



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS EM SAÚDE**  
**CAMPUS PINHEIRO**  
**CURSO DE ENFERMAGEM**

MARCO ANTONIO SÁ ALMEIDA

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO BRASIL:  
CONTEXTO, ESTRATÉGIAS E PERSPECTIVAS**

PINHEIRO-MA

2023

MARCO ANTONIO SÁ ALMEIDA

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO BRASIL:  
CONTEXTO, ESTRATÉGIAS E PERSPECTIVAS**

Trabalho de Conclusão de Curso na modalidade Monografia, apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências de Pinheiro da Universidade Federal do Maranhão, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Me. Mayane Cristina Pereira Marques

PINHEIRO-MA

2023

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a) Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Almeida, Marco Antonio Sa.

Políticas públicas de prevenção do suicídio no Brasil : contexto, estratégias e perspectivas / Marco Antonio Sa Almeida. - 2023.

40 p.

Orientador(a): Mayane Cristina Pereira Marques.  
Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem,  
Universidade Federal do Maranhão, Pinheiro, 2023.

1. Políticas públicas. 2. Prevenção. 3. Suicídio. I. Marques, Mayane Cristina Pereira. II. Título.

MARCO ANTONIO SÁ ALMEIDA

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO BRASIL:  
CONTEXTO, ESTRATÉGIAS E PERSPECTIVAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2023.

**Banca Examinadora:**

---

**Profa. Me. Mayane Cristina Pereira Marques**  
(Orientadora)

---

**Prof. Profa. Marisa Cristina Aranha Batista**  
Doutora em Biotecnologia  
Universidade Federal do Maranhão  
(1ª examinadora)

---

**Profa. Aline Santana Figueiredo**  
Mestre em Saúde do Adulto  
Universidade Estadual do Maranhão  
(2ª examinadora)

## **AGRADECIMENTOS**

À minha família por proporcionar uma base sólida em minha vida, especialmente representada na figura da minha mãe Alianda Sá que me ensinou a buscar pelo conhecimento e ofereceu suporte em todos os momentos.

À minha orientadora Prof. Me. Mayane Cristina Pereira Marques, primeiro por acreditar neste projeto e torná-lo possível, assim como pelo empenho, dedicação e conhecimentos compartilhados. Eternamente parte da realização deste sonho e um modelo de profissional competente para mim.

À minha amiga Silvana Almeida Câmara pelo companheirismo e incentivo durante todo o curso e especialmente pela imensa contribuição na produção deste projeto, disponibilizando tempo e somando conhecimentos.

Ao corpo docente da Universidade Federal do Maranhão pelo empenho e dedicação no ensino, buscando sempre melhorar o ensino nos fornecendo conhecimento de qualidade, mesmo diante de tantas dificuldades no percurso.

## RESUMO

**Introdução:** O suicídio é um importante e complexo problema de saúde pública no mundo, pode ser definido como o ato deliberado, executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção, mesmo que de forma ambivalente, seja a morte. **Objetivo:** Analisar as evidências científicas as estratégias e perspectivas das políticas públicas de prevenção do suicídio implementadas pelos serviços de saúde no Brasil **Metodologia:** Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, entre os meses de setembro e outubro de 2023, utilizando as bases de dados *online* a biblioteca digital SciELO, a BVS para as bases LILACS e BDeInf, Scopus, PUBMED e Embase. Para a busca nas bases de dados foram utilizados os operadores booleanos: AND e OR e os seguintes descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MESH): Prevenção ao Suicídio (Suicide Prevention) AND Políticas de Saúde (Health Policy) AND Brasil (Brazil), em diferentes combinações. Foi utilizado *Rayyan16 QCRI* para gerenciamento dos resultados, no método de seleção os estudos foram organizados no fluxograma PRISMA e classificados por nível metodológico de evidência. **Resultados:** Foram encontrados 121 artigos nas bases de dados, 45 repetidos, sendo selecionados 4 artigos que compõem a amostra final. Estes correspondem por 3,3% da amostra total dos estudos, houve maior número de publicações em 2022 com dois artigos, seguido por 2023 e 2018 com uma publicação cada. Todos foram realizados no Brasil, dois foram estudos ecológicos e o nível de evidência científica foi considerado moderado. Verificou-se o contexto de organização do sistema de saúde em redes, com porta preferencial pela atenção primária e destaque aos CAPS no cuidado em saúde mental. Há implementação de políticas públicas e variadas estratégias de prevenção ao suicídio alinhadas a recomendações científicas, embora as dificuldades encontradas no serviço e o tempo de implementação das políticas não permitam observar impacto expressivo sobre as taxas de suicídio. **Considerações Finais:** O suicídio é um problema multifatorial prevenível a partir de políticas públicas que mobiliza esforços da saúde pública e ações intersetoriais, é necessária a ampliação da implementação das estratégias de prevenção no campo da saúde no Brasil, assim como novos estudos que tratem sobre a temática.

**Descritores:** Prevenção; Suicídio; Políticas Públicas.

## ABSTRACT

**Introduction:** Suicide is an important and complex public health problem in the world. It can be defined as a deliberate act, carried out by the individual himself, whose intention, even if ambivalently, is death. **Objective:** Analyze, using scientific evidence, the strategies and perspectives of public suicide prevention policies implemented by health services in Brazil. **Methodology:** An integrative literature review was carried out, between the months of September and October 2023, using the online databases SciELO digital library, the BVS for the LILACS and BDeInf, Scopus, PUBMED and Embase databases. To search the databases, Boolean operators were used: AND and OR and the following descriptors in Health Science (DeCS) and Medical Subject Headings (MESH): Prevenção ao Suicídio (Suicide Prevention) AND Políticas de Saúde (Health Policy) AND Brasil (Brazil), in different combinations. Rayyan16 QCRI was used to manage the results. In the selection method, the studies were organized in the PRISMA flowchart and classified by methodological level of evidence. **Results:** 121 articles were found in the databases, 45 repeated, and 4 articles were selected to make up the final sample. These correspond to 3.3% of the total sample of studies, there was a greater number of publications in 2022 with two articles, followed by 2023 and 2018 with one publication each. All were carried out in Brazil, two were ecological studies and the most prevalent level of scientific evidence was 4, meaning low scientific evidence. The context of organization of the health system in networks was verified, with a preferential gateway for primary care and emphasis on CAPS in mental health care. **Final Considerations:** Suicide is a multifactorial problem that can be prevented through public policies that mobilize public health efforts and intersectoral actions. It is necessary to expand the implementation of prevention strategies in the health field in Brazil, as well as new studies that address the issue.

**Descriptors:** Prevention; Suicide; Health Policy.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- ABP- Associação Brasileira de Psiquiatria
- CAPS- Centros de Atenção Psicossocial
- CFM- Conselho Federal de Medicina
- CVV- Centro de Valorização à Vida
- ESF- Estratégia de Saúde da Família
- ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
- OMS- Organização Mundial da Saúde
- ONU- Organização das Nações Unidas
- RAPS- Rede de Atenção Psicossocial
- SUS- Sistema Único de Saúde
- UBS- Unidades Básicas de Saúde

## LISTRAS DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Diagrama da trajetória histórica das principais políticas públicas e programas de prevenção ao suicídio. Pinheiro – MA, Brasil, 2023.	22
Figura 2-	Diagrama de seleção dos estudos de acordo com Fluxograma de PRISMA. Pinheiro – MA, Brasil, 2023.	27
Gráfico 1-	Distribuição dos estudos de acordo com o ano de publicação. Pinheiro – MA, Brasil, 2023.	29
Quadro 1-	Estudos selecionados para amostra, de acordo com identificação do <i>rayyan</i> , autores, título, objetivos, ano de publicação, tipo de estudo, evidência científica. Pinheiro – MA, Brasil, 2023.	29
Quadro 2-	Resultados obtidos e estratégias de prevenção sugeridas, de acordo com cada estudo. Pinheiro – MA, Brasil, 2023.	31

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>	<b>14</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>15</b>
	<b>3.1</b> Objetivos Específicos	<b>15</b>
<b>4</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>16</b>
	<b>4.1</b> Aspectos conceituais do suicídio	<b>16</b>
	<b>4.2</b> Fatores de risco	<b>17</b>
	<b>4.3</b> Políticas públicas de prevenção ao suicídio no brasil e no mundo	<b>18</b>
	<b>4.4</b> O papel da enfermagem no contexto da prevenção do suicídio	<b>23</b>
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>24</b>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>27</b>
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>32</b>
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>36</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>37</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O suicídio é um importante e complexo problema de saúde pública no mundo, pode ser definido como o ato deliberado, executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção, mesmo que de forma ambivalente, seja a morte. Esse evento é o resultado de um processo dinâmico no qual fatores de ordem biológica, psicológica e sociocultural interagem e acumulam-se ao longo da vida do indivíduo. Dentre os fatores de risco específicos, o abuso de drogas, doenças mentais e tentativas prévias representam os maiores riscos para o autoextermínio (VIEIRA et al., 2017).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 703 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano. O evento de autoextermínio é um problema de grande magnitude que acomete ambos os sexos e ocorre em todas as idades, sendo a quarta principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos (OMS, 2021).

