisibilidade e passa a ser uma questão de saúde pública, com a publicação da ONU das diretrizes para a formulação e implementação de estratégias nacionais de prevenção ao suicídio (BERTOLOTE, 2012).

Em 1999, o guia SUPRE (*suicide prevention*) para prevenção de suicídio, foi lançado pela OMS mundialmente, como uma forma de elo em uma ampla cadeia que envolve várias pessoas e grupos de profissionais de saúde, educadores, serviços sociais, governos, legisladores, membros da comunicação social, magistrados, famílias e comunidades (OMS, 2012)²⁰. Foi publicado pela OMS no ano de 2000 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)²¹, uma série com dez manuais direcionados a grupos específicos de atuação profissional na prevenção do suicídio, que são: (1) *Prevenção do suicídio*: um manual para médicos clínicos gerais²², (2) *Prevenção do suicídio*: uma manual para profissionais da mídia²³, (3) *Prevenção do suicídio*: manual para

²⁰ Ver: <www.site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/documento-suicidio-traduzido.pdf>.

²¹ Ver: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/imagens/pdf/2018/setembro/20/coletiva-suic---dio.pdf>>

²² Ver: <https://www.who.int/menta.health/prevention/suicide/en/suicideprev_gp_port.pdf>

²³ Ver: <http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf>

professores e educadores²⁴, (4) *Prevenção do suicídio*: manual para profissionais da saúde em atenção básica²⁵, (5) *Prevenindo o suicídio*: diretrizes para agentes penitenciários, (6) *Prevenção do suicídio*: um recurso para conselheiros²⁶, (7) *Prevenindo o suicídio*: diretrizes para um ambiente de trabalho, (8) *Prevenindo o suicídio*: diretrizes para policiais, bombeiros e outros agentes de intervenção em emergências, (9) *Prevenindo o suicídio*: diretrizes para a formação de grupos de sobreviventes, e, (10) *Prevenindo o suicídio*: diretrizes para o registro de casos (BERTOLOTE, 2012).

2.4.1 Dispositivos legais para a prevenção do suicídio

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo, sendo regulamentado em 1992, por meio da Portaria n. 224/92, que institui as normas do atendimento de saúde mental na rede SUS. Hoje no país existem aproximadamente 2.463 CAPS em funcionamento, oferecendo cuidado intensivo aos portadores de sofrimentos psíquicos (BRASIL, 1992)²⁷. Atualmente os CAPS, os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros serviços do gênero que têm surgido no país, são regulamentados pela Portaria n. 336/2002, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002).

Na sequência, o próximo documento legal que foi instituído em território brasileiro foi a Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001, “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001)²⁸. Essa lei foi fundamental por garantir proteção e direitos aos pacientes com transtornos mentais, tratamento integral com equipe multidisciplinar para todos sem discriminações, com a finalidade de reinserir o paciente de volta ao seu meio na sociedade.

Na supracitada lei em seu Art. 1º, defende-se que todas as pessoas portadoras de transtornos mentais, tem o direito de proteção sem discriminação de cor, raça, sexo, orientação sexual, religião, nacionalidade, opção política, idade, família, condições econômicas nem gravidade ou tempo de evolução do seu transtorno (BRASIL, 2001). A referida lei no Art. 2º: “garante aos portadores de transtornos mentais direitos nos atendimentos em saúde mental” (BRASIL, 2001).

²⁴ Ver: <https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_educ_port.pdf>

²⁵ Ver: <http://who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf>

²⁶ Ver: <https://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf>

²⁷ Ver: <[PORTARIA SAS-MS n° 224, de 29-01-1992.doc \(saude.mg.gov.br\)](PORTARIA SAS-MS n° 224, de 29-01-1992.doc (saude.mg.gov.br))>.

²⁸ Ver: <[L10216 \(planalto.gov.br\)](L10216 (planalto.gov.br))>.

Outros pontos que merecem destaque na lei em questão são: o Estado também se responsabiliza em desenvolver, com a participação da sociedade e dos familiares, uma política de saúde mental, garantindo assistência e promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, visando um tratamento mais humanizado próximo da família em ambientes extra-hospitalares sempre que possível, como citam os Art. 3º e 4º; a hospitalização de pessoas com transtornos mentais, seguem critérios de internações voluntários (com consentimentos escrito do paciente), internações involuntárias (sem consentimento do paciente a pedido de familiares ou responsável legal devido a situação de emergência apresentado) ou internações compulsórias (determinada pela justiça) autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM) do Estado onde o estabelecimento está localizado, como especificado no Art. 6º (BRASIL, 2001).

No ano seguinte, seguindo o exemplo do CAPS inaugurado em São Paulo, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria 336/02 que formalizou e direcionou a implantação de CAPS em todo o território nacional, ao estabelecer: áreas físicas específicas independentes de qualquer estrutura hospitalar, mas que possibilitem uma assistência como um todo, atuando de forma conjunta e articulada entre os serviços, visando a quebra do pensamento “asilar” e desospitalização, com proposta para dar maior liberdade e proximidade dos pacientes com seus familiares e amigos, facilitando a inclusão social, dando maior qualidade de vida ao usuário (BRASIL, 2002)²⁹.

As principais atribuições dos CAPS conforme a Portaria 336/02 do Ministério da Saúde:

- Acolhimento universal e diário;
- Atendimento individual, em grupos, à família e em oficinas terapêuticas;
- Elaboração de um diagnóstico situacional e clínico de cada usuário que acessa o serviço;
- Formulação de estratégias de cuidado e/ou do projeto terapêutico, adequado à necessidade de cada usuário;
- Agenciamento e encaminhamento dos casos que não sejam compatíveis com o trabalho de CAPS, mas que requeiram outra modalidade de cuidado;
- Visitas domiciliares e atividades comunitárias;
- Supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, entre outras funções (BRASIL, 2002)³⁰.

Com o objetivo de mudar a forma que as pessoas portadoras de doenças mentais eram tratadas no passado, o principal objetivo dos CAPS é a desinstitucionalização desses pacientes

²⁹ Ver: <www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf>.

³⁰ Ver: <www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf>.

junto com um tratamento mais humanizado contribuindo com maior qualidade de vida dos usuários e atingindo maiores taxas de reinserção social (BRASIL, 2002)³¹.

Após já ser visto como um problema de saúde pública no Brasil, em 2005, o Ministério da Saúde (MS)³² criou um Grupo de Trabalho para elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio por meio da Portaria nº. 2.542, e, em 2006, instituiu-se as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio por meio da Portaria nº. 1.876 para orientar a implantação da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, nos diversos níveis da administração pública (federal, estadual e municipal), além das instituições da sociedade, tanto pública como privada devem segui-las (BRASIL, 2005, 2006; STOPPA, 2020).

Destaca-se, na Portaria n. 2.542, o Ministério da Saúde considerar o suicídio como um grave problema de saúde pública, que afeta toda a sociedade e que pode ser prevenido, assim como também, destaca a importância dos registros epidemiológicos de suicídios, evidencia o aumento dos suicídios entre os jovens e alerta sobre as doenças decorrentes das tentativas de suicídio, como a depressão e o uso de drogas (BRASIL, 2005).

Por sua vez, a portaria n. 1876, além dos aspectos da Portaria n. 2.542, também considera os estudos e pesquisas na área do suicídio e o papel dos meios de comunicação como uma ferramenta de prevenção e combate (BRASIL, 2006)³³.

Após o Brasil (2006) instituir as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitando as competências das três esferas, estabelece que elas 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 para que possa:

- 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;

³¹ Ver: <www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf>.

³² Ver: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2542_22_12_2005.html>.

³³ Ver: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.htm>.

V - fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;

VI - contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos;

VII - promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e

VIII - promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização (BRASIL, 2006).

Na sequência, a Portaria nº 3088/2011, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo ofertado o cuidado em saúde mental por todos os pontos da RAPS, que prevê a articulação desde Atenção Básica: Equipe de Saúde da família (ESF), Unidade Básica de Saúde (UBS), Centro de Convivência, Consultório na Rua, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) até a Atenção Hospitalar e serviços de urgência e emergência (UPA 24h, SAMU 192), sob a coordenação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2017)³⁴. A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes conforme a Portaria 3088/2011 (BRASIL, 2011)³⁵:

- Atenção Básica em Saúde
- Atenção Psicossocial Especializada
- Atenção de Urgência e Emergência
- Atenção Residencial de Caráter Transitório
- Atenção Hospitalar
- Estratégias de Institucionalização
- Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

Essa política da reforma psiquiátrica adotada pelo Governo Federal desde 2011, propõe um modelo de atenção em saúde mental baseado na convivência do paciente dentro da sociedade, sendo articuladas ações e serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade. Sabendo-se que transtornos mentais e o uso de substâncias psicoativas tornam as pessoas vulneráveis aos suicídios, o tratamento e acompanhamento desses pacientes se torna uma forma de prevenção ao suicídio, para que seja garantido um cuidado integral e assistência multiprofissional com qualidade e que respeite os direitos humanos, a liberdade e o exercício da

³⁴ Ver: <[cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf \(neca.org.br\)](#)>.

³⁵ Ver: <[Portaria do Ministerio da Saude GM N 3088 2011 2702.pdf | Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais](#)>.

cidadania. A RAPS também deve garantir acesso a rede de atenção integral à saúde mental com ações preventivas e redução de danos, conforme recomendações do Ministério da Saúde (2011)³⁶.

Em seguida, estabeleceu-se a Portaria 1.271, de 06 de junho de 2014, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, torna as tentativas de suicídio e o suicídio agravos de notificação compulsória imediata em todo o território nacional, indicando a necessidade de acionamento imediato da rede de atenção e proteção para a adoção de medidas adequadas a cada caso (BRASIL, 2014)³⁷. Como medida importante para nortear as políticas públicas, a notificação compulsória deve levar ao conhecimento das autoridades sanitárias a ocorrência de determinada doença, agravo ou evento de saúde pública, para que sejam empregadas medidas para conter a disseminação de doenças transmissíveis para a população, como também eventos que requeiram uma intervenção mais próxima dos órgãos de saúde. Diante disso, os profissionais da área de saúde, tornam-se figuras fundamentais, junto com as instituições de saúde, nesse processo de seleção e registro das informações epidemiológicas, devendo ser conscientizados e capacitados de forma contínua para o preenchimento dos cadastros dos dados relacionados aos casos ou suspeitas de doenças epidemiológicas (BRASIL, 2017)³⁸.

Em 2014 também houve a publicação em parceria com a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) do protocolo do Serviço de Atendimento Móvel de Saúde (SAMU 192) para autoagressões e risco de suicídio, voltado para os profissionais de saúde (BRASIL, 2017).

Ainda no mesmo ano, passa a ocorrer, no Brasil, a campanha denominada “Setembro Amarelo” cujo objetivo é conscientizar e orientar a população sobre a importância da prevenção do suicídio e nas formas de buscar ajuda, caso necessário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Assim, estabeleceu-se o dia 10 de setembro como o Dia Mundial da Prevenção do Suicídio e, desde 2015, o Ministério da Saúde mantém parceria com o Centro de Valorização da Vida (CVV) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Essa campanha Setembro Amarelo, no Brasil, foi uma iniciativa do Centro de Valorização da Vida (CVV), Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) (STOPPA, 2020).

³⁶ Ver: <[Portaria do Ministério da Saúde GM N 3088 2011 2702.pdf | Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais](#)>.

³⁷ Ver: <[PORTARIA Nº 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014 \(saude.sc.gov.br\)](#)>.

³⁸ Ver: <[cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf \(neca.org.br\)](#)>.

O Centro de Valorização da Vida (CVV) é uma Organização Civil sem finalidades lucrativas, de caráter filantrópico, fundada em São Paulo em 1962, reconhecida como de Utilidade Pública Federal, desde 1973 pelo Decreto-Lei nº 73.348, que faz atendimentos de apoio emocional e na prevenção de suicídio, não só de forma presencial, mas também por meio de *e-mail*, *chat* e telefone (188) e conta com aproximadamente 4 mil voluntários que prestam serviços gratuitos 24 horas por dia, o ano todo, prestando assistência de forma sigilosa a quem precisa conversar sobre suas emoções, sentimentos, dores e sofrimentos, suas descobertas, dificuldades e alegrias, em mais de 120 postos em todo o Brasil (CVV, 2021)³⁹. Foi iniciado em setembro de 2015, os atendimentos pelo número 188 de forma gratuita, inicialmente no estado do Rio Grande do Sul e após dois anos (2017) com a assinatura do termo de cooperação técnica entre o Centro de Valorização da Vida e o Ministério da Saúde, a Anatel publicou o ato de autorização n. 9.623, expandindo para todo o Brasil (CVV, 2021).

Por meio da CVV são realizados cerca de 3 milhões de atendimentos por ano, o que nos prova que campanhas preventivas como o “Setembro Amarelo”, são eficazes como forma de prevenção (CVV, 2021).

O próximo marco legal desenvolvido foi a Portaria n. 204, de 2016, que reforça a notificação compulsória imediata em todo território nacional e dá destaque especial aos casos os quais consistem em danos de ordem física ou mental (que incluem intoxicações por substâncias, abuso de drogas, lesões causadas por ações contundentes decorrentes do emprego de violência interpessoal ou podem ter sido autoprovocadas) e também estabelece quais casos as autoridades responsáveis devem ser notificadas, espécies e os prazos para as notificações compulsórias e, ainda, discorre acerca de quais órgãos devem recebê-las (BRASIL, 2017). Para o Ministério da Saúde (2017)⁴⁰, as notificações compulsórias são divididas em três espécies:

1. notificação compulsória imediata (NCI), cujo prazo é de 24 horas;
2. notificação compulsória semanal (NCS), que tem 7 dias de prazo;
3. notificação compulsória negativa (NCN), comunicação semanal que informará que não foi identificada nenhuma ocorrência, durante a semana (BRASIL, 2017).

Os dados epidemiológicos sobre as tentativas de suicídio e suicídios consumados, estão disponibilizados por meio dos sistemas de informação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS): Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) através do DATASUS (TABNET) que disponibilizam informações que subsidiam análises objetivas das situações sanitárias e as tomadas de decisões

³⁹ Ver: <[CVV | Centro de Valorização da Vida](#)>.

⁴⁰ Ver: <[cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf \(neca.org.br\)](#)>.

baseadas em evidências e elaboração de programa de ação de saúde (BRASIL, 2017)⁴¹. O DATASUS (2020), como Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil é responsável por coletar, processar e disseminar informações sobre a saúde do país, e é responsável também pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), além de conter todas as informações sobre o estabelecimento de saúde para atendimento à população no país: equipamentos, leitos e os profissionais, por especialidade, com informações do segmento privado conveniado com o SUS e do segmento público (DATASUS, 2020)⁴².

A Portaria n. 3.479, de 18 de dezembro de 2017(BRASIL, 2017c)⁴³, instituiu o Comitê para elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil, após ser considerada a necessidade de construir e coordenar ações voltadas à prevenção do suicídio, em consonância com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e com as Diretrizes Organizacionais das Redes de Atenção Básica (BRASIL, 2017c)⁴⁴. De acordo com o Art. 3º, compete ao Comitê do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil:

- I - coordenar a construção de diagnósticos situacionais sobre o cenário relativo ao suicídio no Brasil;
- II - elaborar a proposta do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil em consonância com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e com as Diretrizes Organizacionais das Redes de Atenção à Saúde;
- III - articular a implementação e implantação do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, no Brasil;
- IV - realizar o monitoramento e avaliação do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, no Brasil (BRASIL, 2017c).

Foi com a Portaria 3.491, de 18 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017d)⁴⁵, que foi instituído o incentivo financeiro de custeio para o desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância, e atenção integral relacionados à prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com essa Portaria para uma abordagem integral e efetiva, considerando a complexidade e transversalidade do tema, resolve (BRASIL, 2017d):

Art. 1º Fica instituído incentivo financeiro de custeio para o desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância, e atenção integral relacionados à prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º O incentivo financeiro instituído no art. 1º será destinado aos entes federados que desenvolvam projetos relacionados à prevenção do suicídio, em consonância com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, e com a Agenda de Ações Estratégicas para Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil, tendo em vista a articulação entre as Redes de Atenção à

⁴¹ Ver: <[cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf \(neca.org.br\)](#)>.

⁴² Ver: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>.

⁴³ Ver: <[Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](#)>.

⁴⁴ Ver: <[Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](#)>.

⁴⁵ Ver: <[Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](#)>.

Saúde, a Vigilância em Saúde e a Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no âmbito do SUS (BRASIL, 2017d).

Além das Portarias, foi lançado pelo Ministério da Saúde, em setembro de 2017, o Boletim Epidemiológico 2017 e a Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção de Saúde 2017 – 2020, após o Brasil assinar com o Plano de Ação em Saúde Mental, em 2015, lançado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) no mesmo ano (BRASIL, 2017a)⁴⁶.

