

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Pedro Henrique Sampaio Lopes Tavares

**Ações de Prevenção ao Comportamento Suicida na perspectiva do ciclo de vida e das especificidades sociais, étnico-raciais, de gênero e orientação sexual**

Rio de Janeiro

2023

Pedro Henrique Sampaio Lopes Tavares

**Ações de Prevenção ao Comportamento Suicida na perspectiva do ciclo de vida e das especificidades sociais, étnico-raciais, de gênero e orientação sexual**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Sociedade, Violência e Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Joviana Quintes Avanci Pina.

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Simone Gonçalves de Assis.

Rio de Janeiro

2023

Título do trabalho em inglês: Actions to Prevent Suicidal Behavior from the perspective of the life cycle and social specificities, ethnic-racial, gender and sexual orientation.

O presente trabalho foi realizado com apoio de Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) - Código de Financiamento 001.

T231a	<p>Tavares, Pedro Henrique Sampaio Lopes.</p> <p>Ações de Prevenção ao Comportamento Suicida na perspectiva do ciclo de vida e das especificidades sociais, étnico-raciais, de gênero e orientação sexual / Pedro Henrique Sampaio Lopes Tavares. -- 2023.</p> <p>112 f. : il.color.</p> <p>Orientadora: Joviana Quintes Avanci Pina. Coorientadora: Simone Gonçalves de Assis. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2023. Bibliografia: f. 94-107.</p> <p>1. Prevenção ao Suicídio. 2. Suicídio. 3. Estágios do Ciclo de Vida. 4. Fatores de Risco. 5. Análise de Dados. I. Título.</p> <p>CDD 362.28</p>
-------	--

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348  
Biblioteca de Saúde Pública

Pedro Henrique Sampaio Lopes Tavares

**Ações de Prevenção ao Comportamento Suicida na perspectiva do ciclo de vida e das especificidades sociais, étnico-raciais, de gênero e orientação sexual**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Sociedade, Violência e Saúde.

Aprovada em: 16 de junho de 2023.

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dra. Dayse Assunção Miranda  
Instituto de Pesquisa, Prevenção e Estudos em Suicídio

Prof.<sup>a</sup> Dra. Queiti Batista Moreira Oliveira  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.<sup>a</sup> Dra. Simone Gonçalves de Assis (Coorientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.<sup>a</sup> Dra. Joviana Quintes Avanci Pina (Orientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2023

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Joviana Quintes Avanci Pina e coorientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Simone Gonçalves de Assis pela dedicação, paciência, acolhimento e, principalmente, por acreditarem em meu potencial e que eu era capaz quando muitas vezes eu mesmo duvidei.

Às minhas queridas formadoras e mestras Ma.Sandra Salomão e Prof<sup>a</sup> Dra<sup>a</sup> Mariama Furtado que me ensinaram e ensinam muito sobre a vida, a clínica da Gestalt-Terapia e o quão síncrono está o crescimento pessoal e profissional.

Aos meus colegas de pesquisa do Claves, em especial o Ms Orli Carvalho, Ma Aline Gonçalves, Dr Nelson Marriel, Dr Adriano da Silva e Dra Fernanda Serpeloni, aos quais tive o prazer de ter tantas trocas enriquecedoras e aprender no dia a dia como um grupo pode se apoiar e crescer junto.

À minha mãe Adriana Cristina Sampaio Lopes Tavares, que sempre esteve comigo me apoiando em todos os momentos difíceis que passei ao longo da minha vida e sempre esteve lá para me estender a mão.

À minha família que sempre me apoiou em todo o processo e me deu toda a segurança para poder seguir nesse caminho.

Aos meus amigos que compreenderam e me apoiaram mesmo nos momentos de ausência e de maior estresse, em especial Natalia Salles, Mariana Mello, Leticia Belmiro, Bruno Souza, Leonardo Santos, Luiz Felipe Coelho, Daniel Mendonça e Luis Augusto Guedes.

Às secretarias do Centro de Gestalt-Terapia Sandra Salomão, Marcia Maria da Silva e Priscila Tannus que conviveram muito comigo nesse período me ajudando no que podiam no dia a dia.

Aos meus terapeutas Bernardo Pimentel e Maria Consolata Pappacena e psiquiatra Dr Lucas Muniz que seguraram minha mão e me ajudaram a manter minha saúde mental neste processo que por muitas vezes foi difícil.

Um agradecimento especial a Thadeu Moreira Durando (*in memoriam*), que nos deixou de maneira repentina, serviu de grande inspiração e motivação para a realização deste trabalho.

Por fim, um agradecimento especial para meu pai, Helio Tavares da Silva Filho (*in memoriam*), que me ensinou que apesar de todas as adversidades que a vida nos apresenta, podemos escolher levá-la de maneira leve e com um sorriso no rosto.

“É a responsividade única a cada acontecimento que determina a  
qualidade da vida de uma pessoa”.  
(POLSTER&POLSTER, 2001, p. 66)

## RESUMO

O Suicídio é um dos tipos de violência autoprovocada que faz parte do comportamento suicida, que inclui ideias, planejamento, tentativa e o ato em si sobre o desejo de se matar. Desde a década de 90 o suicídio é considerado um problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e é um problema biopsicossocial, atravessando todas as camadas de nossa existência como seres humanos. A propagação e implementação de estratégias de prevenção do suicídio no Brasil avançam de maneira lenta, muitas vezes sem recortes sociais adequados, por razão a diversos fatores como o tabu social. Devido à escassez de estudos e iniciativas voltados ao tema da prevenção do suicídio no Brasil, o objetivo desta dissertação é investigar conceitos, ações e estratégias de prevenção do comportamento suicida que se destacam nas diferentes etapas do ciclo de vida e segundo especificidades sociais, étnico-raciais, de gênero e orientação sexual. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com a realização de 13 entrevistas semiestruturadas com 13 especialistas nacionais e internacionais que trabalham ou desenvolvem ações que se destacam à prevenção do comportamento suicida a época da realização desta pesquisa. Os resultados mostram que hoje existe uma maior preocupação com quem é o suicida, a importância de se avaliar os programas e ações e de se pensar em modelos de intervenção visam a construção do sentido de vida. A reflexão sobre a prevenção parece trazer uma crítica em relação a concepção da sociedade da performance sem valorizar o bem estar do indivíduo. Praticamente não há formas de prevenção de acordo com o ciclo de vida ou com os recortes sociais. Observa-se a necessidade de uma maior participação do Estado em ações e programas de prevenção. Ainda é importante refletir sobre o direito de viver e de morrer e que ainda se perpetua maus-tratos e estigmas a pacientes suicidas nas emergências hospitalares.

Palavras-chave: prevenção; suicídio; ciclo-de-vida; exitosa; vulnerabilizados.

## **ABSTRACT**

Suicide is one of the types of self-inflicted violence that is part of suicidal behavior, which includes ideas, planning, attempts and the act itself about the desire to kill yourself. Since the 1990s, suicide has been considered a public health problem by the World Health Organization (WHO) and is a biopsychosocial problem, crossing all layers of our existence as human beings. The spread and implementation of suicide prevention strategies in Brazil progress slowly, often without adequate social cuts, due to several factors such as social taboo. Due to the scarcity of studies and initiatives focused on the theme of suicide prevention in Brazil, the objective of this dissertation is to investigate concepts, actions and strategies for preventing suicidal behavior that stand out in the different stages of the life cycle and according to social, ethnic-ethnic specificities. race, gender and sexual orientation. This is a qualitative research with 13 semi-structured interviews with 13 national and international specialists who work or develop actions that stand out in the prevention of suicidal behavior at the time of this research. The results show that today there is a greater concern with who the suicidal is, the importance of evaluating programs and actions and thinking about intervention models aimed at develop a meaning in life. Reflection on prevention seems to bring a critique of society's conception of performance without valuing the individual's well-being. There are practically no forms of prevention according to the life cycle or social specificities. There is a need for greater State participation in prevention actions and programs. It is still important to reflect on the right to live and die and that abuse and stigmatization of suicidal patients in hospital emergencies is still perpetuated.

**Keywords:** prevention; suicide; life cycle; successful; vulnerable.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Objeto de Notificação do Viva/Sinan.....	19
Figura 2	Intencionalidade Suicida.....	22
Figura 3	Sequência de perguntas que identificam o grau de intencionalidade suicida....	23
Figura 4	Modelo IMV do comportamento suicida .....	32
Figura 5	Da ideação suicida ao comportamento suicida a partir do modelo IMV.....	34

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Taxas de mortalidade por suicídio segundo faixa etária e região geográfica....	20
Tabela 2	Distribuição das lesões autoprovocadas segundo características sociodemográficas.....	21
Tabela 3	Premissas para o Modelo Motivacional-Volitivo Integrado (MVI/IMV).....	31
Tabela 4	Tabela contendo dados dos entrevistados na pesquisa.....	45

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP	Abordagem Centrada na Pessoa
CVV	Centro de Valorização da Vida
FAPERJ	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado Rio de Janeiro
IMV	Motivacional Volitivo Integrado ( <i>Interated Motivational Volitional</i> )
MVCI	Mortes Violentas por Causa Indeterminada
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNPAS	Lei de Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio no Brasil

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	17
2.1	OBJETIVO GERAL.....	17
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
<b>3</b>	<b>QUADRO TEÓRICO CONCEITUAL</b> .....	18
3.1	MAGNITUDE.....	18
3.2	COMPORTAMENTO SUICIDA: CONCEITOS, FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO.....	22
<b>3.2.1</b>	<b>Abordagem Biomédica</b> .....	24
<b>3.2.2</b>	<b>Abordagem Sociológica</b> .....	26
<b>3.2.3</b>	<b>Abordagem Psicológica</b> .....	29
<b>3.2.4</b>	<b>Motivacional-Volitivo Integrado (<i>Interated Motivarional Volitional – IMV</i>)</b> .....	31
<b>4</b>	<b>PREVENÇÃO DO COMPORTAMENTO SUICIDA</b> .....	36
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	44
5.1	PARTICIPANTES.....	45
5.2	COLETA, PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	46
5.3	QUESTÕES ÉTICAS.....	48
<b>6</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	50
6.1	COMPORTAMENTO SUICIDA: CONCEITO E PREVENÇÃO.....	50
6.2	PREVENÇÃO NA PERSPECTIVA DE CICLO DE VIDA.....	57
6.3	PREVENÇÃO EM GRUPOS VULNERABILIZADOS.....	61
6.4	LOCAIS ONDE SE FAZER PREVENÇÃO.....	68
6.5	POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO.....	69
6.6	A CAMPANHA DO SETEMBRO AMARELO.....	74
6.7	PREVENÇÃO EXITOSA.....	76
6.8	REDES SOCIAIS.....	79
6.9	FACILIDADES E DIFICULDADES PARA A PREVENÇÃO.....	83
6.10	RECOMENDAÇÕES PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL.....	85
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	87
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	93
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	94

<b>ANEXO 1</b> .....	108
<b>ANEXO 2</b> .....	109
<b>ANEXO 3</b> .....	111

## 1 INTRODUÇÃO

O presente projeto se insere numa pesquisa mais ampla intitulada “Comportamento suicida: uma abordagem longitudinal da infância à vida adulta”, apoiada pela FAPERJ (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado Rio de Janeiro) e coordenada pela Dra. Joviana Avanci.

O suicídio é caracterizado por um dos tipos de violência autoprovocada e que faz parte do comportamento suicida, o qual inclui ideias, planejamento, tentativa e o ato em si sobre o desejo de se matar (WHO, 2002). É o ato final como consequência de um maior espectro de situações, tendendo a iniciar pelas ideações suicidas até o ato final de morte autoprovocada (SCHLÖSSER, ROSA e MORE, 2014). Internacionalmente, as estatísticas de suicídio se apresentam de forma desigual, mostrando suas diferenças segundo regiões, culturas, sexo e outros fatores de cunho biopsicossocial (WHO, 2002). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2021), mais de 700 mil pessoas se suicidam no mundo inteiro todo ano e existe a probabilidade de que para cada caso registrado de suicídio há 20 tentativas não consumadas.

Desde a década de 90, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o suicídio como um problema de saúde pública. Todavia, as estratégias de prevenção do suicídio no Brasil estão ainda em fase inicial, decorrentes de muitos fatores, como ainda ser considerado um tabu social, o que dificulta o avanço de discussões e ações.

De acordo com a OMS (2014), o suicídio é um ato intencional de um indivíduo para extinguir sua própria vida. Johan Bilzen (2018) em seu artigo “Suicide and Youth: Risk Factors” mostra diversos fatores de risco que podem influenciar na ideação e tentativa de suicídio de jovens. Dentre esses riscos, encontram-se os transtornos mentais, tentativa anterior de suicídio, características de personalidade, problemas na família, eventos de vida adversos e imitação. Em uma pesquisa com adolescentes brasileiros em Vitória e Campo Grande, 90% dos alunos entrevistados afirmaram ter conhecimento de algum colega, amigo ou conhecido que tenha se automutilado, com as meninas se sobressaindo (Njaine, 2020).

Em 2014, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou o relatório “Preventing Suicide. A Global Imperative”, onde mostra estatísticas e ressalta a importância da prevenção do suicídio no mundo. Consta nesse relatório que o suicídio é a segunda principal causa de morte entre os jovens de 15 a 29 anos de idade e, em alguns países, esta faixa etária se destaca (OMS, 2014). No mundo, entre pessoas de 15 a 44 anos de idade, o suicídio se coloca como uma das principais causas de morte e, em 2014, Botega afirmou que cerca de 1920 pessoas interrompiam sua vida todos os dias e, anualmente, tais cifras podem superar “a soma de

*todas as mortes causadas por homicídios, acidentes de transporte, guerras e conflitos civis*” (BOTEGA, 2014, p.231). É sabido que, em comparação com países europeus, as taxas de suicídio no Brasil estão aquém (MARÍN-LEÓN, OLIVEIRA E BOTEGA, 2012), no entanto, nosso país configura entre os 10 países que registram os maiores índices de suicídio do mundo (BOTEGA, 2014).

Contudo, o suicídio pode ser evitado em 90% dos casos (OMS, 2014). A Dra. Margaret Chan, ex-diretora geral da OMS, afirma que o plano de ação para a prevenção do suicídio deve ser abrangente e reconhece o papel essencial da saúde mental na vida das pessoas. Segundo ela, esse plano deve ser baseado em uma abordagem de curso de vida e englobar as seguintes estratégias: conscientização da população; divulgação responsável pela mídia; redução de acesso a meios letais; programas em escolas e detecção; atenção a pessoas que abusam de álcool e de outras substâncias psicoativas e também aquelas que sofrem doenças incapacitantes e que causam dor. Além disso, é fundamental propiciar acesso a serviços de saúde mental, apoio emocional a enlutados, avaliação e seguimento de casos de tentativa de suicídio, intervenções psicossociais em crises, dentre outras (BOTEGA, 2014).

Cada vez mais em voga, o suicídio (e o comportamento suicida como um todo) é uma problemática que tem despertado interesse e atenção da sociedade, seja pela sua veiculação em séries e jogos pactuados via internet ou pela sua incidência que demanda uma atenção enquanto problemática de saúde pública. Em 2011, o SUS registrou 973.015 internações por causas externas nos serviços hospitalares e, em sua maioria apareciam homens (70,4%), de idade entre 20 a 39 anos (36,9%), cor branca (33,5%), em sua maioria residentes da Região Sudeste (41,9%) (MASCARENHASI E DE AZEVEDO BARROSII, 2015). A suspeita de uso de bebida alcoólica é fortemente constatada nos casos. Além disso, a maior parte das tentativas ocorre na própria residência, decorrente, principalmente, de intoxicações (mais de 60% dos casos).

Em 2014, a Portaria MS/GM nº 1.271 incluiu as tentativas de suicídio em sua lista de doenças e agravos para notificação compulsória de caráter imediato (notificações em até 24h pelo meio de comunicação mais rápido) para as Secretarias Municipais de Saúde. Dando continuidade a essa iniciativa, em 2017, a Portaria de Consolidação nº 4 inclui como notificação imediata e compulsória casos suspeitos ou confirmados, notificando, assim, não somente os casos confirmados de suicídio, mas também aqueles suspeitos (BRASIL,2016).

Conhecer os fatores de risco que podem ativar os gatilhos para a ideação, tentativa e suicídio possibilita pensar de forma mais precisa em medidas preventivas. No Documento “Preventing Suicide – A Global Imperative” (WHO, 2014), a prevenção do suicídio é dividida

em três frentes: universal (primária - maior abrangência, atingindo a população geral), seletiva (secundária - abrange pessoas que estão no grupo de risco para a ideação suicida, como adolescentes) e indicada (terciária - quando já se sabe da ideação e tentativa e visa tratamento para prevenção do indivíduo).

Ao longo dos estudos percebe-se que o Brasil ainda tem muito que avançar em prol da prevenção. Contudo, várias iniciativas nos âmbitos públicos e privados se dão por todo o país, com destaque o Centro de Valorização da Vida – CVV, considerado uma experiência exitosa. O CVV é instituição de referência no país quando o assunto é suicídio e prevenção, foi fundado em São Paulo, em 1962, como uma associação civil sem fins lucrativos e filantrópica, e é reconhecida como de Utilidade Pública Federal, desde 1973. Presta serviço voluntário e gratuito de apoio emocional e prevenção do suicídio para todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo e anonimato (CVV, 2021). Se volta para as pessoas que, com ou sem apoio adequado, se encontram em situação de crise e precisam de ajuda imediata, sendo feito através de telefonemas e até mesmo via chat. Feito esse atendimento emergencial o encaminhamento para uma ajuda profissional pode ser feito. Além disso, este serviço se mostra preocupado com a prevenção e faz campanhas constantemente para os cuidados com a saúde mental por meio de vídeos (CVV, 2019).

Além do CVV, há, no país, outras iniciativas exitosas sem a mesma notoriedade e investimento. A identificação e o conhecimento das propostas com forte potencial de prevenção são de suma importância, tanto para sua disseminação quanto para se formar parâmetros para novas iniciativas e atuar de forma mais segura na prevenção do suicídio. Gomes *et al.* (2006) afirmam que ações exitosas podem ser consideradas exitosas quando, de alguma maneira, elas atingem um resultado que possa ser considerado de sucesso a partir de ações já consideradas efetivas para prevenção.

Constata-se que as tentativas de suicídio no mundo acarretam não só problemas biopsicossociais ao indivíduo, mas também trazem sérias consequências sociais e econômicas, como o aumento de gastos em saúde para o atendimento em emergências, o comprometimento psíquico e econômico dos que estão em seu entorno, os impactos sociais com seus grupos de pertencimento (amigos, grupo de trabalho, grupos de identificação por raça, gênero etc.) e, além disso, dependendo de seu grau de comprometimento físico e psíquico, o indivíduo se tornar uma pessoa economicamente inativa e até mesmo incapacitada para o resto de sua existência (OMS, 2014).

A partir do que foi exposto, percebe-se que a prevenção do suicídio é um tema ainda não difundido de maneira ampla na sociedade contemporânea, tendo os tabus relacionados ao



fenômeno como um dos principais problemas para sua disseminação, com impacto contundente em todas as sociedades. Dito isto, a prevenção do suicídio pode se iniciar em nível primário no comportamento suicida, ou seja, antes mesmo de uma tentativa ter sido realizada (OMS, 2014). Mais ainda incipiente no país, são as estratégias de prevenção voltadas aos recortes sociais, étnico-raciais, gênero/orientação sexual e de ciclo da vida. Em outros países, como nos Estados Unidos da América, já se encontra um número maior de estudiosos e instituições voltados para atender essas especificidades a exemplo do “*Trevor Project*” que atua com a prevenção de jovens pertencentes à comunidade LGBTQIA+. Marcolan e Da Silva (2019) destacam a lacuna sobre os estudos e ações voltadas para a prevenção do suicídio no país:

Há um vácuo abissal entre o que deve ser feito e o que está sendo produzido na área de comportamento suicida no país, pois não há política pública de saúde voltada ao tema, faltam recursos e investimentos, sobeja má vontade política, que poderia evitar perdas dessas vidas e sofrimento para os sobreviventes. (p.41)

Reconhecendo a escassez de estudos e iniciativas voltados a esse tema no Brasil, esta dissertação tem como **objeto de estudo** as ações e estratégias nacionais e internacionais que se destacam na prevenção do comportamento suicida nas diferentes etapas do ciclo de vida e segundo especificidades sociais, étnico-raciais, de gênero e orientação sexual.

Ao nível pessoal, o comportamento suicida é um tema que me atravessa de maneira íntima antes mesmo de eu começar a estudar sobre o tema. Perdi meu melhor amigo para o suicídio em 2017 de maneira repentina (para as pessoas próximas). Em 2019, quando ingressei no Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES) como bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) me deparei com a temática da violência dentro da saúde e me aloquei no projeto que tratava sobre as violências autoprovocadas na infância e adolescência. Um pouco depois me inseri no grupo voltado para o atendimento a pessoas com transtorno de estresse pós-traumático, onde aprendi muito sobre traumas e efeitos cumulativo. Desde então, fiquei muito tocado e inquieto sobre a necessidade de ter estudos sobre a prevenção do suicídio e da disseminação responsável sobre o tema, pois esse cenário escasso contribui para a não dissolução dos tabus em torno do tema.

A leitura do documento “*Preventing Suicide – A Global Imperative*” lançado pela OMS em 2014 me despertou pela primeira vez uma sensação real de que a prevenção é possível. Desde então, tenho como objetivo me inclinar sobre a temática e entender melhor o que é a prevenção, como as ações podem ser realizadas nas diferentes etapas da vida e como os recortes sociais podem ser aplicados às estratégias. A partir deste contexto, a amplitude do

projeto é de muita relevância e urgente uma vez que os passos ainda são iniciais e é necessário ter uma melhor visão sobre as experiências que apresentam resultados positivos no mundo.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Investigar conceitos, ações e estratégias de prevenção do comportamento suicida que se destacam nas diferentes etapas do ciclo de vida e segundo especificidades sociais, étnico-raciais, de gênero e orientação sexual.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Refletir sobre conceitos que fundamentam a prevenção ao comportamento suicida;
- Analisar ações e estratégias de prevenção do comportamento suicida;
- Analisar as especificidades de gênero/orientação sexual, raça/etnia e das faixas etárias na prevenção do suicídio;
- Compreender as principais dificuldades e facilidades nos desenvolvimentos de ações de prevenção ao comportamento suicida.

### 3 QUADRO TEÓRICO CONCEITUAL

#### 3.1 MAGNITUDE

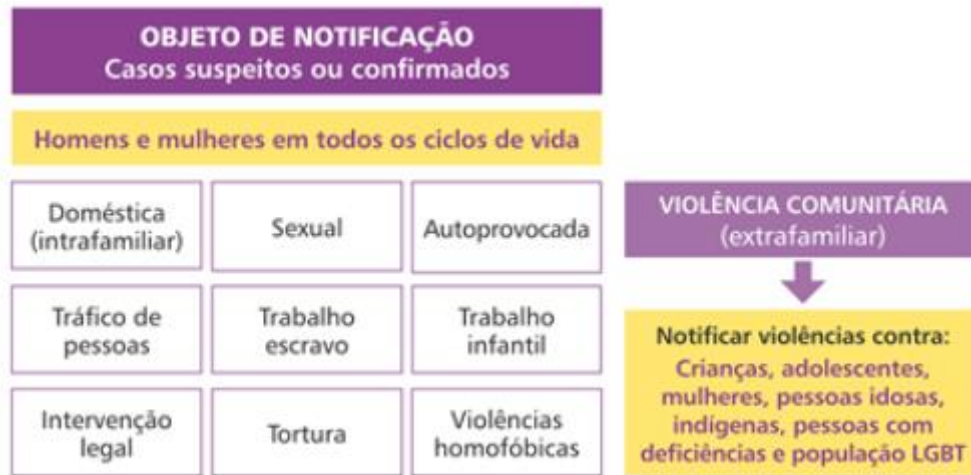
A Organização Mundial de Saúde, lançou em 2021 o recente documento intitulado “*Live Life*”, onde afirma que em todo o mundo mais de 700.000 mortes por suicídio são registradas, mostrando uma diminuição de 100.000 mortes se comparado ao documento de 2014 (OMS, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (2002; 2014) classifica como o comportamento suicida a ideiação suicida, quando os pensamentos se tornam direcionados ao encerramento da vida, e é agravado quando de ideiação passa a um planejamento para a concretização desse fim com sua existência. A ideiação e o planejamento são comportamentos ainda considerados não fatais e passam a ser fatais quando há tentativa de acabar com a própria vida, o ato sendo consumado ou não (WHO, 2002, 2014).