Ao longo dos últimos 20 anos, todas as regiões do mundo apresentaram queda significativa no número de suicídios, exceto nas Américas que obtiveram uma tendência de crescimento desse número. Embora os países que possuem as maiores taxas de suicídio se concentram ainda principalmente na África, Europa e Ásia, o Brasil encontra-se entre os 10 países líderes em termos de números absolutos, ocupando a 8ª posição no ano de 2019 (OMS, 2021). Nos últimos 10 anos houve uma tendência crescente na taxa de mortalidade por suicídio no país, ocorrendo o aumento de casos entre jovens, com destaque para o maior número de tentativas de suicídio em mulheres e maior risco de morte entre homens (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Diante do panorama alarmante e da complexidade no enfrentamento do suicídio devido a sua natureza multifatorial, torna-se necessário uma abordagem interdisciplinar e intersetorial na área da saúde, além de iniciativas governamentais e da sociedade organizada (WALLAUER; MALISKA, 2012). Assim, a partir de 1990, o suicídio passou a ser considerado um problema de saúde a ser enfrentado pela saúde pública (BOTEGA, 2022).

O Brasil conta com um Sistema Único de Saúde (SUS) público, instituído pela Constituição Federal de 1988, a qual define a saúde como direito de todos e dever do Estado. Esse sistema foi implementado efetivamente por meio de artigos dispostos na Lei 8.080 e na Lei 8.142. A criação do SUS surgiu por meio das lutas sociais com o objetivo de atender toda

a população, em todas as suas necessidades, e dessa forma, possibilitou maior abertura para a criação de políticas públicas relacionadas à saúde mental (SANTOS; KIND, 2019).

A fundamentação atual para a abordagem global do suicídio e formulação de políticas públicas e programas de saúde na prevenção desse fenômeno está embasada inicialmente em documentos internacionais elaborados pela OMS, dos quais destacam-se: o Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013-2030; o Relatório Prevenção do Suicídio: um Imperativo Global (2014) e; os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) na Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU), que incluem a meta para redução da mortalidade precoce de agravos não transmissíveis, sendo a taxa de mortalidade por suicídio um indicador dessa meta (ARESMAN et al., 2020).

Por sua vez, as iniciativas brasileiras no âmbito de políticas públicas de prevenção ao suicídio têm como principal marco as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio, instituídas pela Portaria nº 1. 876, de 14 de agosto de 2006, que fundamentaram as bases de políticas públicas e programas em território nacional e serviram como guia para os serviços de saúde (STAVIZKI, 2020). Entretanto, os anos seguintes foram marcados pela ausência do tema na agenda política, desconectada do contexto global, que só seria retomado efetivamente na década seguinte. De maneira similar, as políticas públicas de prevenção permaneceram pouco estudadas no país (MACHADO; DA SILVA LEITE; BANDO, 2014).

O Brasil possui como marcos recentes na prevenção do suicídio o Boletim Epidemiológico 2017 e a Agenda Estratégica de Ação 2017-2020 para Vigilância e Prevenção e Promoção da Saúde do Suicídio no Brasil, elaborados pelo Ministério da Saúde (FOGAÇA, 2019). Em 2019, o país assume outro importante passo nesse sentido ao instituir a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio através da Lei 13.819/2019, cujos principais objetivos podem ser exemplificados em seus artigos, tais como: promover a saúde mental; prevenir a violência autoprovocada e; 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 (BRASIL, 2019).

O surgimento recente dessas iniciativas impossibilita a observação dos efeitos no sentido de diminuir as taxas de suicídio no Brasil. Além disso, no ano de 2019, teve início a pandemia do coronavírus (covid-19), considerada uma catástrofe humanitária, que representou, dentre outras coisas, um entrave à implementação das políticas públicas, ao exigir repensar a

lógica de atividade humana em resposta ao enfrentamento do vírus de maneira que espera-se um efeito de longo prazo no funcionamento da sociedade e sobre a população (SOARES; STAHNKE; LEVANDOWSKI, 2023).

Evidencia-se que a formulação de políticas públicas de prevenção eficientes se torna imprescindível na organização dos serviços e sistematização da assistência aos usuários, família e comunidade. Esta deve ser pautada na superação do modelo biomédico, oferta de atendimento e tratamento em tempo oportuno e embasado em evidências científicas. Dessa forma, este estudo busca caracterizar e discutir a produção científica de políticas públicas e programas de prevenção ao suicídio, de modo a refletir na sua implementação e construção de programas subsequentes.

## 2 JUSTIFICATIVA

O suicídio está entre as dez maiores causas de mortalidade ao redor do mundo, apresentando um número superior de mortes à malária, HIV/AIDS, câncer de mama, guerra e homicídio, representando mais que uma em cada 100 mortes (1,3%) no ano de 2019 (OMS, 2021). Segundo o Ministério da Saúde, entre 2010 e 2019, ocorreram no Brasil 112.230 mortes por suicídio, com um aumento de 43% no número anual de mortes, de 9.454 em 2010, para 13.523 em 2019 (6,6 por 100 mil habitantes). Além disso, por ser uma morte trágica, esse fenômeno resulta em um grande impacto emocional e social. Estima-se que em média seis pessoas próximas sofrem consequências emocionais, sociais e econômicas por cada suicídio (FUKUMITSU et al., 2015).

Apesar do suicídio ser um tema de grande importância na agenda das políticas públicas de saúde, ainda mobiliza poucos e frágeis interesses em torno da perspectiva da prevenção e, de forma similar, as políticas públicas de prevenção do suicídio são pouco estudadas no Brasil. São exemplos dos desafios em torno do tema: o tabu social, o atendimento negligenciado, a abordagem sensacionalista da mídia, o acesso aos métodos para cometer suicídio e o abuso de substâncias químicas (MACHADO; DA SILVA LEITE; BANDO, 2014).

A busca do reestabelecimento integral da saúde fica comprometida com a falta de orientação profissional dos enfermeiros, que ainda não superaram o modelo de atenção biomédica e tem perpetuado uma abordagem com enfoque clínico e físico ao indivíduo. Percebe-se, ainda, a falta de manejo clínico para tentativas de suicídio, restringindo-se aos compêndios da psiquiatria. Assim, pode-se pensar acerca das contribuições do profissional de enfermagem nesse processo e de que forma uma assistência humanizada é capaz de influenciar a prevenção de outras possíveis tentativas (DE OLIVEIRA SANTOS et al., 2017).

Diante isto, estudos como este poderão contribuir para caracterizar as políticas públicas de prevenção ao suicídio nos serviços de saúde, bem como demonstrar a assistência da enfermagem na prevenção e/ou cuidados realizados pela equipe. Desta forma, esta pesquisa poderá fornecer importante aporte para futuras análises que tratem sobre este tema e auxiliar na definição de possíveis estratégias a serem desenvolvidas, que visem, a evoluções de políticas de prevenção ao suicídio.

### **3 OBJETIVO**

Analisar as evidências científicas as estratégias e perspectivas das políticas públicas de prevenção do suicídio implementadas pelos serviços de saúde no Brasil

#### **3.1 Objetivos Específicos**

- Caracterizar as principais fontes de publicações sobre as políticas públicas e programas de prevenção ao suicídio no Brasil;
- Identificar as estratégias de prevenção do suicídio nas políticas públicas implementadas;
- Compreender o papel da assistência em saúde, com ênfase na Enfermagem, para implementação das políticas públicas de prevenção ao suicídio.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 Aspectos conceituais do suicídio

A palavra suicídio surgiu da junção das palavras provenientes do latim, “sui” (a si mesmo) e “caedere” (ação de matar). Foi usada pela primeira vez por Desfontaines, em 1737. Embora existam controvérsias sobre a origem do termo, todas referem-se ao ato deliberado de tirar a própria vida (DE TROTTA, 2022).

Além da definição do suicídio como a morte autoprovocada, o fenômeno se caracteriza, do ponto de vista fenomenológico, por um processo que inclui: a ideação suicida, isto é, considerações mais ou menos vagas sobre a morte e sobre morrer; o plano suicida, evolução da ideação que adquire consistência (recorrente ou persistente, flutuante); a tentativa de suicídio, que pode ser fatal ou não, e; o suicídio, desfecho fatal (BERTOLOTE, 2016).

A Grécia Antiga é considerada uma das primeiras sociedades a abordar o suicídio seriamente dentro de uma perspectiva sociológica-filosófica e até política. Aristóteles e Platão consideravam-no um delito contra o Estado, salvo exceções, e este passou a prever punições legais ao indivíduo suicida. De maneira similar, o Império Romano seguiu com políticas anti-suicidas, introduzindo medidas de prevenção estritas, como confisco de bens da família após o suicídio, e diferente abordagem ao ato quando motivado por heroísmo, doença, amor ou honra (AMADOR RIVERA, 2015).

A literatura acerca do tema na Idade Média é escassa, sabendo-se que a abordagem greco-romana predominava aliada à influência do pensamento cristão hegemônico no qual o ato é considerado pecaminoso. O Renascimento marca a transferência do pensamento cristão para o pensamento científico que, marcado pelo resgate de conceitos greco-romanos e influenciado pela intelectualidade francesa, abre caminhos para a descriminalização completa do fenômeno após a Revolução Francesa. A medicina passa a ocupar um lugar privilegiado e, inicialmente, estigmatiza o fenômeno ao relacioná-lo a loucura, insanidade e ira. Posteriormente, o suicídio é relacionado pela primeira vez a depressão. Dessa forma, as instituições foram obrigadas a revisão dos conceitos sobre o ato de matar-se, nascem estudos estatísticos e novas condutas diante do suicídio (AMADOR RIVERA, 2015).