Por fim, em 26 de abril de 2019, foi sancionada a Lei n. 13.819 que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do suicídio para ser implementada pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, com os seguintes objetivos:

- I – promover a saúde mental;
- II – prevenir a violência autoprovocada;
- III – controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental;
- IV – garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio;
- V – abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídio e garantir-lhes assistência psicossocial;
- VI – informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção;
- VII – promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras;
- VIII – promover a notificação de eventos, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados, envolvendo a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e os estabelecimentos de saúde e de medicina legal, para subsidiar a formulação de políticas e tomadas de decisão;
- IX – promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas (BRASIL, 2019).

Todos os casos de violência autoprovocadas devem ser notificados em caráter sigiloso, tanto os casos suspeitos, quanto os confirmados. Nos casos dos estabelecimentos de saúde públicos e privados devem ser informadas as notificações para as autoridades sanitárias e nos estabelecimentos de ensino públicos e privados devem ser informadas as notificações para o conselho tutelar (BRASIL, 2019). Entende-se por violência autoprovocada: o suicídio consumado, a tentativa de suicídio e o ato de automutilação, com ou sem ideação suicida (BRASIL, 2019). A importância da notificação compulsória dos casos, fornece informações fundamentais para organizar ações e implementar as políticas públicas de prevenção em

⁴⁶ Ver: <[Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br)>.

conjunto com os 3 Ministérios: Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MEC, 2019).

Foi lançada a campanha “Acolha a Vida” para prevenção do suicídio e da automutilação por meio do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH) para atender toda faixa etária, principalmente as crianças e adolescentes (MEC, 2019)⁴⁷.

2.4.2 Prevenção

Prevenção na medicina e saúde pública é toda medida utilizada que seja capaz de bloquear a causa de uma doença antes que atinja o sujeito, prevenindo-o do adoecimento (BERTOLOTE, 2012). Ainda segundo Bertolote (2012), os modelos de prevenção podem ser, de forma a prevenir as etapas da doença e baseada ao nível de risco.

Na prevenção de etapas da doença, ele fala da prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária:

- Prevenção primária: atividades que promove a saúde no geral de maneira inespecífica, tanto física quanto psíquica, para doenças infecciosas, degenerativas e transtornos mentais.
- Prevenção secundária: uma vez que a doença tenha se instalado, esse momento atua de forma a não deixar a doença evoluir e se agravar, tendo um diagnóstico rápido e precoce prevenindo sofrimento, incapacidades e possíveis óbitos.
- Prevenção terciária: medidas tomadas após a doença ser interrompida e o paciente estabilizado com retorno as suas capacidades funcionais, mantendo a reabilitação e acompanhamento posterior (BERTOLOTE, 2012, p.83-86).

O quadro 1 - apresenta a prevenção baseada em nível de risco.

Quadro 1. Exemplos de programas de prevenção do suicídio efetivos, por nível de cobertura populacional

| Nível de cobertura | Público-alvo | Intervenções |
|--------------------|--|--|
| Universal | Toda população | Limitação do acesso a substâncias tóxicas |
| Seletiva | Indivíduos com risco baixo a moderado de comportamentos suicidas | Tratamento de pessoas com transtornos mentais (incluindo transtornos por uso de substâncias psicoativas) |
| Indicada | Indivíduos com risco evidente de comportamentos suicidas, ou que já os iniciaram | Seguimento terapêutico frequente de portadores de transtorno bipolar ou com episódios psicóticos recorrentes Seguimento psicossocial frequente de pessoas com história de tentativa prévias de suicídio |

Fonte: BERTOLOTE, 2012.

⁴⁷ Ver: <[Sancionada lei que cria Política de Prevenção da Automutilação e do Suicídio - MEC](#)>.

Os riscos para o suicídio são determinados de muitas maneiras e natureza, necessitando de intervenções preventivas multidisciplinar que requer não só o esforço coletivo por meio de abordagens individuais e em grupos específicos, mas também um esforço da comunidade como um todo (STOPPA, 2019). Para a OMS apud Stoppa (2019):

Todas as formas de prevenções: universais, seletivas e indicadas, devem contemplar os programas de prevenção ao suicídio com ações em Políticas públicas de Saúde Mental, Políticas Públicas para reduzir o consumo de drogas, acesso ao sistema de saúde com qualidade, restrições aos métodos usados para o suicídio, combater a subnotificação, instruções aos meios de comunicação para uma abordagem responsável do tema, conscientizar a população sobre os problemas de saúde mental e os riscos do suicídio para as prevenções universais; capacitar as pessoas que entram em contato com os membros da comunidade de forma regular (profissionais de saúde, professores, líderes religiosos, policiais, etc.), elaborar programas para vítimas de abuso, assim como disponibilizar uma linha telefônica para atendimento àqueles que se encontram em sofrimento emocional para as prevenções seletivas; e, por fim, identificar indivíduos que apresentam risco elevado, sendo necessário intervenções urgentes, como a remoção de métodos de suicídio (medicamentos, armas etc.) e oferta de apoio psicossocial como ações de prevenção indicada (OMS apud STOPPA, 2019, p.26).

Diferente de outras questões de saúde, o suicídio pode ser evitado, por meio de ação coletiva de reconhecimento e tratamento do problema, utilizando estratégias eficazes, junto com o compromisso dos governantes, a vontade e recursos políticos (OMS, 2012)⁴⁸. A OMS (2012), considera a importância de desenvolver planos de ação de prevenção ao suicídio, mas também de tratar as causas específicas para o comportamento suicida. A necessidade de projetos preventivos deve ser fortemente assumida por órgãos públicos governamentais, porém sem deixar de lado a participação da comunidade e sociedade como um todo no engajamento à prevenção do suicídio de forma individual e coletiva (MELLO, 2020).

2.5 PLANO DE AÇÃO DE SAÚDE MENTAL

Parte da construção teórica dos estudos e pesquisas de políticas, acontece sobre a análise de programas, planos e políticas públicas locais e regionais, Secchi (2020), considera que as políticas públicas são diretrizes estruturantes (de nível estratégico), e as diretrizes de nível intermediário e operacional. Já para outros autores, como, Comparato (1997) e Massa-Arzabe (2002), consideram que as políticas públicas são estruturantes como macrodiretrizes estratégicas, ou conjunto de programas, e os programas, planos e projetos são seus elementos operativos.

⁴⁸ Ver: <www.site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/documento-suicídio-traduzido.pdf>.

Um plano de ação é uma ferramenta de gestão pública com o intuito de elaborar uma lista com todos os passos necessários para que determinados objetivos sejam alcançados. Além disso, um bom plano de ação deve definir os executores de cada atividade, com prazo e orçamento determinado, garantindo que as atividades sejam realizadas de maneira organizada para o cumprimento de seus objetivos e metas com sucesso e eficiência (RODRIGUES, 2010).

Podemos assim definir como os principais *stakeholders* para o Plano de Ação de Saúde Mental, não só os portadores de transtornos mentais e seus familiares, mas toda a sociedade, uma sociedade adoecida. Para o médico Guerra (2020), a sociedade está doente, pela violência sem limites, tanto física quanto verbal, muitos brasileiros se acham no direito de reagir de forma violenta e agressiva, e às vezes até criminosos, quando sentem seus “egos” ameaçados, ele ainda refere que a depressão está associada a essas experiências emocionais e as pressões impostas pela sociedade.

Desde 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) busca construir uma realidade melhor e mais saudável para população mundial, por meio de estudos e pesquisas que promovam o completo bem-estar físico, mental e social a todos os seres humanos, fundada em 07 de abril de 1948, com sua sede situada em Genebra, é composta por 194 Estados membros, busca investimentos nos campos da pesquisa e conta com apoio financeiro de organizações não governamentais, indústrias farmacêuticas e agências privadas, além dos investimentos oferecidos pelos Estados membros (OMS, 2018)⁴⁹. Para a OMS (2013), o plano de saúde mental deve apresentar as ações, estratégias e atividades que serão implementadas, junto com o orçamento e os prazos para realizar a visão do plano, e com isso, buscar atingir seus objetivos, metas e resultados esperados. No plano, ainda, deve ser apresentado os indicadores para que os resultados sejam avaliados e concluir que as implementações foram bem-sucedidas ou não.

Em 2012, na 65ª Assembleia Mundial de Saúde, adotou-se uma resolução (WHA 65/4) sobre a carga global de doenças na saúde mental e a necessidade de medidas de resposta de maneira integral e coordenada de setores de saúde e sociais dos países, solicitando aos Estados membros um plano de ação em saúde mental abrangendo serviços, políticas, leis, planos, estratégias e programas com foco integral e multissetorial entre saúde e social, tendo atenção nas esferas de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, cuidado e recuperação, propiciando indicadores-chaves e metas para serem usadas em avaliações à implementações, progressos e impactos (WHO, 2013)⁵⁰.

⁴⁹ Ver: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/01/Guia-de-Estudos-OMS-Sa%C3%BAde-Mental.pdf>>.

⁵⁰ Ver: <<http://www.who.int/initiatives/mental-health-action-plan-2013-2030>>.

Com a 66ª Assembleia Mundial de Saúde (WHA 66/8), foi adotado o Plano de Ação em Saúde Mental que abrange o período de 2013-2020, por todos os 194 Países Membros da OMS, nos próximos 8 anos, cujo potencial é mudar a direção da saúde mental como parte integrante da saúde e bem-estar como é definida pela Constituição da Organização Mundial de Saúde “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e, não apenas, a ausência de afecções ou doenças”, valorizando a saúde mental dos cidadãos para que esses possam exercer todos os direitos humanos na sociedade (WHO, 2013). São quatro os principais objetivos do Plano de Ação em Saúde Mental, que possui importante papel em desempenhar cuidados baseados na comunidade e nos direitos humanos, abordando não só o modelo tradicionalmente médico como também oportunidades educacionais, geradoras de renda, habitação, serviços sociais que possam garantir respostas positivas a saúde mental:

1. Fortalecer a liderança eficaz e a governança para a saúde mental.
2. Fornecer serviços abrangentes, integrados e responsivos de saúde mental e assistência social em ambientes comunitários.
3. Implementar estratégias de promoção e prevenção em saúde mental.
4. Fortalecer sistemas de informação, evidências e pesquisas para a saúde mental. (WHO, 2013).

Na 72ª Assembleia Mundial de Saúde (WHA 72/76), que ocorreu na Genebra, de 20 a 28 de maio de 2019, o Plano de ação em Saúde Mental foi prorrogado até 2030 para atingir suas metas, e, assim, garantir um alinhamento com a Agenda de 2030, uma vez que, a redução da taxa de mortalidade faz parte dos objetivos de Desenvolvimento Sustentável até 2030 (WHO, 2013)⁵¹.

O Brasil como país signatário, que assinou com o Plano de Ação em Saúde Mental 2015-2020, lançado pela Organização Mundial de Saúde, em 2013, segue com os objetivos de acompanhar o número de morte anual por suicídio e desenvolver programas de prevenção para que alcance a meta de redução do suicídio em 10% como preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017b), após lançamento da Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio, em 2017.

O Plano de Ação em Saúde Mental, define saúde mental como “um estado de bem-estar no qual o indivíduo desempenha habilidades, supera o estresse normal da vida, trabalha de forma produtiva e contribui com algo para sua comunidade” (WHO, 2013), podendo ser afetada por vários fatores, além dos fatores individuais de pensamentos, emoções, comportamentos e interações, há também os sociais, culturais, econômicos, políticos, ambientais, o padrão de vida, condições de trabalho ou suporte social da comunidade, ao qual devem ser abordados com estratégias políticas que promovam, previnam, tratem e recuperem o indivíduo acometido e

⁵¹ Ver: <<http://www.who.int/initiatives/mental-health-action-plan-2013-2030>>.

envolvam os setores da saúde e setores sociais de forma integral estabelecendo de maneira clara as ações para os Estados Membros, as Secretarias e parceiros internacionais e nacionais (WHO, 2013).

O princípio global do Plano de Ação é de que “não há saúde sem saúde mental” (WHO, 2013), visando com que a saúde mental seja valorizada, promovida, protegida e os transtornos mentais prevenidos, com o cuidado de que todas as pessoas afetadas por algum transtorno mental, exerçam seus direitos e tenham acessibilidade aos cuidados de saúde e sociais estimulando sua recuperação com a finalidade de viver sua cidadania com dignidade sem discriminação ou estigmatização (WHO, 2013)⁵². O objetivo geral do Plano de Ação em Saúde Mental é:

Promover o bem-estar mental, prevenir transtornos mentais, fornecer cuidados, melhorar a saúde mental, recuperação, promover os direitos humanos e reduzir a mortalidade, morbidade e incapacidade de pessoas com transtornos mentais (WHO, 2013).

Como foi definido na 66^a na Assembleia Mundial de Saúde (WHA 66/8) o Plano de Ação tem os seguintes objetivos: fortalecer a liderança eficaz e a governança para a saúde mental; fornecer serviços abrangentes, integrados e responsivos de saúde mental e assistência social em ambientes comunitários; implementar estratégias de promoção e prevenção em saúde mental; fortalecer sistemas de informação, evidências e pesquisas para a saúde mental (WHO, 2013). É baseado em seis princípios e abordagens transversais: cobertura universal de saúde; direitos humanos; práticas baseadas em evidências; abordagem que cobre todo o ciclo de vida; abordagem multissetorial; emancipação de pessoas com transtornos mentais e deficiências psicossociais (WHO, 2013). Nesse evento foram lançadas propostas para os Estados membros e parceiros internacionais e nacionais e ações definidas para as secretarias com intenção de atingirem os objetivos e as metas do Plano de ação, tendo o cuidado para que estas sejam adaptadas em conformidades as circunstâncias nacionais e suas prioridades, respeitando as fases que cada país se encontra (WHO, 2013)⁵³.

Encontra-se no objetivo 3 do Plano de Ação em Saúde Mental, a prevenção do suicídio como uma das principais prioridades, com alerta para os jovens e idosos, como a faixa etária a ter mais pensamentos suicidas ou automutilação e os vulneráveis e marginalizados, como os grupos mais propensos ao suicídio, porém, outros fatores de riscos podem ser associados ao suicídio, por isso, as medidas de prevenção não devem vir apenas do setor saúde, mas também

⁵² Ver: <<http://www.who.int/initiatives/mental-health-action-plan-2013-2030>>.

⁵³ Ver: <<http://www.who.int/initiatives/mental-health-action-plan-2013-2030>>.

de outros setores simultaneamente (WHO, 2013). A seguir encontram-se as ações propostas para os Estados Membros e ações para a Secretaria:

Ações propostas para os Estados-Membros: prevenção do suicídio: desenvolvimento e implementação de estratégias nacionais abrangentes de prevenção do suicídio, dando atenção especial aos grupos em que foi detectado um maior risco de suicídio, como gays, lésbicas, bissexuais e transexuais, jovens ou outros grupos vulneráveis de qualquer idade, dependendo do contexto local.

Ações para a Secretaria: prevenção de suicídio: fornece suporte técnico aos países para fortalecer seus programas de prevenção de suicídio, dando atenção especial aos grupos nos quais foi detectado um maior risco de suicídio (WHO, 2013).

No objetivo 4 do Plano de ação, treinamentos e apoio técnicos serão oferecidos aos Estados Membros para o desenvolvimento de sistemas nacionais de informação, tirando proveito dos sistemas de informação já existente, onde as informações e notificações possam satisfazer o monitoramento de forma adequada para avaliar o progresso das metas globais do Plano de Ação em Saúde Mental (WHO, 2013)⁵⁴. Abaixo estão descritos os objetivos com suas metas:

Fortalecer liderança e governança eficazes no campo da saúde mental.

Meta global: 80% dos países terão desenvolvido ou atualizado suas políticas/planos de saúde mental de acordo com instrumentos internacionais e de direitos humanos regionais (até 2020).

Meta global; 50% dos países terão desenvolvido ou atualizado suas leis sobre saúde mental de acordo com instrumentos internacionais e de direitos humanos regionais (até 2020).

Fornece serviços de saúde mental e de assistência social abrangentes, integrados e responsivos no nível da comunidade.

Meta global: cobertura de serviços para transtornos mentais graves terão aumentado em 20% (até 2020).

Colocar em prática estratégias de promoção e prevenção no domínio da saúde mental.

Meta global: 80% dos países terão pelo menos dois programas nacionais multissetoriais de promoção e prevenção da saúde mental em operação (até 2020).

Meta global: a taxa de suicídios nos países terá sido reduzida em 10% (até 2020).

Fortalecer os sistemas de informação, dados cientistas e pesquisa em saúde mental.