O comportamento suicida é um fenômeno complexo e multideterminado que envolve aspectos pessoais, biológicos, psicológicos, sociais e culturais, que interagem entre si (CLAUMANN ET. AL, 2018; WETHERALL ET. AL, 2018; BRAGA *et al.*, 2013). A história de vida, questões familiares e psicológicas, referências culturais e o contexto socioeconômico no qual a pessoa vive são aspectos relevantes no estudo do tema (MINAYO & CAVALCANTE, 2010). As experiências adversas vividas na infância (EAI) e seu efeito cumulativo também têm sido uma linha de investigação desenvolvida em muitos trabalhos (CLAUMANN ET. AL, 2018). Correspondem a fontes de estresse que podem trazer sofrimento no momento em que ocorrem ou tardiamente (SOARES *et al.*, 2016). Incluem vários tipos de violência (física, sexual, psicológica e negligência), conflitos familiares, separação dos pais, perdas por morte, psicopatologias parentais (depressão materna ou paterna, abuso de drogas ou álcool pelos pais) e outras adversidades como desastres naturais e acidentes (CENTERS FOR DISEASE CONTROL & PREVENTION, 2010; WHO, 2015; KESSLER, *et al.* 1997; FELITTI *et al.*, 1998). A exposição a diferentes tipos de experiências traumáticas adversas é aditiva ou cumulativa, podendo se potencializar, se agrupar e ter uma relação de interdependência (DONG *et al.*, 2004; SCHAUER *et al.*, 2003).

A Figura 1 ilustra a inserção da violência autoprovocada como objeto de notificação.

Figura 1: Objeto de Notificação do Viva/Sinan.



Fonte: [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_instrutivo\\_violencia\\_interpessoal\\_autoprovocada\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf)

O suicídio pode entrar na categoria de “Mortes Violentas por Causa Indeterminada” (MVCI), onde não é possível identificar a causa, o que pode contribuir para as subnotificações de casos de suicídio no Brasil. De acordo com o Atlas de Violência de 2021, desde 2014 os números de MVCI só sobem, chegando a 11,7% em 2019, em 2014 o número chegava a 6% (CERQUEIRA, 2021).

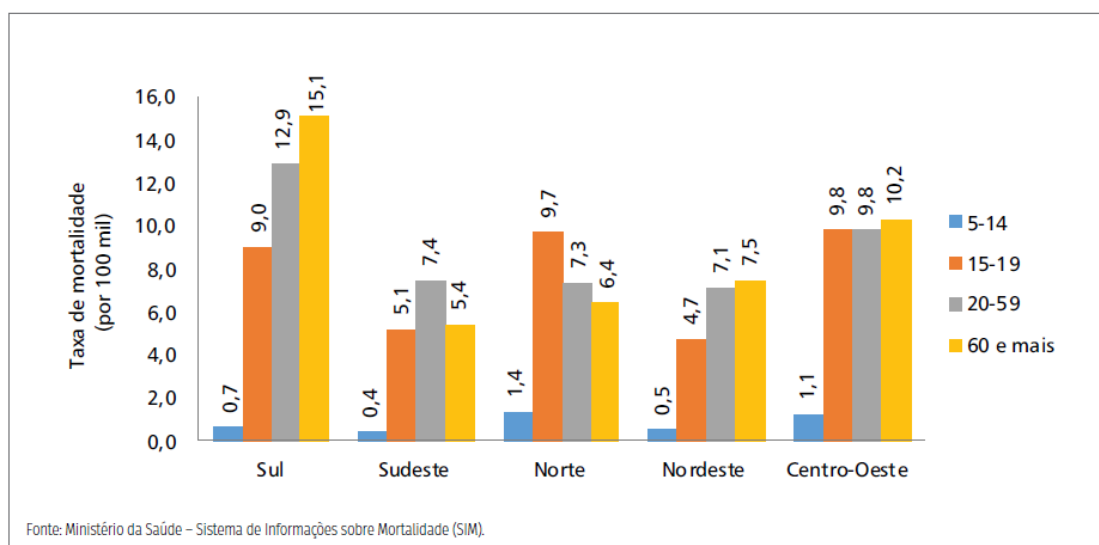
As violências causam aproximadamente 1,4 milhões de mortes todos os anos no mundo, em sua maioria, em países de baixa renda (90%). Dessas mortes, suicídios e homicídios representam mais de 80%. Entre 2000 e 2018 foi expressivo o número de aumento para suicídio e homicídio (BRASIL, 2021) Entre menores de 25 anos, avalia-se que para cada suicídio consumado há 100 tentativas (WHO, 2017).

Traumas interpessoais podem gerar um alto risco para o suicídio e isolamento social, já que há uma maior tolerância a dor e menos o temor da morte (LEBOUTHILLIER ET. AL, 2015). Estudo realizado com mulheres encarceradas constatou maior exposição a maus tratos na infância naquelas com tentativas de suicídio (CLEMETS-NOLLE ET. AL, 2009). Em outro desenvolvido por Le Bouthillier et. al (2015), entre as pessoas que relataram maus tratos na infância, 37% daquelas com TEPT tinham tentado suicídio e 52% possuíam ideação suicida. Violência física pelo parceiro(a), psicológica e sexual são muito relacionados aos casos de comportamento suicida.

De acordo com o Boletim Epidemiológico 33 (BRASIL, 2021), entre 2010 e 2019, ocorreram 112.230 mortes por suicídio no Brasil, um aumento de 43% no número anual de mortes, com destaque para as regiões Sul e Centro-Oeste. Este dado corrobora com o que foi apresentado pela *World Health Statistics* (2021), que mostra que as taxas de suicídio na Região das Américas aumentaram 28% no período de 2000 a 2019 enquanto que a região Européia apresentou 40% de declínio, sua maior marca em 2 décadas.

As regiões Norte, Sul e Centro-Oeste do Brasil apresentaram, em 2019, as maiores taxas de mortalidade entre jovens entre 15 e 19 anos. Se compararmos os dados entre 2010 a 2019, essas regiões também se destacam. Nesta faixa etária, a Região Sul apresenta taxas superiores à média nacional e seus estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina mostram as maiores taxas de suicídio do país, 11,8 e 11,0 por 100mil habitantes respectivamente (Tabela 1) (BRASIL, 2021),

Tabela 1: Taxas de mortalidade por suicídio segundo faixa etária e região geográfica. Brasil, 2019



Fonte: Boletim Epidemiológico 33: Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil, 2021, p.4

Além disso, verifica-se aumento substancial de 81% na morte de adolescentes no período, passando de uma taxa de 3,5 mortes por 100mil habitantes para 6,4 no período entre 2010 e 2019. Deve-se ressaltar também o aumento das mortes em menores de 14 anos, mais que dobrando a taxa por 100mil habitantes, de 0,31(104 óbitos) em 2010 para 0,67 (197 óbitos) em 2019 (Tabela 2) (Brasil, 2021).

Em 2019, foram registradas 124.709 lesões autoprovocadas no Brasil, aumento de 39,8% em comparação com o ano anterior de 2018, compactuando com o crescente aumento desde 2010. Em sua maioria está o grupo de mulheres (71,3%), pessoas de idade entre 15 a 19 anos (23,3%), de cor de pele branca (47,3%) ato consumado ou tentativa em sua própria residência (83,9%) e o envenenamento como método mais usado (60,2%) (Tabela 2) (BRASIL, 2021). A escolaridade chama atenção pela baixa porcentagem de pessoas sem escolaridade (0,5) se comparado as pessoas que possuem ensino fundamental (25,9%) e ensino médio (30,3%), porém há um grande número de registro de resposta no quesito “Ignorado” (35,8%) sendo assim a maior porcentagem o que pode mascarar a real situação (Tabela 2) (BRASIL, 2021).

Tabela 2: Distribuição das lesões autoprovocadas segundo características sociodemográficas. Brasil, 2019

	Nº	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	35.709	28,6
Feminino	88.983	71,3
<b>Faixa Etária</b>		
Menores de 14 anos	12.314	9,8
15 a 19	29.065	23,3
20 a 39	57.746	46,3
40 a 59	21.484	17,2
60 e mais	3.691	3,0
Ignorado	409	0,3
<b>Raça/Cor</b>		
Branca	59.031	47,3
Negra	52.917	42,4
Amarela	927	0,7
Indígena	665	0,5
Ignorado	11.169	9,0
<b>Escolaridade</b>		
Sem escolaridade	610	0,5
Ensino fundamental	32.293	25,9
Ensino médio	37.836	30,3
Ensino superior	8.331	6,7
Não se aplica	969	0,8
Ignorado	44.670	35,8

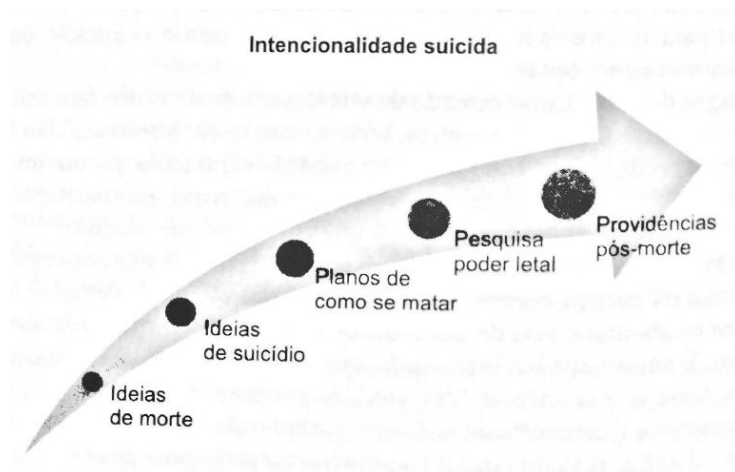
Fonte: Boletim Epidemiológico 33: Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil, 2021, p.5;6

Chama atenção as estimativas do fenômeno entre os idosos. Entre o período de 2011 e 2018, foram registradas 11.438 lesões autoprovocadas no país por pessoas com mais de 60 anos, apresentando uma diminuição de 0,5% no período (3,8% em 2011 e 3,3% em 2018), sendo que São Paulo e Minas Gerais são os Estados que mais notificaram (24,6% e 16,2% respectivamente). Em sua maioria, esses idosos eram do sexo feminino (51,4%), brancos (51,4%), sendo o envenenamento o meio mais utilizado (49,8%) e a própria residência o local onde cometeram o ato (85%) (Tabela 2) (BRASIL, 2020). Contudo, este grupo representa a maior taxa de mortalidade por faixa-etária para o suicídio, variando de 6,8 em 2010 a 8,1 em 2018. Os idosos entre 70 e 79 anos apresentaram as maiores taxas – 8,5 óbitos/100mil hab. (BRASIL, 2020; BRASIL, 2021). Esse aumento também pode ser associado ao aumento das notificações devido a ampliação da cobertura da Vigilância de Violência no Brasil (BRASIL, 2016).

### 3.2 COMPORTAMENTO SUICIDA: CONCEITOS, FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO

A partir do que foi supracitado, também deve-se levar em consideração a intencionalidade suicida pois, faz parte do comportamento suicida, que traz à tona a vontade, o desejo de tirar a própria vida e traz dois fatores contraditórios que é a intensidade da intenção em cometer suicídio e o desejo de continuar vivendo (Figura 2). Esses fatores contribuem para a avaliação de risco de suicídio de um indivíduo. Essa intencionalidade pode crescer de uma ideação, pensar em não estar vivo, realizar planos e execução dos mesmos para acabar com a própria vida (BOTEGA, 2015).

Figura 2: Intencionalidade Suicida

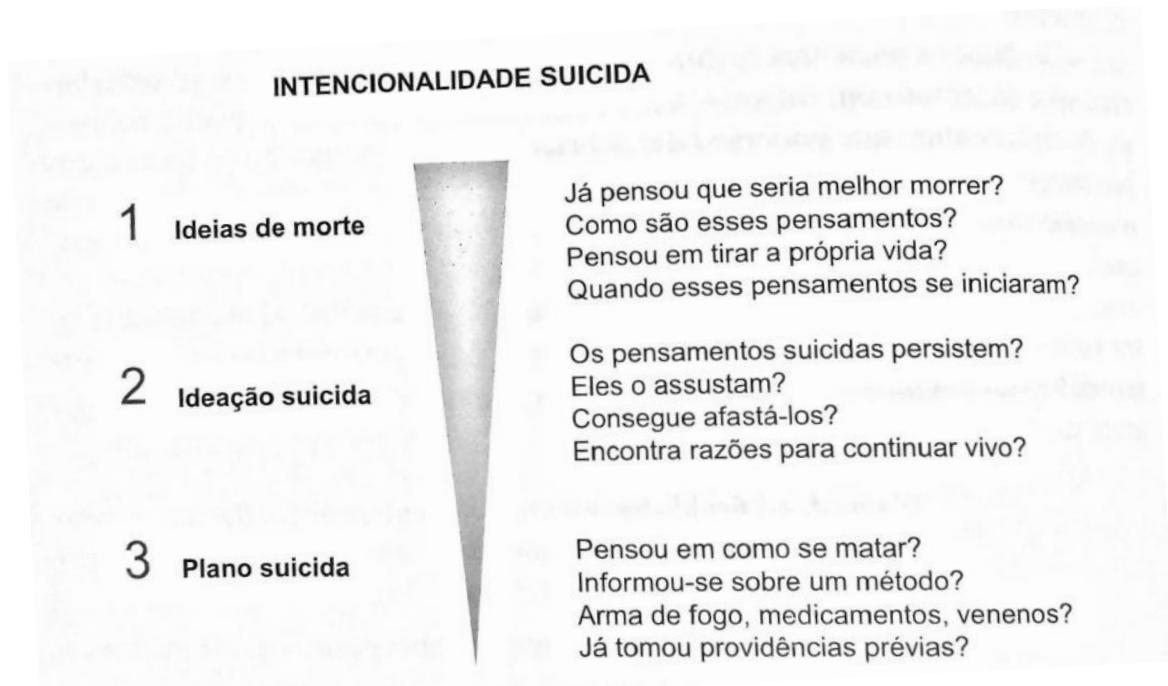


Fonte: BOTEGA, 2015 p.142



A Figura 3 mostra uma linha de acontecimentos das ideias de morte até o planejamento e as providências para realização. Para identificar em qual etapa desse caminho o paciente se encontra, Botega (2015) lembra que “A melhor maneira de saber se uma pessoa tem pensado em suicídio é perguntando. Ao contrário de uma crença comum, falar a respeito de suicídio não inocula essa ideia na mente de uma pessoa” (p.143).

Figura 3: Sequência de perguntas que identificam o grau de intencionalidade suicida



Fonte: BOTEAGA, 2015 p.144

Essas perguntas servem de guia para que se possa identificar a intencionalidade suicida e deve ser feita por profissionais, indo de um plano mais amplo (ideação) e afunilando até o planejamento, como mostra a Figura 2. A partir dessas perguntas, Botega (2015) propõe a seguinte classificação:

- Ideia passiva de morte: Paciente diz que quer morrer devido a uma doença ou algum fator em sua vida, mas não teria coragem. A depressão apresenta um sentimento de autoabandono devido a hipobulia e anedonia. Nesses casos é mais um deixar-se morrer, desejá-la e esperá-la, do que motivação para acabar com a própria vida.
- Ideação suicida egodistônica: A ideação persiste na consciência, parecendo perigoso e alheio ao indivíduo.

- Ideação suicida egossintônica: O suicídio passa a ser visto como uma possibilidade de alívio para uma crise. Abre espaço para o planejamento.
- Ocultação da intenção suicida: paciente responde de maneira evasiva as perguntas, sem profundidade, de maneira deliberativa ou não.
- Intenção suicida inconsciente: a intencionalidade suicida não é clara para o próprio paciente e aparecem nos comentários que faz sobre si e sobre sua relação com a vida.
- Plano suicida: as perguntas devem ser feitas em detalhes (como, quando, onde) e sem medo de desencadear algo no paciente.
- Poder letal: Crença do paciente que um método determinado levará ao desfecho fatal mesmo que o seu método não vá de fato leva-lo a morte.

A seguir são apresentadas as diferentes perspectivas teóricas (biológica, social e psicológica) explicativas para o comportamento suicida:

### **3.2.1 Abordagem Biomédica**

Para a OMS (2002) e OPAS (2006), transtornos mentais, histórico de tentativa de suicídio anteriores, variáveis socioeconômicas e clinico-epidemiológico são fatores de risco para as tentativas de suicídio em todo o mundo. Corroborando com essa visão, estudo de revisão com 31 artigos publicados entre 1959 e 2001, apresentou que em 97% dos casos de suicídio em uma amostra de 15.659 pessoas no hemisfério norte, algum diagnóstico de transtorno mental seria cabível (BOTEGA, 2015) e, no Brasil, de acordo com Gomes *et al.* (2019) os principais fatores de risco são os transtornos mentais, abuso de álcool e outras drogas, tentativa prévia de suicídio e as relações familiares conturbadas. A depressão dentre os transtornos mentais é o de maior relação com o comportamento suicida e constitui o modelo “depressão-suicídio” (SILVA *et al.*, 2006; CHACHAMOVICH *et al.* 2009).

Desde a primeira metade do século XIX a produção de artigos acerca do tema da depressão teve um crescimento significativo e Pinel e Esquirol deram importante contribuição para a humanização do tratar o paciente com depressão (SOLOMON, 2002). Pinel acreditava em uma psiquiatria que fosse imune as ideologias religiosas da época, com base científicas e na clínica e Esquirol postulava uma psiquiatria com bases neurobiológicas. Lopes (2005) traz a grande influência também de Freud e sua psicanálise nas práticas neurobiológicas amplas e, assim, abrangendo a síndrome depressiva e outros transtornos mentais.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V (DSM-V) traz como principais características do transtorno depressivo a presença do humor triste, vazio existencial, irritabilidade, e surgimento de questões somáticas e cognitivas que afetam o cotidiano do indivíduo de maneira plena. Os transtornos mentais e o comportamento suicida têm relação direta de acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (2009) com destaque para a depressão maior, assim caracterizada:

Humor deprimido deve estar presente na maior parte do dia, além de estar presente quase todos os dias. Insônia ou fadiga frequentemente são a queixa principal apresentada, e a falha em detectar sintomas depressivos associados resultará em subdiagnóstico. A tristeza pode ser negada inicialmente, mas pode ser revelada por meio de entrevista ou inferida pela expressão facial e por atitudes. Com os indivíduos que focam em uma queixa somática, os clínicos devem determinar se o sofrimento por essa queixa está associado a sintomas depressivos específicos. Fadiga e perturbação do sono estão presentes em alta proporção de casos; perturbações psicomotoras são muito menos comuns, mas são indicativas de maior gravidade geral, assim como a presença de culpa delirante ou quase delirante. (DSM-V, 2013, p.162)

Saxena et. al. (2013) trazem no documento *Mental Health Action Plan 2013-2020* que pessoas com transtornos mentais possuem taxas desproporcionalmente mais altas de incapacidade e de mortalidade; por exemplo, pessoas com depressão maior e esquizofrenia têm 40% a 60% a mais de chance de morrer prematuramente devido a problemas de saúde físicas e suicídio. De acordo com Fu-I et al. (2012), 60% das crianças e adolescentes que apresentam quadro depressivo também apresentam ideação suicida enquanto passam pelo transtorno, sendo que em 30% desses casos se observa uma tentativa de consumir o ato suicida.

A saúde mental é parte integrante da saúde e do bem-estar, conforme refletido na definição de saúde na Constituição da Organização Mundial da Saúde: "Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade". A saúde mental, como outros aspectos da saúde, pode ser afetada por uma série de fatores socioeconômicos [...] que precisam ser abordados por meio de estratégias abrangentes de promoção, prevenção, tratamento e recuperação em uma abordagem de todo o governo. (SAXENA et al. 2013. p.7)

Apesar de estarem associados, depressão e suicídio são essencialmente distintos, não havendo a direta interdependência de um para haver o outro, mas podem coexistir e o fazem frequentemente (SOLOMON, 2002). Concomitante a isto, é de extrema importância que os profissionais da área de saúde estejam devidamente capacitados para a identificação dos sintomas de depressão para poderem fornecer um atendimento eficaz, pois assim, ações de prevenção psiquiátricas, psicoterápicas, educativas e/ou que compuserem um tratamento intersetorial adequado, podem ser aplicadas e espera-se uma diminuição da consumação do ato suicida (BRAGA E DELL'AGLIO, 2013).

Os transtornos mentais associados ao comportamento suicida possuem também uma explicação neurobiológica que se destacam em três aspectos (THAPAR *et al.* 2015; SADOCK & SADOCK, 2007; HALES *et al.*, 2012): a desregulação serotoninérgica; a hiperatividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e a função do cortisol; a biologia molecular e suas questões genéticas e epigenéticas. A influência da hereditariedade no comportamento suicida já é conhecida, mas esta não ocorre de maneira unidirecional devido a algum gene específico. O campo biomédico para tentar explicar como isto ocorre se debruça sobre os fatores ambientais como uma forma de explicar estas alterações nos genes (BOTEGA, 2015; CORREA, ROCHA, 2011).

### 3.2.2 Abordagem Sociológica

Émile Durkheim (2011) é o mais clássico pensador do suicídio, que avaliou o suicídio como um fato social e presente nas culturas de todas as sociedades, se caracterizando pela anomia e desagregação social. Saraiva (2010) traz os conceitos de Durkheim em seu trabalho quando o mesmo apresenta quatro nomenclaturas para o suicídio:

- Egoísta: quando há uma baixa integração entre o indivíduo e a sociedade.
- Altruísta: quando há uma alta integração entre o indivíduo e a sociedade.
- Anômico: quando há baixa regulação social.
- Fatalista: quando há alta regulação social.

De acordo com Saraiva (2010), o conceito de suicídio anômico vem de "anomia", ou seja, “perda de normas, segurança, estabilidade e amparo, consequência de um estado patológico da sociedade” (SARAIVA, 2010, p.186). É importante contextualizar que Durkheim nasceu em 1858 e viveu justamente o período pós revolução francesa e pós revolução industrial, ou seja, uma sociedade que estava experienciando grandes mudanças sociais e econômicas.

O fato social ao qual Durkheim (2011) se referêcia pode ser reconhecido através da imposição externa que o indivíduo recebe e/ou está suscetível a receber, ou, em suas palavras: “*um fato social reconhece-se pelo poder de coerção externa que exerce ou é suscetível de exercer sobre os indivíduos*” (DURKHEIM, 2001).

Durkheim (2011) elucida que a sociedade que está em crise afeta diretamente no comportamento suicida. Mudanças repentinas de valência positivas ou negativas afetam a sociedade de maneira sistêmica (econômica, social, psíquica etc.) e o indivíduo é afetado de

maneira intrínseca, o que contribui para o desenvolvimento de um comportamento suicida. É importante lembrar que as redes de apoio como a família tem papel fundamental para o acolhimento e integração em um momento de anomia (SAMPAIO, 1991).

O sociólogo Pierre Bourdieu também contribui para a reflexão do comportamento suicida por meio dos conceitos de habitus, capital e campus. Moreira (2017) explica:

Por ser uma configuração de diferenças, o espaço social demanda de seus agentes (individuais ou coletivos) disposições incorporadas (habitus) para a ação, uma matriz de tomadas de posição (escolhas) adequadas, pertinentes e reconhecidas enquanto tais pelos pares do microcosmo social (campo) em que a ação se desenvolve, seja, por exemplo, um laboratório, uma sala de aula, um grupo de trabalho ou um conselho universitário (p.181).