Em ‘O Suicídio’ (1897), obra clássica no campo da Sociologia, Durkheim muda o entendimento do suicídio como um fenômeno psicológico-individual, transferindo para uma

faceta social. Após minucioso estudo, o sociólogo definiu três tipos de suicídio cujas causas estão relacionadas à coesão social, ou seja, aquilo que mantém a sociedade unida: o suicídio egoísta, no qual há uma baixa coesão social, desamparo social e o indivíduo se isola completamente, pois não identifica traços de valor na sociedade, predominando assim fatores psicológicos; o suicídio altruísta, caracterizado por uma alta coesão social, motivada por fatores culturais, sociais ou religiosos exteriores ao indivíduo, os quais o sujeito considera como mais importantes que a si, de modo a força-lo a cometer atos suicidas, e, por fim; o suicídio anômico, como resultado de uma baixa coesão social, ocorre com ausência de regras ou normas e na presença do caos ou crises, o sujeito desiste de lutar e recorre ao suicídio como solução para bruscas mudanças do quadro social (DE FREITAS, 2022).

Outros autores estudaram os conceitos básicos e os mecanismos causais envolvidos no suicídio. Marx, em ‘Sobre o Suicídio’ (1846), enfatiza problemas sociais como causas do suicídio. Para Schopenhauer, o sofrimento advém do desejo, ou da não obtenção do objeto desejado, em um processo cíclico durante a existência humana, de modo que o suicídio surge como remédio para tal moléstia. Albert Camus segue a mesma linha de desejo e utiliza o Mito de Sísifo para tratar o tema, definindo o suicídio como o único problema filosófico real: “a vida vale ou não vale ser vivida?” (BARBOZA, 2023).

É importante destacar que, ainda hoje, o suicídio é considerado ilegal em 20 países, onde punições estão previstas em seus respectivos códigos penais (UNITED FOR GLOBAL MENTAL HEALTH, 2021). Apesar das tentativas de descriminalizar o suicídio, observa-se que este mudou de ato pecaminoso ou criminoso para ser considerado um sinal de transtorno mental, representação produzida a partir do século XIX pela sociologia e psiquiatria. No Brasil, desde o período imperial, a legislação penal brasileira não incrimina o suicídio ou sua tentativa, mas determina a execução da pena de prisão para a pessoa que auxilia moral ou materialmente alguém a matar-se (PAULA; BOTTI, 2021).

## **4.2 Fatores de risco**

O suicídio está relacionado etiologicamente com uma gama de fatores, que inclui fatores de ordem biológica, psicológica e sociopatológica, econômica, cultural e, até mesmo, política e sociológica. Os dados estatísticos e a literatura têm apontado para a adolescência e o início da

fase adulta como principais estágios da vida para o início da apresentação de comportamentos suicidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Alguns fatores de risco para o comportamento suicida analisados na literatura seriam: abuso de substâncias químicas, condições econômicas, histórico familiar de suicídio, tentativas prévias e transtornos mentais (OMS, 2014). Estes dois últimos são considerados os principais fatores de risco para o suicídio, com estimativas de que 50% daqueles que se suicidaram já haviam tentado previamente e possuem de cinco a seis vezes mais chance de tentar suicídio novamente. Entre os transtornos mentais, a depressão é mais comum e nem sempre é diagnosticada ou tratada adequadamente (VIEIRA, 2017).

Podem ser destacados ainda fatores de risco para o comportamento suicida aqueles relacionados ao sistema de saúde, sociedade, comunidade e relacionamentos interpessoais, tais como: dificuldade de acesso aos serviços de saúde, meios disponíveis para cometer suicídio, estigmas relacionados aos transtornos e saúde mental, cobertura inapropriada do suicídio por meios de comunicação e o risco aumentado para o efeito contágio, isolamento social, relacionamentos conflituosos, discriminação, abuso, violência, guerras e desastres (OMS, 2014).

Botega (2015) salienta para o fortalecimento dos fatores de proteção como uma linha valiosa de ação clínica. A literatura acerca desses fatores ainda é escassa, no entanto, normalmente equivalem àqueles que conduzem a uma vida mais saudável e produtiva, com maior sensação de bem-estar, dentre os quais o autor aponta: bom relacionamento interpessoal, filhos pequenos, prática religiosa e outras práticas coletivas, estar empregado e integração em grupos sociais.

### **4.3 Políticas públicas de prevenção ao suicídio no Brasil e no mundo**

Não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública. Peters (1986) a define como a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Laswell detém a definição mais conhecida, caracterizada como as decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz (SOUZA, 2006).

Vale destacar a dificuldade teórica de se apontar uma definição clara para política pública e distingui-la do conceito de programa governamental. LASSANCE (2021), ao discutir

o tema, define política como “uma proposta institucionalizada de um problema central, orientada por uma concepção”, enquanto programa é definido como “solução dada a cada um dos problemas causais que explicam o problema central da política e que foram julgados cruciais por uma estratégia concebida para cercá-lo, enfrentá-lo e superá-lo”.

Por sua vez, o termo “prevenir” tem o sentido de “preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize”, de modo que a prevenção em saúde se entende como ações antecipadas que visem interceptar a causa ou tornar improváveis o progresso posterior da doença (CZERESNIA, 2009). Leavell e Clark (1965) propuseram o modelo de prevenção que se configura como paradigma em saúde pública até os dias atuais, no qual, baseando-se na história natural da doença, estabelece três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária.

Devido às limitações desse modelo no campo da prevenção das violências (dentre estas, o suicídio), Gordon propôs um modelo de prevenção de problemas comportamentais baseado no risco que um indivíduo (ou populações) apresenta de desenvolver aquele comportamento, determinando três níveis de prevenção: prevenção universal - destinada a toda a população, independentemente do grau de risco que apresenta, e mesmo sem risco; prevenção seletiva - destinada a populações (ou indivíduos) que apresentam um baixo grau de risco, e que ainda não começaram a apresentar o comportamento-alvo, e; prevenção indicada - para populações (ou indivíduos) que apresentam um risco considerável e/ou que já começaram a manifestar o comportamento em questão, ou seja, quando o processo suicida já foi iniciado e está em andamento (BERTOLOTE, 2016).

No contexto das políticas públicas e da prevenção do suicídio, o fenômeno torna-se um problema a ser enfrentado no âmbito da saúde a partir da década de 1960, quando o comportamento suicida foi definido pela ONU como “um fenômeno multifatorial, multideterminado e transacional que se desenvolve por trajetórias complexas, porém identificáveis”. No entanto, uma abordagem mais enfática só ocorre a partir da década de 1990 (BOTEGA, 2015).

Em 1994, acontece em Banff, Canadá, a reunião internacional de peritos, convocada pelo Conselho para Assuntos Econômicos e Sociais da ONU e pelo Departamento de Saúde Mental da OMS que tem como resultado a publicação do manual “*Prevention of Suicide: Guidelines for the Formulation and Implementation of National Strategies*” (1996), pelas

Nações Unidas. Esta é considerada a primeira tentativa de desenvolver uma estrutura coerente para o desenvolvimento de políticas nacionais de prevenção ao suicídio, assim como detém a dupla importância de ser a primeira vez que órgãos internacionais reconheceram o comportamento suicida como importante problema de saúde pública e por refletir uma abordagem sólida com base científica (PLATT; ARENSMAN; REZAEIAN, 2019).

Em 1999, a OMS lança o *Suicide Prevention Program* (SUPRE), sendo a primeira iniciativa a nível mundial para a prevenção do suicídio da organização. O programa consistia na elaboração e publicação de guias com orientações para a intervenção na problemática do suicídio, dirigidos a grupos sociais e profissionais específicos, que são de particular relevância para a prevenção do suicídio. Em 2000, alguns dos manuais produzidos pelo SUPRE foram traduzidos e publicados no Brasil, e em 2006, foi publicado o documento “Prevenção ao Suicídio: um recurso para conselheiros”, com guias exclusivos para médicos clínicos gerais, profissionais da atenção primária de saúde, agentes penitenciários, professores, trabalhadores da mídia e familiares. Apesar da baixa divulgação deste programa no país, o SUPRE trouxe um novo contexto para a prevenção ao suicídio, estímulo de pesquisas e contribuição para abertura política do tema (STAVIZKI, 2020).

Com o propósito de desenvolver ações de prevenção ao suicídio e a redução de danos associados com o comportamento suicida, assim como o impacto emocional e social nos familiares, amigos, companheiros e instituições, a Portaria nº 1. 876, de 14 de agosto de 2006 instituiu as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio em todas as unidades federadas. Pouco depois, o Ministério da Saúde lança ainda o manual para profissionais das equipes de saúde mental dos serviços de saúde, visando a qualificação das equipes de saúde (D’OLIVEIRA; BOTEAGA, 2006). As Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio permanecem até hoje como principal guia para serviços de saúde mental e para a elaboração de políticas de prevenção nas esferas municipal e estadual do país. (STAVIZKI, 2020).

De acordo com Fogaça (2019), é possível observar uma ruptura nas discussões acerca da prevenção do suicídio que se estendeu por oito anos na esfera pública a partir da instituição da Diretrizes Nacionais supracitadas e encerrou-se com a publicação da Portaria nº. 1,271, de 06 de junho de 2014 que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde e torna as tentativas de suicídio e o suicídio agravos de notificação compulsória imediata. O vazio perpetrado pelo Estado na ocasião possibilitou a ascensão de

segmentos organizados da sociedade civil (conhecido como terceiro setor) nos cuidados desse fenômeno, dos quais se destaca o Centro de Valorização à Vida (CVV), instituição que realiza apoio emocional e prevenção de suicídio através de ligações telefônicas com ajuda de voluntários no atendimento gratuito e anônimo daqueles que precisam conversar.

As campanhas de conscientização tornaram-se relevantes estratégias no campo da prevenção nesse período. Desde 2014, a campanha Setembro Amarelo® dedica esse mês para a conscientização e prevenção do suicídio, iniciativa liderada pela Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP em parceria com o Conselho Federal de Medicina – CFM (SETEMBRO AMARELO, 2023). Além disso, no mesmo ano teve o início o movimento social Janeiro Branco, promovido pelo Instituto de mesmo nome, dedicado à “construção de uma cultura de saúde mental na humanidade” (JANEIRO BRANCO, 2023).