Meta global: 80% dos países irão calcular e relatar sistematicamente, pelo menos um conjunto básico de indicadores de saúde mental, a cada dois anos, por meio do seu sistema nacional de saúde e informação social (até 2020) (WHO, 2013).

⁵⁴ Ver: <<http://www.who.int/initiatives/mental-health-action-plan-2013-2030>>.

As ações propostas a serem aplicadas pelos Estados Membros, são projetos que devem ser aplicados para que os objetivos do Plano de ação sejam alcançados, levando em consideração a realidade de cada país (WHO, 2013)⁵⁵, como apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 - Objetivos e ações propostas ao Plano de Ação em Saúde Mental

| Objetivos | Ações |
|---|---|
| Fortalecer liderança e governança eficazes em saúde mental. | - Política e legislação; - Planejamento de recursos; - Colaboração com as partes interessadas; - Fortalecimento e emancipação de pessoas com transtornos mentais e deficiências psicossociais, e suas organizações. |
| Fornecer serviços abrangentes, integrados e responsivos de saúde mental e assistência social em ambientes comunitários. | - Reorganização de serviços e ampliação de cobertura; - Cuidado integrado e adaptativo; - Saúde mental em emergências humanitário (conflitos isolados, repetidas ou contínuas, situações violência e catástrofes); - Desenvolvimento de recursos humanos; - Correção de disparidades. |
| Implementar estratégias de promoção e prevenção em saúde mental. | - Promoção da saúde mental e prevenção de transtornos; - Prevenção do suicídio. |
| Fortalecer sistemas de informação, evidências e pesquisas para a saúde mental. | - Sistemas de informação; - Dados científicos e pesquisa. |

Fonte: WHO, 2013.

Para a meta de redução da taxa de suicídio em 10%, até 2020, temos como indicador o número anual de mortes por suicídio por 100.000 habitantes, verificado através do registro anual sistemático de óbitos por suicídio, sendo necessário medidas eficazes para atingir este objetivo com ações que colocam em prática estratégias de promoção e prevenção em saúde mental (WHO, 2013)⁵⁶. A prevenção do suicídio requer estratégias que proporcionem uma atenção especial aos grupos mais vulneráveis, com algumas opções de aplicação das ações, a OMS sugere:

- Conscientização pública, política e da mídia sobre a magnitude do problema e sobre a disponibilidade de estratégias eficazes de prevenção.
- Restrição de acesso a meios de autolesão e suicídio (como armas de fogo e pesticidas).
- Promoção de informações responsáveis pela mídia em relação com os casos de suicídio.
- Promoção de iniciativas de prevenção do suicídio no ambiente de trabalho.
- Melhores respostas do sistema de saúde às lesões autoprovocadas e ao suicídio.

⁵⁵ Ver: <<http://www.who.int/initiatives/mental-health-action-plan-2013-2030>>.

⁵⁶ Ver: <<http://www.who.int/initiatives/mental-health-action-plan-2013-2030>>.

- Avaliação e gestão de casos de automutilação / suicídio e transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias associadas.
- Otimização do apoio psicossocial com recursos comunitários disponíveis, tanto para aqueles que tentaram suicídio como para as famílias daqueles que cometeram suicídio (WHO, 2013).

O Plano de Ação em Saúde Mental cobre a prevenção do suicídio, envolvendo os Estados no dever e obrigação de proteger os indivíduos e grupos de risco, sendo reconhecido pela OMS, como um direito que todo ser humano tenha acesso a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social (WHO, 2013)⁵⁷.

2.5.1 Agenda de Ações Estratégicas para a prevenção e vigilância do suicídio no Brasil

Uma estratégia de prevenção nacional contra o suicídio permite que as comunidades se unam sem estigmatização e que forneçam uma estrutura com todas as questões específicas necessárias para o enfrentamento do comportamento suicida, para isso, não só o governo, mas também as organizações não governamentais, as comunidades locais e a sociedade como um todo, tem um papel importante a ser desempenhado no combate ao suicídio (OMS, 2012)⁵⁸.

Em 2017, após o Brasil assinar com o Plano de Ação em Saúde Mental lançado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Ministério da Saúde (MS) lançou a Agenda de Ações Estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção de saúde no Brasil 2017-2020 (BRASIL, 2017)⁵⁹.

A Agenda de Ações Estratégicas tem como objetivo ampliar e fortalecer as ações de promoção da saúde, vigilância, prevenção e atenção integral relacionados ao suicídio, para a redução de tentativas e mortes por suicídio por meio da construção do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio e é composta por 3 eixos: Eixo I – Vigilância e Qualificação da Informação; Eixo II – Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde e, Eixo III – Gestão e Cuidado (BRASIL, 2017).

Por sua vez, integram o Eixo I: qualificação da notificação de tentativa de suicídio; qualificação do diagnóstico e registro da causa de óbito; qualificação das informações; e, pesquisas e disseminação de informações.

Faz-se aqui um adendo para ressaltar o valor das pesquisas e disseminação de informações, uma vez que, estudos sobre os dados do suicídio apresentam-se como um

⁵⁷ Ver: <<http://www.who.int/initiatives/mental-health-action-plan-2013-2030>>.

⁵⁸ Ver: <www.site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/documento-suicidio-traduzido.pdf>.

⁵⁹ Ver: <[cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf\(neca.org.br\)](http://cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf(neca.org.br))>.

instrumento de grande importância para a prevenção do suicídio, levando embasamento científico para implantação de políticas públicas, mas para isso, faz-se necessário ter um registro civil confiável que proporcione dados para pesquisas e estudos sobre o tema (MELLO, 2020). No Brasil, órgãos oficiais como o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) disponibilizam as informações por meio dos Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação Sobre Agravos de Notificação (SINAN), o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) também fornece dados sobre óbitos por causas externas (como o suicídio) (MELLO, 2020).

Como já mencionado, o suicídio é classificado como lesões autoprovocadas (CID 10: X60 a X84), sendo considerada uma ferramenta padrão para epidemiologia, propósitos clínicos e gestão da saúde, sendo utilizada para monitorar a incidência e permanência de doenças e transtornos, fornecendo um quadro geral da situação de países e população, muito utilizada por médicos, enfermeiros, pesquisadores (OMS, 2018)⁶⁰.

O Ministério da Saúde oferece materiais como cartazes, folhetos, informações sobre campanhas, agenda de ações e cartilhas direcionadas para profissionais de saúde, população e comunicadores, para orientar a prevenção do suicídio e a publicação do Boletim Epidemiológico com dados e avaliação sobre tentativa de suicídios e registro de óbitos, que passou a ser anual, após Agenda de Ações Estratégicas (MELLO, 2020; BRASIL, 2017).

O eixo II é composto por dois pontos: articulação intersetorial e intrasetorial. Nesse âmbito, foi publicado pela OMS, no ano de 2000, uma série de publicações com nove manuais direcionadas a vários segmentos da sociedade, com as diretrizes para prevenção do suicídio e como atuar diante desse cenário caso venha se apresentar, o que representa a garantia de informações com qualidade na visão científica e prática: 1 - para médicos clínicos gerais; 2 - para profissionais da mídia; 3 - para professores e educadores; 4 - para profissionais da saúde em atenção primária; 5 - para agentes penitenciários; 6 - para conselheiros; 7 - para ambientes de trabalho; 8 - para policiais, bombeiros e outros agentes de intervenção em emergência; 9 - para formação de grupos de sobreviventes (BERTOLOTE, 2012).

A prática de prevenção e formulação de políticas ainda são muito prejudicadas pelo fato do suicídio ser tratado com tabu pela sociedade, porém os preconceitos e entraves em torno do suicídio estão baseados na falta de informação sobre o assunto, falta de conhecimento científico e pouco debate social acerca do tema, mostrando a necessidade de uma comunicação de forma

⁶⁰ Ver: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/01/Guia-de-Estudos-OMS-Sa%C3%BAde-Mental.pdf>>.

responsável e voltada para alternativas e oportunidades de ajuda, evitando maneiras inadequadas de abordagens e tirando o foco no que não é recomendável (MELLO, 2020).

A OMS criou um manual para os profissionais da mídia onde orienta uma postura proativa na prevenção do suicídio devendo sempre trabalhar em conjunto com as autoridades de saúde na apresentação dos fatos; apresentar somente dados relevantes, em páginas internas de veículos impressos; referir ao suicídio como suicídio “consumado”, não como suicídio “bem-sucedido”; não noticiar em primeira página, nem palavra suicídio no título, não publicar fotos, não divulgar o método utilizado, local ou bilhetes suicidas; destacar as alternativas ao suicídio; fornecer informações sobre números de telefones e endereços de grupos de apoio e serviços de ajuda; mostrar indicadores de risco e sinais de alerta sobre comportamento suicida (OMS, 2000e; MELLO, 2020). Dessa forma, vemos a importância que os meios de comunicação têm, de maneira responsável, em educar, informar e orientar o público a respeito do suicídio e sobre onde buscar ajuda, em caso de necessidade, por outro lado de maneira irresponsável, podem influenciar os sujeitos vulneráveis negativamente (BERTOLOTE, 2012).

Por fim, o eixo III é composto por: pactuação de estratégias e fluxo de atenção à saúde local; e, educação permanente. Como abordado anteriormente, ocorreu pactuações em diversas instâncias que permitiram a elaborações de ações e serviços para prevenção ao suicídio, como os CAPS e a assistência telefônica fornecida pela CVV.

Em 2014 foi estabelecido o protocolo de serviço de atendimento móvel (SAMU – 192) para autoagressão e risco de suicídio e também foram capacitados os profissionais de saúde para qualificar a assistência no SUS, em uma parceria entre o Ministério da Saúde e a Universidade Federal de Santa Catarina, foi elaborado e ofertado cursos à distância sobre Crise e Urgência em Saúde Mental, profissionais foram capacitados qualificando as ações de prevenção de suicídios, principalmente nos seis estados brasileiros (Amazonas, Mato Grosso do Sul, Roraima, Piauí, Rio Grande do Sul e Santa Catarina) de maior taxas de mortalidade por suicídio (BRASIL, 2017)⁶¹.

Um comitê para elaboração do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil foi criado em 2017 (Portaria 3479/17)⁶² e, também, estabelecido o incentivo financeiro para o desenvolvimento da prevenção do suicídio por meio do SUS (Portaria 3491/17) (BRASIL, 2017c). Os estados com maior taxa de suicídio (Amazonas, Mato Grosso do Sul, Roraima, Piauí, Rio Grande do Sul e Santa Catarina) receberam incentivo financeiro para implantação de

⁶¹ Ver: <[cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf \(neca.org.br\)](#)>.

⁶² Ver: <[Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](#)>.

Projetos de Prevenção ao Suicídio com medidas integradas que envolvem gestão, promoção da saúde, cuidado para prevenção do suicídio e vigilância (MS, 2018)⁶³.

A Política Nacional de Saúde Mental vem sendo ampliada com novas ações, algumas já implantadas como: a ampliação da capacitação dos profissionais nas linhas de cuidado locais de prevenção de suicídio, a realização de oficinas de prevenção ao suicídio nos locais de maior prioridade, a qualificação das ações de saúde indígena nos CAPS que já vem apresentando uma redução de 10,2% de óbitos por suicídio nas pessoas indígenas, essa redução foi observada nos locais onde houve implementação da linha de cuidado de prevenção de suicídio por meio de estratégias de prevenção construídas nas aldeias com a participação das lideranças indígenas e dos jovens indígenas (MS, 2018).

Outras ações ainda estão em andamento no Ministério da Saúde:

Ações em andamento: orientações e diretrizes

- Protocolo de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Fumicultura: ações para prevenção do suicídio, vigilância e cuidados em Saúde Mental para os estados com maior produção de Fumo (RS, PR, SC e AL);
- Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde Mental relacionada ao trabalho: elaboração de documento com informações sobre suicídio relacionado ao trabalho;
- Unidades socioeducativas: acompanhamento de tentativas e mortes por suicídio em municípios habilitados na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI);
- Pessoa Idosa: inclusão do tema suicídio na Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no SUS;
- Pense: inserção de perguntas relacionadas ao suicídio na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar.

Ações em andamento: incentivo à qualificação

- Projeto Acolhe SUS: inserção do tema suicídio dentro de Política Nacional de Humanização;
- Atualização do Manual para Profissionais de Saúde sobre Prevenção do Suicídio (MS, 2018)⁶⁴.

O Plano de Ação, junto com a Agenda de Ações Estratégicas para a prevenção e vigilância do suicídio no Brasil, é uma conquista de grande relevância para um problema que foi por muito tempo negligenciado e que finalmente vem recebendo a devida atenção e importância na saúde mental e na prevenção do suicídio, ficando claro que não há saúde, sem saúde mental (OMS, 2012; 2013)⁶⁵.

⁶³ Ver: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/imagens/pdf/2018/setembro/20/coletiva-suic---dio.pdf>>.

⁶⁴ Ver: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/imagens/pdf/2018/setembro/20/coletiva-suic---dio.pdf>>.

⁶⁵ OMS: www.site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/documento-suicídio-traduzido.pdf. Acesso em: 26/04/21; <http://www.who.int/initiatives/mental-health-action-plan-2013-2030>. Acesso em: 12/11/20.

2.6 AVALIAÇÃO DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA

A fase de implementação, é a fase do ciclo de políticas públicas em que as atividades necessárias para resolução do problema identificado, são executadas (SILVA; MELO, 2000; OLIVEIRA, 2018; ARRETCHE, 2001). Para Secchi; Coelho; Pires (2020), é nesse momento que os resultados concretos da política pública são produzidos, que as intenções se tornam ações e, para que isso aconteça, é necessário dos instrumentos de políticas públicas: a atividade do *policymaker*, o problema público, a política pública e o instrumento da política.

Segundo Sabatier (1986), são dois os modelos de implementação de políticas públicas: modelo *top-down* (de cima para baixo) e o modelo *bottom-up* (de baixo para cima), o modelo *top-down* caracteriza-se pela separação da elaboração e tomada de decisão pelos políticos e do esforço e implementação pelos administradores, enquanto o modelo *bottom-up* caracteriza-se por uma política pública modificável no dia a dia e maior liberdade dos burocratas, em que os implementadores participam das tomadas de decisões por meio das práticas experienciadas. A diferenciação entre os dois modelos é um indicativo para a pesquisa sobre implementação, pois foca-se mais nos detalhes das políticas públicas e verifica-se na prática as falhas de implementação, no modelo *top-down*, ou foca-se mais na prática e estratégias dos implementadores e verifica-se as falhas da política (SECCHI; COELHO; PIRES, 2020). Atualmente, como considera Hill e Hupe (2002), mesmo a formulação e implementação sendo consideradas fases distintas no ciclo das políticas, na prática, as decisões são tomadas também durante a implementação, interagindo e negociando com os implementadores que colocam a política em vigor e tornam as ações concretas (OLIVEIRA, 2018).

Bittencourt (2010), considera que para contribuir com as melhores práticas de gestão e prestar contas à sociedade (*stakeholders*) por meio dos resultados e impactos das políticas, faz-se necessária a avaliação pública dos planos, programas, projetos e processos, principalmente, na fase de implementação, a execução das atividades devem cumprir com os objetivos e metas definidos no momento de formulação das políticas. Diante das considerações, este estudo tem como objetivo avaliar se os objetivos do Plano de Ação de Saúde Mental estão sendo atingidos, e por meio desses resultados avaliar a implementação da política em Saúde Mental e Prevenção ao Suicídio no Brasil.

3 METODOLOGIA

O problema apresentado nesse estudo, é a alta taxa de mortes por autoagressão (suicídio) no Brasil, incluídas na classificação internacional de doenças (CID 10) pelos códigos X60 a X84. Após definir o problema, da alta taxa de suicídio na população brasileira, surgiu a pergunta do problema: Como o Plano de Ação de Saúde Mental (2013-2020) está sendo atingido no Brasil? O estudo justifica-se por possibilitar uma análise detalhada do que vem sendo feito para prevenção do suicídio no país, as ações que estão sendo aplicadas e, se estão bem implementadas, principalmente, se os objetivos estão sendo atingidas. Os dados foram coletados na plataforma DATASUS e a análise foi realizada por meio do *software* SPSS v. 26.

O estudo baseia-se na coleta de dados secundários pelo TABNET na plataforma do DATASUS⁶⁶ e dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁶⁷. Pelo DATASUS, selecionou-se os dados de ocorrências de suicídio no Brasil, no período disponível de 1996 a 2019; com as localidades a nível de regiões do país (Brasil); faixa etária entre 10 anos e acima de 80 anos. Além disso, deu-se ênfase ao período de 2015 a 2019 para poder avaliar os dados, após o início do Plano de Ação de Saúde Mental no Brasil e os 5 anos que antecederam ao plano, fazendo um comparativo do antes e depois. Os dados populacionais do IBGE, da faixa etária selecionada, foram necessários para calcular a taxa de mortalidade por suicídio por 100.000 habitantes.