A partir de Moreira (2017), compreende-se que habitus são as percepções, vivências que os indivíduos ao longo de suas vidas vão introjetando, as quais orienta e organiza determinada prática do indivíduo, de maneira que são estruturas estruturadas e estruturantes. O indivíduo como agente das estruturas volta a posição de criação e de ação, mas, não de maneira tão livre. Entende-se que a dita “liberdade”, na verdade, é determinada antes de ser uma ação.

Para entender melhor, precisa-se falar da teoria de campo de Bourdieu que traz à tona o campo como a relação dialética entre o hábito e a situação que leva a prática, a ação.

Cada campo forma um sistema estruturado de relações objetivas, configuração de forças dotada de lógica específica e capaz de impor, de certo modo, essa lógica aos agentes que nele atuam. [...] Bourdieu considera que esses microcosmos sociais (os campos) são integrantes de um macrocosmo, o espaço social, lugar de diferenças e lutas entre diversos capitais. (MOREIRA, 2017 p.181-182)

A teoria de campo de Bourdieu se assemelha a teoria de campo de Kurt Lewin que tem sua base na fenomenologia. Fazendo essa comparação, nota-se que Heidegger (2012) bem definiu como um dos conceitos que fazem parte do que ele chamou de “*dasein*”, que somos entes relacionais e estamos a todo momento interagindo com o meio a nossa volta e somos afetados por ele assim como o afetamos.

A teoria de campo proposta por Lewin, um adendo a essa colocação de Heidegger, traz que o comportamento humano é derivado da totalidade de fatos coexistentes e que esses fatos além de coexistirem têm o caráter de um campo dinâmico e contemporâneo, e acontecem no ambiente físico e psicológico no qual cada parte do campo depende e uma inter-relação com as demais outras partes.

O ambiente físico é onde o indivíduo existe corporalmente, onde o corpo físico está inserido, onde as sensações e a cognição captam tudo em sua volta. É o mundo tangível. O ambiente psicológico, por sua vez, é o mundo intangível, onde percebe-se e interpreta-se o

mundo em volta. A interseção dos dois mundos é onde há as tensões, não como via de problemas, mas sim em forma de forças motoras, que proporcionam as ações. Vivemos nesse limiar a todo momento (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000).

O ponto mais importante da teoria de campo de Lewin é a sua totalidade, a compreensão de que nenhum fenômeno ocorre de maneira distinta e sim estão interligados por uma cadeia de eventos e percepções que nos energizam para realizar uma ou outras ações, de acordo com a manifestação dessa totalidade no meio (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000).

Dentro destes campos que são, como Bordieu os chama, microcosmos há as violências simbólicas que são geradas a partir dos macrocosmos (sociedade) e, como Marteleto (2017) bem coloca:

O monopólio da violência simbólica exercido pelo Estado nas sociedades modernas – conforme a formulação já clássica de Bourdieu (ver, por exemplo, Bourdieu, 1996; 2014) – realiza-se mediante a capacidade do Estado de impor princípios de visão e divisão comuns sobre o mundo social e, assim, produzir “consensos” com a aparência do universal que moldam as estruturas mentais e constituem forças poderosas a serviço do conformismo moral.

Percebe-se assim que apesar dos agentes dessa estrutura serem estruturados e estruturantes, vivem por meio de uma desigualdade simbólica e que tem o Estado como uma das principais vias de disseminação dessa violência. É um poder simbólico reconhecido por todos e que toma forma em nossas vidas muitas vezes pela noção de senso comum. Pode ser um poder simbólico cultura, social, político e econômico (MARTELETO, 2017, P.35).

Bourdieu (1996) traz que essa violência simbólica pode desencadear diversas emoções corporais, sentimentos e vêm de todos os âmbitos do capital simbólico que tanto se tenta almejar e traz tanto sofrimento em forma de violência.

Quando trazemos o comportamento suicida para dentro do conceito de Durkheim e Bourdieu, a associação com os fatores de risco pode ser vista de maneira mais clara. Depressão maior, família disfuncional, abusos sexuais e outros maus tratos, questões socioeconômicas, desemprego, falta de perspectiva de vida, consumo abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas, transtornos mentais severos especialmente a depressão, enfermidades terminais, isolamento social, histórico familiar de suicídio e perdas afetivas significantes são alguns exemplos de fatores de risco já apresentados nesse trabalho (SCHLÖSSER, ROSA E MORE, 2014; ORES *et al.* 2012). Com os fatores de risco apresentados a cima, vemos que Durkheim (2011) quando afirma que a sociedade em crise afeta diretamente o comportamento suicida ela na verdade possibilita que esses fatores de risco sejam exacerbados e afetem de maneira direta ou indiretamente o indivíduo. Junto a isto,

Bourdieu (1996) nos mostra que esse impacto que os fatores de risco assumem na vida de todos os indivíduos permeiam pelo microcosmo de cada pessoa e podem afetar tanto o seu mundo psicológico através de violências simbólicas e/ou mesmo o seu mundo físico através de violências como abuso sexual, espancamento etc.

### 3.2.3 Abordagem Psicológica

No século XX, a abordagem cognitivo comportamental de Aaron Becker vem somar aos estudos sobre depressão, assumindo que as disfunções de pensamento consciente estão diretamente ligadas as manutenções dos sintomas depressivos (LOPES, 2005). Canale e Fulan (2006) *apud* Assumpção (2018) comentam em seu trabalho sobre os avanços científicos na segunda metade do século XX com o desenvolvimento e disseminação dos psicofármacos e de uma análise de substratos neurobiológicos de diversos transtornos mentais, inclusive a depressão.

O conjunto de sintomas manifestados em quadros clínicos de depressão acaba por se constituírem como risco de suicídio, em especial, pela autoestima, desesperança, pensamentos de morte, e as tentativas de efetivação desse ato. Portanto, a presença do apoio familiar, diante a essa situação de desespero, contribui nas perspectivas de segurança, importância, além de melhoria dos sintomas e futuras tentativas de suicídio. (ASSUMPCÃO *et al.* 2018, p.330)

Souza e Moreira (2018) trazem a partir de uma visão da fenomenologia a relação entre a depressão e o suicídio, e a diferença entre tristeza e melancolia. Apresentam que a depressão pode ocorrer em todos os indivíduos e se apresenta de três formas:

- Depressão reativa: algum fator externo modifica a vida do indivíduo.
- Vida depressiva: a depressão encontra-se sempre presente na vida do indivíduo.
- Depressão doença: um estado mais grave de depressão que se assemelha mais ao conceito de melancolia (distúrbio de humor) que traz o isolamento em si mesmo e não um sentimento como a tristeza.

Pequenos gestos muitas vezes passam despercebidos pelo profissional da saúde e nestes detalhes pode-se perceber a verdadeira situação em que se encontra o indivíduo que atenta contra a própria vida. Este é o foco da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), que através da percepção desses detalhes possibilita o que chamam de escuta facilitadora para que o que está no âmago de sua existência humana possa vir à tona, mesmo que de maneira singela, para que as ressignificações que forem necessárias sejam feitas em um ambiente seguro e com apoio (ROCHA *et al.* 2012)

Passando para a abordagem criada por Fritz Perls, em 1951, a Gestalt-Terapia tem como foco as relações entre o meio e o organismo, e o contato genuíno e autêntico que essas duas partes podem experimentar. O suicídio pela visão da Gestalt-Terapia apresenta uma visão de não correção de comportamento, mas propõe uma reflexão de como o contato com o meio pode estar sendo afetado e trata esses “afetamentos” não com o intuito de erradicá-los e sim entendê-los como um distúrbio do campo - teoria de campo de Lewin explicada no item anterior (FUKUMITSU & SCAVACINI, 2013).

A Gestalt-Terapia apresenta um olhar fenomenológico e humanizado para a questão do suicídio e procura enxergar o mesmo como um ajustamento criativo disfuncional, ou seja, uma maneira de se relacionar e se adaptar ao mundo disfuncional. Essa autorregulação disfuncional se dá por estarem cristalizadas e não conseguirem abrir possibilidades para outras formas de existir, o que atrapalha a fluidez do contato, que é a base para o ser humano poder existir se autorregulando no campo que se apresenta diante dele (FUKUMITSU, 2012).

Todas as pessoas administram sua energia de modo a obter um bom contato com seu ambiente ou para resistir ao contato. Se a pessoa sente que seus esforços serão bem-sucedidos — que ela é potente e seu ambiente é capaz de proporcionar um retorno nutritivo —, irá confrontar seu ambiente com vontade, confiança e até mesmo ousadia. Mas se seus esforços não conseguirem o que deseja, ela entra num impasse com uma extensa “lista de roupa suja” de sentimentos perturbadores: raiva, confusão, futilidade, ressentimento, impotência, desapontamento, e assim por diante. E então ela precisa redirecionar essa energia de diversos modos, e todos reduzem a possibilidade da interação plena de contato com seu ambiente (POLSTER & POLSTER, 2001, p. 85).

Quando Polster & Polster (2001) trazem a luz a impossibilidade de interação plena de contato entre meio e organismo, eles falam dos bloqueios de contato da Gestalt-Terapia. Esses bloqueios de contato são: confluência, introjeção, projeção, retroflexão, deflexão, proflexão e egotismo (GINGER, 1995). Para o dos bloqueios de contato que implicam na compreensão do comportamento suicida, nos deteremos na projeção, retroflexão, confluência e proflexão.

Na *projeção*, a Gestalt-Terapia percebe o *modus operandi* do sujeito em uma procura por um outro meio de viver, criando a fantasia de que se morresse tudo seria diferente, melhor do que é hoje. A *retroflexão* torna mais perceptível a experiência da violência em si, pois como o indivíduo não consegue por no campo o que está sentindo, desejando e pensando, acaba por investir essa energia que não está sendo colocada no campo em si de maneira destrutiva (autolesões são comuns nesse caso). A *confluência* seria o encontro total com a morte, como a vida não faz mais sentido, não desperta desejo ou sentimentos, a pessoa já se encontra morta, ela tende a ir de encontro com a morte para uma total identificação com o seu existir. E, por último, a *proflexão* seria quando a morte de si afetaria o outro, quando o morrer



advinde de um desejo de que uma situação envolvendo um outro se torne como o indivíduo suicida deseja, a partir de uma ameaça. (FUKUMITSU & SCACACINI, 2013)

Para complementar este segmento, a Gestalt-Terapia aponta como foco da terapia com indivíduos com comportamento suicida a investigação da motivação e das fantasias que se associam a esse comportamento. É importante reforçar os fatores de proteção com o intuito de expandir as possibilidades e melhorar seu relacionamento com o meio em que está inserido.

### 3.2.4 Motivacional-Volitivo Integrado (Interated Motivational Volitional - IMV)

A partir de uma visão biopsicossocial, o modelo teórico baseado no *Interated Motivational Volitional* (IMV), que traduzido para o português fica modelo Motivacional-Volitivo Integrado (MVI) foi desenvolvido pelo professor Rory O'Connor, em 2011, com atualização mais recente, em 2018, em parceria de O'Connor com Kirtley. É um modelo em três partes que descreve o contexto biopsicossocial no qual a ideação e o comportamento suicida podem emergir (fase pré-motivacional), os fatores que levam ao surgimento da ideação suicida (fase motivacional) e os fatores que governam a transição da ideação suicida para as tentativas de suicídio/morte por suicídio (fase volitiva) (Figura 3) (O'CONNOR E KIRTLEY, 2018). Possui 7 premissas chaves para o seu funcionamento, como mostra o quadro 1.

Tabela 3: Premissas para o Modelo Motivacional-Volitivo Integrado (MVI/IMV)

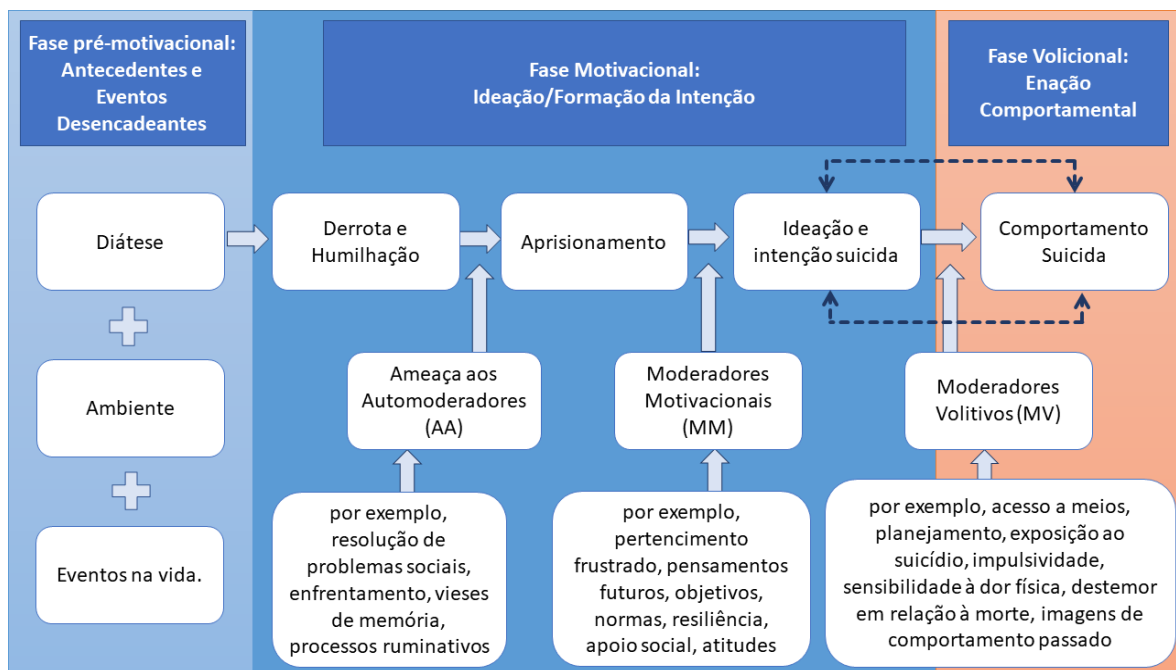
Premissas para o IMV	
1	Fatores de vulnerabilidade combinados com eventos estressantes da vida (incluindo adversidades no início da vida) fornecem o pano de fundo para o desenvolvimento de ideação suicida.
2	A presença de fatores de vulnerabilidade pré-motivacionais (por exemplo, perfeccionismo socialmente prescrito) aumenta a sensibilidade aos sinais de derrota.
3	Derrota/humilhação e aprisionamento são os principais fatores para o surgimento da ideação suicida.
4	O aprisionamento é a ponte entre a derrota e a ideação suicida.
5	Os fatores da fase volitiva governam a transição da ideação/intenção para o comportamento suicida.
6	Indivíduos com histórico de tentativa de suicídio ou automutilação apresentarão níveis mais altos de variáveis motivacionais e de fase volitiva do que aqueles sem histórico.

7 A angústia é maior naqueles que se envolvem em comportamento suicida repetido e ao longo do tempo, e a intenção é traduzida em comportamento com crescente rapidez.

Fonte: O'CONNOR & KIRTLEY, 2018 p.3

A *fase pré-motivacional* (Figura 4) é composta por três elementos: diátese, eventos de vida e ambiente. Em ordem, a diátese abrange os fatores biológicos, como um problema cognitivo ou uma predisposição genética para o comportamento suicida. Os eventos de vida são os acontecimentos que ocorrem na vida dos seres humanos e podem ser caracterizados como adversos e/ou negativos e, assim, contribuem para que possa desencadear um comportamento suicida. Por último, tem-se o ambiente onde estamos inseridos e como ele nos afeta de maneira negativa. Problemas socioeconômicos como uma recessão podem ser fatores que afetam diretamente o comportamento suicida. "A *fase pré-motivacional inclui variáveis, como o perfeccionismo social, que aumentam a vulnerabilidade ao sofrimento psíquico*" (KIRTLEY; O'CONNOR E O'CARROL, 2015, p.157).

Figura 4: Modelo IMV do comportamento suicida.



Fonte: O'CONNOR & KIRTLEY, 2018, p.2 (adaptado para o português pelo autor)

É nesta fase pré-motivacional que muitos eventos adversos de vida podem ocorrer, como os de violência simbólica (racismo, misoginia, etc.) e os de violência urbana (exposição a armas de fogo, exposição de corpos, etc.) (BOURDIEU, 1996; NUNES, 2017). Nesta fase, o que experienciamos de maneira consciente e inconsciente nos atravessa de maneira

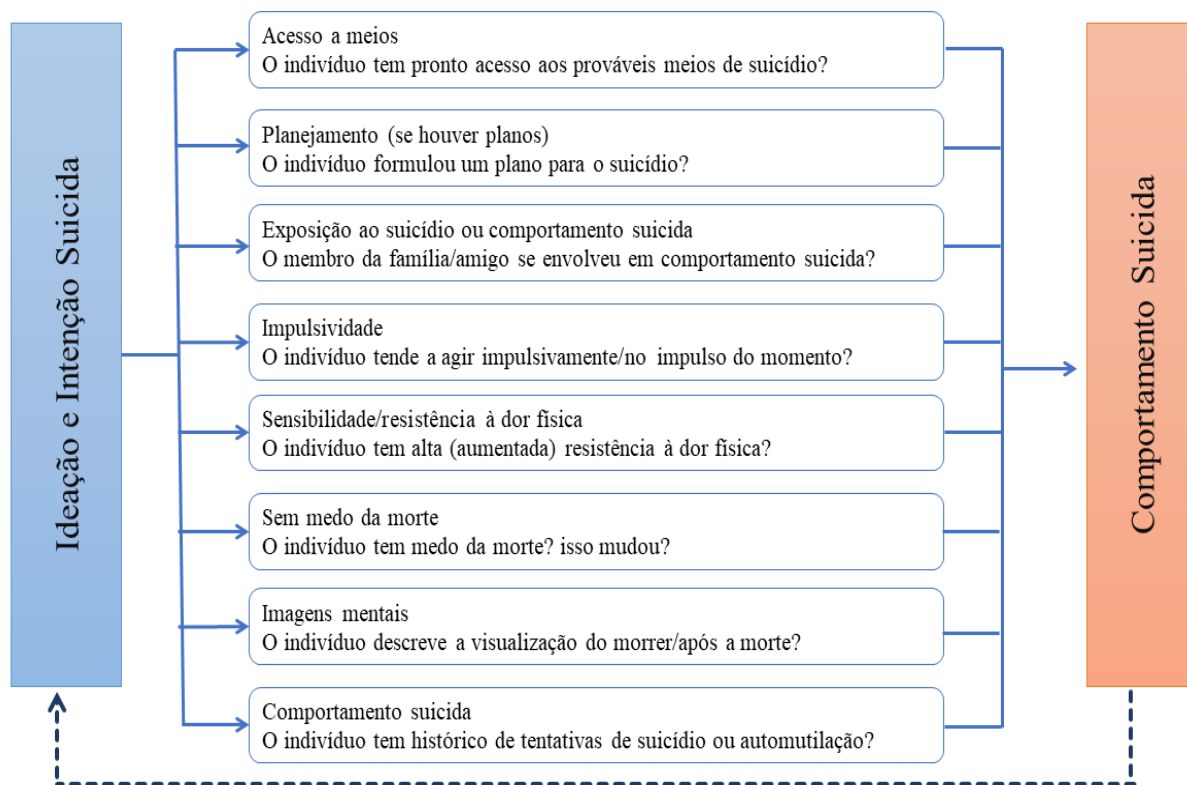
simbólica, marcando a alma e podendo deixar marcas, o que irá afetar o meio que está inserido e criará um modo de agir, *habitus*, que é fruto dessas violências sofridas, de maneira a reproduzir o que aprendeu ou até mesmo criar novas maneiras de perpetrar essa violência. Essas violências simbólicas são uma parte dos fatores que aparecem na fase pré-motivacional que se encontram no campo que vivemos podem ajudar a passarmos da fase pré-motivacional para a fase motivacional, que avança na compreensão de que não somos afetados de maneira passiva.

A *fase motivacional* foca nas questões psicológicas, nos processos que envolvem a mente e o surgimento de uma ideiação e intenção suicida. Uma derrota e/ou humilhação são premissas para que a fase motivacional se inicie e são preditores de que um começo de ideiação/intenção suicida comece. A derrota e a humilhação podem levar a um sentimento de aprisionamento, que pode ser interno (aprisionado pela dor devido a pensamentos e sentimentos ruins) ou externo (evitação de lugares ou experiências no mundo) (O'CONNOR & KIRTLEY, 2018). Quando os automoderadores são ameaçados (AA), torna mais provável que a derrota/humilhação leve a esse aprisionamento, devido a estarem ligados diretamente a resolução dos problemas. (KIRTLEY; O'CONNOR E O'CARROL, 2015)

A última parte da fase motivacional é a transição do aprisionamento para a ideiação suicida. O'Connor e Kirtley (2018) acreditam que a presença dos moderadores motivacionais (MM) ou sua ausência estão diretamente ligadas a essa passagem para uma ideiação, já que quando os MM estão presentes possibilitam que o indivíduo perceba saídas e alternativas para situações adversas. A falta desses MM e o fortalecimento de sentimentos como solidão, pouco suporte social e emocional contribui para a ideiação suicida ganhar força, lembrando sempre que são atitudes que podem aparecer de maneira explícita (onde todos conseguem enxergar o problema) ou de maneira implícita (somente é perceptível se compartilhado pelo indivíduo) (O'CONNOR & KIRTLEY, 2018).

A *fase volicional* introduz os moderadores volitivos (MV), que são a força motor para a passagem de uma ideiação/intenção suicida para um comportamento suicida. É onde se encontra a enação que é o termo criado por Valera, Thompson & Rosch (1992) para trazer a inseparabilidade entre a ação e a percepção, ou seja, entre a cognição e as realizações biológicas de um organismo. Os MVs são destrinchados nessa fase, como pode-se ver na Figura 5:

Figura 5: Da ideação suicida ao comportamento suicida a partir do modelo IMV.



Fonte: O'CONNOR & KIRTLEY, 2018 p.5.

Os MVs mantêm a estrutura biopsicossocial, como o acesso aos meios (ambiente), impulsividade (psicológica) e se relacionar com alguém próximo que já tentou ou se suicidou (social). As linhas pontilhadas presentes na figura acima mostram o movimento cíclico que pode existir para algumas pessoas de ir a uma ideação suicida, passar por vários MVs até chegar ao ato suicida e, depois, se o ato não for consumado, voltar a esta fase de ideação (O'CONNOR & KIRTLEY, 2018).

Tendo elucidado o modelo, ainda vale ressaltar alguns fatores sobre o IMV como algumas críticas que os próprios autores O'Connor e Kirtley apresentam. O modelo, apesar de aparecer de maneira linear, não deve ser levado dessa maneira, pois não é possível prever e nem se acredita que a intensidade e até as formas de AA, MM e MV sejam os mesmos com o passar do tempo e depois de uma tentativa de suicídio (O'CONNOR & KIRTLEY, 2018).

Dada a complexidade dos caminhos para o suicídio, o modelo em sua forma atual não aborda a questão de saber se combinações particulares de variáveis de todas as três fases do modelo resultam em trajetórias de maior risco para comportamento suicida. Identificar tais "trajetórias de risco" pode representar passos importantes para gerar mais perfis ou subtipos que também podem auxiliar nosso desenvolvimento de intervenções personalizadas para grupos específicos (O'CONNOR & KIRTLEY, 2018, p.6)

Para explicar a teoria do IMV de maneira lúdica, recorre-se a seguinte metáfora (: quando nascemos ganhamos uma mochila que carregaremos até o fim da existência. Mas, até lá, andaremos pelo caminho da vida com nossa mochila e nela colocaremos tudo o que nos atravessar - nossos momentos felizes, tristes, sofrimentos, lutas, vitórias e medos. Contudo, nesse caminho não andamos sozinhos e muitos caminham ao nosso lado e eles podem colocar coisas em nossa mochila também que podem ser sentimentos ou eventos de valência positiva ou eventos ou sentimentos de valência negativa. Além disso, não nascemos com a mochila completamente vazia, já carregamos o que nossos pais nos deram geneticamente, como uma predisposição a uma doença, por exemplo. Assim, a nossa mochila pode ir ficando muito pesada ao longo dos anos e, muitas vezes, não conseguimos suportar e precisamos parar, limpá-la ou precisamos de ajuda para carregá-la. Mas, tem algumas coisas que não saem da mochila de jeito nenhum. Quando a mochila fica muito pesada, temos dificuldade de seguir em frente e muitas vezes pensamos em tirar a mochila antes da hora e acelerar nosso caminho até o fim. Mas, com ajuda, muitas vezes conseguimos remendar, costurar a mochila e suportar o peso dela, ficando mais fortes e assim seguir em frente (SCHAUER, NEUNER e ELBERT, 2021).