No cenário mundial, o Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013–2020 da OMS é considerado um importante passo na agenda de prevenção ao suicídio, no qual 194 países membros, incluindo o Brasil, comprometeram-se com metas globais para transformar a saúde mental, destacando-se a redução de 10% nas taxas de suicídio desses países até o ano de 2020, estendido posteriormente até o ano de 2030 (OMS, 2019). A publicação subsequente do Relatório da OMS “Prevenindo o Suicídio: Um Imperativo Global” em 2014 foi estrategicamente um próximo passo importante e oportuno para aumentar o compromisso dos governos nacionais e Ministros da Saúde de reforçar a ação em relação à prevenção do suicídio (OMS, 2014). Em termos de conteúdo de um programa nacional de prevenção do suicídio, o relatório da OMS recomenda uma abordagem sistemática e resume os componentes típicos (OMS, 2014; PLATT; ARENSMAN; REZAEIAN, 2019).

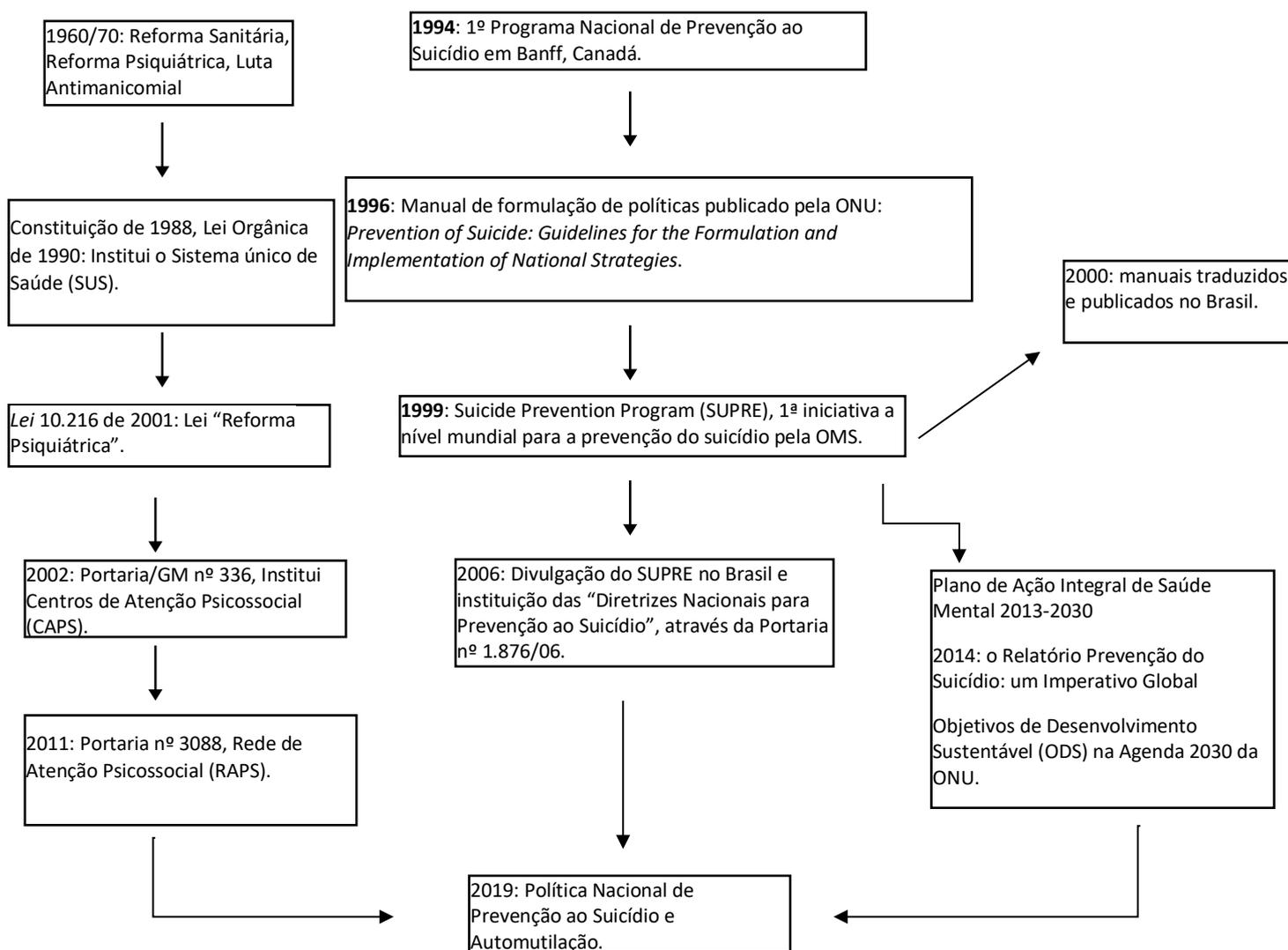
No Brasil, deu-se seguimento às ações mediante a parceria do Ministério da Saúde e o CVV firmada em 2015 e ampliada após dois anos, viabilizando a gratuidade das ligações ao CVV em todos os estados brasileiros. Tem-se como marcos importantes nas ações estratégicas de prevenção no país o lançamento do Boletim Epidemiológico 2017 e a Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil 2017-2020 pelo Ministério da Saúde (FOGAÇA, 2019).

A prioridade global atual da prevenção do suicídio é destacada pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU para 2030, que incluem uma meta de reduzir em

um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis, com a taxa de mortalidade por suicídio identificada como um indicador para essa meta (ONU, 2015).

As discussões crescentes acerca da saúde mental e do suicídio e o desenvolvimento gradual de iniciativas de prevenção resultaram em maior destaque para a discussão do tema na agenda política. Assim, foi instituída pela Lei Federal nº 13.819, de 26 de abril de 2019, a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, *que busca* assegurar a oferta dos cuidados voltados para a saúde mental, como apresentado em alguns dos seus objetivos: promover a saúde mental; prevenir a violência autoprovocada e; garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico.

**Figura 1-** Diagrama da trajetória histórica das principais políticas públicas e programas de prevenção ao suicídio. Pinheiro – MA, Brasil, 2023.



Fonte: Próprios autores

#### **4.4 O papel da enfermagem no contexto da prevenção do suicídio**

O Enfermeiro tem dentre suas atribuições a prevenção de doenças e agravos que colocam a saúde e o bem-estar da comunidade assistida em risco. Ainda durante a graduação, aprende que existem inúmeras maneiras de prestar um cuidado de forma adequada às questões relacionadas ao suicídio. Isto posto, atua como protagonista no levantamento, investigação e controle de casos orientado segundo a lógica do cuidado integral, baseado nos princípios do Sistema Único de Saúde que visam a um atendimento humanitário e universal (VABO, 2016).

MARCOLAN (2018) salienta para a inexistência de conteúdo para qualificação em atendimento ao indivíduo com comportamento suicida tanto em cursos de graduação como nos de especialização, persistindo ainda uma abordagem biomédica através da formação voltada para o mercado de trabalho, compatível à lógica econômica hegemônica, em detrimento da abordagem voltada ao contexto social. Dessa forma, “se valoriza a formação pela técnica, não priorizando a análise crítica reflexiva, a cidadania, a mudança do paradigma social, o comprometimento com o SUS, a humanização e a integralidade da assistência”

Os estudos existentes sobre o manejo do paciente psiquiátrico são escassos, mais restritos aos compêndios de psiquiatria. Isso implica a formação de enfermeiros despreparados, cujo cuidado prestado é baseado no modelo biomédico e articulado em um ambiente de urgência, que não é propício ao desempenho de práticas mais humanizadas. Os cuidados de enfermagem podem superar o enfoque técnico quando contemplam atenção psicológica e observação contínua de pacientes e familiares, e assim, desenvolve-se uma escuta qualificada. (MALLMANN, et al. 2021.)

No contexto da assistência aos indivíduos com risco de suicídio e tentativas de suicídio, o papel da enfermagem abrange, além dos serviços de emergência psiquiátrica e no âmbito hospitalar, a assistência nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), definidos como serviços estratégicos em saúde mental. Nestes locais, a enfermagem atua desde o acolhimento ao processo de referência e contrarreferência nos diferentes serviços dispostos na rede de saúde (HECK et al., 2012).

## 5 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que permite a busca, a avaliação e a síntese de evidências sobre um determinado fenômeno. Esse tipo de estudo permite fundamentar a prática baseada em evidências ao possibilitar, investigar a problemática apontada e fundamentar a construção e a elaboração de intervenções efetivas na assistência em saúde em enfermagem em diferente ciclo da vida e fisiológico investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a construção deste estudo, primeiramente foi realizada a escolha do tema e a definição da questão norteadora: “Quais políticas públicas de prevenção estão sendo adotadas pelo Estado e produzidas na literatura científica para a prevenção do suicídio no Brasil?” A segunda etapa consiste no estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos. Na terceira etapa foi realizada a seleção da amostra através da busca nas bases de dados e na quarta etapa foram sumarizadas as informações extraídas dos artigos selecionados. A quinta etapa consistiu na avaliação dos estudos, interpretação e discussão dos resultados; e a sexta etapa aconteceu a apresentação da revisão e síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A busca foi realizada entre setembro e outubro de 2023. Os artigos foram selecionados por acesso *on line* utilizando a biblioteca digital Scientific Electronic Library Online (SciELO), a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) para as bases LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Base de Dados em Enfermagem (BDEnf), além das seguintes bases de dados da área da saúde: Scopus, PUBMED e Embase, disponíveis no portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) obtido através da Comunidade Acadêmica Federada (CAFe).