Além de mostrar os dados sobre suicídio no Brasil e no mundo, buscou-se mostrar também, como o suicídio vem se apresentando no Brasil antes e após a implementação do Plano de Ação de Saúde Mental. Espera-se que os resultados apresentados permitam mostrar se os objetivos do Plano vêm sendo atingidos.

Em relação ao espaço temporal da análise são utilizados os dados entre 1996 e 2019, com ênfase ao período posterior a adesão ao Plano de Ação de Saúde Mental. Ressalta-se que os dados de 1996 a 2014, servirão como comparativo do antes da implementação da política e que os dados de 2015 a 2019, como período posterior a implementação da política. Conforme o plano, os países signatários devem atingir os seguintes objetivos até 2020, visando a melhoria da saúde mental dos seus habitantes, como mostra no Quadro 3:

⁶⁶ Ver: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>

⁶⁷ IBGE <http://www.ibge.gov.br/>

Quadro 3 - Objetivos do Plano de Saúde Mental OMS

| NÚMERO | OBJETIVO | DESCRIÇÃO | VARIÁVEIS |
|---------------|---|---|---|
| 1 | Fortalecimento da liderança e governança na Saúde Mental | Existência de uma lei nacional cobrindo a questão da saúde mental em consonância com os instrumentos internacionais de direitos humanos (< 10 anos) | Disponibilidade física da política / plano e confirmação de que está de acordo com os padrões internacionais e regionais de direitos humanos. Disponibilidade física da lei e confirmação de que ela está de acordo com os padrões internacionais e regionais de direitos humanos. |
| 2 | Prover serviços de saúde mental e de serviço social de forma compreensiva e integrada | Proporção de pessoas com doenças mentais severas (psicose, transtorno de personalidade bipolar, depressão moderada ou severa) que estão sendo acompanhadas pelos serviços de saúde mental | Numerador: casos de transtorno mental grave que recebem serviços, derivados de sistemas de informação sistemáticos ou, se não estiverem disponíveis, de uma pesquisa inicial e de monitoramento de centros de saúde em uma ou mais áreas geográficas definidas de um país. Denominador: Total de casos de transtorno mental grave na população da amostra, derivados de pesquisas nacionais ou, se não estiverem disponíveis, estimativas sub-regionais gerais da prevalência. |
| 3 | Implementar estratégias para promoção e prevenção na área de saúde mental | Existência de programas multissetoriais de promoção e prevenção na saúde mental e queda de 10% da taxa de suicídio por 100.000 habitantes | Inventário ou descrição projeto a projeto dos programas atualmente implementados. Registro anual de rotina de mortes devido a suicídio (ano de referência 2012 ou 2013). |
| 4 | Fortalecimento dos sistemas de informação, de pesquisas e de evidências referentes à saúde mental | Conjunto de indicadores relacionados a saúde mental atualizados e reportados de forma bianual a OMS | Relatórios e envio dos principais indicadores de saúde mental definido para a OMS a cada dois anos. |

Fonte: Mental Health Action Plan (2013-2020) WHO, tradução da autora. Número do objetivo atribuído pela autora.

Ainda de acordo com a Organização Mundial da Saúde, o plano de ação está lastreado em seis princípios: Cobertura universal no atendimento; Observância aos direitos humanos e aos direitos das pessoas com deficiência; Ações baseadas em evidência; Disponibilidade de atendimento durante todas as etapas da vida; Abordagem multissetorial e, por fim, o Empoderamento das pessoas com transtornos mentais. Segundo o plano, todas as ações devem

ser adotadas levando em conta a realidade de cada localidade, devido as diferenças entre os entes nacionais e locais. Para Saxena, Funk e Chisholm (2013, p.3),

*The Plan focuses on four key objectives: to strengthen effective leadership and governance for mental health; to provide comprehensive, integrated and responsive mental health and social care services in community-based settings; to implement strategies for promotion and prevention in mental health, and to strengthen information systems, evidence and research for mental health*⁶⁸.

Já de acordo com a 66ª sessão do comitê regional da OMS para as Américas, realizada entre 29 de setembro e 3 de outubro de 2014⁶⁹, a meta para o primeiro objetivo (conforme quadro 3) é que 30 países (na elaboração do plano havia 22) tivessem êxito em possuir um plano nacional de atenção à saúde mental. Já em relação ao segundo objetivo, relacionado a ampliação no atendimento de pessoas com doenças mentais severas acima da média regional (975/100.000), o objetivo era que 30 países tivessem alcançado essa meta, em 2020 (na elaboração do plano havia 19).

No tocante ao objetivo 3, a meta da OMS era que 25 países, em 2020, apresentassem um programa de prevenção e promoção da saúde mental (na elaboração do plano havia 20 países) e que a taxa de suicídio na região, em 2020, não fosse superior a taxa de 2013 (7,3/100.000) e atingisse uma baixa de suicídios em 10%. Por fim, o objetivo 4 tem como meta que 30 países da região, em 2020, apresentassem um conjunto de indicadores de saúde mental compilados e reportados anualmente (na elaboração do plano 21 países cumpriam essa meta).

Conforme o Centro de Prevenção e Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos, a avaliação de um programa pode abranger diversos aspectos como a implementação, efetividade, eficiência, custo e atribuições⁷⁰. Assim, a análise de políticas públicas pode ser fundamentada com base em várias perspectivas, podendo abordar a análise dos resultados em relação aos objetivos formulados (eficácia), a relação entre meta e resultado ou a análise de custo-benefício (eficiência) (KAMINSKI *et al.*, 2018, p.1). Este estudo fez a análise do Plano de Ação de Saúde Mental, verificando o andamento de sua eficácia quanto aos objetivos e resultados das metas até 2019.

No rol de abordagens na avaliação de políticas públicas, este trabalho utiliza a avaliação orientada a objetivos (VEDUNG, 2017), buscando responder se os objetivos planejados foram

⁶⁸ “O Plano concentra-se em quatro objetivos principais: fortalecer a liderança e a governança eficazes para a saúde mental; fornecer serviços abrangentes de saúde mental e assistência social, integrados e responsivos em ambientes comunitários; implementar estratégias de promoção e prevenção em saúde mental e fortalecer os sistemas de informação, evidências e pesquisas para a saúde mental”.

⁶⁹ Ver: <<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD53-8-e.pdf>>.

⁷⁰ Ver: <<https://www.cdc.gov/eval/guide/introduction/index.htm>>.

alcançados e se as mudanças identificadas podem ser atribuídas a política. Para Costa e Castanhar (2003, p. 997), “a avaliação orientada a objetivos busca mensurar o grau de cumprimento e sucesso que um programa alcança em relação as metas definidas”.

Desse modo, a pergunta que este trabalho busca responder é: Os objetivos e metas elencados no plano foram atingidos? Com foco principal ao objetivo 3, de prevenção ao suicídio e redução das taxas de suicídio. O Quadro 4, apresenta as informações da pesquisa.

Quadro 4 - Informações da Pesquisa.

| Pergunta | Os objetivos e metas elencados no plano de Ação de Saúde Mental (quadro 3) foram atingidos? |
|-----------------------------|---|
| Espaço temporal | 1996-2019 (2015-2019 período do plano) |
| Unidade de análise | Estados |
| Técnicas utilizadas | Estatística descritiva |
| <i>Softwares</i> utilizados | Microsoft Excel e SPSS |
| Fonte dos dados | DATASUS, IBGE |

Fonte: Elaboração da autora (2021).

Primeiramente para responder à pergunta de pesquisa, os dados serão coletados no *site* do DATASUS com base na classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a Saúde (CID 10). Nesse caso, serão coletadas as informações tendo como referência o CID X60 ao X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente). Após isso, os dados foram tratados e foi calculada a taxa de suicídio, através da multiplicação do coeficiente de mortalidade por suicídio (tendo o número de óbitos por suicídio como o dividendo e o número total da população como o divisor), pela potência de 100.000 habitantes. Para cada objetivo, é apresentada a análise do indicador correspondente, verificando-se a meta proposta foi atingida ou não.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Quadro 5 - Objetivos e Resultados.

| Objetivo | Indicadores para verificar se o objetivo foi alcançado | Resultado |
|---|---|--|
| Fortalecimento da liderança e governança na Saúde Mental | <ul style="list-style-type: none"> - Possuir uma política nacional de saúde mental ou plano em consonância com os planos de saúde mental regionais e globais; - Possuir uma política nacional de saúde mental em consonância com os instrumentos internacionais de direitos humanos; | Dado que o Plano de Saúde Mental da OMS recomenda um arcabouço normativo com menos de 10 anos e que as recentes propostas de mudanças na política nacional de saúde mental vão em desencontro com os planos de saúde mental regionais e globais, pode-se concluir que o país ainda não atingiu esse objetivo. |
| Prover serviços de saúde mental e de serviço social de forma compreensiva e integrada | <ul style="list-style-type: none"> - Aumento no número de atendimentos ambulatoriais a pacientes diagnosticados com doenças mentais severas sem internação (psicose, transtorno de personalidade bipolar, depressão moderada ou severa) (para 975/100.000 hab.); - Queda de 15% no número de leitos psiquiátricos; - Cuidado a saúde mental na atenção básica. | Não foi possível analisar o primeiro indicador, enquanto o segundo e terceiro indicadores foram cumpridos também. Assim o objetivo 2 foi parcialmente atingido, dado a evolução do país em buscar reduzir a centralidade da internação psiquiátrica, conforme a meta do Plano e a presença dos CAPS na saúde básica. |
| Implementar estratégias para promoção e prevenção na área de saúde mental | <ul style="list-style-type: none"> - Implementação de um programa de prevenção e promoção à saúde mental de caráter multisetorial; - Taxa de suicídio por 100 mil habitantes abaixo de 7,3/100.000 (valor da taxa na região das Américas em 2013), redução em 10%; - Implementação de um programa nacional de prevenção ao suicídio. | Assim, com base na análise dos indicadores, é possível verificar que o objetivo 3 foi alcançado parcialmente. Apesar disso, cabe destacar o aumento no número de suicídios no país de forma contínua, mesmo com a instituição de políticas que visam a redução nesses números. |
| Fortalecimento dos sistemas de informação, de pesquisas e de evidências referentes à saúde mental | <ul style="list-style-type: none"> - Possuir um conjunto básico de indicadores relacionados a saúde mental, compilados e reportados anualmente. | O objetivo 4 foi atingido, dado a presença de informações relacionadas a saúde mental, incluindo as segmentações recomendadas |

Fonte: Elaboração própria.

No tocante, ao objeto de estudo, o primeiro objetivo do plano de saúde mental da OMS (2013-2020) envolve a implementação de uma norma nacional cobrindo a questão da saúde mental em consonância com os instrumentos internacionais de direitos humanos que possuam de preferência menos que dez anos. De acordo com a OPAS, o desenho e implementação dessa política nacional deve ser baseado em evidências científicas e em acordo com os instrumentos internacionais de defesa dos direitos humanos.

Ao observamos o caso brasileiro, cabe destacar que a norma em vigor é Lei nº 10.216/01, que instituiu a política nacional de saúde mental. Em 2011, foi instituída a Portaria MS n. 3088/2011, que implantou a rede de cuidados em saúde mental, crack, álcool e outras

drogas, pactuada em julho de 2011 (CAMPOS *et al.*, 2021). As últimas discussões realizadas acerca da política nacional de saúde mental datam de 2019, com a divulgação da nota técnica 11/2019 do Ministério da Saúde⁷¹ que discutia as novas diretrizes relacionadas a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e gerou forte repercussão negativa na área. De acordo com o supracitado autor, as discussões acerca dessa nota foram suspensas e apontam que alterações propostas na política vão, inclusive, em desacordo com a Plano de Saúde Mental da OMS. Cabe ressaltar também, que várias dificuldades foram identificadas no processo de implementação da política (ALMEIDA, 2019). Desse modo, pode-se concluir que a atual política nacional de saúde mental não se encontra em plena consonância com as mais recentes evoluções no campo dos direitos humanos e de saúde mental e que o Brasil, ainda não atingiu essa meta.

O segundo objetivo apresentado no Plano de Saúde Mental da OMS faz referência a ampliação da cobertura de pacientes diagnosticados com doenças mentais severas (psicose, transtorno de personalidade bipolar, depressão moderada ou severa, esquizofrenia). Nesse caso, a meta elencada é que o número de atendimentos a esses pacientes (sem internação) seja acima da média regional (975/100.000).

A OMS pontua qual o propósito da redução de leitos psiquiátricos, a saber:

Increasing and decentralizing mental health services makes it possible to gradually reduce the number of psychiatric hospital beds, which basically offer custodial care services. It is essential to set up specialized services in the community (outpatient clinics and general hospitals). The integration of a mental health component into primary health care and other health care settings (e.g., emergency departments, criminal justice system, school health clinics) is essential for development of equitable service delivery, in addition to being a crucial strategy for bridging the mental disorders treatment gap⁷² (WHO, p. 9)⁷³.

Destaca-se, que o DATASUS não retorna as informações solicitadas. Ou seja, apesar da existência dos indicadores de produção ambulatorial, não é possível requisitar o número de atendimentos relacionados ao Tratamento dos transtornos mentais e comportamentais com caráter eletivo, pois o sistema reporta que nenhum registro foi encontrado.

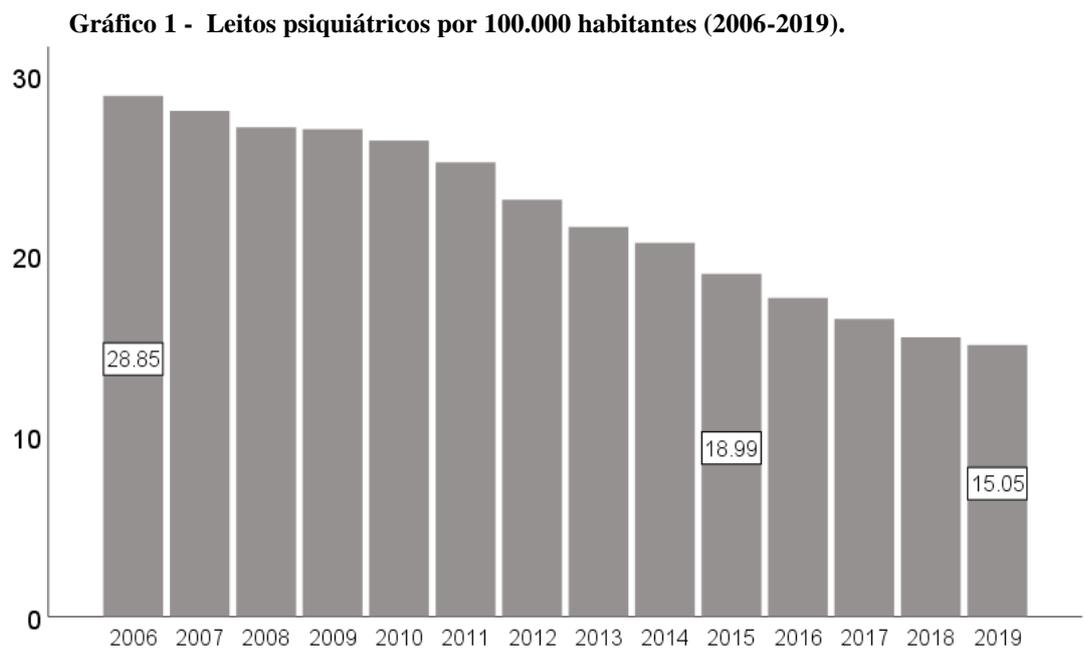
⁷¹ Ver: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>.

⁷² “Aumentar e descentralizar os serviços de saúde mental torna possível reduzir gradativamente o número de leitos de hospitais psiquiátricos, que basicamente oferecem custódia serviços de assistência. É imprescindível a implantação de serviços especializados na comunidade (ambulatório clínicas e hospitais gerais). A integração de um componente de saúde mental nos cuidados primários de saúde e outras configurações de cuidados de saúde (por exemplo, departamentos de emergência, sistema de justiça criminal, clínicas de saúde escolar) é essencial para o desenvolvimento da prestação de serviços equitativos, além de ser uma estratégia crucial para reduzir a lacuna no tratamento dos transtornos mentais”.

⁷³ 53rd directing council, 66th session of the regional committee of WHO for the Americas, Plan of Action on Mental Health. Mais informações, ver: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-financing/paho-resolution-strategy-for-universal-access-to-health.pdf?sfvrsn=cc79d434_3.