#### 4 PREVENÇÃO DO COMPORTAMENTO SUICIDA

Nos últimos anos, programas e intervenções com o objetivo de prevenir o comportamento suicida vêm sendo propostos, os quais incluem a melhoria da qualidade de vida dos grupos mais atingidos e a eliminação do estigma em torno do tema. O desafio da prevenção consiste em identificar pessoas em situação de vulnerabilidade, entender as circunstâncias que influenciam seu comportamento suicida e estruturar intervenções eficazes (OMS, 2002). Batista *et al.* (2018) ainda nos trazem uma visão mais ampliada sobre a questão da prevenção do suicídio, saindo do evitar mortes e indo em direção a ser uma busca para entender como provoca a sociedade e seus envolvidos, entender os motivos e os fatores éticos relacionados.

A OMS (2014) aborda os conceitos de prevenção a partir da seguinte caracterização: universal, seletiva e indicada. A *primeira* não tem o objetivo de atingir apenas o indivíduo que possui o comportamento suicida, mas é direcionada para a população de modo geral. Atua com um direcionamento aos fatores de risco, atingindo o ambiente e influenciando na prevenção das violências reais ou simbólicas, que permeiam os indivíduos e a sociedade que estão inseridos, sendo, então, realizados antes mesmo da ideação suicida surgir (WHO, 2014). É considerada uma estratégia de prevenção universal ao suicídio devido a sua totalidade, abrangendo toda sociedade e não fazendo distinção de idade, raça/etnia, orientação sexual, etc. Campanhas com intenção de controlar ou reduzir o consumo de álcool e outras drogas são exemplos deste tipo de ação de prevenção (MADELYN & SHAFFER, 2002).

As estratégias de *prevenção seletiva* visam à identificação dos problemas em sua fase inicial, no caso na fase onde a ideação suicida aparece, podendo ser ainda sem o planejamento do ato e nem o conhecimento ou acesso aos meios. Essas estratégias têm como foco os grupos de risco, grupos mais vulneráveis e propensos a desenvolverem comportamento suicida, como crianças e adolescentes em situação de abusos constantes. Com essas estratégias, pode-se evitar o desenvolvimento do comportamento suicida, cabendo o encaminhamento para profissionais especializados. A campanha do “Setembro Amarelo” pode ser classificada como uma ação de prevenção seletiva, pois atinge não só quem possui o comportamento suicida mas também todos que podem desenvolver (WHO, 2014). Por último, as estratégias de *prevenção indicada* são direcionadas às pessoas que já tiveram a prática suicida ou que estão em iminência de acontecer. Nestes casos, a implementação de programas de tratamento e cuidado desses indivíduos é necessária, podendo chegar inclusive a

uma internação. O trabalho é voltado para que se evite a consumação do ato ou que ele não se repita.

Ao contrário de uma doença mental cujos sintomas são controlados ao longo do tempo por meio de um regime combinado de psicoterapia e drogas psicoativas, o tratamento do suicídio baseia-se inteiramente em dois tipos de apoio: prevenção e intervenção. A característica distintiva dessas abordagens é temporal: os esforços de prevenção visam prever e dissuadir grupos em risco de tentar o suicídio, enquanto a intervenção visa intervir em um encontro real de suicídio (KRISHNAMURTI, 2020, p.24)

No Brasil, as estratégias de prevenção do suicídio estão ainda em fase inicial. Em 2006, o governo federal instituiu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2006). As diretrizes nacionais estão justificadas no documento pelo aumento do fenômeno do suicídio entre grupos vulneráveis, com destaque especial ao grupo de jovens entre 15-25 anos de idade. Mais recentemente, em 2019, foram lançados dois outros importantes documentos, um pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos denominado "*O suicídio e a automutilação tratados sob a perspectiva da família e do sentido da vida*" (BRASIL, 2019) e outro pela Secretaria do Estado do Rio Grande do Sul, em conjunto com entidades que fazem parte do Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, intitulado "*Guia Intersetorial de Prevenção do Comportamento Suicida em Crianças e Adolescentes*" (COMITÊ, 2019).

Concomitante a isso, em 2022 a Lei Nº.13819 institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, que traz orientações—quanto à prevenção da automutilação. Essa lei demonstra mais claramente que o Brasil fará esforços não somente no âmbito público, mas em ressonância com os setores privados, a implementação e práticas de prevenção do suicídio.

Para se construir programas de prevenção do suicídio, há necessidade de conhecimento sobre os fatores de risco que envolvem o comportamento suicida, como: transtornos mentais, tentativas anteriores de suicídio, exposição a eventos adversos de vida, resiliência limitada, tentativas de suicídio em familiares ou pessoas próximas, elevado estresse e acesso aos meios para se cometer o ato suicida (BILSEN,2018). Entender esses fatores de risco é estratégico na prevenção do comportamento suicida.

Souza *et al.* (2019), em sua pesquisa com 18 enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde de Teresina/Piauí, evidencia a prática do modelo biomédico com encaminhamento dos pacientes para o psiquiatra para o devido tratamento medicamentoso. Além disso, esses enfermeiros afirmam que a falta de manejo e conhecimento de ações de prevenção se devem à "*falta de capacitação por meio de órgãos responsáveis por coordenar as UBS e pela*

*deficiência durante a formação acadêmica, que não prepara o enfermeiro para tal prática.”* (SOUZA *et al.* 2019).

Fazendo um paralelo com a teoria IMV, a prevenção do suicídio pode se inserir no campo pré-motivacional, com ações que permitam a mudança das estruturas do campo em que a sociedade se encontra. Isso traz à luz que a intervenção em ações de prevenção para a sociedade como um todo, classificada como prevenção universal, altera as estruturas do capital simbólico e, conseqüentemente, do *habitus*, fazendo com que esse fardo seja mais leve e até mesmo deixe de existir para futuras gerações dentro dos microcosmos de cada um.

Lima (2022, p.118-122) traz a questão da morte como um silenciamento individual, mas como uma voz que não consegue se expressar. Também como uma indicação de falha de comunicação entre os pares que torna o suicídio como a única alternativa de poder exercer a sua voz - a voz de um grupo que só pode ser ouvida com a morte de UM indivíduo para falar sobre os discursos, negligências vividas, abandono, apagamento social e todas as desconexões impostas e vividas por esse UM.

Anthony Biglan (2018) aponta em seus estudos a importância que os ambientes nutridores possuem quando se fala de prevenção suicídio. A importância do bem-estar humano está intrinsecamente ligada a esses ambientes que, de acordo com Biglan (2015), contribuem para a prevenção de problemas que possam surgir na vida das pessoas de maneira biopsicossocial. Além disso, o encorajamento de comportamentos denominados pró-sociais (como atividades comunitárias) e a participação da família e das escolas reduziriam esse problema.

Concomitante a Biglan (2015, 2018), o suicidologista De Leo (2002) traz uma visão ampliada à prevenção do suicídio quando incentiva uma prevenção em escala universal, onde se teria maior chance de afetar as condições problemáticas que o indivíduo está inserido e que corroboram para os comportamentos suicidas como o desemprego, acesso a meios destrutivos, isolamento social, etc (DE LEO, 2002).

Em contraponto a De Leo (2002), para Mann, Bertolote, Apter *et al.* (2005), muitas intervenções educacionais universais são multifacetadas e abrangentes em demasia. Assim, não se sabe quais componentes de fato produzem o resultado desejado da prevenção, Mesmo assim, são as intervenções mais difundidas e popularizadas em saúde pública, mesmo sem a avaliação sistemática adequada.

Mann, Bertolote, Apter *et al.* (2005), indicam como estratégias para melhor prevenção do suicídio a educação médica (incluindo procedimentos farmacoterápicos), psicoterapia,



utilização de *gatekeepers*<sup>1</sup>, restrição aos meios, triagem em potenciais locais de população vulnerável ao comportamento suicida, cadeia intersetorial de tratamento e influência sobre os meios de comunicação (como noticiam e lidam com o suicídio e a sua prevenção).

A partir do que foi supracitado como meios de se prevenir o suicídio, a questão do direito de intervir e até onde se pode intervir nessa prevenção tem sido discutida. A racionalização científica, a dominância do saber médico pode tomar a noção de liberdade imperativa.

Boccardi (2021) assume a doença mental ou a "turbulência emocional" como razões para os profissionais de saúde serem chamados a intervir, com compaixão e acolhimento. Essa coerção compassiva (Szasz, 1994) coage e dá direitos aos médicos de intervirem pela vida a qualquer custo, tirando um saber legítimo e autônomo do indivíduo sobre seu próprio ser, tendo que assim inibir qualquer tentativa e suposto pensamento suicida. Assim, acaba-se dificultando a prevenção do suicídio pelas formas de pensar em que suicida e médico se encontram, em posições diferentes, o que torna o diálogo unilateral e interdito. Em contraponto a isto, Boccardi (2021) ainda fala que é urgente uma sensibilização verdadeira para alcançar toda a complexidade do suicídio, no nível de complexidade das relações sociais que, não raras, são brutais. Aponta a possibilidade de escolha de enfrentar essas complexidades de forma mais igualitária e não como médico/paciente numa relação desigual e impositiva.

De qualquer maneira, a notificação dos casos de suicídio são de extrema importância para o acompanhamento epidemiológico do tema e atua como instrumento de prevenção. Conte *et al.* (2015) abordam o fluxo das notificações das tentativas de suicídio na atenção básica, pontuando que elas comumente são subnotificadas, contribuindo para não serem incluídos nas ações de prevenção do suicídio nas políticas de saúde pública. Indo na mesma direção, as ações de prevenção devem ser intersetoriais com a formação das redes com foco no cuidado (Garbin *et al.*, 2015) e, para isto, a notificação das tentativas de suicídio se mostram muito importantes.

A subnotificação é agravada pelo tabu que rodeia o suicídio favorecendo assim a troca das causas de mortes possíveis por outras, o que prejudica e retarda as ações de prevenção do

---

<sup>1</sup> *Gatekeepers* é uma palavra que pode ser livremente traduzida para "guardiões". São pessoas que fazem parte da comunidade ou organização onde populações vulneráveis ao comportamento suicida se encontram, podendo eles, se treinados adequadamente, identificarem e encaminhar para avaliação e tratamentos adequados. Podem ser clérigos, enfermeiros, farmacêuticos, cuidadores geriátricos, funcionários de uma escola, funcionários de prisões, militares, dentre vários outros.

suicídio, mostrando que políticas públicas voltadas para mudanças sociais são de extrema importância. (MENEGHEL, 2004; MARCOLAN, 2018)

Ainda quando se pensa em prevenção, Bertolote (2004) há 19 anos aponta que se são muito pensadas e pesquisadas as variáveis de risco ao ato suicida, os fatores de proteção são mais negligenciados, ficando apenas em nível teórico de discussão. Além disso, não se tem garantias de que uma ação ou programa de prevenção que funcione em um local funcione em outro. Para isso ser evitado e ser considerado pela saúde pública, os programas e ações de prevenção do suicídio devem considerar seus objetivos e metas claramente e a mensuração dessas ações e programas (Bertolote, 2004)

A partir da fala de Bertolote (2004), Navasconi (2022) lembra que não somente as regiões e culturas são diferentes, o que prejudica a replicação dos programas de prevenção, devendo-se levar em conta os indivíduos invisibilizados a todo momento, como, por exemplo devido a questões de raça/etnia, classe social e gênero. Necessita-se a radicalização da discussão do sofrimento, de que vidas são essas que precisam ser salvas a qualquer custo para as práticas de prevenção de suicídio, mas que são de menos valia, numa sociedade, que as desumaniza a todo momento produzindo desesperança, desespero, desamparo. Navasconi (2022) ainda traz em sua perspectiva que, em prol do individualismo biologizante e psicopatologizante está a produção do ser humano produtivo para a sociedade que não vive a vida digna que deseja viver e que não é escutado.

Afinal, entender a violência autoprovocada, que pode ser compreendida como sendo ideação suicida, autoagressões, tentativa de suicídio e suicídio consumado, sem considerar três elementos mínimos - raça, classe e gênero - é corroborar para uma prática, um olhar e uma concepção racista, homogênea, cisgênera, classista e branca do fenômeno do suicídio (Navasconi 2022, p.169)

Para melhor compreensão do que foi supracitado, Turner, Pisani *et al.* (2002) elucidam um conceito de paradoxo da prevenção do suicídio que se pode encontrar em diversas partes do mundo, como nos EUA e na Austrália: um movimento pendular onde, caso se foque em atividade ou um curso de ação para cuidar do suicida naquele momento, restringe-se em uma das pontas de um sistema abrangente e intersetorial de ações. Um exemplo desse movimento pendular seria o foco em cuidados médicos e farmacológicos, que não se interligam com o suporte a relações interpessoais ou com atividades de promoção de saúde nas escolas, quando falamos de um adolescente. Turner, Pisani *et al.* (2022) defendem que esse movimento pendular deve ser mais abrangente e não deve ficar focado em apenas uma das pontas de ações de prevenção, precisa ser intersetorial e de maior abrangência a todo momento. Focar em apenas uma ação se prova pouco eficaz. É válido mencionar que dentro de seus estudos

sobre o conceito do paradoxo eles identificaram que seria necessário um maior investimento nas pessoas e nos serviços. Isso se deve ao fato de que, se não se focar em apenas uma ponta do pêndulo, pode-se acabar sobrecarregando os serviços já que serão utilizados não somente por quem precisa daquela especificidade no momento e sim por todos os que, no caso que estamos abordando, apresentam o comportamento suicida (Turner, Pisani *et al.*, 2022).

Apesar dos números, o investimento baixo em prevenção do comportamento suicida se torna evidente na literatura científica, que se dedica mais a ponderar sobre o tratamento dos casos após a ocorrência do ato do que a se dedicar à reflexão da prevenção (WHITLOCK & KNOX, 2009). Heath, Toste & MacPhee (2014, p.414) afirmam que “*um dos últimos temas abordados no campo da autolesão<sup>2</sup> não suicida é a prevenção.*” Vale ressaltar que nem sempre os sintomas do comportamento suicida são evidentes e, muitas vezes, o quadro só é revelado quando o ato é consumado (WITHLOCK E KNOX, 2009).

A pandemia do COVID-19, no início do ano de 2020, impôs a condição de isolamento social, medo e a perda de milhões de pessoas no mundo. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), no dia 9 de setembro de 2021, lança em seu website, a matéria que mostra a importância da prevenção do suicídio no período da pandemia de COVID-19 devido à exacerbação dos fatores de risco associados, como a queda da economia, abusos, traumas e questões de saúde mental como a depressão e ansiedade, além do acesso restrito a serviços de saúde nesse período. (OPAS, 2021). A Organização Mundial de saúde, em seu último boletim lançado em 2021 afirma:

As mortes devido a cada uma dessas causas são evitáveis. Intervenções multissetoriais mais eficazes e direcionadas são vitais para abordar a mortalidade relacionada e seus respectivos fatores de risco subjacentes, incluindo mental questões de saúde, segurança rodoviária e acesso a pesticidas, bem como os determinantes sociais que estão impulsionando as desigualdades na saúde resultados em todas as regiões e grupos de renda. Político compromisso e investimentos de longo prazo também são essenciais para sustentar e acelerar o progresso existente para cumprir as metas dos “Planos de Desenvolvimento Sustentáveis”. (WHO, 2021, p.33)

Em recente publicação, Arguelo e Bredemeier (2021) afirmam, a partir de sua pesquisa em Aquidauana/Mato Grosso do Sul, que uma educação continuada em prevenção do suicídio e à saúde mental de maneira geral se dá de maneira inexpressiva. Há ainda muitos tabus em torno do tema e uma resistência natural dos profissionais com pessoas que apresentem um comportamento suicida, o que implica diretamente no seu acolhimento e cuidado:

---

<sup>2</sup>A autolesão, é todo ato que envolve a agressão direta e intencional do próprio corpo com resultado não fatal e sem intenção suicida consciente (Krug *et al.*, 2002)

E é por meio da educação permanente que se conseguirá desconstruir os pré-julgamentos e práticas automatizadas e enraizadas no cotidiano das equipes, de forma a elucidar as dúvidas, tabus e promover um atendimento mais humanizado e acolhedor às pessoas em sofrimento (Arguelo e Bredemeier, 2021, p.281)

Os poucos estudos e ações voltadas à prevenção do comportamento suicida no Brasil tendem a ser generalistas, sem a preocupação com as especificidades de grupos sociais nem de peculiaridades das etapas do ciclo de vida. O ciclo vital pode ser definido pelo conjunto de fases que a pessoa passa desde o início da existência (nascimento) até a morte, com particularidades em cada período da vida. Cada etapa do ciclo vital é vivida de maneira única e particular, mas ao mesmo tempo com semelhanças entre si (Alarcão, 2006). Schlösser, Rosa e More (2014) separaram o ciclo de vida em “População infanto-juvenil”, “População adulta” e “População Idosa”, enumeraram fatores de risco do comportamento suicida segundo cada etapa do ciclo da vida, que podem ser vistos a partir do olhar da prevenção:

- *População Infanto-Juvenil*: maior incidência de conduta suicida em jovens de 12 a 19 anos, com indícios de que a cada 8 jovens, 1 tenta se suicidar. A reflexão sobre o comportamento suicida na infância é bem entrelaçada com a adolescência, muito devido à irreversibilidade da morte não estar presente até os 8 anos de idade. Depressão maior, família disfuncional, abusos sexuais e outros maus tratos são alguns dos fatores de risco comuns nessa etapa; enquanto, sentimentos de bem-estar, autoestima elevada, capacidade para buscar ajuda e flexibilidade emocional são fatores de proteção presentes;
- *População Adulta*: a entrada na vida adulta traz consigo transformações onde o jovem sem o apoio adequado pode apresentar comportamentos de risco devido a “liberdade” recém ganha (Ores *et al.*, 2012). Dentre os fatores de risco estão: questões socioeconômicas, desemprego, falta de perspectiva de vida, consumo abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas, disfunções familiares, transtornos mentais severos especialmente a depressão, enfermidades terminais, isolamento social, abusos na infância e adolescência, histórico familiar de suicídio e perdas afetivas significantes. A masculinidade tem importante papel como risco para a prevenção do comportamento suicida devido à sociedade patriarcal em que vivemos. Zanello (2018) traz em seus estudos que para se tornar um “homem de verdade” há uma necessidade de se mostrar trabalhador/provedor familiar, hétero, cisgênero e que tenha uma vida sexual ativa, mostrando que a falta de identificação com esse “homem de verdade”

pode afetar por qualquer dissidência com alguma dessas características apresentadas pode levar a um sofrimento.

- *População Idosa*: é a que mais cresce no Brasil (MINAYO & CAVALCANTE, 2010), com índices de suicídio em ascensão (MINAYO, PINTO *et al.*, 2012). A menor comunicação, descuido com medicação, falta de vontade de viver, descuido pessoal, busca por religião repentinamente e colocar pertences em ordem (preparação para a morte) são fatores típicos do comportamento suicida nesta fase da vida. Aposentadoria, morte de pessoas próximas, diagnóstico de uma enfermidade, isolamento social e perda de função social, quadros de depressão, ansiedade, desenvolvimento de transtornos psicológicos e/ou neurológicos, sentimento de culpa e dependência, rigidez e impulsividade são alguns dos fatores de risco presentes neste momento da vida (Beautrais, 2002; Conwell & Thompson, 2008).

A prevenção ao longo do ciclo da vida é essencial para a criação de novos programas para adultos como o rastreio universal em departamentos de emergência, cuidados primários focados nas minorias e o rastreio de condições de saúde adversas a estes indivíduos (Ramchand, 2021).

Em relação às especificidades de gênero, orientação sexual, raça/etnia e cor de pele, não há literatura suficiente que expresse esse enfoque, já que a linha de pensamento generalista permeia teoria e prática. Ramchand (2021) fornece dados fundamentais para a necessidade da prevenção do suicídio a partir de questões de desigualdade sociais e de violências simbólicas (por exemplo, sexismo, racismo, heterossexismo) que influenciam pensamentos suicidas, planos e tentativas entre indivíduos com múltiplas identidades sociais. Concomitante a isto, o estresse das minorias é num forte influenciador e uma base teórica para essas questões.

A teoria do estresse das minorias implica que a discriminação e preconceito concomitante aos estigmas de cada grupo minoritário podem aumentar muito o risco de suicídio e outros problemas de saúde mental (MEYER, 2003; YEH *et al.*, 2019). Ramchand (2021) reforça a necessidade de priorizar a prevenção nas minorias, trazendo esses recortes para dentro das ações de prevenção e indo além das estratégias tradicionais de promoção de saúde mental, incluindo questões de desigualdade social e histórica na prestação de cuidados em saúde mental.

## 5 METODOLOGIA

Como indicado inicialmente, este projeto se insere na pesquisa intitulada “Comportamento suicida: uma abordagem longitudinal da infância à vida adulta”, apoiada pela FAPERJ (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado Rio de Janeiro) e coordenada pela Dra. Joviana Avanci.

A metodologia proposta para a realização deste trabalho é a pesquisa qualitativa, que prioriza a investigação de questões particulares e singulares que se encontram em um nível de realidade que não pode ser apenas quantificado. A intenção é realizar entrevistas semiestruturadas com especialistas, que trabalhem ou que desenvolvam ações que se destacam à prevenção ao comportamento suicida.

A pesquisa qualitativa "trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis" (MINAYO, 2001, p.21). Minayo (2004) explica que as pesquisas qualitativas são "[...] aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (p.22-23)".

Velho (1980) ressalta que para garantir a neutralidade e a objetividade do pesquisador há uma necessidade de distanciamento mínimo, permitindo, assim, um olhar com maior neutralidade vinda do pesquisador e evitando a contaminação advinda de suas percepções subjetivas. Velho (1980) ainda afirma que é inevitável essa contaminação e que o pesquisador não deve se martirizar por isso, porém, deve ficar sempre atento e tentar manter ao máximo sua neutralidade.

A abordagem qualitativa ainda é potencializada por suas diversas fontes de informação, como análise de entrevistas, observações, etc. (FREITAS & JABBOUR, 2011). Essas técnicas possibilitam uma maior aproximação entre pesquisador e entrevistado/objeto de estudo, podendo se alcançar um maior grau de detalhes informais, além dos detalhes formais que, de alguma maneira, já são esperados. Bosi e Uchimura (2007) apontam que a produção subjetiva das práticas de saúde consegue ser alcançada de maneira mais assertiva quando usado métodos de avaliação e monitoramento qualitativos, não se restringindo apenas a respostas numéricas.

## 5.1 PARTICIPANTES

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 13 especialistas profissionais da saúde, dentre eles: 5 médicos psiquiatras, 8 psicólogos; entre 30 e 80 anos; 11 brancos e 2 negros; 8 mulheres e 5 homens; 4 atuam somente no setor privado, 3 somente no setor público e 6 mesclam entre setor público e privados; 10 brasileiros e 3 americanos; Apenas 2 pesquisadores exclusivos dentre os 13 entrevistados. O único critério de inclusão dos participantes aplicável é ser especialista com experiência no tema, seja na pesquisa ou no serviço. Para a identificação e escolha dos entrevistados foi levado em conta a relevância de seus trabalhos e publicações para a discussão da prevenção do suicídio de maneira prática e/ou conceitual. Como critério de exclusão, considerou-se ter atuação recente (menos de seis meses) no tema.