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigo de pesquisa primário e secundário; publicado no idioma português, inglês ou espanhol, a partir do ano de 2006, ano da instituição das Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio. Foram excluídos os editoriais, cartas ao editor, opinião de especialistas, revisões, resenhas, livros, capítulos de livros, relatos de experiências, estudos de caso, reflexões teóricas, teses, dissertações, monografias e resumos publicados em anais de eventos.

Para a busca nas bases de dados foram utilizados os operadores booleanos: AND e OR, para otimizar a pesquisa nas bases de dados. Sendo assim, utilizamos os seguintes descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MESH): Prevenção ao Suicídio (Suicide Prevention) AND Políticas de Saúde (Health Policy) AND Brasil (Brazil).

Para gerenciamento dos resultados foi utilizado *Rayyan16 QCRI* (<http://rayyan.qcri.org/>), para exclusão dos artigos duplicados, identificar os que apresentavam relação com a questão norteadora e aplicabilidade dos critérios de exclusão e inclusão. Os estudos foram identificados nas fontes de informação selecionadas por dois pesquisadores independentes, previamente treinados para avaliar títulos e resumos, por meio de um programa de revisão gratuito da web de versão única chamado *Rayyan Qatar Computing Research Institute (Rayyan QCRI)*.

O *Rayyan QCRI* auxilia autores de revisões a realizarem seu trabalho de maneira rápida, fácil e agradável, permitindo a exportação dos estudos de uma base de dados determinada para o programa e a exposição de títulos e resumos, com o cegamento do pesquisador auxiliar, o que garante fidedignidade na seleção das informações, acurácia e precisão metodológica (OUZZAN *et al.*, 2016).

A ferramenta foi utilizada na plataforma de seleção às cegas feita concomitantemente entre dois dos autores, para identificar os estudos elegíveis, seguindo os critérios de inclusão e exclusão propostos. Os conflitos entre os dois revisores, foram sinalizados por meio de ferramenta no *Rayyan* para conferência e revisão das discordâncias. Em seguida, foi realizada a análise crítica dos estudos na íntegra, observada a incipiência de estudos selecionados, procedida à análise das referências dos estudos incluídos, sem resultar, porém, em novos acréscimos na amostra final.

Para melhor compreensão e transparência no método de seleção, optou-se por apresentar o fluxograma dos artigos científicos através do guia dos Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises (PRISMA). A primeira fase é constituída pela busca nas bases de dados, na segunda fase são excluídos os artigos repetidos, na terceira é realizada a leitura dos títulos e resumos, na última fase a construção onde é realizada a leitura exploratória, seletiva e analítica de todos os estudos e estratificação de trechos que respondiam à questão norteadora, compondo a amostra do estudo.

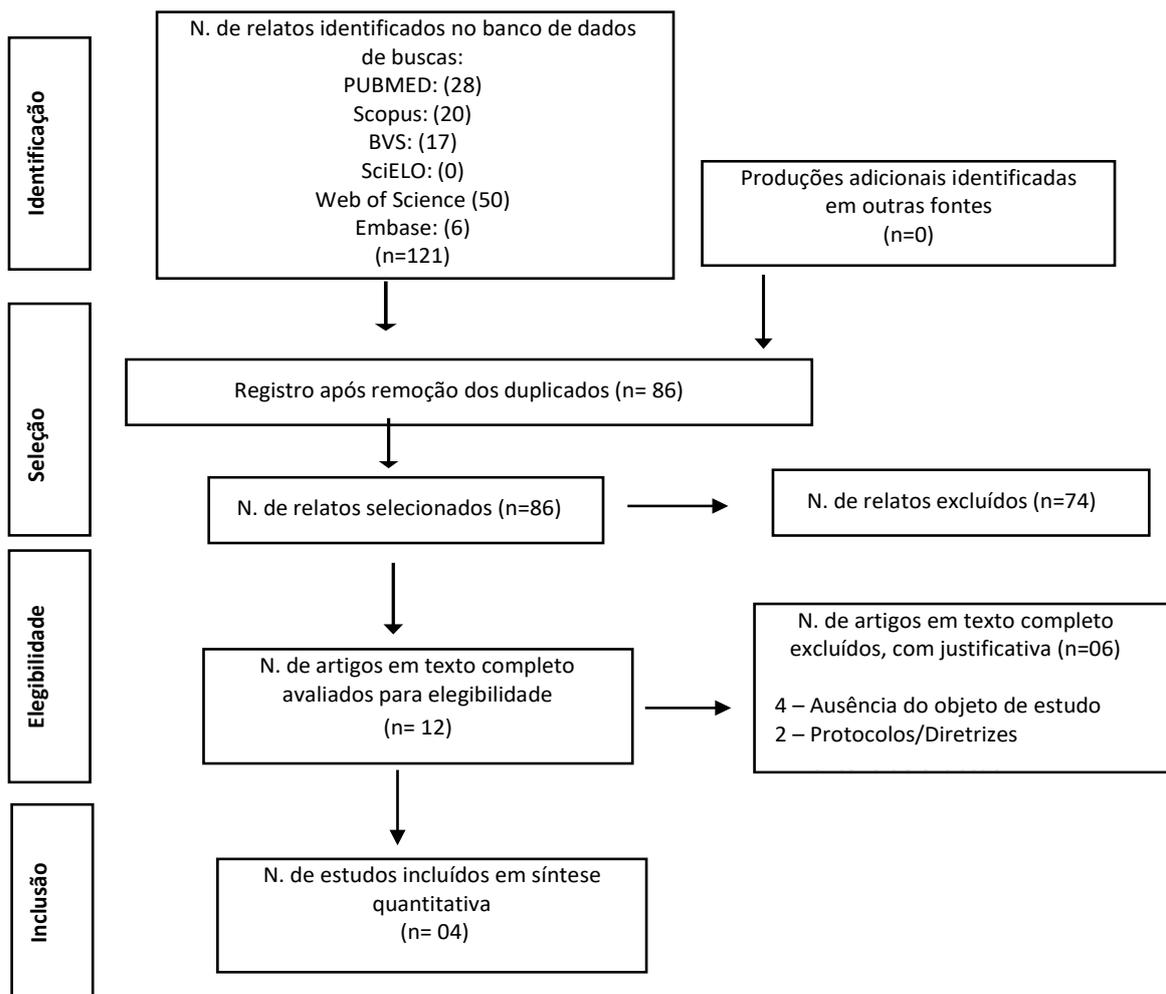
Na etapa de avaliação dos estudos, o rigor científico foi analisado considerando o delineamento de pesquisa de cada estudo para a identificação da qualidade e nível de evidência, baseado no sistema de classificação de evidências que categoriza os estudos de forma hierárquica de acordo com a abordagem metodológica. Tal escolha foi fundamentada por sistemas que proporcionam subsídios para avaliação crítica de estudos realizados para tomada de decisão no tocante a implementação das evidências científicas à prática clínica. O método *Grading of Recommendations Assessment, Developing and Evaluation* (GRADE) foi desenvolvido visando avaliar, a qualidade da evidência é classificada em quatro níveis: alta, moderada, baixa ou muito baixa (GALVÃO; PEREIRA, 2015).

Os artigos foram classificados quanto ao nível de evidência em: 1) evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos os ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundos de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; 2) evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado, bem delineado; 3) evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; 4) evidências oriundas de estudos de coorte e de caso-controle bem delineado; 5) evidências provenientes de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; 6) evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; e 7) evidências originárias de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas (MELNYK, 2010).

## 6 RESULTADOS

De acordo com os resultados encontrados no estudo, para melhor compreensão e transparência no método de seleção, utilizou-se o fluxograma dos artigos científicos através do guia dos Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises (PRISMA). A primeira fase foi constituída pela busca nas bases de dados, totalizando 121 artigos, posteriormente, na segunda fase, excluem-se os artigos repetidos. Na terceira, foi realizada a leitura dos títulos e resumos, sendo selecionados 12 artigos. Na última fase da construção, foi realizada a leitura exploratória, seletiva e analítica de todos os estudos e estratificação de trechos que respondiam à questão norteadora, totalizando 4 artigos que compõe a amostra.

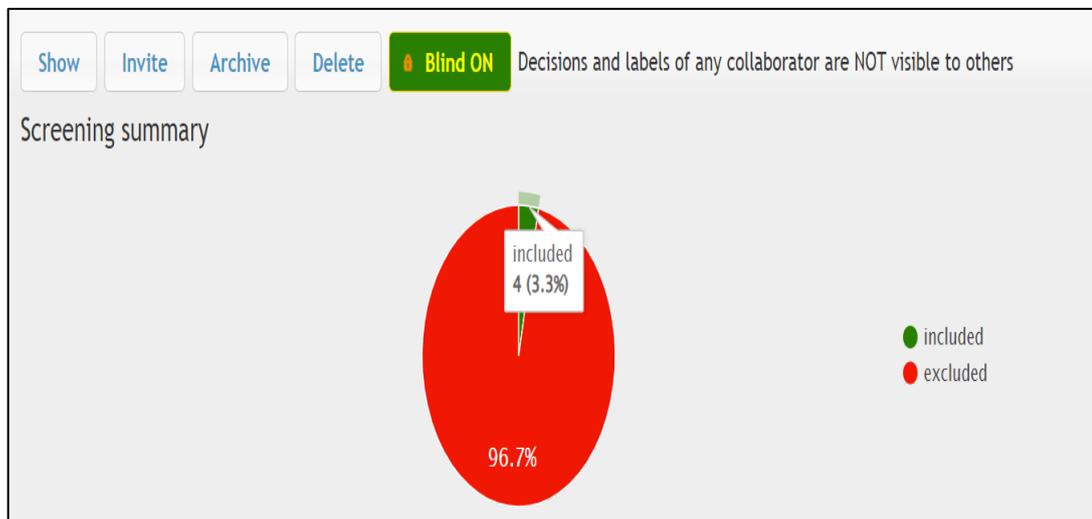
**Figura 2-** Diagrama de seleção dos estudos de acordo com Fluxograma de PRISMA. Pinheiro – MA, Brasil, 2023.