Desse modo, conforme a OMS, a descentralização dos serviços de saúde mental acaba por permitir a redução do número de leitos psiquiátricos, por meio da integração dos serviços de atendimento à saúde mental junto a atenção básica e ampliação desses serviços. Para verificar o cumprimento ou não desse indicador, será então analisado o número de leitos psiquiátricos no Brasil de 2006 a 2019, dado a disponibilidade dos dados.

O Gráfico 1, apresenta a taxa de leitos por 100.000 habitantes por ano no país entre 2006 e 2019, evidenciando que ocorreu uma redução de 47,83% na taxa de leitos psiquiátricos disponíveis. Já ao verificar a diferença percentual na disponibilidade de leitos psiquiátricos entre 2015 e 2019, ano de início do plano de ação em saúde mental da OMS, houve uma queda de 20,75%. Assim, pode-se afirmar que o país conseguiu reduzir em 15% o número de leitos psiquiátricos, atingindo o objetivo proposto. Entretanto, não é possível afirmar que o indicador foi cumprido devido ao Plano de Ação em Saúde em Mental da OMS. Ou seja, não há como afirmar um nexo causal.



Fonte: DATASUS (2021)

Em relação ao último indicador, cuidar da saúde mental na atenção básica, também pode-se afirmar que o país avançou nesse aspecto. Em 2002, o Ministério da Saúde regulamentou o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e, em 2011, por

meio da portaria nº 3.088 instituiu em âmbito nacional a Rede de Atenção Psicossocial⁷⁴. Dando então continuidade as mudanças iniciadas em 2001, Almeida (2019) coloca que:

Simultaneamente, serviços baseados na comunidade foram criados para substituir os serviços baseados no hospital. Os CAPS constituíram o núcleo fundamental desses serviços, tendo sido projetados para responder às principais necessidades de cuidados dos pacientes que sofrem de transtornos mentais graves e persistentes (ALMEIDA, 2019, p.3).

De acordo com as diretrizes que norteiam o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial, a portaria pontua que se deve buscar a “ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares” (art. 2º, IX, portaria nº 3.088/MS). A tabela abaixo apresenta a evolução no número de Centros de Atenção Psicossocial entre 2015-2020, período em vigor do Plano. Conforme a tabela, observa-se que existe uma evolução no número de CAPS no Brasil. Entretanto, a quantidade é insuficiente em relação ao tamanho populacional, totalizando 3.123 (2020) centros de atenção à saúde mental conectados a saúde básica.

Tabela 1 - Evolução no número de CAPS no Brasil.

| UF | 2015 | 2020 | (2020-2015) | % |
|----|------|------|-------------|-----|
| RO | 21 | 22 | 1 | 5% |
| AC | 6 | 9 | 3 | 50% |
| AM | 26 | 32 | 6 | 23% |
| RR | 8 | 10 | 2 | 25% |
| PA | 87 | 99 | 12 | 14% |
| AP | 6 | 8 | 2 | 33% |
| TO | 21 | 22 | 1 | 5% |
| MA | 89 | 101 | 12 | 13% |
| PI | 64 | 66 | 2 | 2% |
| CE | 146 | 173 | 27 | 18% |
| RN | 46 | 47 | 1 | 2% |
| PB | 100 | 123 | 23 | 23% |
| PE | 129 | 148 | 19 | 15% |
| AL | 64 | 69 | 5 | 8% |
| SE | 43 | 44 | 1 | 2% |
| BA | 266 | 284 | 18 | 7% |
| MG | 323 | 393 | 70 | 22% |
| ES | 29 | 38 | 9 | 31% |
| RJ | 178 | 189 | 11 | 6% |
| SP | 444 | 564 | 120 | 27% |
| PR | 150 | 161 | 11 | 7% |
| SC | 108 | 112 | 4 | 4% |

⁷⁴ Ver: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_comp.html>

| | | | | |
|----|-----|-----|----|-----|
| RS | 200 | 218 | 18 | 9% |
| MS | 30 | 34 | 4 | 13% |
| MT | 43 | 43 | 0 | 0% |
| GO | 74 | 96 | 22 | 30% |
| DF | 17 | 18 | 1 | 6% |

Fonte: DATASUS.

Assim, pode-se afirmar que o objetivo 2 foi parcialmente atingido, dado a evolução do país em buscar reduzir a centralidade da internação psiquiátrica, conforme a meta do Plano e a presença dos CAPS na saúde básica.

O terceiro objetivo, de acordo com o Plano de Ação em Saúde Mental tinha como meta a implementação de programas de promoção e atenção à saúde mental e de programas de prevenção ao suicídio.

No caso brasileiro, os três objetivos secundários foram atendidos. Como já apresentado ao analisar o cumprimento do objetivo 2, o país apresenta um programa de prevenção e promoção à saúde mental de caráter multisetorial. Nesse caso, trata-se da Política de Saúde Mental que é estruturada pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Já no tocante a implementação de programa de prevenção ao suicídio, o Ministério da Saúde apresenta uma série de ações normativas visando a implementação de medidas relacionados ao suicídio. O quadro abaixo apresenta essas ações.

Quadro 6 - Ações do MS em relação ao Suicídio.

| Ação | Resumo |
|------------------------------|--|
| Portaria n. 1867/06 | Instituiu as diretrizes nacionais para prevenção ao suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas. |
| Portaria n. 3088/11 | Instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). |
| Portaria n. 1271/14 | Torna as tentativas de suicídio e o suicídio agravos de notificação compulsória imediata em todo território nacional. |
| Acordo de cooperação técnica | Acordo de cooperação técnica com o Centro de Valorização da Vida (CVV) em 2015, que prevê a gratuidade das ligações ao CVV em todo território nacional por meio do disque 188. |
| Portaria n. 3941/17 | Instituiu o Comitê Gestor para elaboração de um plano nacional de prevenção do suicídio no Brasil. |

Fonte: Retirado *Ipsis Literis* de <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/s/prevencao-do-suicidio>>.

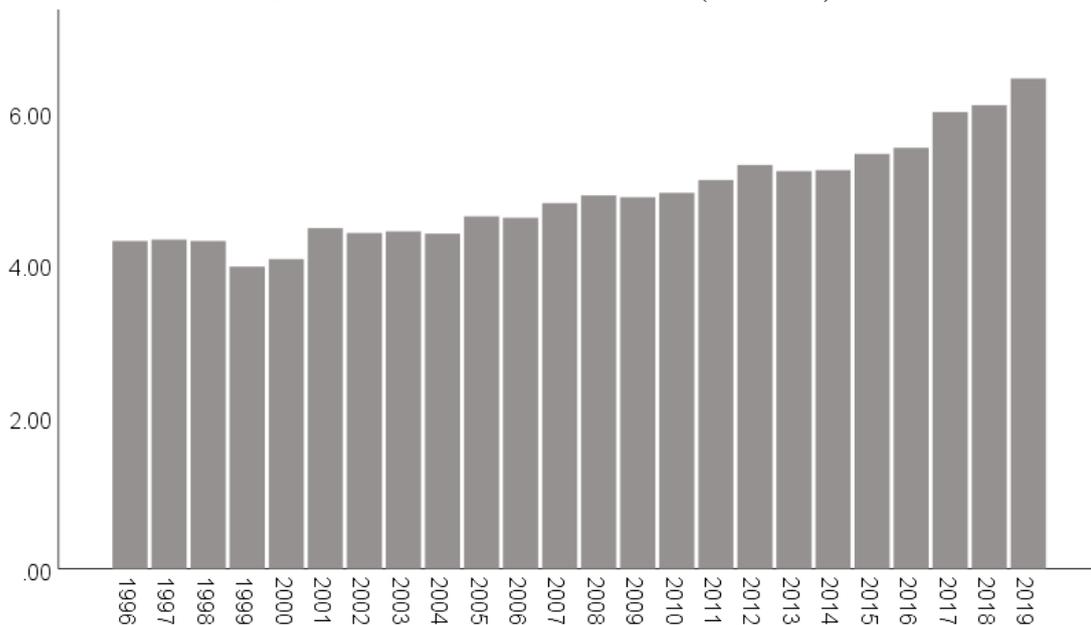
Apesar das ações indicadas no quadro acima, apenas em 2017, é instituído um comitê gestor para elaboração de um plano nacional de prevenção ao suicídio no país. Em 2019, a Lei nº 13.819/19 institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio⁷⁵, a ser

⁷⁵ Ver: <[L13819 \(planalto.gov.br\)](http://L13819(planalto.gov.br))>.

implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 2019).

O gráfico 2 apresenta a taxa de suicídio por 100 mil habitantes no Brasil entre 1996 e 2019. Identifica-se então, que no caso do Brasil, a taxa de suicídio ficou abaixo de 7,3, conforme o objetivo do Plano de Ação em Saúde Mental. Apesar disso a taxa de suicídio no país vem aumentando durante todo o período, indo de 4,08/100.000 habitantes, em 2000, para 6,46/100.000, em 2019, um aumento de 58,3%, portanto, o país não conseguiu reduzir o suicídio em 10%. Os anos com taxa de suicídio mais baixas foram 1999 e 2000, e os demais seguem em constante crescimento, mesmo após implementação das ações do plano, inclusive as ações para prevenção do suicídio.

Gráfico 2 - Taxa de suicídio no Brasil (1996-2019).



Fonte: Elaboração com base em dados do IBGE e do DATASUS

Dessa forma, com base na análise dos indicadores, é possível verificar que o objetivo 3 foi alcançado parcialmente. Destacando o aumento no número de suicídios no país de forma contínua, mesmo com a instituição de políticas que visam a redução desses números.

O quarto objetivo visa o fortalecimento dos sistemas de informação, evidência científica e pesquisa no tocante à saúde mental. Conforme a OMS, os sistemas de saúde deveriam ter a coleta de dados relacionada ao suicídio no mínimo segmentado por gênero, idade, raça e orientação sexual.

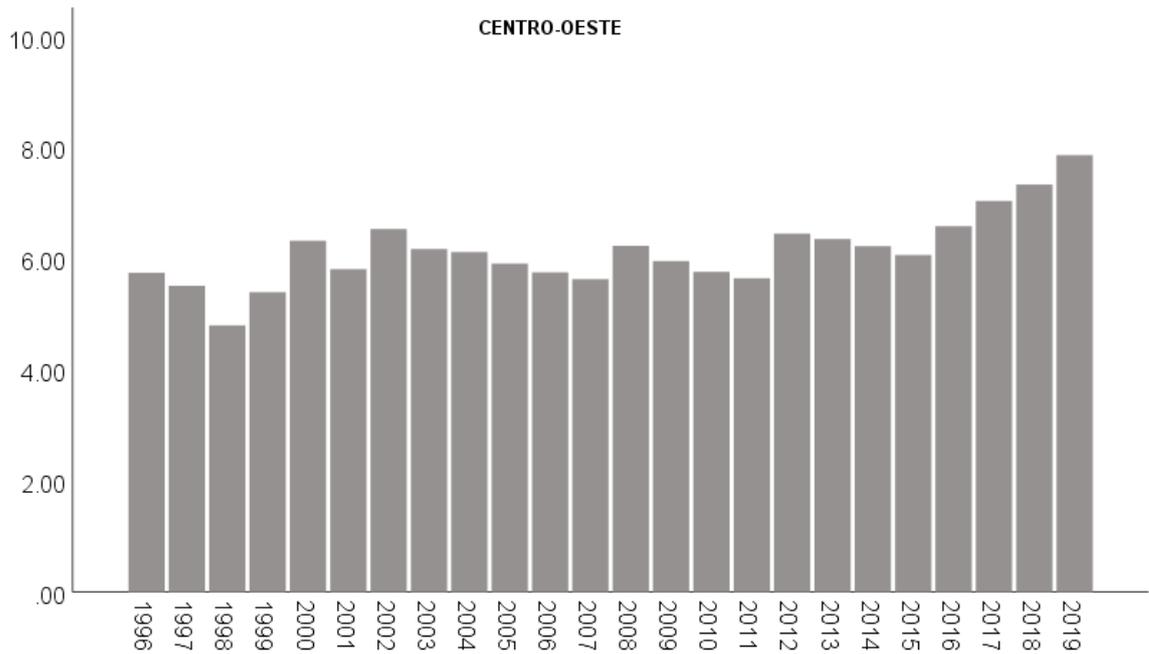
O relatório da OMS determina que o país deve possuir um conjunto básico de indicadores relacionados a saúde mental, compilados e reportados anualmente. Nesse caso, o Ministério da Saúde apresenta a plataforma DATASUS⁷⁶, que dispõe de indicadores e informações relacionados ao Sistema Único de Saúde, incluindo dados voltados a saúde mental (número estabelecimentos, leitos, atendimentos, óbitos, procedimentos). Em 2017, tornou-se obrigatório o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informações de saúde, por meio da portaria n. 344/17. Assim, é possível afirmar que o objetivo 4 foi atingido, dado a presença de informações relacionadas a saúde mental, incluindo as segmentações recomendadas⁷⁷.

No tocante, ao suicídio e ao não cumprimento desse indicador dentro do Plano de Saúde Mental, é importante uma análise mais ampliada desses dados dentro do cenário nacional. Antes da implantação do Plano de Ação de saúde Mental no Brasil, os casos de suicídio já se apresentavam de forma crescente no país, evidenciando a necessidade de implementação de ações de prevenção. Após a instituição do Plano de Ação de Saúde Mental, os números continuaram subindo, e apesar de manter a taxa de suicídio por 100 mil habitantes abaixo de 7,3, conforme o objetivo do Plano de Ação em Saúde Mental, não conseguiu diminuir em 10% nem na taxa, nem os números.

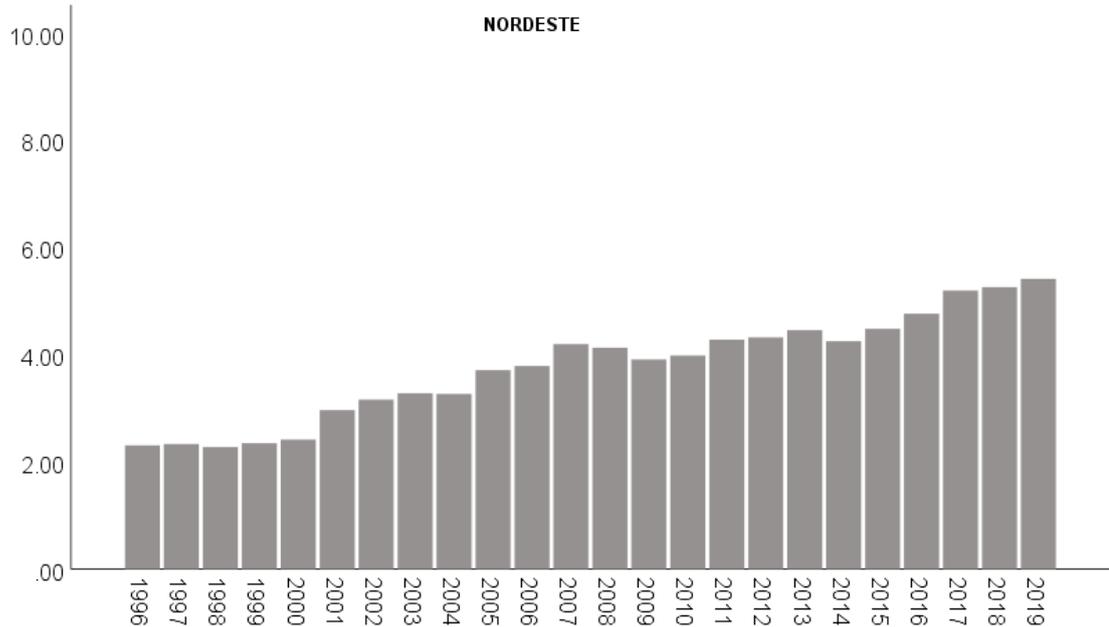
Em resposta à pergunta geradora deste trabalho, tendo como principal objetivo desta dissertação avaliar se o país atingiu os objetivos e metas do Plano de Ação em Saúde Mental, do qual o país se tornou signatário em 2015, com o foco principalmente na redução do suicídio em 10% (objetivo 3 do Plano de Ação em Saúde Mental) até 2020, percebemos que apesar de todos os esforços empenhados pelos governos: Federal, Estadual e Municipal, o suicídio continua atingido a população de várias idades, raças, gêneros e classes sociais, e de maneira negativa e contínua com crescimento de 58,3%, apesar de se manter abaixo de 7,3 (taxa/100.000 hab.), taxa preconizado pelo Plano de Ação em Saúde Mental em 2013, o Brasil apresenta em 2019, a taxa por 100.000 habitantes de 6,46.

Para mostrar a crescente evolução do suicídio, apresentam-se os gráficos de 3 a 7 que mostram a taxa de suicídio no Brasil por 100 mil habitantes em cada uma das regiões que compõem o território nacional.