Tabela 4 - Tabela contendo dados dos entrevistados na pesquisa

Código dos Entrevistados	idade	sexo	Profissão	Inserção público/privado	Pesquisador exclusivo	Nacional/internacional	Etnia
E1	30+	Masculino	Médico Psiquiatra - Pesquisador	Privado	Não	Nacional	Branco
E2	60+	Masculino	Médico Psiquiatra - Pesquisador	Publico/Privado	Não	Nacional	Branco
E3	30+	Femino	Psicólogo - Pesquisador	Público/ Privado	Não	Nacional	Branco
E4	40+	Masculino	Psicólogo - Pesquisador	Público	Não	Nacional	Negro
E5	30+	Masculino	Psicólogo - Pesquisador	Público/ Privado	Não	Nacional	Branco
E6	30+	Masculino	Psicólogo - Pesquisador	Público/ Privado	Não	Nacional	Negro
E7	50+	Femino	Psicólogo - Pesquisador	Público/ Privado	Não	Nacional	Branco
E8	50+	Femino	Psicólogo - Pesquisador	Público/ Privado	Não	Nacional	Branco
E9	70+	Masculino	Médico Psiquiatra - Pesquisador	Público	Não	Nacional	Branco
E10	60+	Femino	Psicólogo - Pesquisador	Público	Não	Nacional	Branco
E11	60+	Masculino	Médico Psiquiatra - Pesquisador	Privado	Sim	Internacional	Branco
E12	40+	Masculino	Médico Psiquiatra - Pesquisador	Privado	Sim	Internacional	Branco
E13	40+	Femino	Psicólogo - Pesquisador	Privado	Não	Internacional	Branco

Por se tratar de um estudo qualitativo, a amostra obtida foi de conveniência, ou seja, não probabilística, com a seleção de indivíduos acessíveis e disponíveis a participar do estudo dentro da população pesquisada. Para isto se utilizou de uma amostragem em bola de neve

onde se criou a partir de premissas de inclusão e exclusão supracitadas um ponto de partida para entrar em contato com os entrevistados. A partir deste ponto os próprios entrevistados, a partir da entrevista experienciada e de suas redes profissionais e/ou pessoais, indicam outras pessoas para a entrevista e assim em contínuo movimento (Vinuto, 2014).

Em relação ao tamanho da amostra, Kant (1980) apud Minayo (2007) afirma que todo fenômeno possui magnitude, ou seja, aspectos que se repetem e podem ser contados (quantidade); e intensidade, aspectos que o tornam específico (qualidade). Esses dois aspectos se complementam. As pesquisas qualitativas estão voltadas para a qualidade do fenômeno, portanto, nesse estudo o tamanho da amostra está voltado para a compreensão da dimensão do fenômeno estudado, da peculiaridade e especificidade contida nas falas dos participantes. Segundo Minayo (2017), saturação é um termo criado por Glaser e Strauss (1967) para se referirem a um momento no trabalho de campo em que a coleta de novos dados não traria mais esclarecimentos para o objeto estudado. Este estudo não tem como objetivo esgotar as possibilidades de novos esclarecimentos, mas sim aprofundar o conhecimento a respeito do tema estudado, através da fala dos entrevistados.

Foi feito contato prévio com os participantes para verificar o interesse em participar da pesquisa, com o cuidado de esclarecer o objetivo e o caráter sigiloso do trabalho, bem como o procedimento das entrevistas. Primeiramente, foram realizados contatos com especialistas que fazem parte da rede de contato do autor e de suas orientadoras. A partir desses contatos, foram obtidas respostas positivas de 4 profissionais, sendo 2 psiquiatras e 2 psicólogos. A partir destes especialistas o leque se abriu para mais 5 entrevistados dentre eles 2 psiquiatras estrangeiros. A partir daí, outros 4 entrevistados foram contatados. O ponto de saturação se deu a partir do tempo de coleta das amostras e da resposta negativa dos indicados pelos outros entrevistados.

Conforme pontua Zaluar (1985), é importante o pesquisador manter um relativo envolvimento com o entrevistado, demonstrando empatia e tentando se colocar no lugar dele (GADAMER, 1999). Todos foram devidamente informados sobre a utilização de sua informação. Após o consentimento, foi iniciada a coleta de dados.

## 5.2 COLETA, PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com os especialistas, que não é uma conversa usual nem neutra (NETO, 2003). A entrevista semiestruturada, ou em profundidade, tem a função de ir além de apenas uma coleta de dados, é a abertura de um espaço onde o pesquisador busca colocar o participante em protagonismo através da criação



de uma relação, onde o participante pode expressar livremente suas vivências, emoções e percepções sobre o assunto proposto pela pesquisa com um controle do fluxo da entrevista pelo entrevistador (MORÉ, 2015).

É indicada para estudar determinados fenômenos com uma população específica, indo além de apenas um simples instrumento de coleta de dados. Há flexibilidade durante a entrevista para que a ordem das perguntas seja mudada e adequada ao melhor momento e também para a criação de uma pergunta inédita, caso o entrevistado entenda que seja necessário para o entendimento e aprofundamento do tema em questão (MANZINI, 2012).

O roteiro semiestruturado contém perguntas e temas previamente determinados, porém com abertura para que a pessoa possa falar sobre assuntos que não estejam presentes diretamente no roteiro, dando-lhes a possibilidade de expressar em suas falas os contextos, os significados e os sentidos que o problema estudado pode assumir. A intenção é conhecer menos a veracidade dos fatos e eventos narrados, e mais como são percebidos pelos entrevistados (CRUZ NETO, 1996). Entre os temas que foram abordados estão: os principais conceitos que se baseiam as estratégias de prevenção; as ações e estratégias desenvolvidas ou recomendadas, segundo o tipo de comportamento suicida; as especificidades de gênero/orientação sexual, raça/etnia e das faixas etárias na prevenção do suicídio; e as principais facilidades e dificuldades enfrentadas. O roteiro de entrevista está no Anexo 1.

As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador responsável pelo estudo. Em razão da pandemia do COVID-19 foi dada ao entrevistado duas possibilidades de escolher como ser entrevistado, de modo remoto ou presencial. Apesar da opção do presencial, 12 das entrevistas foram realizadas de maneira remota, através do aplicativo de videochamadas Google Meet e uma entrevista foi realizada por preenchimento do roteiro que foi traduzido e enviado por e-mail. Assim que foram autorizadas, as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. Para as entrevistas que ocorreram em inglês, não houve a necessidade de um tradutor.

De acordo com Minayo (2007), a análise de dados é a última fase de uma pesquisa qualitativa, é a análise do material recolhido: *“uma boa análise começa com a compreensão e internalização dos termos filosóficos e epistemológicos que fundamentam a investigação do ponto de vista teórico”* (Minayo, 2019, p. 27). Esta etapa é uma combinação de teoria, método e técnica que depende do objeto, mas também do modo de perguntar, dos instrumentos e dos dados coletados. Consiste no *“conjunto de procedimentos para valorizar, compreender, interpretar os dados empíricos, articulá-los com teoria que fundamentou o projeto ou com outras leituras teóricas”* (MINAYO, 2007, p.26-27). Minayo (2007) lembra ainda que ao

trabalhar o material coletado, procura-se desvendar a lógica interna da população investigada. A análise qualitativa vai buscar os “*códigos sociais a partir das falas, símbolos e observações*” (MINAYO, 2007, p.27).

Os dados obtidos na pesquisa foram tratados e analisados de acordo com a proposta da análise de conteúdo, modalidade temática, proposta por Laurence Bardin na década de 70, conforme esclarece Minayo:

“Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso” (MINAYO, 2014, p.316).

As 13 entrevistas foram transcritas. Os depoimentos foram organizados em categorias temáticas: 1) O que seria prevenção do suicídio e como se pode considera-la exitosa; 2) Como se dá a prevenção em torno do ciclo da vida; 3) Como hoje está se trabalhando com a prevenção específica em grupos vulnerabilizados; 4) Como as Políticas Públicas ajudam ou dificultam o campo da prevenção do suicídio; 5) Onde se pode fazer prevenção; 6) Quais as maiores dificuldade e facilidades de se construir e aplicar uma ação ou programa de prevenção no Brasil; 7) O que os especialistas entendem que deve ser feito a partir de agora, qual seria o melhor caminho.

### 5.3 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto mais amplo, onde este trabalho está inserido, encontra-se foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/ FIOCRUZ) com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) de número 57134422.6.0000.5240. Foram cumpridas todas as exigências da Resolução N.466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (que regulamenta a Pesquisa com Seres Humanos) e da Resolução N.510, de 07 de abril de 2016 (que regulamenta a Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais). Foram respeitados os princípios da: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade.

Antes de se iniciar as entrevistas, a pesquisa foi apresentada e as informações e contato pessoal do pesquisador e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) foram fornecidos. Foi explicitado o objetivo principal, o motivo do convite, os riscos e benefícios de sua participação na entrevista e o retorno ao participante. Foi mencionado a necessidade de assinar o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE) (Anexo 2), assinado de forma digital, uma cópia ficando com o participante e outra com o pesquisador onde consta o

objetivo da pesquisa, método e aplicação dos instrumentos a respeito do objeto. O TCLE foi traduzido (Anexo 3), enviado e retornado aos participantes americanos.

A participação foi voluntária e o anonimato dos entrevistados foi garantido. Também foram respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos dos sujeitos envolvidos, bem como o direito do mesmo em não querer participar. Os participantes foram convidados a participar voluntariamente, sendo-lhes assegurado a não obrigatoriedade e o total anonimato. Foi assegurada a confidencialidade e a privacidade, garantindo que as informações não serão utilizadas em seu prejuízo. Não será divulgado em hipótese nenhuma o conteúdo das entrevistas ou o nome dos participantes. Somente os pesquisadores envolvidos na pesquisa terão acesso ao material das entrevistas.

A pesquisa praticamente não oferece riscos, podendo haver muito eventualmente algum desconforto relacionado ao tema. Os benefícios envolvem a maior visibilidade da questão no contexto da saúde pública e na abordagem do tema da prevenção do suicídio. As perguntas também poderiam produzir nos entrevistados uma maior reflexão e elaboração acerca de suas experiências.

## 6 RESULTADOS

Os achados estão organizados em dez categorias de análise extraídas da análise das entrevistas com os especialistas: 1) Comportamento suicida: conceito e prevenção; 2) Prevenção na perspectiva de ciclo de vida; 3) Prevenção em grupos vulnerabilizados; 4) Locais onde se fazer prevenção; 5) Políticas Públicas de Prevenção do Suicídio; 6) A campanha do Setembro Amarelo; 7) Prevenção Exitosa; 8) Redes Sociais; 9) Facilidades e dificuldades; 10) Recomendações.

### 6.1 COMPORTAMENTO SUICIDA: CONCEITO E PREVENÇÃO

A conceituação de comportamento suicida para os especialistas entrevistados não foi uma temática muito abordada. Apenas um entrevistado explana o que compreende como comportamento suicida; outros acabam dando a questão como subentendida, já que estavam sendo entrevistados por um pesquisador com familiaridade com o assunto. De forma geral, baseiam-se na visão das normas e manuais sobre o tema, que concebe o comportamento suicida como uma junção de três etapas: a ideação suicida, o planejamento da ação, a tentativa e o suicídio por si. Vale ressaltar que, dentro do comportamento suicida, surgem concepções generalizadas e intrínsecas, como a estigmatização do suicida, a falta de Estado para fazer prevenção em qualquer nível, a patologização, a suspensão do saber de si, a tomada de decisão sobre a vida do suicida por terceiros, algumas destas questões abordadas mais à frente neste capítulo.

No Brasil, acho que [é] a principal dificuldade; é tempo de mudar um pouco a mentalidade no sentido de que ainda entendem: o comportamento suicida como algo ligado diretamente a doença psiquiátrica. Como se fosse um sintoma ou um resultado, uma consequência da doença psiquiátrica. (E1)

Uma das mais famosas é esse projeto ocorrido na Suécia, liderado pelo pessoal do Instituto Karolinska, junto a estudantes de ensino médio, em que conseguiram uma diminuição no que se chama de comportamento suicida, que é a união de ideias, planos e tentativas de suicídio. (E2)

A prevenção do comportamento suicida fica dividida entre os níveis de prevenção universal, seletivo e indicado, já apresentados nesse trabalho. As estratégias universais são vistas, por exemplo, como campanhas para redução de meios que facilitam o suicídio (como a campanha do desarmamento), disseminação e criação de novas políticas públicas que cuidem dos direitos das populações marginalizadas (como demarcação de terras dos povos originários), garantia do direito e acesso à saúde para todos (investimento no SUS), etc. Para níveis de prevenção seletivos, a promoção de saúde mental e física são fatores chaves, destacando-se programas em escolas onde o jovem pode compartilhar e ser visto e cuidado

por profissionais (não necessariamente da saúde) e por seus pares, além de serem incentivados a sua autonomia e a buscar um sentido de vida para si. Um exemplo de ação em nível seletivo é o “*Projeto Escola: uma proposta de intervenção em contexto de pandemia*” do Instituto de Pesquisa, Prevenção e Estudos em Suicídio (IPPES). Em nível de prevenção indicado surge o maior debate entre os especialistas sobre o que seria mais adequado ou inadequado.

Alguns acreditam que em casos mais agravados a medicalização mais severa e a própria interdição em instituição psiquiátrica é o necessário naquele momento de crise, ações denominadas por um dos entrevistados como coerção compassiva, teoria advinda de Tomas Szasz (1999). Outros já trazem a aproximação com o indivíduo, sua liberdade de poder se expressar e ser acolhido de maneira que ele não sinta que perdeu o controle sobre sua própria vida, apontando que esta estratégia traz melhores resultados, mais humanizados e com maior durabilidade. Entretanto, todos falam sobre a necessidade da intersectorialidade, integrando médicos, psicólogos, família, grupos de apoio, professores, comunidade, etc. Só nessa ação intersectorial é que o ser humano como um todo pode ser cuidado, pensando a prevenção do suicídio como pendular, podendo agregar instituições e grupos como saúde mental, escola, dentro de casa, até que o pêndulo possa voltar a si mesmo:

O que você está começando a ver em diferentes lugares ao redor do mundo é uma espécie de balanço do pêndulo. [...] O suicídio não é o domínio da saúde mental. Isso precisa ser lembrado pela comunidade, sociedade, negócios, muito mais amplo assim e, e realmente público (E12)

Alguns especialistas destacam o uso indicado e responsável de intervenções medicamentosas e internações como métodos eficazes de se prevenir a morte em situação de crise intensa.

Eu já tive muitos pacientes que num determinado momento da consulta me agradecem porque durante a depressão ele pensou seriamente em pôr fim à vida e por causa de uma ou outra medida que a gente tomou junto com a família ou às vezes uma internação até. Ele não se matou e quando sai da depressão ele fala, “*puxa, eu amo minha família, eu amo meus filhos, eu amo o que eu faço profissionalmente. Que bom que eu não me matei.*” Ouvei muitas dessas pessoas tentarem se matar e algumas morrerem no auge do desespero (E2).

Eu uso a escala, primeiro eu tenho na minha cabeça, eu não fico contando ponto, que eu já sei, mas se há um risco grave ou moderado há uma indicação de internação psiquiátrica. Internação psiquiátrica também é uma prevenção ao suicídio (E8).

Dentre essas falas, vemos que há pontos importantes e a serem considerados pelas duas visões e a complementariedade entre elas. Em casos extremos de perigo a própria vida, medidas como internação e medicalização são necessárias. Outros, no entanto, preocupam-se mais com a não estigmatização dos pacientes, que podem perder sua identidade e saem do “estou” doente, “estou” depressivo, para o “sou” doente, “sou” depressivo. Retornar essa

consciência de se “estar” e não de “ser” através de pontos positivos, construção e produção de vida pode ser essencial e mostra um caminho que pode ser seguido mesmo em casos de internação, os locais de internação humanizadas podem contribuir para esta construção.

A prevenção é vista como conservadora e sem grandes mudanças nas ações e programas no Brasil, em tentativa de adequação as concepções de prevenção universal, seletiva e indicada pela OMS. A prevenção mais conservadora seria quando as práticas trazem ao suicida uma patologização imediata de sua condição de ser no mundo, introduzindo a pronta medicalização e a interdição em instituições psiquiátricas nos casos mais agravados. De modo geral, prevenção indicada e a maneira de como preveni-la são o que mais aparecem tanto nos documentos e manuais, até mesmo com um excessivo enxerto de “dicas” e “passo a passo” para se lidar com o suicida, estigmatizando-o como um doente mental.

A maioria se baseia nisso, no autocuidado, na medicalização, na prevenção. Por mais que seja idealista e eu acho que não é idealista, é só uma questão de vontade política. A gente tem que investir numa proposta de promoção de saúde (E4).

A prevenção do suicídio. O que? O que eu dizia antes sobre a pessoa ser considerada doente? Por que se matar? Talvez nesses casos de pessoas que já receberam um diagnóstico, já são tratadas como doentes por outros motivos que não exclusivamente a ideia suicida. Talvez isso seja mais determinante, mais importante. A pessoa já tem uma história de submissão a um discurso que a destitui da subjetividade (E5).

Contudo, para prevenir ‘de verdade’, os especialistas consideram que devem ser feitas ações no nível universal, em nível de promoção de saúde e a eliminação de estigmas e preconceitos, questão que parece um consenso nas falas dos entrevistados. Esta busca por eliminação de estigmas e preconceitos em nível universal pode se dar através de campanhas contra o racismo e contra a homofobia, conscientização de prevenção a determinadas doenças (mentais ou não), campanhas que envolvam a redução de riscos a própria vida e a de terceiros.

A prevenção deve ser universal, devemos pegar os fatores de risco e preveni-los, tanto na adolescência quanto na criança e no idoso (E1).

Não há nada na grande maioria dos estudos de suicídio, a devida atenção a esses elementos que para mim são fundamentais. Não existe o sujeito sem raça, não existe o sujeito sem classe, não existe o sujeito sem orientação sexual. E não existe sujeito sem raça, sem sexo, sem gênero (E4).

É trazido pelos entrevistados que as políticas públicas devem estar em acordo e no direcionamento com a ‘produção de vida’ e ‘por modos dignos de viver’, termos que representam a noção de que o indivíduo precisa ser considerado enquanto um ser humano pensante e repleto de sentimentos e subjetividade, que necessita de apoio e acolhimento e que, muitas vezes, não os encontra no próprio universo familiar. A organização da sociedade por ações normativas direcionadas por necropolítica, controla quem deve viver e morrer a partir

de aparelhos sociais públicos, deixando de lado, por exemplo, famílias que necessitam do apoio do Estado para cuidar de um adolescente com comportamento suicida, não encontrando suporte, ou pior, se deparam com descaso e preconceitos.

Eu penso que prevenção do suicídio tem uma articulação maior. Produzir modos dignos de sobrevivência. Ou seja, produzir vida. [...] Então a gente vai ampliar a qualidade de vida. A gente vai inseri-lo no esporte, em dança e ampliar as oportunidades de estudo de trabalho. A gente pode inserir aí, se houver necessidade, uma equipe especializada, uma equipe interdisciplinar. A nossa tendência a pensar imediatamente nisso. Vamos botar os especialistas como se isso fosse sinônimo de prevenção do suicídio. Ou seja, o psiquiatra é o remédio, é o psicólogo. Em vários casos, é isso que a gente vai precisar mesmo. Mas não só isso. Entre outros. Não está falando de sujeitos que não têm modos dignos de sobrevivência. Como é que a gente vai fazer o sujeito desejar a vida se ele não tem? [...] Você está produzindo vida necessariamente evitando a morte a qualquer custo? Essa é a grande, a grande pergunta. Então dei um exemplo mais de hospital. Isso é reproduzido no seio familiar, na sociedade como um todo, e essa é uma lógica que a gente perpetua nos vários ambientes (E3).

Não adianta fazer prevenção sem ouvir o que esse sujeito tem a falar. Quando eu digo sujeito, eu não falo, ouvir o sujeito, é ouvir aquele que sofre, é ir para as pesquisas que já foram feitas, é ouvir e é conhecer. É escutar, nesse sentido, é escutar o sofrimento, escutar aquele que sofre, escutar as campanhas ou melhor as pesquisas que já foram feitas. O que já se tem de conhecimento sobre isso? Escutar a sociedade, escutar as pessoas que acompanham, as pessoas que sofrem e que sofrem junto. Escutar o sofrimento é abrir os ouvidos, para só então a gente entender o outro. Só assim a gente faz prevenção (E10).

Há também falas mais diretivas que acompanham o que é encontrado na literatura e na prática há mais tempo, um pensamento inclusive muito criticado hoje pela falta de subjetividade e excesso de medicalização. A prevenção do suicídio está relacionada a diminuição das taxas de morte.

Em primeiro lugar, para mim, quando eu penso em prevenção é reduzir as taxas de óbito por suicídio. E, em segundo, reduzir os princípios, trabalhar nos diversos fatores de risco e reduzir a intensidade, o número desses fatores de risco. Auxiliando para que menos pessoas tentem o suicídio e possam vir a óbito. Quando eu penso em prevenção do suicídio, penso, em resumo, na redução das taxas de suicídio (E1).

A prevenção do suicídio é o resultado de uma premissa de que o suicídio é algo ruim que deve ser evitado. Quando a gente entende que prevenção do suicídio é mais ou menos a mesma coisa, poderia ser um sinônimo de evitação do suicídio (E5).

Do ponto de vista prático, da Suicidologia, a prevenção é você fazer essa correlação entre os fatores de risco e os fatores de proteção. Uma vez sabendo quais são os fatores de risco, tem que traçar os fatores de proteção porque isto é prevenção, fatores de risco mais fatores de proteção, igual à prevenção, dentro da suicidologia. Como seria isso na prática? Por exemplo, um dos principais fatores de risco é o acesso ao método (E10).

Os entrevistados trazem a comum ideia de que muitas vezes prevenção é apenas uma forma de salvar a vida das pessoas a qualquer custo, reduzir taxas de suicídio em dados epidemiológicos (atrás das taxas há pessoas). Mas, como sociedade, o que tem sido feito para

que seja prevenido o suicídio? O que fazer com essas vidas depois de serem salvas? Essa é a questão para alguns dos entrevistados que refletem sobre como o Estado e a sociedade de maneira geral continuam a cometer violências de maneira contínua com os suicidas e população em geral, a exemplo dos transexuais que são extremamente atacados moral e fisicamente na sociedade, sendo o Brasil o país que mais mata transexuais do mundo (Transgende Europe, TGEU 2022). Não se faz prevenção do suicídio com ausência do Estado e com ausência de sua sociedade andando juntamente com essa ideia.

A prevenção em nível seletivo e indicado muitas vezes abarca o problema e o dissolve, porém, em alguns casos, pode resolver o problema momentaneamente, mas não efetivamente. Alguns suicidas podem ser internados e melhoraram, mas eles retornam para uma sociedade abusiva, que, em muitos casos, que não os aceitam como são, tornando essa prevenção focada em autoajuda e em viver a vida real e não digital (tema abordado mais à frente). Essa abordagem é vista como uma maneira de “enxugar gelo” como disse um dos entrevistados, especialmente nesses casos onde há muitos fatores de risco associados a sociedade em que se está inserido.

Muitas vezes a gente tende a pensar a prevenção do suicídio como evitação compulsória da morte das pessoas. Às vezes a gente é capaz de condutas e ações extremamente violentas, extremamente tutelares, paternalistas, que na verdade só ampliam, só tendem a ampliar o sofrimento da pessoa (E3).

Essa noção de promoção de saúde, que é evitar que o problema aconteça aqui, é criar condições para que uma nova forma de vida aconteça e de tal modo que o suicídio não se torne uma saída. Ela é só uma linha. É só uma frase solta. (E4)

Concomitante a isso, um dos entrevistados traz a ideia de que as situações que envolvem a vida dessas pessoas são tão difíceis que a morte pode ser uma escolha, como já é feito em alguns países europeus que possuem o suicídio assistido. Para um especialista, a questão mais impactante é que, apesar do paciente chegar com essa escolha, se já partirmos do entendimento que ele não pode fazer isso, estamos em campos existenciais diferentes. Para alcançarmos verdadeiramente esse indivíduo não precisamos ou devemos tirar seus direitos e suas convicções, mas sim, nos encaminharmos em direção a ele e sua escolha de maneira que um diálogo possa ser estabelecido genuinamente, e indicando um caminho, que inclua o acolhimento e a expansão de possibilidades.