Fonte: Próprios autores

O *software Rayyan*, possibilita a visualização do gráfico com as decisões tomadas pelos autores para a seleção da amostra do estudo, resultando em 4 estudos selecionados que correspondem 3,3% da amostra. A ferramenta utilizada da plataforma, *blind ON* de seleção às cegas feita concomitantemente entre dois das autores, para conferência por um terceiro posteriormente, para revisão das discordâncias, proporcionando rigor metodológico de avaliação por pares.

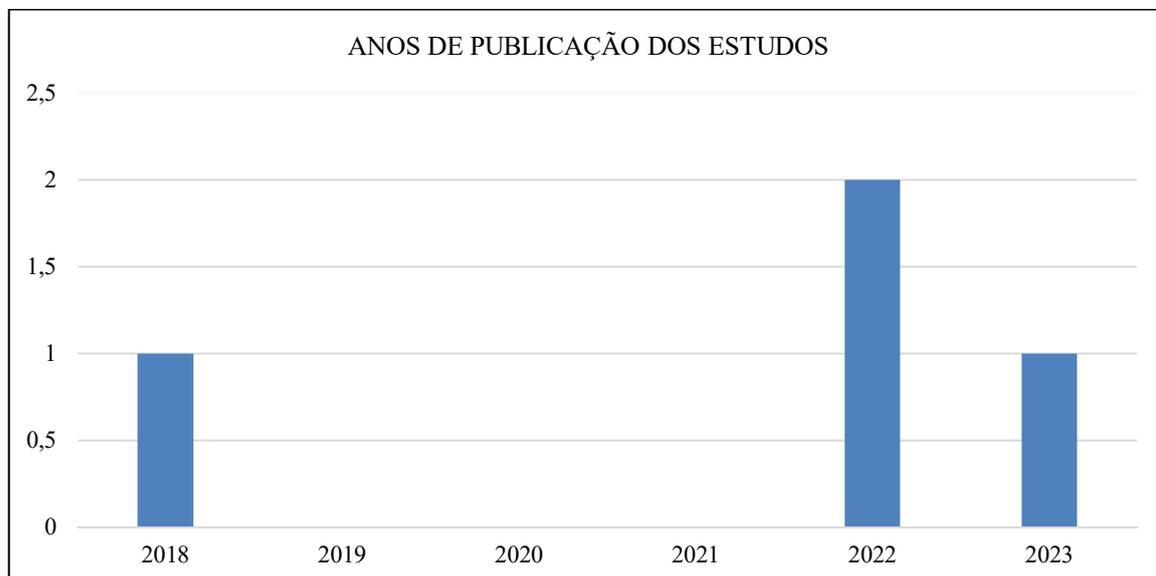
Figura 3- Print do gráfico do software Rayyan com a amostra do estudo. Pinheiro –MA, Brasil, 2023.



Fonte: Próprios autores

Foram encontrados 04 artigos publicados sobre políticas públicas de prevenção ao suicídio no Brasil. Houve o maior número de publicações em 2022 com dois artigos, seguido por 2018 e 2023 com um artigo cada, como no Gráfico 1:

**Gráfico 1-** Distribuição dos estudos de acordo com o ano de publicação. Pinheiro – MA, Brasil, 2023



Fonte: Próprios autores

Os dados estão apresentados de forma descritiva, visando reunir e organizar o conhecimento sobre a temática investigada. No Quadro 1 é apresentado um panorama geral dos artigos selecionados de acordo com identificação do *rayyan*, autores, título, objetivos, ano de publicação, tipo de estudo, evidência científica.

**Quadro 1-** Estudos selecionados para amostra, de acordo com identificação do *rayyan*, autores, título, objetivos, ano de publicação, tipo de estudo, evidência científica. Pinheiro – MA, Brasil, 2023.

ID	Autor	Título	Objetivo do Estudo/Ano de Publicação	Tipo de estudo	Nível de Evidência
47	Alves dos Santos Júnior, J. M., Kuczynski, K., Vicenzi, C., Lorini, A., Jansen, K., & Rakovski, C.	Correlation between the implementation of Psychosocial Care Centers and the rates of psychiatric hospitalizations and suicide in Porto Alegre-RS from 2008 to 2018	Descrever a correlação entre a implementação do CAPS e as taxas de hospitalizações psiquiátricas e suicídios de 2008 a 2018. (2023)	Ecológico	6

34	Machado, D. B., Alves, F. J., Rasella, D., Rodrigues, L., & Araya, R.	Impact of the New Mental Health Services on Rates of Suicide and Hospitalisations by Attempted Suicide, Psychiatric Problems, and Alcohol Problems in Brazil	Avaliar o impacto das unidades de saúde comunitárias brasileiras (CAPS-Centros de Atenção Psicossocial) sobre as taxas de suicídio e hospitalização por tentativa de suicídio e problemas com álcool. (2018)	Ecológico Misto	6
38	Guimaraes, C. M., Cherchiglia, M. L., da Rocha, H. A., Braga, S. F. M., & Melo, A. P. S.	Factors associated with risk of death by suicide after psychiatric hospitalization by the Unified Health System in Brazil (2002–2015)	Investigar características sociodemográficas e clínicas associadas ao risco de morte por suicídio até 365 dias após a alta hospitalar, em adultos pacientes internados em hospitais do SUS por transtornos psiquiátricos, em todo o território nacional. (2022)	Coorte Retrospectivo	4
15	Machado, D. B., Williamson, E., Pescarini, J. M., Alves, F. J., Castro-de-Araujo, L. F., Ichihara, M. Y., ... & Barreto, M. L.	Relationship between the Bolsa Familia national cash transfer programme and suicide incidence in Brazil: A quasi-experimental study	Investigar a associação de amplo Programa de transferência condicionada de renda com a redução da incidência do suicídio. (2022)	Quase-experimental	4

Fonte: Próprios autores

A síntese das evidências científicas dos estudos de acordo com resultado acerca do aspecto abordado das políticas públicas de prevenção ao suicídio e estratégias de prevenção sugeridas, conforme o quadro 2.

**Quadro 2-** Resultados obtidos e estratégias de prevenção sugeridas, de acordo com cada estudo.

Pinheiro – MA, Brasil, 2023.

<b>ID</b>	<b>Resultados</b>	<b>Estratégias de prevenção</b>
47	A implementação do CAPS reduziu hospitalizações psiquiátricas e por transtornos de humor. Não houve correlação significativa entre a implementação do CAPS e a redução de taxas do suicídio e hospitalização por transtornos psicóticos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aponta para resolução de dificuldades encontradas pelo serviço como superlotação, recursos humanos insuficientes e localização</li> <li>• Pontua que a condição (suicídio) não é diretamente associada aos CAPS e os usuários são atendidos por outros serviços da Rede de Atenção à Saúde</li> </ul>
34	Os CAPS não apresentaram impacto significativo sob taxas municipais de suicídio, entretanto, a cobertura por essas unidades estava associada com menores taxas de hospitalização por tentativa de suicídio, problemas psiquiátricos e problemas com o álcool.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento na cobertura do CAPS, visando especialmente a distribuição equânime de unidades</li> <li>• Pesquisa sobre qualidade dos serviços prestados e treinamento aos profissionais</li> <li>• Abordagem em Terapia Cognitivo-Comportamental na prevenção do suicídio</li> <li>• Referência por outros serviços de saúde mental ao CAPS e busca ativa de população em risco</li> <li>• Aumento de recursos humanos qualificados, recursos comunitários e maior diversidade de terapias</li> </ul>
38	Cerca de metade dos usuários psiquiátricos com risco para o suicídio hospitalizados (47.5%) apresentaram como desfecho o suicídio dentro de um ano pós-alta hospitalar. O perfil de maior risco estava relacionado às seguintes variáveis: sexo masculino, idade entre 18 e 59 anos, residente da Região Sul, municípios de tamanho médio ou rurais, diagnóstico de depressão e maior número de admissão em hospitais psiquiátricos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenção indicada: intervenção psicossocial e comportamental aos pacientes que apresentam comportamento suicida;</li> <li>• Continuidade do cuidado pós-alta hospitalar, incluindo a investigação de acesso aos métodos letais em ambiente domiciliar.</li> <li>• Longitudinalidade do cuidado.</li> </ul>
15	Foram encontradas evidências consistentes de menores taxas de suicídio (56%) entre beneficiários do Programa Bolsa-Família quando comparadas com as taxas para não-beneficiários, considerando ainda o ajuste para todas as variáveis mensuradas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforça o suporte econômico como importante fator de proteção contra o suicídio, complementar a abordagem clínica</li> <li>• Aponta para a necessidade de investigação acerca do potencial da combinação de outros programas na prevenção do suicídio</li> </ul>

Fonte: Próprios autores

## 7 DISCUSSÃO

Com relação às bases de dados nas quais os artigos foram selecionados, o banco de dados Scopus apresentou 50% dos estudos indexados, que é o maior banco de dados de resumos e citações de literatura revisada por pares: revistas científicas, livros e anais de conferências. Oferecendo uma visão abrangente da produção de pesquisa mundial nas áreas de ciência, tecnologia, medicina, ciências sociais e artes e humanidades, o Scopus apresenta ferramentas inteligentes para rastrear, analisar e visualizar pesquisas (SCOPUS, 2021).