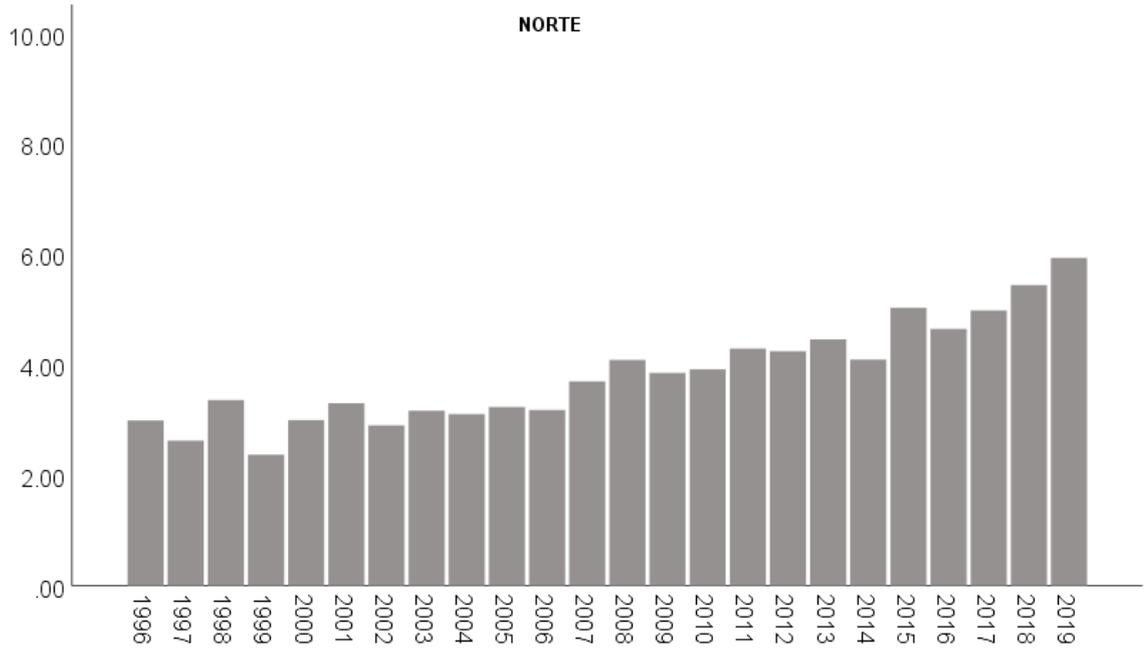
⁷⁶ Ver: <<http://www2.datasus.gov.br/>>.

Gráfico 3 - Taxa de suicídio no Brasil por região: Centro-Oeste (1996-2019).

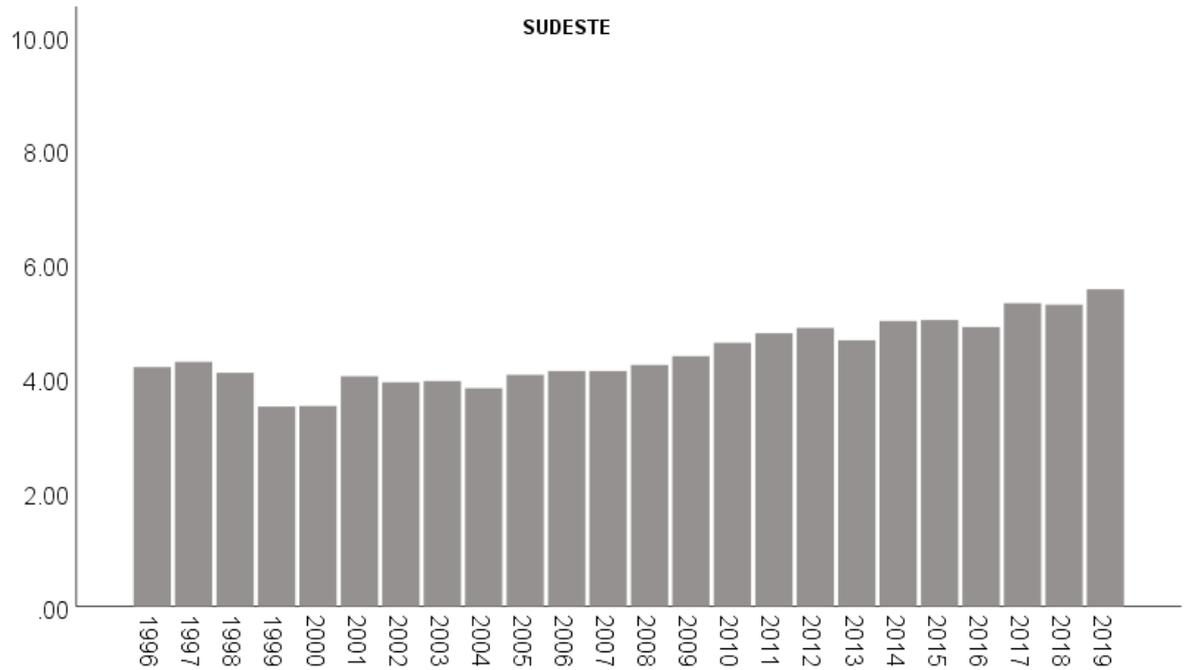
Fonte: Elaboração com base em dados do IBGE e do DATASUS

Gráfico 4 - Taxa de suicídio no Brasil por região: Nordeste (1996-2019).

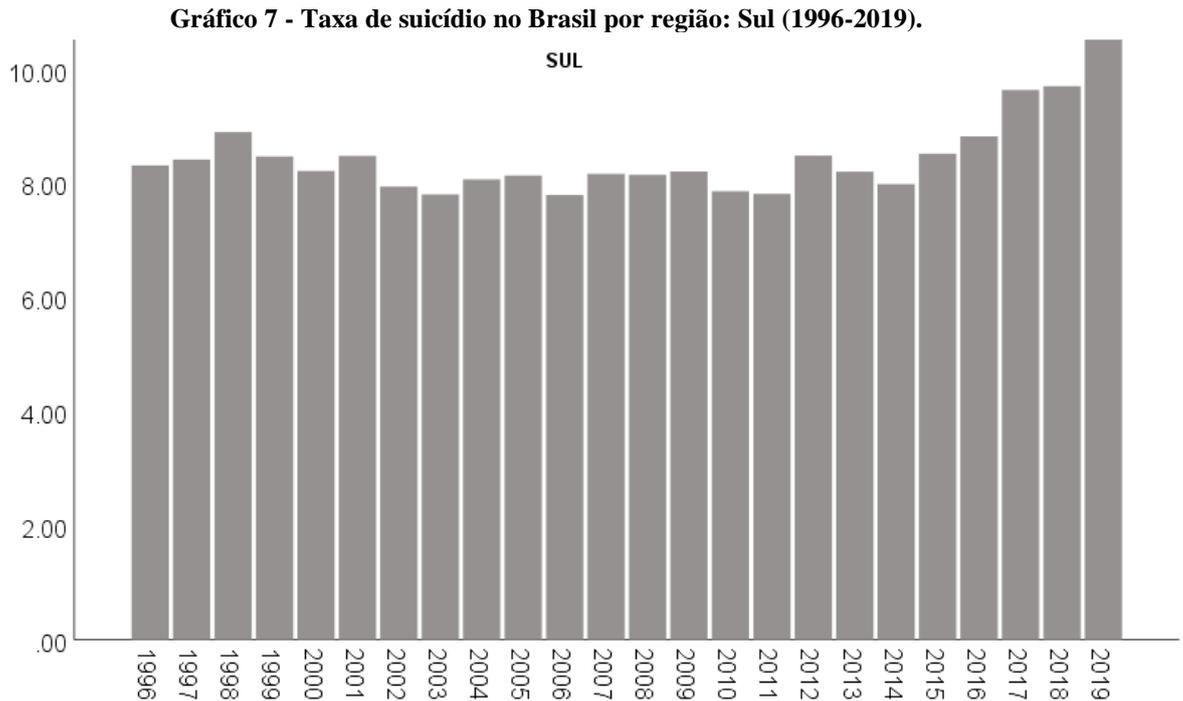
Fonte: Elaboração com base em dados do IBGE e do DATASUS

Gráfico 5 - Taxa de suicídio no Brasil por região: Norte (1996-2019).

Fonte: Elaboração com base em dados do IBGE e do DATASUS

Gráfico 6 - Taxa de suicídio no Brasil por região: Sudeste (1996-2019).

Fonte: Elaboração com base em dados do IBGE e do DATASUS



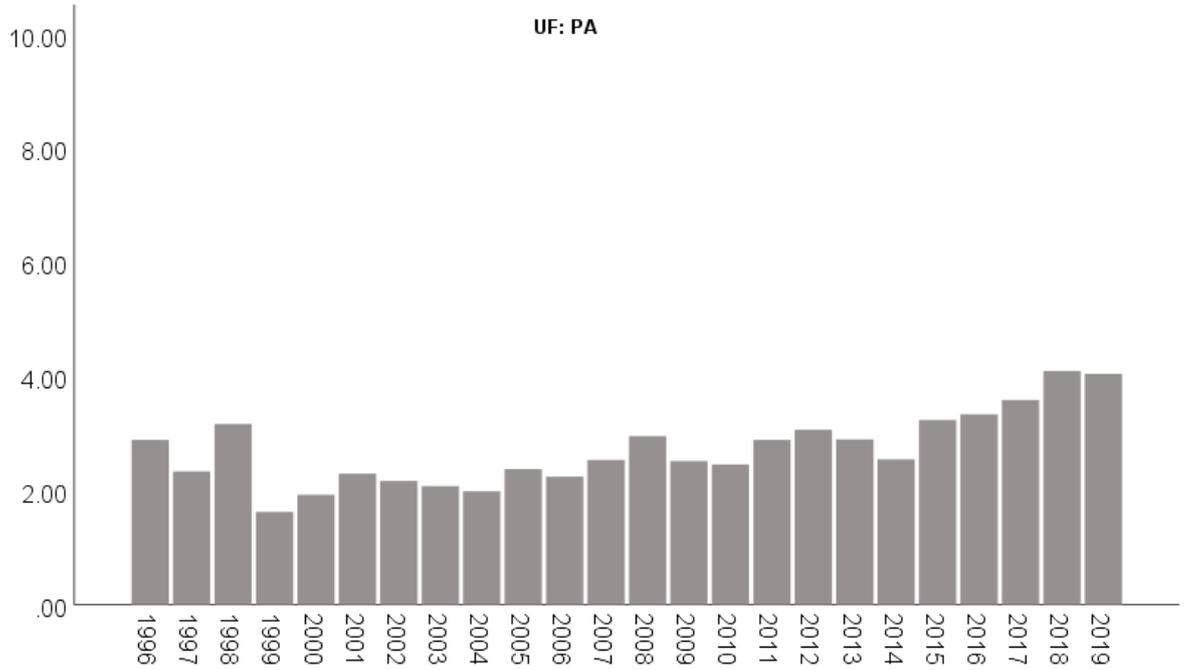
Fonte: Elaboração com base em dados do IBGE e do DATASUS

As regiões Sul (Gráfico 7) e Centro-Oeste (Gráfico 3), mostram as maiores taxas de suicídio no Brasil, enquanto as regiões Nordeste (Gráfico 4) e Norte (Gráfico 5) apresentam as menores taxas. Destaca-se que, nenhuma região houve declínio nas taxas após a implantação do Plano de Ação de Saúde Mental, em 2015.

Devido a extensão territorial do Brasil, as taxas de suicídios por UF, apresentam uma grande variação. O estado que apresentou menor taxa no país, foi o Pará (Gráfico 8) com taxas abaixo de 4,0 por 100.000 habitantes. Já os estados com as maiores taxas, atingindo 10,0 por 100.000 habitantes foram: Rio Grande do Sul (Gráfico 9) e Santa Catarina (Gráfico 10).

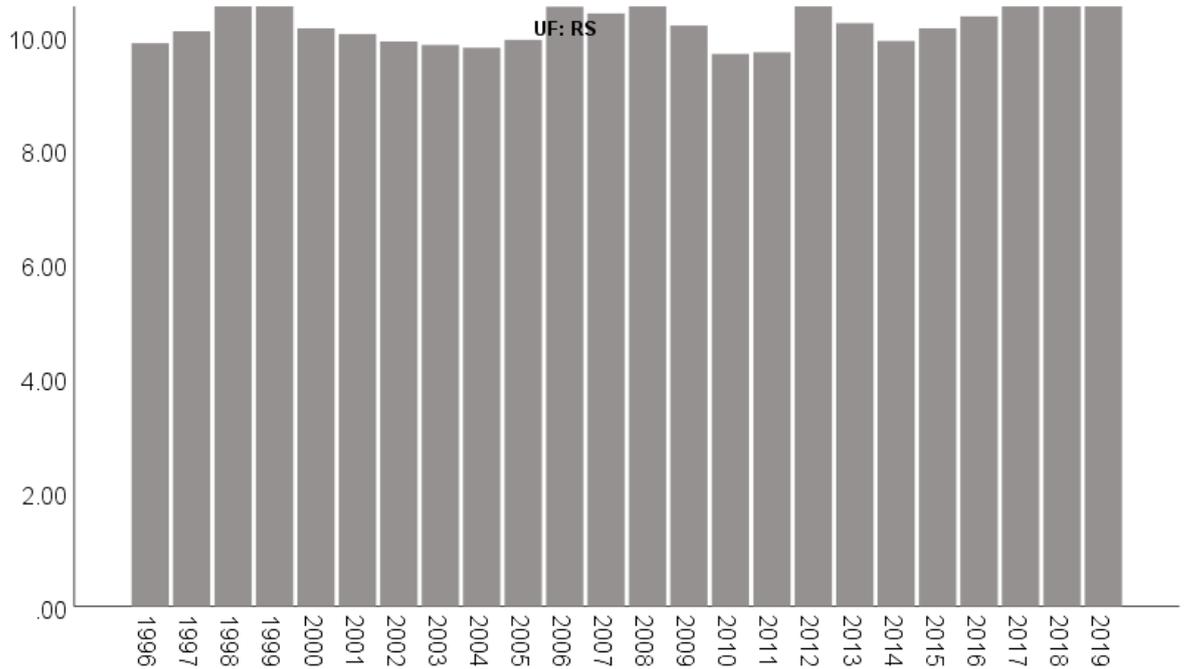
Contudo, os dados mostram, que no Brasil as taxas de suicídio continuam em ascensão, fazendo necessário um novo ciclo de políticas públicas para saúde mental e prevenção do suicídio, reformulando, incrementando e criando ações para fortalecer as medidas de prevenção, e assim, as taxas de suicídio no país, evoluam de forma decrescente.

Gráfico 8 - Taxa de suicídio Pará (1996-2019).

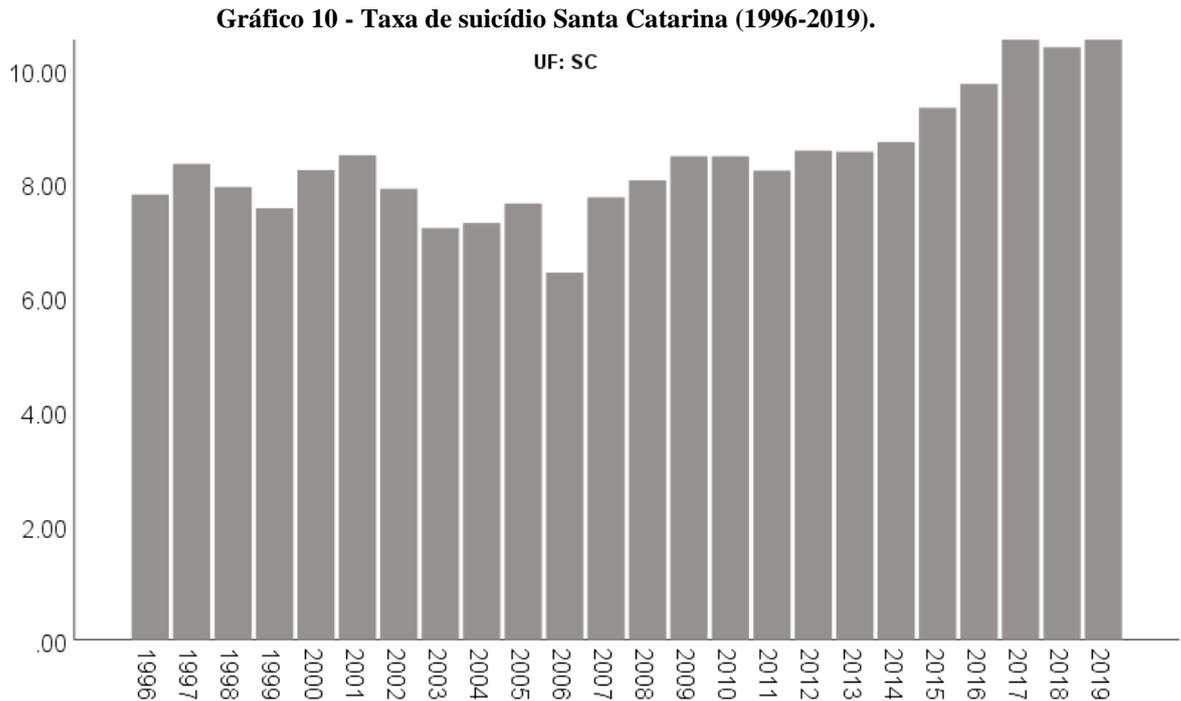


Fonte: Elaboração com base em dados do IBGE e do DATASUS.