Se eu entendo que se o suicídio é algo que deve ser evitado, isso está em discussão ou deveria estar em discussão? Porque essa visão de que o suicídio deve ser evitado, ela normalmente é extrínseca. Não é sempre, mas muitas vezes uma pessoa que chega dizendo que quer provocar a própria morte, chega por um profissional, inclusive encontra um profissional que tem uma premissa de que o suicídio não pode acontecer. Logo, são premissas diferentes. Logo são premissas diferentes e a pessoa que quer morrer acha que morrer é válido. A pessoa que está atendendo acha que



morrer não é válido. E aí se tenta estruturar um diálogo, ignorando esse abismo. Isso já inviabiliza o próprio acolhimento (E5).

Apesar do entendimento de produção de vida, em muitas ocasiões, não se consegue um atendimento acolhedor e respeitoso com o suicida nas emergências e nos hospitais. Há também o sofrimento decorrente da estigmatização do suicida, da forma como ele é tratado e muitas vezes punido por ter tentado e, quem sabe, por ainda querer atentar contra a própria vida. O julgamento e preconceito com o suicida ainda acontece nos ambientes da saúde nos dias de hoje, mesmo tendo campanhas como a do Setembro Amarelo. Em geral, o suicida ainda é tratado como um estorvo para os serviços de saúde, alguém que subverte a ordem médica, julgado pela sociedade como fraco. Vive-se hoje com a impressão de que é preciso ser forte o tempo inteiro e que fracos não têm vez, sendo passíveis de eliminação. Com isso, muitas vezes além de abusos psicológicos e físicos também são impostos a eles como a amarração na cama e o não fechar a porta para fazer xixi, como exemplificado por um entrevistado. Entende-se que se deixar o paciente sem ser amarrado ou permitir que ele feche a porta possa propiciar outra tentativa. Todavia, há maneiras mais humanizadas de se fazer esse processo, como por exemplo permitir a presença de acompanhante, como já é feito em várias UTI's, ou a porta poder fechar mas não ter tranca. O preconceito e julgamento, a retirada da subjetividade do indivíduo e a premissa de que, praticamente ele não é mais um ser humano por não ter escolha, permite com que vários tipos de violência sejam feitas com o suicida nesses locais. Um meio de se prevenir isso é a capacitação das equipes de saúde que trabalham em emergências.

Muitas vezes [a instituição de referência de cuidados] amplia, potencializa a ponderação desse sujeito, porque ele chega, ele precisa, ele é extremamente julgado, ele é extremamente maltratado, podendo inclusive ser punido. Além disso, não se pode falar disso melhor depois. Ele precisa se justificar, mostrar que está arrependido. Ele pode ser extremamente vigiado. Pode ser amarrado. Pode não conseguir fechar a porta para fazer o xixi. Ele vai sendo, no final das contas, silenciado na sua dor. Há um aparato, seja de controle químico ou físico, que pode levar o sujeito a um distanciamento do outro. Porque esse sofrimento não cessa do dia para a noite. Então o que a gente pode dizer? Essas ações tutelares de imposição, muitas vezes fazem com que esse sujeito perca a autonomia no seu processo de cuidado. Muitas vezes desencoraja o sujeito sofrente de pedir novas ajudas, porque se não serve de referência de cuidado, é o lugar em que eu sou maltratado. Porque eu preciso me justificar? Porque eu sou vigiado o tempo inteiro. O que eu sou? Não sou interpelado, mas há uma imposição de condutas para que eu não me mate a qualquer custo, porque isso é evitar a morte a qualquer custo (E3).

Aqui no Brasil, poucos conseguem fazer uma coisa que nenhum outro serviço faz: começar um atendimento antes no caso, começar um atendimento numa emergência quando o tentante tá lá nessa situação de crise e é um momento tão especial. Esse momento, se você faz um encaminhamento bem-feito, se você sabe lidar com esse momento de crise, porque ele está acostumado a ouvir assim: "*você não queria morrer você queria atralhar o meu plantão, da próxima vez você faz isso, isso e isso que é tiro e queda*". Esses absurdos. Então, a gente chegar lá e dizer: "*o que*

*aconteceu? Estou aqui para te ouvir, não estou aqui para te julgar" E a pessoa não falar nada e a gente: "tudo bem". Eu lembro que eu tive uma paciente que falou, deu um depoimento ontem, ela não falava várias vezes e eu estava lá, todos os dias eu estava lá, durante duas semanas eu ia todos os dias vê-la e ela não falava nada porque ela não queria falar, mas eu estava lá. "E aí como é que você está? Vim aqui te ver". Ou na UTI que a gente vai, o paciente tá em coma, eu vou, eu pego nele: "oi, aqui é [nome do especialista], vim te ver, hoje é tal dia, você tá me escutando, não sei se você tá me escutando, mas eu estou aqui pra te escutar. Olhe, hoje é tal dia, vim ficar um pouquinho com você aqui e eu volto tal dia". Então, eu tenho relatos de pacientes que acordaram depois e diziam assim: "eu sabia quando você chegava pelo barulho do salto do seu sapato e você não sabe o quanto era importante porque todo mundo age ali como se a gente tivesse morto" (E10).*

Na visão dos especialistas, para fazer a prevenção do suicídio, a subjetividade precisa ser destacada por quem faz prevenção, de quem faz as políticas públicas, a construção de vida, dar motivos, dar sentido à vida que parece tão limitada de escolhas ao suicida. O suicida não deve ser estigmatizado mais do que já é como um ser doente e incapaz, uma pessoa com restrição de escolhas e sentidos. Por meio de políticas públicas, educação e treinamento dos profissionais é possível acolher uma pessoa em sofrimento para que se abra para novas possibilidades, onde a morte não seja a única opção de saída de sofrimento. Nesse momento, considerar as estruturas sociais em que o indivíduo está inserido é fundamental. Os entrevistados em sua maioria foram enfáticos quando falaram sobre os grupos de apoio em sentido amplo, ou seja, família, amigos, escola, trabalho, centros de saúde, dentre outros locais, onde o indivíduo possa receber acolhimento de acordo com o que ele precisa e que considere suas condições sociais.

Como já dito anteriormente, os especialistas falam de como o suicida é “devolvido” a sociedade pode ser um fator de risco, em especial quando pensamos nos povos originários, na população LGBTQIA+ e na população preta. A prevenção precisa abordar o contexto de vida de cada um, o contexto em que um jovem preto não pode andar em um *shopping* sem ser seguido por um segurança, onde uma mulher ganhe um salário menor que o homem trabalhando tanto quanto e estando no mesmo cargo, o homem *gay* que não pode sair na rua vestido como quer por medo de sofrer violência física na rua e sabendo da impunidade aos agressores. Isso tudo deve ser levado em conta e a prevenção, as ações e programas devem entrar na esfera social, na esfera universal, para que mudanças e movimentos sociais efetivamente aconteçam e, conseqüentemente, as taxas de suicídio possam ser reduzidas, ao mesmo tempo que se promove saúde (Navasconi, 2019, p38-40).

É preciso pensar quem é esse sujeito. Qual é a sua história? Que grupo social ele está inserido? Sua raça, cor, condições de vida? Suas possibilidades de trabalho, De laço social, de vínculo, de apoio, de acesso à saúde? Construir um caminho com ele, sempre com ele, e não na lógica do que eu sei que é melhor para você. Como minimizar? É o ressignificar as situações de sofrimento, produzindo vida. Isso faz mais sentido para mim quando eu penso em prevenção (E3).

A gente vai pensar o que é produzir vida para este sujeito. Muitas vezes a gente vai estar falando de alguém que não tem o que comer, que não tem trabalho, que não tem rede social, rede de apoio afetiva. A gente está falando de dinheiro, do básico, da sobrevivência. É uma construção em rede, porque aí eu acho que tem uma coisa muito central. Hoje no meu trabalho eu não consigo pensar muito atravessando o suicídio de um modo tão individual. Eu acho que a gente precisa ampliar isso, coletivizar o cuidado, porque senão a gente vai estar enxugando gelo (E3).

Não tem como pensar a prevenção ao suicídio se não for falar sobre vida. Se não for falar sobre existência humana, a impossibilidade de expressão desses sentimentos, das emoções e das expressões humanas. Que condições de vida que nós temos nessa materialidade na contemporaneidade? Que condições de existência, de fala, de escuta, é uma coisa que eu sempre gosto de bater na tecla. É justamente de que as pessoas não precisam mais usar o próprio corpo para poder ter escuta. Isso é violenta, isso é perverso. Isso é doentio. De que eu preciso usar o meu próprio corpo para poder ter escuta. E mesmo assim eu recebo aquele silêncio, eu recebo apagamento (E6).

## 6.2 PREVENÇÃO NA PERSPECTIVA DE CICLO DE VIDA

Há um consenso de que a prevenção precisa ser feita ao longo de todo o ciclo vital do ser humano - infância, adolescência, fase adulta e velhice. Cada uma dessas etapas do ciclo vital possui semelhanças a nível de vivência e podem ter ações parecidas ou mesmo idênticas, principalmente quando abordamos ações a nível universal. Porém, cada etapa merece uma atenção especial, com especificidades sobre como lidar com as situações apresentadas pela vida, inclusive a mudança de ciclo vital pode ser um risco, como veremos mais a frente, em especial para o idoso. Um especialista chama atenção para questão da produção ou sentido de vida, que já foi apresentada, o que permeia todas as etapas do ciclo vital (talvez menos na infância devido a tenra idade). Para ser manter vivo e querer viver, o ser humano precisa encontrar um sentido para a existência; muitas vezes o jovem não consegue encontrar esse sentido, enquanto o idoso pode tê-lo perdido.

O adolescente e o jovem, ele não encontra o sentido da vida e o idoso perdeu o sentido da vida. Porque tudo tem que ter sentido, uma vida sem sentido não vale a pena viver (E10).

Acho que a compreensão do suicídio ao longo do ciclo de vida é absolutamente essencial. Não é fácil isso. O que é essencial sobre isso é reconhecer que há variabilidade. Portanto, podemos fazer generalizações sobre fatores de risco. Por exemplo, eles têm implicações diferentes sobre como um programa de intervenção preventiva seria projetado para diferentes segmentos da população. [...] Então, você sabe, em alguns aspectos eu, eu acredito ter feito autópsias psicológicas, por exemplo, em pessoas ao longo da vida, pelo menos na faixa etária adulta de 21 a 100 anos e há muitos pontos em comum. Existem algumas pessoas muito sábias e inteligentes que falaram sobre essas semelhanças como características psicológicas; pessoas que falam sobre elas como psicopatologia, especulando, e com algumas evidências e muita pesquisa em andamento sobre como pode haver predisposições neurobiológicas subjacentes que são comuns ao longo do curso da vida ou mudam em função da idade e desenvolvimento (E11).

Na **infância** foi levantada a questão sobre se o suicídio infantil é real ou não. Todos os que duvidam de sua existência apresentam que é somente sua opinião, pois há dados que comprovam sua existência. Estas dúvidas vêm de uma questão existencial do especialista e se direciona para a questão da intencionalidade do ato.

Eu era uma pessoa, por exemplo, inclusive, sou talvez ainda, que não demarco e não acredito e não trabalho com o suicídio infantil. Isso não significa que não exista. Por exemplo, a literatura especializada vai demarcar alguns. Eu trabalho bastante com a psicologia social crítica. Alguns trabalham com Piaget ou até mesmo como psicologia histórico-cultural. Vygotsky tinha o conceito de morte, por exemplo. Não é um conceito que é estabelecido na primeira infância. Então é, a gente tem casos de notificação de crianças com quatro, cinco, seis anos vindo a óbito por suicídio (E3).

Eu entendo que quanto menos condição de abstração, quanto menor a criança, mais efetiva, mais concreta tem que ser a abertura de possibilidades de futuro para uma criança de seis anos. Eu penso que criança de seis anos não se suicida. Tem casos. Os índices são bem menores do que depois dos 12 e do que nos idosos. Mas tem caso em criança de seis anos (E5).

A infância tem especificações decorrentes da fase de desenvolvimento. O cérebro e as funções cognitivas ainda estão em desenvolvimento e a fantasia pode muitas vezes ser confundida com a realidade. Em relação ao suicídio, o modo como se trabalha, como se faz prevenção, por exemplo, é uma incógnita muitas vezes para os próprios especialistas e foi pouco mencionado nas entrevistas, focando-se mais em outras fases da vida. Todavia, alguns entrevistados ressaltaram a dificuldade com as intervenções e a necessidade de se manter no momento presente, no aqui e agora, devido ao nível de abstração de crianças em idades mais tenras.

Tem que imediatamente estar vivendo uma coisa diferente. É preciso uma mudança muito concreta na rotina, no ambiente, enfim, nas relações, nas demandas. Isso não pode ser feito. No pensamento, diferente de vermos um adulto jovem com a cognição preservada. Tem essas diferenças. Mas mais imediatas, em termos de manejo e possibilidade de abstração (E5).

O que a gente tem que fazer também vai demandar, identificar avaliação de risco do suicídio, entender onde é que essa pessoa está na escala de comportamento suicida (ideação, planejamento e tentativa de suicídio). Porque se a pessoa está numa crise, numa iminência de tentativa de suicídio, a intervenção tem que ser completamente diferente. Eu vejo as nuances ficando ainda mais díspares. Porque você internar uma criança é muito complicado. Aqui a gente ainda não tem criança de cinco anos. Seis anos. Como é que a gente faz essa ação? Como é que a gente vê isso? (E7)

A prevenção deve ser iniciada não apenas quando o comportamento suicida aparece, deve ocorrer desde antes, na fase de desenvolvimento do ser humano mais tenra, até o seu desenvolvimento no ciclo vital, onde pode-se evitar doenças e lidar com questões emocionais desde muito cedo, questão apontada por alguns entrevistados. A prevenção de violências físicas e emocionais (como *bullying* e assédio moral), identificação de distorções cognitivas, abandono afetivo, negligência na infância, transtornos mentais entre outros, são fatores de

risco para um comportamento suicida e devem ser evitados e podem ser evitados com o desenvolvimento socioemocional para se ter a capacidade de resolução de problemas tanto emocionais quanto sociais. Prevenir fatores estressores desde cedo pode evitar que se desenvolvam em comportamento suicida e/ou autolesivo<sup>3</sup>

A prevenção do suicídio começa na infância. Nós sabemos. Os estudos populacionais sempre comprovam isso, que os maus tratos na infância ou a negligência na infância se associam a todos os transtornos mentais que começam a aparecer no início da idade adulta. Nós tivemos muitas teorias e comprovações, como a epigenética, que mostra que sim, um trauma sofrido, sofrido na infância altera o funcionamento da nossa genética [...]<sup>4</sup> Se a gente cuidar bem da criança, a gente diminui a incidência de transtornos mentais muito relacionados ao suicídio na idade adulta, principalmente depressão, dependência de álcool, dependência de drogas (E2).

Na **adolescência** há um consenso entre os especialistas sobre ser uma fase delicada e de muito risco devido as mudanças sociais e biológicas que acontecem nessa etapa. Chama a atenção na fala dos especialistas a ênfase no corpo. É o momento onde o corpo se torna presente na fala da prevenção, não só pelas mudanças hormonais, crescimento, mas também com o luto do corpo antigo e ressignificação com o corpo novo que a todo momento está mudando. As escolas aparecem como locais que podem ser grandes fatores de proteção se bem-preparadas para identificarem e realizarem ações de promoção de saúde. Não se pode esquecer que o *bullying*, o fracasso escolar e outros fatores podem também contribuir para o comportamento suicida.

Claro que há diferença, porque cada etapa do ciclo de vida você vai ter questões específicas daquela etapa. Adolescência, o que que o adolescente vai viver, luto do corpo, luto, a necessidade de ser aceito, até por uma questão de formação da identidade (E8).

Chama a atenção que pouco se falou especificamente sobre a prevenção de comportamento suicida entre adolescentes, como se fosse uma abordagem já comum e bem trabalhada. Os especialistas tinham essa questão como dada e não se aprofundaram. Apenas um deles trouxe um trabalho com adolescentes, especialmente com um grupo que irá acompanhar em viagem aos EUA e conta um pouco em seu relato:

Eu não vou poder, por exemplo, assistir uma sessão porque eu não sou um par, eu não sou alguém com ideação suicida precisando de apoio total. Eu sou um profissional, um pesquisador, então eu nem posso entrar. [...] A gente pode conversar sobre a experiência, mas acompanhar um grupo, participar de uma sessão, não, porque não tem médico, não tem psicólogo, são os pares dando suporte. Eu aposto muito nesse tipo de iniciativa, porque eu acho que ali, mesmo que seja um

<sup>3</sup> A automutilação, cientificamente também denominada autolesão, é todo ato que envolve a agressão direta e intencional ao próprio corpo com resultado não fatal e sem intenção suicida consciente (Krug *et al.*, 2002).

<sup>4</sup> Detectar o comportamento suicida em crianças é de muita dificuldade para os profissionais de saúde, educação e áreas que lidem com crianças quanto para a própria família. A intencionalidade de acabar com a própria vida e a clareza que a criança tem da finitude do ato se dá normalmente entre os sete e nove anos de idade, dificultando a caracterização de morte por suicídio em crianças menores de 5 anos (Silva Filho, 2019)

grupo com psicólogo coordenando, há ali outros laços que podem acontecer. Ali as pessoas podem encontrar pessoas que as acolham (E5)

Os especialistas apresentaram poucas especificações sobre prevenção na **fase adulta** da vida. O ambiente escolar que era o local ideal para as ações e programas, deixa de ser relevante e entra o ambiente de trabalho, que pode também ser tóxico e hostil.

Depois chegamos à idade adulta, início da idade adulta, como se faz prevenção no ambiente de trabalho? Continuando, os serviços de RH se interessaram muito por essa questão de depressão e suicídio, *burnout* (E2).

Sai da faculdade e vai para o mundo do trabalho. A gente tem que pensar em prevenção, no ambiente de trabalho e outras prevenções direcionadas ao grande público, que são campanhas de conscientização de um número telefônico, de sinais, de depressão, de sinais de dependência química (E2).

Pouco se considera nas falas que nem todo o adulto está inserido em ambiente de trabalho. Também pouco se falou sobre a prevenção na fase adulta, com a ideia de que o adulto já está abarcado pelas campanhas de conscientização por números telefônicos, psicopatologias diagnosticadas por seus psiquiatras, programas para adições como o Alcoólicos Anônimos, ou Narcóticos Anônimos etc. A impressão que os entrevistados passaram é que muito deve ser feito, mas que precisa de investimento e de dar continuidade ao que já existe, principalmente aos programas em que eles estão inseridos e fazem parte.

No ciclo vital, quando perguntados mais especificamente da fase da **velhice**, sobre como se cuidar e as especificidades dos idosos, apareceram mais informações e até mesmo um maior interesse entre os entrevistados. Muitos relatam que, não apenas a perda de sentido da vida, mas também o isolamento, a solidão, a falta de mobilidade física e o controle fisiológicos são fatores de risco para essa etapa.

A própria perspectiva da morte pela idade faz com que nos idosos os horizontes de futuro estejam muito menores do que o tamanho do passado. O tamanho do futuro é muito menor (E5).

Uma das coisas que descobrimos e sobre a qual sentimos muito é a visão de curso de vida. Uma das características que é desafiadora e uma oportunidade em relação ao suicídio em idosos é que o isolamento social e a solidão são um fator. Temos evidências disso, na pandemia com distanciamento social, essas pessoas se preocupavam muito mais com isso. Tornou-se mais um problema reconhecido para intervenção. Mas era evidente antes disso. As mídias sociais tornaram-se mais proeminentemente reconhecidas como um meio para reduzir o isolamento social e a solidão (E11).

### 6.3 PREVENÇÃO EM GRUPOS VULNERABILIZADOS

O termo vulnerabilizado usado no título desta seção advém de uma entrevistada que traz a luz que a sociedade é quem vulnerabiliza os grupos, que eles não são vulneráveis por si só.

Pensando especialmente nessa população de vulnerabilidades, eu estou usando vulnerabilidades e não vulneráveis propositalmente. A gente vulnerabiliza essas pessoas. Elas não são vulneráveis à toa. Vulneráveis somos todos nós como ser humano (E3).

Há na literatura e nas falas dos especialistas um consenso de escassez e invisibilidade de ações de prevenção voltadas para populações negras, indígenas e da comunidade LGBTQIA+, categorias profissionais, migrantes, pessoas com deficiência ou doenças crônicas, dentre outros grupos. O sujeito vulnerabilizado é muitas vezes apagado na prevenção do suicídio, pois, essas ações são promovidas por uma sociedade acadêmica falocêntrica, branca, heteronormativa, moralista e conservadora, que busca impor o pensamento eurocêntrico imperialista nas demais populações. Os especialistas informam que as populações vulnerabilizadas acabam sofrendo por diversos estigmas sociais que lhe são impostos, o que é um grande fator de risco. Possuem menor força política com menor grau de organização e poder de voz, o que dificulta o surgimento de leis, projetos, programas e ações que sejam viabilizadas para a saúde física e mental dessas populações de maneira contínua. Concomitante a isso, ainda há a culpabilização do indivíduo quando ele tenta se matar, como se fosse apenas uma leviana escolha para chamar atenção (estigmas e preconceitos) o que é potencializado pela inefetividade do Estado em proteger essas populações.

O que eu acredito pode ser porque eles estão expostos a mais estresse, mas é muito do stress, do estigma e do preconceito. O que acaba sendo algo adicional e que pode contribuir para a gravidade dos fatores de risco dessas pessoas. Então eles sofrem mais violência, mais preconceito e isso é um estresse adicional (E1).

Esses são dados da Organização Mundial de Saúde, 2019. Se a gente pensa que 90% dos jovens que se matam no mundo estão concentrados em países de baixa média. Se a gente pensa que no Brasil o sujeito, os indígenas, a população indígena se mata três vezes mais do que a população geral brasileira não indígena. E que desses 70% dos indígenas são jovens. Que os jovens e os jovens negros têm o risco aumentado de 45% de morte provocada quando comparada a jovens brancos. A de que os jovens LGBTQ+ se matam mais (E3).

Me assusta pensar a prevenção ao suicídio. Política de prevenção que não contempla, por exemplo, pessoas com HIV AIDS, por exemplo. Pessoas negras, pessoas indígenas. Pessoas de corpos LGBTQIA+, por exemplo. Vamos pensar aqui por que as pessoas vêm a óbito por suicídio? Pessoas LGBTQ+? Por que as pessoas trans vem a óbito por suicídio? Poxa, se a gente for olhar e pensar, o país que mais consome pornografia de pessoas trans é o país que mais mata pessoas trans. Como é ser um corpo trans no Brasil? Ah, tem depressão. E a gente vai muitas vezes tentando responsabilizar o sujeito até mesmo no ato de morrer. E esse sujeito, até para morrer, ele é responsabilizado (E6).

A partir das falas dos entrevistados, percebe-se que a sociedade é quem verdadeiramente vulnerabiliza e invisibiliza esses grupos como um todo. A visão branca, heteronormativa e eurocêntrica prevalece também nos grupos minoritários, sem a desconstrução necessária para se fazer prevenção e de fazer promoção de saúde com esses grupos vulnerabilizados. Algo se perde nesse meio e faz com que estejamos, mesmo que sem saber, fazendo uma padronização de tudo o que se deve fazer sobre prevenção, como se os povos não fossem diferentes em suas raízes. Um entrevistado traz uma história pessoal que exemplifica essa visão eurocentrada:

Eu vou insistir no argumento interseccional. Para a gente poder pensar nos modos de viver e nos modos de morrer. Aquilo que eu chamo de éticas da vida e políticas da morte. Sem esses atravessamentos a gente não consegue compreender muito o que está em jogo nas mortes por suicídio ou pelo menos no nosso Brasil. O Brasil é um país extremamente desigual, extremamente fincado nas bases coloniais, machistas, racistas. Se a gente não fala dessas coisas, a gente está invisibilizando esse sujeito. [...] A gente tem uma compreensão de prevenção do suicídio. A gente vai para a comunidade indígena e quer impor, por exemplo, a nossa forma de prevenir o suicídio. Faz nenhum sentido. Se a gente não compreende a realidade, se a gente não compreende as necessidades, o que está em jogo, a gente não vai nem entender por que isso acontece. Se a gente pensar na população negra. Para uma população que tem todos os índices deficitários de saúde. Todo tipo de violência, de homicídio, de suicídio, de chacina a uma moradia mais precária, com doenças evitáveis, com altos índices de doenças evitáveis. Como é que você quer prevenir o suicídio sem olhar para essas necessidades? Tenho que dignificar essa vida. Então eu acho que tem muito a ver com como é que a gente faz política para pensar no suicídio para essas populações sem olhar para essas populações (E3).