Todos os estudos foram produzidos em território nacional, representando um total de 4 artigos, o que evidencia que a literatura nacional produz estudos sobre a temática retratada, ainda que de maneira limitada. Sobre o ano de publicação, observou-se maior número de artigos publicados em 2022, totalizando 2 estudos, podemos inferir que a pandemia COVID-19, tenha interferido nas publicações, já que a saúde mental foi deverasmente prejudicada. Quanto à metodologia, dois estudos foram estudos ecológicos, um coorte retrospectivo, um quase-experimental. Sobre o nível de evidência científica, os estudos foram do nível 4 e 6, significando evidência científica moderada, de acordo com o GRADE.

Os artigos selecionados abordam aspectos pertinentes a implementação das políticas de prevenção do suicídio e discutem estratégias de prevenção e sua devida efetivação. De acordo com as evidências identificadas na literatura sobre tais políticas, os trabalhos desenvolvidos permitem ainda identificar o contexto dos serviços em saúde mental a partir da sua formação e organização na atual conjuntura nacional.

O Brasil iniciou um processo de reformulação de políticas públicas em saúde mental a partir da década de 1970, com suas raízes em movimentos sociais que questionavam o modelo de atenção à saúde vigente, prestado principalmente através da internação em hospitais psiquiátricos. A partir de então, iniciou-se um processo de desinstitucionalização, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgem como serviços centrais na provisão desse cuidado, determinando a hospitalização como estratégia secundária (ALVES et al., 2023)

Nesse sentido, estudos demonstram a relevância de investigar o impacto dos novos serviços de saúde mental sobre as taxas de suicídio e hospitalização por tentativas de suicídio, problemas psiquiátricos e problemas com álcool, considerando que as taxas de hospitalização por problemas psiquiátricos foram menos recorrentes entre os usuários do CAPS. Alves et al., (2023), relata que a redução foi observada principalmente entre os transtornos psicóticos (28%) e transtornos de humor (21%). Por outro lado, os dados não apontaram correlação significativa

entre a cobertura pelo CAPS e as taxas totais de suicídio. De maneira similar, Machado et. al (2018) evidencia que o CAPS não apresentou impacto significativo em taxas municipais do suicídio no período estudado. Houve, no entanto, clara associação entre o aumento em 100% da cobertura pelo CAPS e a redução das taxas de hospitalização por tentativas de suicídio (11%), problemas psiquiátricos (16%) e problemas com álcool (12%).

Os estudos enfatizam a adequação estrutural do CAPS como dificuldade para a operacionalização das políticas públicas e possível redução das taxas do suicídio. São evidenciadas a superlotação, número insuficiente de profissionais e problemas com a localização das unidades de saúde. Ainda, tangente ao problema de recursos humanos, é possível observar falta de treinamento dos profissionais, que pode impactar negativamente a qualidade dos serviços. Nesse sentido, o “Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental” (2006) produzido pelo Ministério da Saúde é apontado como importante iniciativa, embora nenhum treinamento específico tenha sido identificado na literatura pelos autores (ALVES et al., 2023; MACHADO et al., 2018).

A atenção ao paciente que apresenta risco para o comportamento suicida pode estar ocorrendo em outros pontos de atenção, assim como os serviços do CAPS parecem ainda não estar associados a atenção ao comportamento suicida. A referência e contrarreferência surgem como importantes estratégias na articulação e manejo desses usuários. Nesse cenário de desarticulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Machado et. al (2018) revela a associação positiva entre menores taxas de suicídio e municípios que contam com a presença do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O serviço de urgência assegura ágil e efetiva assistência em situações críticas, que poderia servir como importante ponto para a prevenção do suicídio. Além disso, foi demonstrado que os usuários assistidos pelo SAMU tinham maiores chances de serem referenciados aos serviços de atenção à saúde mental.

Alves et al. (2023) destaca o perfil socioepidemiológico e demográfico nos registros de morte por suicídio. No geral, homens apresentaram maior risco para o suicídio, representando 76% dos casos. Quanto a faixa etária, o maior número de casos estava no grupo de 30 a 39 anos. Os principais métodos para o autoextermínio foram por enforcamento, estrangulamento e asfixia. Guimarães et al., (2022) apresenta dados semelhantes em usuários com desfecho suicídio em até 365 dias após alta hospitalar. Homens representaram o maior número geral de hospitalizações (64%) e desfecho para o suicídio (73%). Os casos ocorreram principalmente nos grupos etários entre 18 e 59 anos, sendo 50.93% das hospitalizações e 56.11% dos casos de suicídio. O Sudeste do país apresentou o maior número de internações (42.98%), enquanto o

Sul correspondeu ao maior número de suicídios (38.11%). Municípios urbanizados prevaleceram, seguidos por municípios rurais e intermediários. Em pacientes que cometeram suicídio, transtornos psicóticos prevaleceram entre os homens (30.18%) e mulheres (32.63%), embora a análise estatística tenha apontado para o maior risco entre os pacientes com depressão.

Os estudos acerca do perfil socioepidemiológico corroboram achados na literatura, evidenciados como principais variáveis de risco no Brasil: sexo masculino, baixa escolaridade, solteiro, viúvo ou divorciado, residente em municípios urbanos, região Sul do país, com principal método por enforcamento e maior risco ao indivíduo com diagnóstico de transtorno depressivo. Destaca-se a tendência crescente de casos entre jovens adultos. (BRASIL, 2021).

Segundo Machado et al., (2022), programas de transferência de renda em larga escala, como o Programa Bolsa-Família, estiveram consistentemente associadas a menores taxas de suicídio. A pobreza está diretamente relacionada com fatores que levam ao suicídio, tais como o desemprego, dificuldades financeiras, instabilidade familiar ou violência, assim como maior predisposição para perturbações mentais, tais como alcoolismo e depressão. É admissível que o Bolsa-família possa ajudar a prevenir o suicídio ao possibilitar o acesso a bens e recursos, incluindo serviços de saúde.

Machado et al., (2018) elenca ainda outros fatores socioeconômicos e demográficos específicos relacionados ao risco de suicídio como morar sozinho, disponibilidade de armas, religiosidade, a urbanização e problemas com álcool e renda per capita. Evidencia-se que as estratégias de prevenção não devem limitar-se a abordagem clínica. As intervenções sobre os fatores determinantes de saúde através de programas governamentais surgem como importantes estratégias de prevenção, consonantes ao objetivo de controle dos fatores determinantes e condicionantes de saúde mental pela Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, instituída pela lei nº 13.819/2019.

Nesse sentido, estudo de Guimarães et. al (2022) ressalta como estratégias para o usuário que apresenta comportamento de risco a intervenção psicossocial e comportamental. Nos casos de pacientes hospitalizados por tentativas de suicídio, são necessárias a referência, a captação precoce e continuidade dos cuidados pós-alta, incluindo a investigação sobre meios letais. No modelo de atenção organizado em redes, as intervenções e estratégias para a prevenção do suicídio ocorrem em todos os pontos de atenção, inclusive, em diferentes níveis de atenção, de forma complementar e articulada.

A equipe de atenção primária tem um longo e próximo contato com a comunidade e provê um elo vital com o sistema de saúde, permitindo-lhes, inclusive, reunir apoio dos

usuários, familiares, amigos e organizações. A atuação desses profissionais tem a finalidade de promover mudanças no estilo de vida, identificar e tratar de injúrias que possam trazer complicações e ocorrem prioritariamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que é considerado a porta de entrada do sistema de saúde, com base territorial e de atuação transversal, possibilitando o vínculo dos usuários, identificação dos fatores de risco e a continuidade do cuidado. Nesse contexto, o enfermeiro possui papel fundamental, visto que é o profissional que mais tem contato com o usuário, desde o acolhimento até a referência e contrarreferência (DA SILVA; NETA; MENDES, 2019).

A Enfermagem possui contribuições importantes no campo da saúde mental, dentre os quais destacamos a participação fundamental da Enfermeira e Assistente Social Yvone Lara na reforma psiquiátrica proposta pela Dra. Nise da Silveira. Na ocasião, participou da implantação de atividades criativas e inovadoras para expressão artística do doente no qual inseriu a música como parte de um plano terapêutico que possibilita o paciente a se perceber como indivíduo, Ser Humano em um processo de autoexpressão. Essa abordagem ajudou a revolucionar as práticas em saúde mental no país e ampliou a atuação da enfermagem e na terapia ao paciente que experimenta sofrimento emocional (PADILHA; PERES; APERIBENSE, 2022).

A profissão dispõe ainda de variadas estratégias que visam a intervenção em pacientes que apresentam o comportamento suicida, buscando a melhora na qualidade de vida e evitando a consumação do ato. Pode-se destacar a teoria de Hildegard Peplau que, baseada no modelo psicodinâmico, aponta para o estabelecimento de um relacionamento interpessoal dinâmico entre enfermeiro e paciente de maneira que o doente possa obter desenvolvimento e crescimento pessoais, fundamental a superação de obstáculos e necessidades do usuário que apresenta o comportamento suicida (SILVEIRA et al, 2022).