Gráfico 9 - Taxa de suicídio Rio Grande do Sul (1996-2019).



Fonte: Elaboração com base em dados do IBGE e do DATASUS



Fonte: Elaboração com base em dados do IBGE e do DATASUS

Os dados encontrados na análise confirmam os resultados de estudos anteriores como Bertolote (2012) e do Ministério da Saúde (2017) quando apontaram que das regiões no Brasil, a região Sul é a que apresenta maior taxa de suicídio por 100 mil habitantes, como é observado na Tabela 2 de Bertolote (2012), ajustada por idade, de 2004 -2008. Já no tocante aos estados, O Ministério da Saúde (2017), destacou que os estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul, respectivamente, apresentaram taxas (por 100.000) de 10,3; 8,8 e 8,5 de óbitos por suicídio, tornando esses, os estados com maior taxa de óbitos por suicídio no Brasil de 2011 a 2016.

Tabela 2 - Taxas regionais de suicídios (por 100.000) ajustadas por idade; Brasil 2004-2008.

| Região | Taxa |
|--------------|------|
| Norte | 4,7 |
| Nordeste | 5,1 |
| Sudeste | 4,8 |
| Centro-Oeste | 7,5 |
| Sul | 9,4 |
| Brasil | 4,6 |

Fonte: Bertolote, 2012.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa nos mostra, que apesar de todo empenho do governo brasileiro em cumprir os objetivos do Plano de Ação em Saúde Mental, nem todos os objetivos foram atingidos. O objetivo 1: Fortalecimento da liderança e governança na saúde mental, não foi atingido; o objetivo 2: Prover serviços de saúde mental e serviço social de forma compreensiva e integrada, foi parcialmente atingido devido a impossibilidade de análise de um dos indicadores; o objetivo 3: Implementar estratégias para promoção e prevenção na área de saúde mental, também foi alcançado parcialmente, por não conseguir reduzir 10% a taxa de suicídio e por último, o objetivo 4: Fortalecimento dos sistemas de informação, de pesquisas e de evidências referentes à saúde mental, foi alcançado. A pesquisa também mostra, que o crescimento da taxa de suicídio que vinha se apresentando antes do Plano de Ação de Saúde Mental, permaneceu após a implementação da Agenda de Ações Estratégicas para prevenção e vigilância do suicídio no Brasil.

Ainda se faz necessário, um fortalecimento da liderança e governança na Saúde Mental, visto que há um desencontro com os planos de saúde mental regionais e globais; a promoção de serviços de saúde mental e de serviço social de forma compreensiva e integrada vêm sendo aplicada com respostas positivas e humanizadas visando um menor número de internamentos possíveis e priorizando a manutenção desses pacientes sempre próximo de seus familiares pela atenção básica de saúde; para implementação de estratégias na promoção e prevenção na área de saúde mental foi elaborado e implementado um programa nacional de prevenção ao suicídio (Portaria 3479/17) com uma agenda de ações estratégicas; o fortalecimento dos sistemas de informação, de pesquisas e de evidências referentes à saúde mental nos trouxe dados que fortaleceram as pesquisas na área de saúde mental, consequentemente, nos dando fios condutores para estratégias e planos de ação na prevenção do suicídio.

Para tanto, revisou-se a literatura sobre o assunto com o objetivo de identificar as possíveis causas para o indivíduo desenvolver um comportamento suicida e, o que podemos fazer para prevenir esse comportamento na sociedade em que vivemos, por meio de ações em todas as esferas de governo. Com o passar dos tempos, a pesquisa mostra que a saúde mental passou a ser considerada um componente essencial na saúde, fazendo parte de um direito fundamental para todo ser humano. Entender o ato suicida deve envolver intimidade entre as relações coletivas sociohistóricas, o que torna uma responsabilidade social. Porém, essa responsabilidade social deve andar paralela com a saúde pública, para juntas embasarem, não só os atores envolvidos, mas também as políticas públicas.

O suicídio tornou-se um agravo de notificação compulsória imediata para todo território nacional, em 2016, com a Portaria 204/16 (BRASIL, 2016), trazendo mais visibilidade aos casos de suicídio no país. Em 2017, temos mais duas portarias (3479/17 e 3491/17) que possibilitaram a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio e o incentivo financeiro para o desenvolvimento de projetos para promoção da saúde, vigilância e atenção integral à prevenção do suicídio, vindo em seguida a Agenda de Ações Estratégicas para Prevenção e Vigilância do Suicídio no Brasil (BRASIL, 2017c; BRASIL, 2017d).

Porém, apesar de todas as ações voltadas à Saúde Mental sugeridas pelo Plano de Ação de Saúde Mental buscarem fortalecer a dinâmica para ações de prevenção do suicídio, os desafios ainda são grandes. Além das dificuldades que o tema apresenta, existem os determinantes sociais no processo do adoecimento que devem fazer parte das ações de prevenção ao suicídio de forma abrangente para toda comunidade.

Os números de ocorrência de suicídio cresceram de maneira contínua até 2019. Porém com o surgimento da pandemia pelo Corona vírus, em 2020, e todas as suas consequências traumáticas paralelas a ela, até os dias atuais, no aspecto da saúde física e mental (isolamento social, medo, ansiedade, depressão, perdas de entes queridos) e, no aspecto social (desemprego, pobreza, fome), é possível que esses números tenham aumentado drasticamente e continuem em constante ascensão.

A pesquisa nos mostra o movimento da taxa de suicídio no Brasil, no período de 24 anos (1996 a 2019), fazendo a comparação dos cinco anos que antecederam o Plano de Ação de Saúde Mental no Brasil, e os cinco anos posteriores. As regiões do país com maiores taxas de suicídio por 100.000 habitantes foram: Sul (taxa entre 8,0 e 10,0) e Centro-Oeste (taxa entre 5,0 e 8,0), e as regiões com menores taxas foram: Nordeste (taxa entre 2,0 e 6,0) e Norte (taxa entre 2,0 e 6,0). Referente às UFs, o estado que apresentou menor taxa no país, foi o Pará com taxas abaixo de 4,0 por 100.000 habitantes. E os estados com maiores taxas de suicídio foram: Rio Grande do Sul e Santa Catarina atingindo 10,0 por 100.000 habitantes.

A respeito da pesquisa, houve uma limitação em relação ao segundo objetivo do plano de ação, pois apesar da existência dos indicadores de produção ambulatorial, não é possível requisitar o número de atendimentos relacionados ao tratamento dos transtornos mentais e comportamentais com caráter eletivo, uma vez que, o sistema reporta que nenhum registro foi encontrado.

Diante do exposto, a prevenção do suicídio ainda é uma ação desafiadora para que esses números comecem a decrescer. Além da complexidade que o tema por si mesmo apresenta, situações externas como a pandemia, trazendo mudanças no cotidiano da população mundial

com o isolamento social e, com isso também, alterando as situações socioeconômicas dessas pessoas, ocasionam diversos problemas de saúde mental. É preciso aperfeiçoar o sistema para que, desta forma, a atenção à saúde mental continue avançando e garantindo um cuidado eficiente e de forma humanizada para toda população que apresente algum tipo de transtorno mental.

Destaca-se que as maiores limitações apresentadas para a realização desta pesquisa foram as implicações da pandemia do corona vírus, principalmente, por ser profissional da saúde, vivenciando todas as apreensões de quem foi pra linha de frente; bem como, vários momentos de insegurança e incertezas que afeta nossa saúde mental gerando ansiedades e medos. Ainda devido a pandemia, o projeto de pesquisa inicial, precisou ser totalmente modificado pela inviabilidade da pesquisa, no momento, sendo necessário iniciar um novo estudo. Além disso, a respeito da pesquisa, um indicador do segundo objetivo não pôde ser analisado (número de atendimentos ambulatoriais de pacientes com transtornos mentais), pois o sistema de informação reporta, que nenhum registro foi encontrado sobre o número de atendimentos eletivos, apesar da existência dos indicadores de produção ambulatorial.

O suicídio, pela forma complexa que ele se apresenta e devido aos sofrimentos relacionados a ele na vida de seus familiares e do coletivo, junto com as perdas pessoais e emocionais, materiais e econômicas que causam, torna-se um grave problema de saúde pública. Embora o Plano de Ação de Saúde Mental tenha trazido uma evolução e crescimento aos cuidados da saúde mental e prevenção ao suicídio no Brasil desde 2015, as ações devem seguir com melhoramentos em suas implementações e articulações com outros programas, observando a necessidade das incrementações nas políticas públicas do país para combater esse mal, reduzindo ao menor número possível, como já é observado com as reduções das taxas de mortalidade por suicídio de forma significativa, em diversos outros países onde as estratégias nacionais são bem conduzidas.

De forma geral, podemos dizer que os principais resultados observados dessa pesquisa foram: a) o avanço das políticas públicas voltadas aos cuidados da saúde mental no Brasil; b) as mudanças e ampliação de serviços em vários níveis, desde a promoção e prevenção até o tratamento, reabilitação, cuidado e recuperação; c) e a necessidade de um projeto voltado a prevenção do suicídio no País, com o objetivo de redução da taxa que se apresenta em constante crescimento.

Os resultados dessa pesquisa trouxeram importantes contribuições, pois nos mostram que, apesar do avanço nas políticas de saúde mental, das implementações das ações de prevenção do suicídio, por meio do Plano de Ação de Saúde Mental, novas estratégias devem

ser adotadas e bem conduzidas, para que todos os objetivos e metas sejam alcançados de forma eficiente e com resultados mais positivos. O Plano de Ação de Saúde Mental necessita passar por um novo ciclo das políticas públicas, avaliando os resultados até 2020, formando agenda para reformulações necessárias da política, tomando decisões cabíveis às novas incrementações e implementações. Além disso, essa pesquisa busca contribuir para outros estudos científicos e futuras pesquisas sobre o tema, juntamente com o produto apresentado.

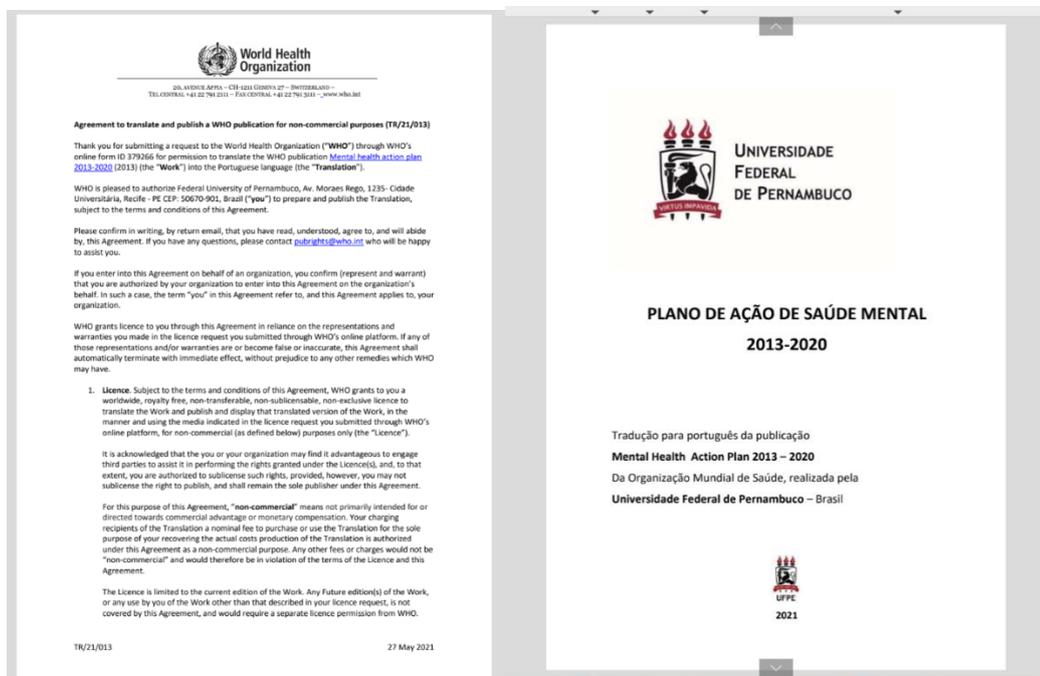
6 PRODUTO

O produto decorrido do estudo oferecido ao Mestrado Profissional em Políticas Públicas da UFPE, como pré-requisito para conclusão do curso, trata-se da tradução para a língua portuguesa do Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020, da Organização Mundial de Saúde (OMS) disponível apenas nas línguas: inglesa, francesa, italiana, japonesa e espanhola.

A licença (não exclusiva) foi concedida pela OMS com o Acordo TR/21/013, em 27 de maio de 2021, para tradução da versão em inglês, passando a propriedade dos direitos autorais da tradução para Língua Portuguesa à Universidade Federal de Pernambuco, sendo referida como “o editor”. A tradução e a revisão foram realizadas por minha autoria e será fornecida à OMS um PDF da versão traduzida com permissão para disponibilizar o mesmo, no *site* da OMS e na biblioteca. Abaixo: *link* do Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020 na língua portuguesa.

[Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020 .pdf | OSF](#)

Figura 2 - Acordo da OMS e capa do produto.



Fonte: Elaboração própria

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. M. C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *In: Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, p. e00129519, 2019.

ANDRADE, D. **Conheça o ciclo das políticas públicas**. Publicação: 23 de fevereiro de 2016. Disponível em: [Conheça o ciclo das políticas públicas | Politize!](#). Acesso em: 27/04/21.

ARRETCHE, M. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. *In: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. C. B. (Org.). Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: Câmara Brasileira do Livro, 2001. p. 43-57.

BERTOLOTE, J. M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Unesp, 2012.

BISPO, F. C. S.; GOMES, R. C. Os papéis dos *stakeholders* na formulação do Pronatec. *In: Revista e Administração Pública*, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/h5qQSKJGNZVdzdzgQQKQ7Pn/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 02/09/21.

BITTENCOURT, E. B. **Avaliação do Processo de Implementação do Programa Luz Para Todos no Estado do Ceará**. [Dissertação de mestrado]. Fortaleza: UFCE, 2010.

BOTEGA, N. J. **Crise suicida avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artemed. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 224, de 29 de janeiro de 1992**. Institui as normas do atendimento de saúde mental na rede SUS. Brasília, 1992. Disponível em: PORTARIA SAS-MS nº 224, de 29-01-1992.doc (saude.mg.gov.br). Acesso em: 11/02/21.

BRASIL. **Lei 10.216, de 09 de abril de 2001**. Reforma Psiquiátrica e Direito das pessoas com Transtornos Mentais. Brasília, 2001. Disponível em: L10216 (planalto.gov.br). Acesso em: 12/01/21.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 336, de 19 de fevereiro 2002**. Institui normas dos CAPS e NAPS. Diário Oficial da União. Brasília-DF, 2002. Disponível em: www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf . Acesso em: 11/01/21.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.542, de 22 de dezembro de 2005**. Institui sobre a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio. Brasília, 2005. Disponível em: bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2542_22_12_2005.html. Acesso em: 11/02/21.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.876, de 14 de agosto de 2006**. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. Brasília, 2006. Disponível em: bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.htm. Acesso em: 11/02/21.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília, 2011. Disponível em: Portaria do Ministério da Saúde GM N 3088 2011 2702.pdf | Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Acesso em: 11/02/21.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.271, de 06 de junho de 2014**. Institui a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Brasília, 2014. Disponível em: PORTARIA Nº 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014 (saude.sc.gov.br). Acesso em: 11/02/21.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Institui Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, 2016. Disponível em: Portaria-n---2014-de-17--Fevereiro-2016.pdf (saude.gov.br). Acesso em: 11/02/21.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. In: **Boletim Epidemiológico**, Brasília, n. 30, v. 48, 2017a. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf> . Acesso em: 03/08/20.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil**. Brasília, 2017b. Disponível em: [cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf](http://neca.org.br) (neca.org.br). Acesso em: 16/01/21.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria 3.479, de 18 de dezembro de 2017**. Institui Comitê para a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil. Brasília, 2017c. Disponível em: [Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br). Acesso em: 11/02/21.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.491, de 18 de dezembro de 2017**. Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde direcionados para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS), a onerarem o orçamento de 2017. Brasília, 2017d. Disponível em: [Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br). Acesso em: 11/02/21

BRASIL. **Lei 13.819, de 29 de abril de 2019**: Política Nacional de prevenção da Automutilação e do suicídio. Brasília, 2019. Disponível em: [L13819 \(planalto.gov.br\)](http://planalto.gov.br) . Acesso: 05/05/21.