Esses dias atrás eu estava num evento e era um evento para falar sobre políticas públicas. Teve uma fala de uma pessoa para pensar as políticas preventivas e também as especificidades da população indígena, por exemplo. E ela demarca que as pessoas, muitas das pessoas vêm a óbito por suicídio por conta da perda da identidade. Isso sempre me ecoou, sempre me chamou a atenção assim. Mas o que a gente está chamando de perda de identidade? O que seria? O que significa dizer isso? O que significa, por exemplo, demarcar e pontuar a ideia de perder uma identidade? E com o crescimento, linchamento urbano, enfim. E essa minha colega foi representando e demarcando. O quanto que vocês, homens ou pessoas brancas, vão pensar sobre um fenômeno através do olhar da branquitude, através do olhar da norma, deixa de vocês entenderem, por exemplo, esse fenômeno a partir da história de vida de vocês? A gente não olha o fenômeno a partir da história, a partir da realidade daquele grupo. E aí fica tão difícil de prevenir, de agir, porque as ações não fazem sentido. A gente não perdeu a identidade. Na realidade, vocês impuseram uma identidade que não faz sentido pra gente (E6).

Um entrevistado coloca que isso se deve pelo fato de não se olhar de frente para a vulnerabilidade social e encarar o problema política e socialmente, de maneira integrada na saúde. E isso pode ser alcançado com o conceito da interseccionalidade, que aponta que, quando se lida com um indivíduo, não está presente apenas um grupo social específico e sim vulnerabilidades sobrepostas, como de gênero, raça/etnia e classe social (CRENSHAW, 2004). Assim, surge, como um dos consensos dos entrevistados, a necessidade desse trabalho integrado e plural.



As coisas do suicídio sempre aparecem como aqueles primeiros parágrafos de epidemiologia: 800.000 pessoas se matam todos os anos. É um problema de saúde pública. [...] Se criou pânico moral. Você esquece absolutamente tudo aquilo que você escreveu acima e cai numa descrição ou no numa reprodução daquilo que Freud disse e daquilo, daquele TCC... Esqueceu que tem aquele teste de ansiedade e depressão? Você começa a dizer o que todo mundo já disse, mas você não entra na questão do porquê, que os homens se suicidam mais? Por que o suicídio de mulheres tem crescido? Por que? Porque você não quer enfrentar essas questões de estrutura social. Você não quer enfrentar as questões do patriarcado. Você não quer enfrentar as questões de classe. Você não quer enfrentar as questões de raça. Isso tudo passa como se fossem simplesmente frases que precisam constar lá para você não dizer que não falou das flores, mas você não adentra (E4).

Esse grupo populacional sofre diariamente e se vê sem proteção, o que gera ainda maior fator de risco para o suicídio. Para os entrevistados, fazer prevenção com e para esse grupo é essencial e uma das principais maneiras é recuperar a dignidade como ser humano, garantir acesso a alimentação, vestimenta, locomoção, estudo, trabalho e saúde a essa população, não se esquecendo de sua realidade social, mas também da subjetividade individual daquele ser humano único.

É a mesma coisa para população preta pobre. Eles estão mais expostos à violência, às dificuldades econômicas, às dificuldades de acesso a estudo, a proteção social, e isso os torna mais vulneráveis. E a gente tem pesquisa mostrando que essas pessoas têm risco maior na própria pandemia. Apesar dos dados não terem mostrado, em geral, um aumento das taxas de suicídio, por exemplo, nos Estados Unidos teve uma redução das taxas. Mas quando estratificar para as pessoas pretas, a tendência foi de alta de suicídio. Então, quando a gente fala: não houve aumento ou as tendências estão estáveis, para quem? (E1).

Outro entrevistado traz um caso que exemplifica as questões raciais que prevalecem em pessoa com comportamento suicida:

Uma ação de outro grupo de estágio que orientei, de uma senhora que tinha quatro filhos, quatro filhos. Ela era diarista. Estava com poucas diárias, porque foi bem no começo da pandemia. Ela fala: eu penso me matar todas as noites; ela fez duas tentativas de suicídio. Uma mulher preta, periférica, pobre, gorda e totalmente fora daquele padrão socialmente estabelecido. Ela fala: *“eu vim aqui nesse grupo on-line, é muito bom, vocês me dão dica, me ajuda. Olha, eu estou até tranquila, mas aí eu fecho aqui, aí eu abro a geladeira e só tem água e minha filha pedindo bolacha. A revolta, tudo de novo. A noite eu fico pensando que eu e minhas filhas merecemos morrer”*. Se a gente for pensar especificamente nas condições de vida, as condições de fato de existência, a gente pode manejar a ideação suicida. Mas esse sujeito volta para uma realidade que é violenta a todo momento, a todo custo. E é uma senhora que vivencia, por exemplo, o luto de ter seu companheiro assassinado pela PM. É um luto que você não pode nem elaborar: *“mas ele foi bandido há mais tempo que você”*, que é um luto que nem é reconhecido como tal. Qual é o valor da vida? Qual é o valor da existência? (E6).

Partindo para a **população LGBTQIA+**, aparece a questão intrínseca de invisibilidade social e marginalização. Alguns especialistas entrevistados explicam que a pessoa homossexual carrega o sentido de uma existência errada. O estigma desse indivíduo nesta

sociedade com base cristã – apesar do Estado ser laico – faz com que seja levado à morte e deseje o fim desse sofrimento, pois não podem *ser* em sociedade.

Quando a gente pensa essa é a mesma lógica. De populações racializadas, por exemplo. Aumento da população LGBTQ+. A gente está falando o tempo inteiro de vidas que são invisibilizadas exatamente porque são tidas como vidas de menor valor. Não é de interseccionalidade que a gente está falando só de idades, mas eu acho que a lógica é interseccional mesmo. Pensar que algumas vidas são tidas como de menor valor. Elas recebem menos atenção, ela recebe menos cuidado, elas recebem menos. Disciplinas, acompanhamento, assistência a tudo o que não envolve só o sujeito sofrente. Envolve essa família que ficou, que envolve esses laços outros, que envolve essas instituições (E3).

Quando a pessoa tenta suicídio, a partir dali ela é estigmatizada, o estigma é uma consequência do suicídio. Na população LGBTQIA+ o suicídio é uma consequência do estigma, é o contrário. Eles são tão estigmatizados que eles não se matam, eles são suicidados (E6).

Os grupos vulnerabilizados, principalmente os da população LGBTQIA+, têm como lugar de referência mais o ambiente virtual do que o físico. Nas mídias sociais, na internet como um todo, eles sofrem ataques, como o *cyberbullying* e outros tipos de exposições e massacres. Porém, é neste local onde geralmente conseguem encontrar pares, trocar confidências, pegar informações e criar redes de apoio, e não nos "meios tradicionais" como escolas e na família.

Qual é o grupo que mais usa a internet? São justamente o grupo LGBTI que é a mais. E por que? Porque ao não se sentirem aceitos e benquistos na sua comunidade face a face, eles buscam na internet os seus iguais. Eles buscam nos fóruns, nas redes sociais, seus iguais para trocarem experiências. É muito bacana. É fundamental. Mas também, ao mesmo tempo, eles sofrem mais ataques que os outros grupos. Eles passam mais tempo lá e sofrem mais, mais e mais violência (E4).

Quando trazemos a discussão para os **povos originários**, poucos entrevistados abordaram o assunto, apesar de ser um grupo social com elevadas taxas de suicídio. Todavia, os que trouxeram falaram principalmente sobre a demarcação de terras e, já mencionado anteriormente, a imposição de uma cultura exterior a sua é um fator de risco para essa população, permanecendo um senso de desconhecimento e incompreensão quanto a eles.

Acho que a demarcação de terras indígenas e a defesa dos direitos dos povos originários é a primeira e mais urgente. O índice de suicídio nessa população, principalmente nos jovens, é muito maior do que na população em geral e precisa ser interrompido imediatamente. Até que estão morrendo muitos jovens e aí logo acaba. Acho que é a primeira iniciativa de prevenção. [...] Nessa população a gente sabe que tem a ver com a opressão desses povos, com a perda dos territórios, a perda da identidade cultural, enfim, todo o sofrimento que está aqui, que os povos sofrem como povo. A demarcação das terras indígenas, por exemplo, eu considero uma das principais ações de prevenção do suicídio no Brasil (E5).

Em uma abordagem distinta, alguns especialistas apontam que ações específicas para grupos vulnerabilizados não seriam eficazes e até mesmo não seria papel do profissional de saúde trazer essa questão à tona. Nesta perspectiva, políticas públicas precisam ser abrangentes e não específicas. Também não haveria necessidade dessa abordagem se, em nível macro, as políticas de criminalização do racismo e da demarcação de terras indígenas funcionassem, o que proporcionaria uma melhora de vida da população negra e indígena do Brasil. Inclusive sugerem que as pessoas já se reúnam com grupos existentes, como o MST (Movimento dos Sem Terra), para estarem com seus pares. Vale ressaltar que esses comentários vieram de pessoas brancas, de classe média alta e heterossexuais.

Todas as legislações que são inespecíficas e que não se dirigem especificamente ao suicídio, mas garantem direitos das minorias. Então, a condenação do racismo, da homofobia e os direitos das chamadas minorias políticas, todas essas são políticas que vão incidir diretamente na redução dos índices e são bem importantes. Eu acho que as ações de prevenção não deveriam ser endereçadas ao suicídio. Deveriam ser endereçadas aos diversos sofrimentos que as populações estão tão preocupadas. Eu não recomendaria uma rubrica específica do orçamento do Ministério da Saúde para a prevenção do suicídio na população LGBTQIA+. Não é que essas ações não sejam importantes. Elas podem apagar incêndios. [...] Imagine que a Fiocruz pode oferecer um grupo de apoio a pessoas LGBTQ+ com ideação suicida recorrente. E essas pessoas estão precisando de suporte. Quem vai dar suporte para aquelas pessoas especificamente? mas é pouco provável, mesmo que essas iniciativas fossem disseminadas amplamente e que em cada esquina tivesse um grupo que a gente não veria os índices reduzindo. Muito dramático, dramático. Agora, se essa população deixar de sofrer, aí não vai ser necessário o grupo da Fiocruz (E5).

Tenho um pouco de desconfiança assim a respeito. Tentando mostrar ou trabalhando a conscientização, sei lá que palavra usar para que o sofrimento delas se deva a determinantes sociais, culturais. As pessoas já vivem isso na pele, mais ou menos conscientes disso, mas elas já estão vivendo assim. A discriminação, a impossibilidade de ser quem se é, a destruição da sua própria vida.[...] Eu acho que eu ouço relatos, por exemplo, de pessoas que começam a participar de movimentos sociais e aí por conversar com seus pares nos movimentos sociais, por exemplo, no assentamento do MST, que é um grupo que eu acompanhei há muitos anos atrás, as pessoas falavam: *“olha, quando eu comecei a frequentar, a participar do acampamento, quando, quando minha família se mudou para o acampamento, depois, quando a gente foi assentada, é que eu percebi que aquilo que eu estava sentindo não era só meu, aquilo que eu estava sentindo”*. Eu acho que pode ser que estar num ambiente com os seus pares permita se encontrar, localizar essas coisas, mas não sei se é exatamente o trabalho do profissional de saúde o que ele não pode fazer. Mas não vejo como sendo central (E5).

Só que também, se a gente começa a só fazer para grupos específicos, todo mundo num grupo entende assim. Tudo depende de novo das políticas públicas. Como é que vai se direcionar? Aqui eu estou fazendo parte de um projeto junto do Ministério Público para população carcerária e pesquisa. Eles não têm nada. Agora, como é que a gente tira dinheiro e coloca lá em detrimento dos adolescentes que estão morrendo aí, que não conseguem ter um Caps? (E7).

Em contraponto, dois entrevistados trazem a discussão que justamente o contrário deve ser feito também. Para se fazer prevenção, deve-se levar em conta a raça, sexo, gênero, pois só assim se faz prevenção de verdade. Precisa-se ver o indivíduo também como um todo,

não somente como um suicida e sim um suicida dentro de diversas especificidades. Se referisse somente ao universal, a prevenção acabaria se tornando superficial. Não se deve ignorar as especificidades. Um especialista fala sobre a superinclusão e a subinclusão de Kimberlé Crenshaw (2002; 2004) que, quando se está superincluindo, todos os indivíduos são colocados como iguais e advindos da mesma realidade, sem especificidades. Quando se subinclui, essas especificidades não se adequam ao quadro geral, universal de prevenção, então são ignoradas ou tornadas de menor valor. Um fato interessante a ser ressaltado nessa contraposição é que as duas primeiras falas apresentadas anteriormente advêm de pessoas brancas de classe média alta e as duas falas a seguir são de duas pessoas pretas. Esse fato não tira a importância de nenhuma fala, mas contribui para explicitar o lugar de fala e a compreensão de mundo na hora de se pensar prevenção do suicídio.

Não há nada, na grande maioria dos estudos de suicídio, a devida atenção a esses elementos que para mim são fundamentais. Não existe o sujeito sem raça, não existe o sujeito sem classe, não existe o sujeito sem orientação sexual. E não existe sujeito sem raça, sem sexo, sem gênero. Então como que você vai lidar sobre as questões do suicídio se não levar em consideração todas essas dimensões? Ou simplesmente você está criando uma? Você está se referindo sempre a um universal, o que é falso, porque não representam essas pessoas que sofrem. Cada uma dessas pessoas vai a partir da conjunção dessas estruturas de formação da subjetividade diferente (E4).

Por exemplo, vamos trabalhar com o suicídio. Vamos prevenir o suicídio. Por exemplo, a super inclusão é justamente demarcar. A gente precisa pensar a prevenção do suicídio. E aí a gente coloca como se fosse tudo no mesmo saco? Que prevenção é essa? Que fenômeno é esse? Não existe especificidades, mas ao mesmo tempo que a gente supre, inclui, a gente faz sub inclusão, por exemplo, o suicídio de pessoas indígenas, o suicídio de pessoas negras ou o suicídio de pessoas trans tem especificidades tão específicas que, como não atinge, por exemplo, um público específico universal, então não se pensa. Não precisa se pensar porque não me atinge ou porque não atinge a norma, então não precisa ser nomeado. Eu acho que um grande ponto para a gente pensar e apreender que olhar a prevenção também é pensar a prevenção para quê, para quem e de que modo (E6).

Um dado interessante que aparece na fala de alguns dos especialistas sobre os grupos vulnerabilizados é o de segurança pública e da saúde. As pessoas que trabalham a frente de muitos casos de violências e traumas estão também sujeitas ao comportamento suicida, com diversos fatores de risco em seu dia a dia, sendo um dos principais o fácil acesso a meios letais.

Um outro subgrupo que tem altos índices de suicídio no Brasil é de policiais militares. Nós temos belos programas no Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul. Nesses estados que eu citei há belos projetos e programas de prevenção de suicídio em forças militares, notadamente na Polícia Militar do Estado. Porque sempre que uma categoria profissional tem acesso a um meio letal, o índice de suicídio aumenta. [...] Acredita-se que é por isso também que médicos em geral se matam mais do que a população geral. Porque nós, médicos, sabemos como matar e temos acesso a meios letais. E, curiosamente, entre médicos, o índice de suicídio é maior entre médicas. Quando você vai ver o suicídio de médicos de sexo masculino,

ele fica muito próximo ao da população geral, a outras profissões. Mas quando você pega as mulheres médicas, o índice de suicídio é muito maior (E2).

Vejo a importância de fazer ações diferenciadas para grupos profissionais. Profissionais de segurança pública, profissionais de saúde e essas ocupações que a gente sabe que existe um risco maior. Para isso entra a história da gente ter a epidemiologia muito bem feita, que entra também na prevenção do suicídio, que sem epidemiologia a gente não consegue pensar nessas ações (E7).

E o policial tem uma coisa muito doida, porque ele sai, ele expõe a vida dele por exemplo, para salvar o celular de alguém que ele nem conhece. Alguém foi roubado o celular e ele vai atrás. Mas apesar disso, enquanto era isso estava tudo bem. Só que a imagem do policial ficou tão, foi tão denegrida que hoje em dia o policial é comparado ao bandido, porque ninguém sabe quem é policial, quem é bandido. Mas o que acontece é que ele perdeu o reconhecimento da sociedade, então ele, ele põe a vida dele em risco. [...] Ele expõe a vida dele e ele não tem o reconhecimento do outro e isso está deprimindo (E10).

Finalizando esse tópico, um entrevistado reitera a questão de que até mesmo para o Estado precisamos existir como seres humanos. Mas, o que acontece quando o próprio Estado muitas vezes não nos vê assim? O descaso público se torna evidente quando isso acontece. O exemplo dos moradores de rua com quem um especialista trabalha é retomado, por este grupo ser desumanizado e sem importância para a hoje prevenção existente.

Não só quem é possível, mas quem pode ser reconhecido como humano, quem é, de fato, que cabe nessa categoria humana e de poder viver a experiência humana? Porque, infelizmente, venho percebendo muito agora, estou tentando trabalhar um pouco com o suicídio de pessoas em situação de rua, que é uma tripla violência para a gente pensar, porque é uma ausência, as violações de direitos na ausência do Estado. São corpos invisíveis e que muitas vezes vêm a óbito e são corpos que não são enlutados. Não gera comoção porque é um corpo sujo, um corpo que não é. Nós queremos viver. Queremos alongar, prolongar a existência. Esse sujeito vem querer, de fato, acabar com sua própria existência. Se for jovem, se for adolescente, ele é louco. Aí a gente silencia e muitas vezes previne apenas, não só falando ou muitas vezes trazendo, quase como se fosse uma receita universalista de modo de cuidado. E legitimamos a ideia de saúde mental. Mas não sei se estou me fazendo compreender, mas o que eu quero chamar a atenção de que prevenção ao suicídio não se faz com a ausência das políticas públicas, não se faz com a ausência de um Estado presente que valorize a vida e que não fomente, não só fomente, mas favoreça para um sistema necrópolis, um sistema da morte. E a gente vive numa sociedade hoje em dia, que, infelizmente, o sentimento e a emoção talvez predominantes seja a dor (E6).

Essa dor na nossa sociedade contemporânea também advém de um sentimento de pertencer a todo momento, de estar feliz a todo momento. Parece que caminhamos para uma sociedade cada vez mais fluida em suas relações, perdendo o contato humano com uma crescente necessidade de nos mostrarmos bem, em busca do sucesso e sempre vitoriosos e não como verdadeiramente estamos nos sentindo, nossas derrotas e precisando de ajuda. Isso traz uma sensação de impotência, isolamento (apesar de sempre conectados) e não pertencimento. Não se pode colocar a culpa dessa dor no Estado, mas podemos e devemos cobrar medidas

públicas para que o direito ao acesso à saúde mental da população, marginalizada ou não, sejam garantidos.

Nosso dever de casa. Todo mundo precisa se movimentar pra fazer alguma coisa, vai precisar entrar nessa maracutaia que é a política pra fazer acontecer, porque senão não vai acontecer. Então é muito cômodo, eu sou suicidologista, fico aqui no meu consultório esperando os pacientes chegarem. Não é isso não, tem que sair, tem que ir à luta, tem que brigar, tem que fazer a coisa acontecer. Tudo bem que você fique no seu consultório, eu fico no meu consultório, eu fico no serviço público, mas sempre que tem uma audiência pública, eu estou lá, sempre que tem um lugar para brigar, a gente tem que brigar, porque se não a gente não vai chegar à lugar nenhum (E10).

#### 6.4 LOCAIS ONDE SE FAZER PREVENÇÃO

É unanime que as escolas e as universidades são um dos pontos centrais onde se devem fazer ações em qualquer nível de prevenção e que também são lugares que comumente negligenciam esse tipo de atenção. Ações preventivas que podem ser realizadas nesses locais de ensino entrelaçam o que foi citado anteriormente com a capacitação dos profissionais, mas também com a criação de espaços de trocas entre pares, e capacitação emocional com atividades que permitam a expressão de suas emoções e atividades lúdicas e esportivas. Propõe-se que não apenas seja discutido em nível racional questões estressoras do mundo como violência, fase da vida em que os jovens estão vivendo, economia, desesperança com o futuro, mas também que sejam criados espaços onde eles possam falar sobre suicídio, sobre sua finitude e espaços para expressar externamente essas vivências internas. Com a criação desses espaços, não só se permite que o jovem se expresse, mas permite que ele seja abraçado (ou não) por seus pares e que possa entrar em grupos de identificação, criando assim laços emocionais importantes para essa fase da vida.,

Outras prevenções ainda se dão na infância, por exemplo. Os melhores, as melhores escolas do mundo já tentam desenvolver nas crianças a capacidade de aceitar a diferença, de aceitar o outro que é diferente. Já começam a trabalhar com a criança. Como lidar com dificuldades emocionais, as chamadas *soft skills*. E nós temos belos programas, como por exemplo, na Suécia, que trabalham essas questões também com o adolescente, porque nós não vamos pegar crianças e adolescentes escolares para ficar falando de suicídio. Não se faz isso. É perigoso fazer isso, porque se um adolescente percebe que essa é a moeda do medo, suicídio, ele vai fazer o que eles estão fazendo hoje (E2).

O que eu costumo discutir com os professores educação, consultoria, escola, é de ampliar os espaços e as possibilidades de identificação para as crianças e adolescentes dentro da escola. Se a escola oferece só um tipo de atividade física, os alunos vão se dividir entre aqueles que se identificam com aquela atividade física e se dão bem, se sentem à vontade ali. E aqueles que são excluídos dessa atividade. Se só tem uma atividade artística possível? Às vezes nenhuma. Ou você se identifica com aquilo, ou você não encontra um espaço para você ali. Então é multiplicar as possibilidades de espaços de circulação dentro de uma escola. Dar mais chance para que cada um encontre um lugar para si. Tal da sensação de pertencimento (E5).

As escolas, como dito acima, tem a oportunidade de trabalhar diretamente em um lugar onde pode-se atuar na perspectiva do desenvolvimento, sem fazer um trabalho patologizante. Mas, ainda assim, é um lugar de abertura para programas serem implementados, não para o suicídio, mas de artes, esportes, atividades lúdicas, onde o jovem possa se encontrar e encontrar pares. Contudo, muitas escolas reproduzem o discurso medicamentoso e excludente, do sofrimento individual, que aquele ser humano único está passando.

Há uma série de programas escolares universais que foram considerados protetores contra o desenvolvimento de ideação e tentativas de suicídio (por exemplo, *Good Behavior Game*). Os centros de saúde escolares podem oferecer apoio preventivo, especialmente no nível selecionado e indicado, mas são necessárias mais pesquisas. O apoio a jovens em situação de risco por meio de grupo de apoio afirmativo de colegas parece promissor e mais pesquisas são necessárias. Intervenções em ambientes de cuidados residenciais (idosos; ou tratamento psiquiátrico ou de uso de substâncias) podem se basear em estruturas que abordam a variedade de abordagens de prevenção (abordagens universais que melhoram o clima do ambiente e criam fatores de proteção; acesso disponível a intervenções eficazes para sintomas/sofrimento psiquiátrico, e cuidados de crise) (E13).