Nesse sentido, os CAPS, por sua vez, são serviços de atenção secundária que desenvolvem ações estratégicas nas RAPS. Nesses locais, são fornecidos espaços abertos de interações entre usuários e familiares, disponibilizando de uma equipe multidisciplinar, consultas individuais e ações coletivas através de oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades esportivas, encontros festivos, dentre outras estratégias de promoção à saúde. Os esforços combinados da ESF e do CAPS são indicados como vitais para garantir suporte em saúde mental e expandir uma rede territorial de cuidados efetiva (GUIMARÃES et. al, 2022).

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências científicas analisadas na presente revisão de literatura reconhecem que o suicídio é um problema multifatorial, que pode ser evitado. De acordo com os resultados encontrados, as políticas públicas não são implementadas de maneira efetiva, levando ao grande número de tentativas do suicídio e ao suicídio.

No estudo ficou evidenciado a existência de políticas públicas, abrangendo os principais serviços de saúde, onde a atuação dos profissionais em equipes busca desenvolver estratégias para usuários, familiares e comunidade. Sendo importante a identificação dos fatores de risco e necessidade de uma busca ativa na população, bem como a referência e contrarreferência pelas redes.

Com isso, o enfermeiro deve atuar na assistência de forma, otimizada, crítica, embasada em conhecimentos científicos e atualização constantes, promovendo suporte necessário para que o paciente receba cuidado de excelência. Observou-se os muitos desafios durante o processo, nos quais implicam em: dificuldades estruturais das unidades, falta de comunicação entre as redes, falta de treinamento dos profissionais e abandono do tratamento pelos usuários.

Dentre as limitações do estudo proposto, ressaltamos as dificuldades para identificação de publicações originais sob a luz das políticas públicas. Surge a hipótese de que esses trabalhos não sejam comumente descritos nessa perspectiva. Dessa forma, sugerimos novos estudos que partam tão somente das ações de prevenção, considerando ainda a ótica dos demais setores como a segurança, assistência social, educação etc. Além disso, não foi possível identificar estudos que enfatizassem a atuação das categorias profissionais, especialmente da enfermagem.

É necessário a realização de novas pesquisas, que abordem políticas públicas do suicídio em grupos minoritários (população indígena, migrantes, refugiados e LGBT), categorias profissionais que apresentam risco para o suicídio, tais como o enfermeiro, que devido à sobrecarga de trabalho é vulnerável a Síndrome de Burnout, efetividade de ações voltadas à infância e adolescência, principalmente nas escolas, e estudos que relacionem os efeitos das políticas públicas nas taxas de tentativas de suicídio e suicídio.

## REFERÊNCIAS

ALVES DOS SANTOS JÚNIOR, José Milton et al. Correlation between the implementation of Psychosocial Care Centers and the rates of psychiatric hospitalizations and suicide in Porto Alegre-RS from 2008 to 2018. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 45, p. e20210220, 2023.

AMADOR RIVERA, Gonzalo H. Suicídio: consideraciones históricas. **Revista Médica La Paz**, v. 21, n. 2, p. 91-98, 2015.

ARENSMAN, Ella et al. Suicide and suicide prevention from a global perspective. **Crisis**, 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Setembro Amarelo, 2023. Página inicial. Disponível em: <<https://www.setembroamarelo.com/>>. Acesso em: 03 de fev. de 2023.

BARBOZA, Fernanda Luma G. **Suicídio: o que sabemos e o que há para além do discurso hegemônico**. Editora Dialética, 2023.

BERTOLETE, Jose Manoel. **O suicídio e sua prevenção**. Editora UNESP, 2016.

BOTEGA, Neury José. Crise suicida: avaliação e manejo. Artmed Editora, 2015.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.

BRASIL. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Vigência. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 26 abr. 2019. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 28 Dez 1990.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 Set 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil**, v.52, n. 33, 2021.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**, v. 3, p. 39-54, 2009.

DA SILVA VIEIRA, Nadiane; NETA, Eunice Machado; MENDES, Igor Cordeiro. Assistência de Enfermagem na Prevenção do Suicídio: Uma Revisão de Literatura. **Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC)**, v. 6, 2019.

DE FREITAS, Sadao Ogava Ribeiro. O suicídio na sociologia de Durkheim e os reflexos da agenda global. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais Aplicadas-ISSN 2176-5766**, v. 9, n. 2, p. 52-62, 2022.

DE OLIVEIRA SANTOS, Emelynne Gabrielly et al. O olhar do enfermeiro emergencista ao paciente que tentou suicídio: estudo exploratório. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 16, n. 1, p. 6-16, 2017.

DE TROTTA, Juliano. **Prevenção do comportamento suicida nas organizações de trabalho**. Editora Dialética, 2022.

D'OLIVEIRA, Carlos Felipe; BOTEAGA, Neury José. Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. In: **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. 2006. p. 76-76.

FUKUMITSU, Karina Okajima et al. Posvenção: uma nova perspectiva para o suicídio. **Revista Brasileira de Psicologia**, v. 2, n. 2, p. 48-60, 2015.

GALVÃO, T. F.; PEREIRA, M. G. Avaliação da qualidade da evidência de revisões sistemáticas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 1, p. 173–175, jan. 2015.

GUIMARAES, Camila Mendes et al. Factors associated with risk of death by suicide after psychiatric hospitalization by the Unified Health System in Brazil (2002–2015). **General hospital psychiatry**, v. 77, p. 69-76, 2022.

HECK, Rita Maria et al. The interventions of professionals of a psychosocial care center towards clients who attempted or are at a risk of suicide. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 21, p. 26-33, 2012.

JANEIRO BRANCO. Janeiro Branco, 2023. Página inicial. Disponível em: <<https://janeirobranco.com.br/>>. Acesso em: 03 de fev. de 2023.

MACHADO, Daiane B. et al. Impact of the new mental health services on rates of suicide and hospitalisations by attempted suicide, psychiatric problems, and alcohol problems in Brazil. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, v. 45, p. 381-391, 2018.

MACHADO, Daiane Borges et al. Relationship between the Bolsa Família national cash transfer programme and suicide incidence in Brazil: A quasi-experimental study. **PLoS Medicine**, v. 19, n. 5, p. e1004000, 2022.

MACHADO, Marcos Fabrício Souza; DA SILVA LEITE, Cristiane Kerches; BANDO, Daniel Hideki. Políticas públicas de prevenção do suicídio no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Gestão & Políticas Públicas**, v. 4, n. 2, p. 334-356, 2014.

MALLMANN, Ana Cristina Monteiro Sanson et al. Cuidados de enfermagem no atendimento ao indivíduo com tentativa de suicídio. **Revista Ciência & Humanização do Hospital de Clínicas de Passo Fundo**, v. 1, n. 1, p. 138-152, 2021.

MARCOLAN, João Fernando. Pela política pública de atenção ao comportamento suicida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 2343-2347, 2018.

MELNYK, Bernadette Mazurek et al. Evidence-based practice: step by step: the seven steps of evidence-based practice. **AJN The American Journal of Nursing**, v. 110, n. 1, p. 51-53, 2010.

PADILHA, Maria Itayra; PERES, Maria Angélica de Almeida; APERIBENSE, Pacita Geovana Gama de Sousa. Dona Yvonne Lara e o compasso entre a arte e a ciência. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2022.

PAULA, Joice Cristina de; BOTTI, Nadja Cristiane Lappann. Projetos de lei relacionados à prevenção do suicídio no Brasil. **Mental**, v. 13, n. 23, p. 144-165, 2021.

PLATT, Stephen; ARENSMAN, Ella; REZAEIAN, Mohsen. National suicide prevention strategies—progress and challenges. **Crisis**, 2019.

SANTOS, Luciana Almeida; KIND, Luciana. Integralidade, intersetorialidade e cuidado em saúde: caminhos para se enfrentar o suicídio. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, 2019.

SETTI, Victor Mauro Gonçalves et al. Políticas Públicas e prevenção do suicídio no Brasil. **ÂNDÉ: Ciências e Humanidades**, v. 1, n. 1, p. 104-113, 2017.

SILVEIRA, Ana et al. Ação do enfermeiro perante a ideação suicida no adolescente e jovem adulto. **Gestão e Desenvolvimento**, n. 30, p. 525-555, 2022.

SOARES, Fernanda Cunha; STAHNKE, Douglas Nunes; LEVANDOWSKI, Mateus Luz. Tendência de suicídio no Brasil de 2011 a 2020: foco especial na pandemia de covid-19. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 46, p. e212, 2023.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, p. 20-45, 2006.

STAVIZKI Junior, Carlos. Políticas públicas de prevenção ao suicídio: observações e perspectivas no contexto de pandemia. *In: SERPINF - Seminário Regional de Políticas Públicas, Intersetorialidade e Família, SENPINF - Seminário Nacional de Políticas Públicas, Intersetorialidade e Família: inflexões da pandemia covid 19 na vida, nas políticas públicas e no trabalho, v e iii., 2020, Porto Alegre. Anais [...].* Porto Alegre: EDIPUCRS, 2020.

UNITED FOR GLOBAL MENTAL HEALTH. Decriminalising suicide: Saving lives, reducing stigma. 2021.

VABO, Amnéris Silva Ribeiro et al. Comportamento suicida: um olhar para além do modelo biomédico. **Revista Acreditação: ACRED**, v. 6, n. 12, p. 66-83, 2016.

VIEIRA, Rayssa Gabriele et al. Prevalência e risco de suicídio no Brasil e na cidade de Barra do Garças (MT): revisão de literatura. **Debates em Psiquiatria**, v. 7, n. 2, p. 10-13, 2017.

WALLAUER, A.; MALISKA, Maurício Eugênio. Suicídio: um desafio para os profissionais da saúde. **Florianópolis: Editora Pandion, 2012.**

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Preventing suicide: A global imperative.** World Health Organization, 2014.