CAMPOS, C. G.; COELHO, V. A. A.; GAMA, C. A. P.; GUIMARÃES, D. A.; LOURENÇO, R. F. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de saúde mental: perspectivas e desafios. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25: e200438. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200461>. Acesso em: 10/08/21.

CAMUS, A. **O mito de Sísifo**: ensaio sobre o absurdo. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1989.

COHEN, W. A. **Peter Drucker**: Melhores práticas: Como aplicar os métodos de gestão do maior consultor de todos os tempos para alavancar os resultados do seu negócio. Autêntica Business, 2017.

COMPARATO, F. K. Ensaio sobre o juízo de constitucionalidade de políticas públicas. *In*: BANDEIRA DE MELLO, C. A. (Org.). **Estudos em homenagem a Geraldo Ataliba**. v. 2. São Paulo: Malheiros, 1997.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O suicídio e os Desafios para a Psicologia**. Brasília, 2013. 152 p. Disponível em: Suicídio e os Desafios para a Psicologia - CFP | CFP. Acesso em: 12/09/2020.

CORTEZ, N. **Stakeholders em relações governamentais**: uma questão estratégica. Sigalei, São Paulo, 2021. Disponível em: Stakeholders em relações governamentais: uma questão estratégica (sigalei.com.br). Acesso em: 31/08/21.

COSTA, F. L.; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. *In*: **Brazilian Journal of Public Administration**, v. 37, n. 5, p. 969 a 992-969 a 992, 2003.

CVV. **Centro de Valorização da Vida**. São Paulo, 2021. Disponível em: CVV | Centro de Valorização da Vida. Acesso em: 27/02/21.

DATASUS. **Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil. TABNET**. Ministério da Saúde. Brasil, 2020. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02_. Acesso em: 01/09/20.

FABRI, A. E. Suicídio e suas causas socioculturais. *In*: WANDERBROOKE, A. C. N. S.; DIAS, M. S. L. (Org.). **Suicídio: abordagens psicossociais para prevenção**. v. 2, Curitiba: Juruá, 2020. 148p.

FREEMAN, E. R. *Stakeholders theory – the state of the art*. Cambridge University Press, 1984.

GOMES, E. G. M. **Gestão por Resultados e eficiência na Administração Pública: uma análise à luz da experiência de Minas Gerais**. São Paulo, 2009. Disponível em: 72050100745.pdf (fgv.br). Acesso em: 05/09/21.

GUERRA, A. A nossa sociedade está doente? *In*: **Revista Forbes**. Coluna de Saúde. São Paulo, 2020. Disponível em: A nossa sociedade está doente? (forbes.com.br). Acesso em: 07/09/21.

HILL, M.; HUPE, P. Introduction. *In*: **Implementing Public Policy: Governance in Theory and in Practice**. Londres: Sage Publications, 2002. p. 1-17.

IBGE, **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2020. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 01/09/20.

KAMINSKI, R. S. *et al.* Desafios metodológicos para a avaliação de programas governamentais: o caso do Programa de Aquisição de Alimentos. *In*: **Boletim Regional, Urbano e Ambiental**, n. 18, 2018.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 1997. p.753.

KRUGER, L. L.; WERLANG, B. S. G. A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. *In*: **Psico-USF**, n.1, v. 15, pp. 59-70, jan./abr. 2010.

MANN, J. J. et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. **Journal of the American Medical Association**, **294**, 2005.

MASSA-ARZABE, P. H. Dimensão jurídica das políticas públicas. *In*: BUCCI, M. P. D. **Direito administrativo e políticas públicas**. São Paulo: Saraiva, 2002.

MELEIRO, A. M. A. S.; TENG, C. T. Fatores de risco de Suicídio. *In*: **Suicídio estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

MELLO, R. D. Relação de ajuda e prevenção do suicídio. *In*: WANDERBROOCCKE, A. C. N. S.; DIAS, M. S. L. (Org.). **Suicídio: abordagens psicossociais para prevenção**. v. 2, Curitiba: Juruá, 2020. 148p.

MINAYO, M. C. S. Violência auto-infligida. *In*: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Sancionada Lei que cria política de prevenção da automutilação e do suicídio**. Brasília. 2019. Disponível em: Sancionada lei que cria Política de Prevenção da Automutilação e do Suicídio - MEC. Acesso em: 05/05/21.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Setembro Amarelo**. Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio. Brasília, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf>. Acesso em: 03/08/20.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Setembro Amarelo**. Ministério da Saúde atualiza dados sobre suicídio. Brasília, 2018. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/imagens/pdf/2018/setembro/20/coletiva-suic---dio.pdf>. Acesso em: 26/04/21.

MINOIS, G. **História do suicídio: a sociedade ocidental diante da morte voluntária**. São Paulo: Unesp, 2018.

OLIVEIRA, R. S. R. **Avaliação da formulação e implementação de uma política estadual de fomento à inovação: Inovar PE**. [Dissertação de mestrado] Recife, 2018. Disponível em: DISSERTAÇÃO Rúbia Siqueira Rodrigues de Oliveira.pdf (ufpe.br). Acesso em: 20/20/21.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório mundial sobre a violência e saúde**. Genebra, 2002. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/65818661/Relatorio-Mundial-sobre-violencia-e-saude>. Acesso em: 16/01/21.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Ação de Saúde Pública para a prevenção de suicídio: uma estrutura.** Genebra, 2012. Disponível em: www.site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/documento-suicidio-traduzido.pdf. Acesso em: 26/04/21.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Guia de Estudo. Saúde Mental.** Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/01/Guia-de-Estudos-OMS-Sa%C3%BAde-Mental.pdf>. Acesso em: 12/11/20.

PARANHOS, R.; FIGUEIREDO FILHO, D.B.; ROCHA, E. C.; & CARMO, E. F. A importância da replicabilidade na ciência política: o caso do SIGOBR. *In: Revista Política Hoje*, n. 22, v. 2, p. 213-229, 2013.

PESSOA, F. Odes de Ricardo Reis. Lisboa: Ática, 1946 (imp.1994): 68.

RODRIGUEZ, J. J. Estratégia e plano de ação sobre saúde mental para a região das Américas. *In: Revista Brasileira de Psiquiatria*, n. 4, v. 32, p. 341, 2010. Disponível em: SciELO - Brasil - Estratégia e plano de ação sobre saúde mental para a região das Américas Estratégia e plano de ação sobre saúde mental para a região das Américas. Acesso em: 24/08/21.

SABATIER, P. A. Top-down and bottom-up approaches to implementation research: a critical analysis and suggested synthesis. *In: Journal of Public Policy*, n. 1, v. 6, p. 21-48, 1986.

SAXENA, S.; FUNK, M.; CHISHOLM, D. World health assembly adopts comprehensive mental health action plan 2013–2020. *In: The Lancet*, v. 381, n. 9882, p. 1970-1971, 2013.

SECCHI, L.; COELHO, F. S.; PIRES, V. **Políticas Públicas: conceitos, casos práticos, questões de concursos.** 3. ed. São Paulo: Cengage, 2020.

SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. B. Processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. *In: Reunião Da Clade*, República Dominicana, 2000; Campinas: Nepp-unicamp, 2000. p. 1 –17.

SILVEIRA, A. F., COBALCHINI, C. C. B., VALLE, G. A. & BARBARINI, N. **Caderno de psicologia e políticas públicas.** Curitiba: Gráfica e Editora Unificado, 2007.

SIM. **Sistema de Informação sobre Mortalidade.** 2017. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/mortalidade>. Acesso em: 19/08/20.

SOARES, G. A. D. **Suicídio nunca mais!** IESP / UERJ, 2012. Disponível em: Estrutura nas Trevas | Suicídio Nunca Mais! (wordpress.com). Acesso em: 10/02/21.

STOPPA, R. G.; WANDERBROOKE, A. C. N. S. Suicídio: uma introdução sobre a importância da prevenção. *In:* STOPPA, R. G.; WANDERBROOKE, A. C. N. S. **Suicídio: abordagens psicossociais para prevenção.** Curitiba: Juruá, 2019. 172p.

STOPPA, R. G.; WANDERBROOKE, A. C. N. S. Práticas de prevenção ao suicídio em um distrito sanitário de Curitiba. *In:* STOPPA, R. G.; WANDERBROOKE, A. C. N. S. **Suicídio: abordagens psicossociais para prevenção.** v. 2. Curitiba: Juruá, 2020. 148p.

TORRES, K.R.; MENEGHETTI, F.K. O suicídio no trabalho e nas organizações: uma discussão necessária. *In:* WANDERBROOKE, A. C. N. S.; DIAS, M. S. L. (Org.). **Suicídio: abordagens psicossociais para prevenção.** v. 2, Curitiba: Juruá, 2020. 148p.

UFPE, Universidade Federal de Pernambuco. **Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020.** Tradução para língua portuguesa concedida pela OMS em 27/05/2021. Recife-PE. 2021. Disponível em: Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020 .pdf | OSF.

VEDUNG, E. **Public policy and program evaluation.** Routledge, 2017.

VIANA, G. N. et al. Prevalência de suicídio no sul do Brasil, 2001-2005. *In:* **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, n. 1, v. 57, pp. 38-43, 2008.

VIDAL, C. E. L.; CONTIJO, E. C. D. M.; LIMA, L. A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativas do excesso de mortalidade. *In:* **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 1, v. 29, pp 175-187, 2013.

WHO. Organização Mundial de Saúde. **Plano de Ação em Saúde Mental. 2013-2020.** Genebra, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/initiatives/mental-health-action-plan-2013-2030>. Acesso em: 12/11/20.

WHO. Organização Mundial de Saúde. **Prevenção del suicídio: um imperativo global.** Departamento de Saúde Mental. Genebra, 2014. *In:* STOPPA, R. G.; WANDERBROOKE, A. C. N. S. **Suicídio: abordagens psicossociais para prevenção.** Curitiba: Juruá, 2019. 172p. - v.1. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf .

WHO. Organização Mundial de Saúde. Departamento de Saúde Mental. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária.** Genebra, 2000a.

Disponível em: http://who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf . Acesso em: 16/01/21.

WHO. Organização Mundial de Saúde. Departamento de Saúde Mental. **Prevenção do suicídio**: um manual para médicos clínicos gerais. Genebra, 2000b. Disponível em: https://www.who.int/menta.health/prevention/suicide/en/suicideprev_gp_port.pdf . Acesso em: 16/01/21.

WHO. Organização Mundial de Saúde. Departamento de Saúde Mental. **Prevenção do suicídio**: um manual para profissionais da mídia. Genebra, 2000c. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf . Acesso em: 16/01/21.

WHO. Organização Mundial de Saúde. Departamento de Saúde Mental. **Prevenção do suicídio**: um manual professores e educadores. Genebra, 2000d. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_educ_port.pdf . Acesso em: 16/01/21.

WHO. Organização Mundial de Saúde. Departamento de Saúde Mental. **Prevenção do suicídio**: um recurso para conselheiros. Genebra, 2000e. Disponível em: https://www.who.int/mental.health/media/counsellors_portuguese.pdf. Acesso em: 16/01/21.

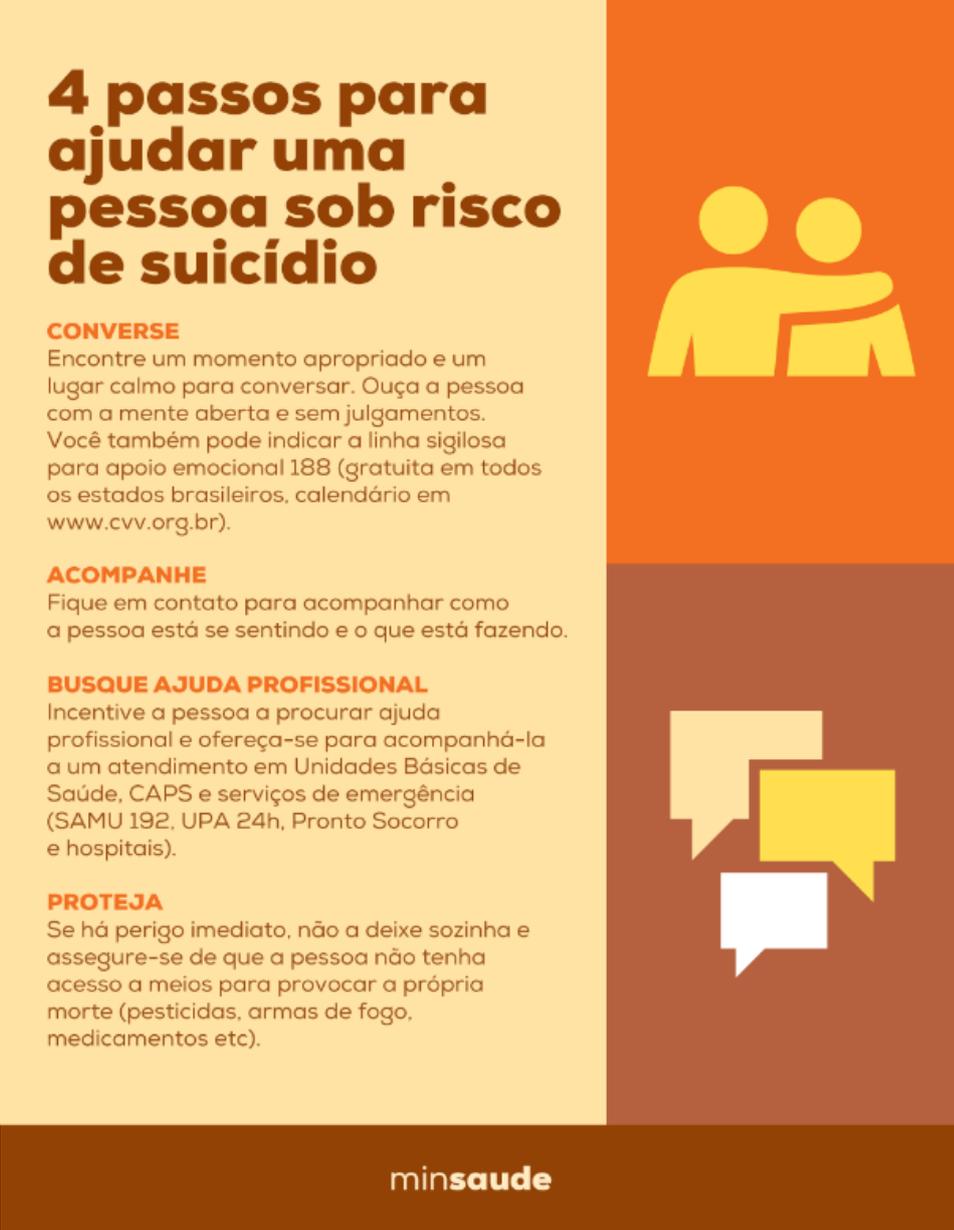
ANEXO A

Onde buscar ajuda para prevenir o suicídio?

CAPS e Unidades Básicas de Saúde (Saúde da família, Postos e Centros de Saúde).

UPA 24H, SAMU 192, Pronto Socorro e Hospitais.

Centro de Valorização da Vida – 188 (ligação gratuita) e Skype (www.cvv.org.br).



4 passos para ajudar uma pessoa sob risco de suicídio

CONVERSE
Encontre um momento apropriado e um lugar calmo para conversar. Ouça a pessoa com a mente aberta e sem julgamentos. Você também pode indicar a linha sigilosa para apoio emocional 188 (gratuita em todos os estados brasileiros, calendário em www.cvv.org.br).

ACOMPANHE
Fique em contato para acompanhar como a pessoa está se sentindo e o que está fazendo.

BUSQUE AJUDA PROFISSIONAL
Incentive a pessoa a procurar ajuda profissional e ofereça-se para acompanhá-la a um atendimento em Unidades Básicas de Saúde, CAPS e serviços de emergência (SAMU 192, UPA 24h, Pronto Socorro e hospitais).

PROTEJA
Se há perigo imediato, não a deixe sozinha e assegure-se de que a pessoa não tenha acesso a meios para provocar a própria morte (pesticidas, armas de fogo, medicamentos etc).

minsaude

Fonte: Ministério da Saúde, 2018.