A partir da fala dos especialistas, percebe-se a falta de reflexões quanto ao papel de instituições religiosas, locais de trabalho, a própria família e outros locais de convívio social como sendo locais apropriados para se fazer prevenção do suicídio. Escolas e Instituições de saúde no geral são os mais citados.

## 6.5 POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

Os entrevistados destacam a lacuna das políticas públicas no Brasil sobre a prevenção do comportamento suicida. Não se trata da negligência na abordagem ao tema, mas a falta de um plano claro com orientações para o país, em toda sua multiplicidade. Na visão dos entrevistados, falta formação e treinamento adequado e inclusive o engajamento de muitos profissionais, que atrapalham ou até mesmo impedem o bom funcionamento e desenvolvimento de políticas, ações e programas de prevenção no país.

Eu não conheço nenhuma Política de prevenção que seja nacional. Teve um levantamento estratégico que mostrou, acho que em 2017, não sei se isso foi atualizado, que mostrou os números. Todo um perfil demográfico, de meios, de métodos, etc. E com alguma discussão de que o objetivo era reduzir as taxas. Até quando? Mas eu não me lembro de ter lido como algo que fosse muito trabalhado em termos de como fazer aquilo, o que deveria ser feito. Eu desconheço no Brasil. E se tiver, eu queria saber. Alguma política nacional de prevenção. É observável a gravidade da situação, as taxas, etc. Alguns estudos mostrando para algumas determinadas populações uma tendência de aumento, mas nada objetivo de como a gente conseguiria reduzir essas taxas no Brasil. Desconheço (E1).

Em 2006 foram publicadas as estratégias nacionais de prevenção do suicídio. Aí nós esperamos que viria um plano nacional de prevenção. Os países mais sérios, mais organizados, têm um plano nacional. Qual é a diferença entre uma portaria de

estratégias e um plano nacional de dotação orçamentária? Aí você pode implantar políticas. Você pode observar resultados. E você cria um sistema de informações que melhora a prestação de serviços para a população (E2).

A gente tem dados muito contundentes de que o número de CAPS [Centro de Atenção Psicossocial] é inversamente proporcional ao número de suicídios e que a implantação de um CAPS no município faz reduzir os índices de suicídio imediatamente. Se a gente tivesse que dizer assim: qual é a política que você defende hoje? Bom, os CAPS, a Rede CAPS, com todas as dificuldades e entendendo que não deveria ser o CAPS, deveria ser a rede nos municípios, mas poderia fazer muitos elogios à rede de atenção psicossocial (E5).

Um entrevistado traz visão diferente, mostrando que a portaria nº 1.876 que instituiu as diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio em 2006 deu um rumo necessário para amparar regionalmente os profissionais

Quando o Ministério lança as diretrizes, profissionais dos estados, municípios, que tinham interesse em desenvolver, começar a prestar atenção para o tema, vão encontrando respaldo em documento oficial do Ministério de Saúde. Nosso sistema é bem hierarquizado, então começam a encontrar e me falam: “eu consegui montar um grupo porque o Secretário logo perguntava: *“o que o Ministério da Saúde pensa do assunto?”* Então nós tínhamos marco legal. As diretrizes serviram como marco legal que a partir daí permitiram que ações fossem desenvolvidas no Sistema Único de Saúde (E9).

Um entrevistado traz uma crítica a Política Nacional que foi implementada em 2019 no governo do ex-presidente Jair Messias Bolsonaro, em que uma política programática foi implementada:

Em 2019 a gente teve a Política Nacional de Prevenção do Suicídio, que não veio acoplada com um plano nacional. Ou seja, a gente está ali com uma política. E aí é uma política que é engraçado lembrar disso, porque é uma política de automutilação e prevenção do suicídio. Quer dizer prevenção da automutilação e do suicídio como se fossem fenômenos iguais, como se fossem públicos iguais, como se fossem tratamentos iguais, como se fossem tipo assim. Está tudo errado. O que existe é programático! (E3).

Outra crítica apontada pelos especialistas é a dificuldade de comunicação com os órgãos públicos que, por falta de seguimento com as políticas e compromissos que estavam sendo implementados nos governos anteriores, estrutura burocrática e mudanças políticas, não consegue manter o trabalho e muitas vezes tende ao retrabalho, dificultando o andamento das operações:

Uma das coisas que eu não suportava mais era exatamente o meu contato com o Ministério da Saúde, com o MEC, era muito ruim, toda hora mudava equipe, eu não sabia nem com quem eu tinha que falar, é toda hora mesmo. Eu mandava e-mails, eles me pediam e-mail com documentos, eu não sei o quê, eu mandava e daqui a dois meses era outra pessoa me pedindo (E8).

Inclusive em razão da dimensão do país, sua extensão e complexidade, algumas regiões, estados e municípios, também por falta de um plano nacional, conseguiram ser mais exitosos em suas ações de prevenção do suicídio que outros. A regionalização é bem vinda na



fala dos especialistas, mas há uma urgência da implementação de uma política nacional efetiva e dialogada com os especialistas.

O Brasil é muito grande. Há algumas prefeituras muito organizadas, há estados mais organizados. O Estado do Rio Grande do Sul se organizou melhor. Santa Catarina, São Paulo. Mas nem todos os estados se organizaram para lidar melhor com essa questão da prevenção do suicídio. Há muito ainda para ser feito (E2).

A gente precisa de diretrizes nacionais, mas a gente sabe que nosso país é muito plural. Então as políticas regionais, elas de alguma forma serviriam nessa adaptação regional dessa população, das necessidades dessa população. Inevitavelmente, a gente precisaria de uma diretriz nacional como uma forma exclusiva de garantia de direitos. De certas, de certas bases, de certos princípios que nortearam, sem cristalizar as ações e as condutas (E3).

Montar um Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio, eu tenho uma visão bastante diferente do que tinha há 20 anos atrás [...] em parte porque o país é de uma dimensão enorme. Montar um Plano, os recursos de uma região são totalmente diferentes de outras, isso implica que se fôssemos pensar em metas diferentes, se fôssemos pensar em metas, temos que pensar em metas diferenciadas (E9).

Esses pensamentos que vieram à tona ao longo das entrevistas, permeiam a questão do Estado e das políticas públicas atuarem ativamente para que a prevenção possa acontecer. A Política Nacional de Prevenção do Suicídio, além de não implantada, mostra que a única política pública de prevenção que acontece é a Rede de Atenção Psicossocial que foi desfeita em 2017. Além das políticas, há uma realidade em que no Brasil, o próprio começo da prevenção do suicídio se dá pelo terceiro setor, com o Centro de Valorização da Vida (CVV) e é extremamente apoiado pelo governo desde 2017, trazendo uma falsa sensação de que o Estado está fazendo muito pela prevenção, mas, na verdade, está terceirizando o cuidado que deveria ser seu. Com isso, acaba silenciando a luta por políticas públicas que possam abarcar de maneira mais efetiva as ações e, inclusive, o treinamento de equipes para se fazer prevenção no Brasil. Outro exemplo seria o de ações voltadas para a proteção de pontes e viadutos, citado por duas entrevistadas. Leis e políticas públicas continuam em ritmo muito lento e muitas vidas poderão ser perdidas.

Por exemplo, uma ONG provada tem um site recheado de manuais com iniciativas. Mas de novo, quem está financiando isso é o Estado. Então a gente está vendo que essas iniciativas é sempre de novo. São iniciativas fundadas em quê? No indivíduo, no autocuidado (E4).

Eu quero chamar muita atenção de que eu penso que a prevenção ela pode se dar de diversas facetas. A curto prazo, a longo prazo, a médio prazo. Mas não se faz prevenção ausente - ausente de políticas do Estado. A gente percebe que as políticas de prevenção no Brasil têm início em 1962. Se a gente for pensar propriamente dito como o CVV [Centro de Valorização da Vida] já demonstra. Eu não estou demarcando o ponto que o CVV é ruim, não é isso. Mas se a gente já começa a pensar aqui, se a gente pode demarcar um marco para as políticas públicas no Brasil, só políticas sociais e políticas de ações, a prevenção do Brasil começa com uma instituição do terceiro setor. Isso já demonstra que, talvez, de fato, para o Estado, essa temática do suicídio não é uma temática presente, não é uma temática necessária (E6).

Um entrevistado ressalta a questão das políticas públicas e do modo como vemos a prevenção no Brasil, associada muito aos transtornos mentais e a questão da extrema medicalização e da busca por um ser humano ser mais produtivo e funcional para a sociedade neoliberal. Acaba-se estigmatizando o suicida como uma pessoa doente mental e retirando o controle sobre sua vida.

Como é que a gente constrói modos de prevenção? Como é que a gente constrói políticas públicas de prevenção? Primeiro, que a gente no Brasil tem uma fragilidade imensa em políticas públicas, mas assim muito baseadas nas condutas liberalizantes, nessa ideia de que o suicídio é um ato. Que tem uma relação com os transtornos mentais. Essa é uma desconstrução primeira que a gente precisa fazer (E3).

Tem que usar os diagnósticos, por exemplo. É algo que norteia a atuação dos psiquiatras na escolha dos fármacos. Mas é um modelo que, para mim, para fundamentar a minha prática, não tem nenhum benefício. Ao contrário, é muito prejudicial. Então eu diria assim, quando alguém chega com um diagnóstico, a primeira coisa que eu preciso fazer é me livrar do diagnóstico. [...] Então eu acho que as políticas públicas que ligam o suicídio às patologias e ao campo das disciplinas psi, vão pecar por isso, vão construir esse sujeito doente (E5).

Isso não é o suficiente, porque diminuir o estigma é um, deveria ser um objetivo específico, não objetivo geral, como está lá no site da ABP [Associação Brasileira de Psiquiatria], diminuir o estigma para que a sociedade compreenda que o suicídio é causado por um transtorno mental. Então está gerando outro estigma, porque nessa sociedade quem tem transtorno mental é estigmatizado. Então se tira um estigma pra jogar um outro. Esta é uma preocupação pelo mundo inteiro, sim, reduzir o estigma, mas não é o principal, é objetivo específico, o principal é reduzir o número de suicídios (E10).

A lacuna da capacitação profissional no sistema de saúde do Brasil é apontada como preocupação por especialistas. Os profissionais, majoritariamente, não são capacitados a lidar com o suicida. Um profissional faz um elogio específico a campanha de Setembro Amarelo de 2022 que teve como foco a capacitação dos profissionais.

Então não havia espaço para lidar com um transtorno que era grave e, ainda naquele momento, e mesmo hoje. Hoje conseguimos avançar mais no diálogo, é visto como uma questão do indivíduo, não como uma questão de saúde pública e que interessava ao coletivo. Isso tinha um impacto muito grande na organização dos serviços, porque, por exemplo, os CAPS [Centro de Atenção Psicossocial], mesmos sendo locais onde se tratavam pessoas com transtornos moderados e graves, não estavam preparados, os profissionais não estavam preparados para lidar com a questão do suicídio. “*não, esses casos de suicídio eu não quero*”. [...] Eu já vi muita gente tentando suicídio, saindo e sendo liberado do hospital geral sem nenhum encaminhamento: “*não foi tentativa, a tentativa não foi grave*”. O profissional não compreende por que tem uma falha na captação. A gente tem um problema, a gente precisa avançar na captação de profissionais. Se há algo fundamental a ser feito é isso. Esse ano, fantástico, porque tá se focando mais, o Setembro Amarelo na captação de profissionais tá certa, é nessa direção que a gente tem que caminhar. É nessa direção, não tem outra (E7).

De toda maneira, precisa-se pensar também em como e para que é feita essa capacitação. Além de uma capacitação técnica, a sensibilização ao tema também faz parte desse processo. Isso muito se deve ao tabu social e ao fato de que o suicida, como já falado,

muitas vezes sofre preconceitos e discriminações por tentar acabar com a própria vida. Um entrevistado traz dois exemplos de programas que acontecem nos EUA, onde o treinamento dos envolvidos é reiterado, assim como destaca a importância da avaliação:

Que lugar ele ocupa socialmente? Se é uma existência legitimada, reconhecida, valorizada. Mas isso não sei. Assim a gente, quando a gente pensa em aspectos facilitadores também. É um trabalho de sensibilização e de capacitação [...] Mas o que eu conheço aqui do programa [experiência norte americana] é que os atendentes têm um treinamento bem, bem, bem sério. Sim, para identificar o risco. Existem perguntas que eles têm que fazer. Dependendo da resposta, aquelas perguntas básicas, eles têm que avaliar os fatores protetores de risco, etc. [...] O outro programa [experiência norte-americana] tem alguns critérios e passa pelo treinamento dos profissionais. E eles têm cursos como aplicar o plano de segurança, etc. E é uma avaliação, uma discussão contínua de o quanto está sendo realmente implementado e consistente naquele serviço de saúde (E3).

Olhando os exemplos supracitados, a fala de outro entrevistado deixa a entender que aqui no Brasil também há treinamentos, mas, o que chama atenção em sua fala, é a forma que esse treinamento é colocado. O entrevistado aponta que o governo do Rio Grande do Sul e do Paraná deixaram apostilas disponibilizadas gratuitamente para serem usadas como treinamento dos profissionais. A pergunta que é feita pelo entrevistado é se, a partir de uma apostila, consegue-se de fato fazer um treinamento desses profissionais de saúde, ou estamos partindo mais uma vez para uma compulsória produção de manuais e apostilas cheias de dicas e não de um treinamento em si? Porém, ele mesmo cita sucesso na cidade de Mafra em Santa Catarina, também citadas por outros entrevistados em suas falas, mas com a ressalva que não é um programa de prevenção do suicídio, por assim dizer.

O SUS do Paraná criou uma bela apostila que te deixa à disposição para treinamento de profissionais do SUS gratuitamente. O mesmo também fez o estado do Rio Grande do Sul. Algumas cidades de Santa Catarina, como Mafra e no Rio Grande do Sul, a cidade de Encantado. Então nós já tivemos boas iniciativas no Brasil (E2).

Vou dar um exemplo que eu gosto muito em Mafra, em Santa Catarina? Mas por quê? Pela diferença das servidoras que conseguiram sensibilizar a gestão. Hoje eles conseguem fazer um acolhimento bacana do comportamento suicida e fazer também uma série de outras intervenções. Não é diretamente prevenção do suicídio, mas é a rede de apoio a perdas irreparáveis (E7).

Em relação aos locais, os especialistas trazem em comum a questão do treinamento das equipes que estarão trabalhando com o indivíduo com comportamento suicida. Além do treinamento, é preciso expandir a comunicação de quais locais recebem e acolhem bem os suicidas de diferentes idades e isso precisa ser passado dentro das capacitações. Um especialista retoma o tema de o quanto ainda se maltrata, pune e tortura o suicida em emergências hospitalares por médicos e enfermeiros devido à falta de informação e de uma inversão de necessidade, onde o paciente do cotidiano quer que o médico salve sua vida e o suicida subverte essa lógica. Outros também trazem que isso já melhorou muito, mas ainda há

uma falta de conhecimento, principalmente do que se fazer com o suicida, para onde enviá-los.

Eu acho que precisa criar um pouco nas pessoas uma coisa chamada compaixão. Por que eu me questiono por que o suicídio não provoca compaixão, já que é uma morte violenta por causa externas por definição da CID-10, morte violenta por causa externas como homicídio e acidente de trânsito, que é isso, mortes não provocadas por doença. Por quê que o homicida, mesmo que ele tenha provocado um tiroteio, morreu gente, ele foi ferido, ele vai pro hospital, ele vai ser cuidado ao médico vai seguir o Código de Ética Médica. Ele pode até pensar, não ele poderia ter morrido mas tadinho, ele não vai dizer nada, ele vai cuidar, vai fazer tudo que tiver ao alcance dele, que é o Código de Ética, tudo que tiver para salvar a vida e se não salvar pelo menos minimizar a dor. O cara que provoca um acidente de trânsito em que morre um monte de gente, que ele estava lá nas ferragens, chega todo arrebitado ele também não vai ouvir nada. Agora chega um suicida, o suicida vai ouvir o tudo, aquilo, outro. Por que que o suicídio não provoca compaixão? Na verdade, provoca raiva, revolta, indignação ou então: "*por quê que eu vou dar a vaga da UTI pra alguém que quer morrer? eu vou dar pra alguém que quer viver*". Então, coisas assim, absurdas; ou chamar o marido e dizer: "*rapaz larga essa mulher, de novo aqui?*" Coisas tão absurdas que a gente questiona cadê o Código de Ética Médica? (E10).

Apenas uma pessoa falou sobre locais para idosos, mostrando talvez o pouco espaço comunitário para pessoas da terceira idade e a pouca importância dada ao assunto

Na terceira idade também falta um espaço, porque aqui no Brasil só tem asilos. São Paulo começou a se criar algumas, alguns condomínios pra pessoas idosas que são interessantes, mas assim, é preciso que o Poder Público crie espaço para os idosos, que eles sejam respeitados, que eles tenham dignidade, eles não têm dignidade. Eu acho que quando houver o reconhecimento das políticas públicas para trabalhar em cima disso, para dar lugares para que eles possam viver dignamente, eu acho que isso é imprescindível (E10).

## 6.6 A CAMPANHA DO SETEMBRO AMARELO

Ação ampliada de prevenção questionada pelos especialistas é a realização da campanha do Setembro Amarelo, agregando diferenciadas instituições. Foi criticada de forma geral por sua ineficácia e, como dito por alguns, desserviço aos suicidas e às suas famílias. É uma campanha acusada por diversas vezes de ser reprodutora de uma cultura retrógrada e conservadora de prevenção e, por seguir os padrões medicalizantes que se mantêm hoje no Brasil, sendo vista como um retrato da situação real do que é produzido hoje no país.

O Setembro Amarelo, por exemplo, para mim é um desastre. É um desastre total. Ele é financiado pela pelo Conselho Federal de Medicina, a Associação Brasileira de Psiquiatria, que são duas instituições retrógradas, conservadoras, bolsonaristas, focadas na medicalização (E4).

As famílias enlutadas por suicídio devem sofrer bastante durante o mês de setembro. O que existe mundialmente é um Dia mundial de prevenção de suicídio, que é o dia 10 de setembro. Mas no Brasil, transformaram todo o mês de setembro em setembro amarelo. Eu diria que é um exagero (E2).

Percebe-se também através da fala dos entrevistados que a campanha não seria exitosa, pois é o principal disparador de gatilhos para as pessoas com comportamento suicida. Um questionamento levantado pelos especialistas entrevistados é o de que a campanha busca uma sensibilização, uma conscientização da população, mas, conscientizar do que? Pra que? Como? Fala-se muito do que precisamos fazer ou não fazer e se repete-se muitas vezes a mesma coisa. O Brasil é o único local onde a campanha dura um mês inteiro e não um dia, porém pouco se explica, pouco se capacita e parece que se retém em apenas um mês, o que, inclusive torna a campanha mais barata do que se fizer ações e programas de prevenção o ano todo, que é o que se sobressai de forma conjunta na fala dos especialistas.

O setembro amarelo é exitoso? Nem sempre, porque a gente sabe que tem gente que fica muito mal e a gente sabe que tem gente que morre por conta de gatilhos disparados do Setembro Amarelo. Mas a campanha hoje que a gente tem de ampliar é prevenção do suicídio o ano inteiro, que é o que eu sempre falo (E7).

Eu acho que a gente não está conseguindo fazer com setembro amarelo porque, eu digo assim: "*chega de falar gente, vamos agir, a gente tá precisando de ação*". A pessoa que está em sofrimento psíquico passa um mês ouvindo falar de suicídio e piora. A campanha de setembro amarelo, embora a gente deva muito a ela, tem que pensar agora, avaliar que as pessoas para as quais a gente trabalha, para as quais a gente faz as campanhas, estão pedindo socorro, não estão aguentando a campanha. Um mês falando disso. Por que que o mundo inteiro é um dia, o dia mundial de prevenção ao suicídio (10 de setembro), por que que a gente tem que fazer um mês? Eu até já sei por que, mas não vem ao caso, tem questões políticas e financeiras (E10).

A campanha de Setembro Amarelo traz à tona a questão de não existir de fato uma política pública nacional implementada verdadeiramente no Brasil. Ela é toda patrocinada e diversificada pelo terceiro setor, trazendo assim um indício de comercialização da campanha, o que traz muita desinformação:

Na verdade, não há política pública oficial organizada no Brasil para a prevenção do suicídio. Não existe política pública. Existem iniciativas privadas apoiadas pelo poder público. A campanha Setembro Amarelo é talvez a mais ridícula delas, mas a mais conhecida. Ela não é uma política pública de prevenção do suicídio (E5).

Por quê que nós não temos nem campanha pública, porque a campanha do setembro amarelo não é pública, é do terceiro setor (E10).

Além da campanha de setembro amarelo, o Centro de Valorização da Vida (CVV) aparece muito nas falas dos entrevistados ao comentarem sobre políticas públicas, ou melhor, da falta delas e do investimento no terceiro setor. O CVV é uma ONG que serve como uma alternativa, em vez do poder público criar verdadeiramente políticas públicas através do SUS para se fazer prevenção e atender a população em geral. Um entrevistado inclusive destacou o CVV pelo início da prevenção no Brasil sendo já criada no terceiro setor. Assim, p Estado

terceiriza a prevenção do suicídio, talvez por entender que ela não é de tão importância para se tornar uma política pública com investimento adequado.

CVV oferece um serviço muito interessante. Mas qual é o problema do CVV? É uma ONG! Ou seja, ela está ocupando o lugar do Estado. Quem deveria estar oferecendo esse tipo de iniciativa é o Estado, com profissionais pagos, com salários pagos e bem preparados para recepcionar esse público e não o CVV. Ou seja, o dinheiro deveria estar no SUS, mas está sendo destinado, por exemplo, a iniciativas do CVV. Há iniciativa da SaferNet, que também faz um trabalho interessante, mas que também deveria estar no Estado (E4).

Além dos exemplos supracitados, um especialista relata que o CVV é a única alternativa para quem pensa em suicídio no Brasil, não existindo nenhuma outra linha de ajuda ou outra organização com atuação similar. Ainda exalta que os CAPS não estão preparados para o atendimento e acolhimento da população:

A gente teria que ter alguns centros para atender pessoas em crises, que é um pouco que faz o CVV no Brasil. Quando passou lá aquele famoso seriado *13 Reasons Why*. A única coisa que dava para a Netflix mostrar era o número do CVV. Por que não tem um outro serviço? Não tem outra *hot line*? Não tem, não tem serviço. Eles nem falaram. Procure um CAPS porque o Caps não vai acolher o CAPS. Ele não está preparado para acolher um jovem de 18 anos que está pensando agudamente em suicídio (E2).

## 6.7 PREVENÇÃO EXITOSA

Quando os especialistas são abordados sobre o que seria uma prevenção exitosa, fica clara uma hesitação e uma leve confusão quanto à indagação, talvez pela dificuldade em se fazer avaliação das ações, programas e campanhas no país. A avaliação do que é feito em prol da prevenção do suicídio, sejam programas, ações ou campanhas, é considerada de suma importância e relevância. Criar critérios de avaliação, periodicidade na avaliação e adaptações a partir dos resultados, ou até mesmo a suspensão das ações são essenciais e devem ser realizadas para se saber se o recurso financeiro, o tempo e as ideias implementadas nessas campanhas estão sendo proveitosas.

Aprendi isso no Canadá, tudo que eles fazem, eles avaliam para ver se está dando certo. Aqui não. Olha essa campanha do setembro amarelo tem sete anos. Oito agora e ninguém avalia. Fui lá ver que o índice de suicídio nos meses de setembro, durante o ano, era maior que a média nos outros meses. Justamente depois do setembro amarelo, depois do 2014, quando foi criado. Então se estão aumentando os números, deveria estar reduzindo, tem alguma coisa que essa campanha não tá dando liga, não tá (E10).

Não sei te dizer, nunca pensei sobre isso. É difícil falar, como eu falei exitoso, eu preciso definir primeiro o que é exitoso. Como é que eu vou avaliar o êxito de alguma coisa, eu tenho que avaliar o impacto de alguma coisa, então assim, do nada. Sendo muito objetiva e eu consumo pensar de maneira bem objetiva, eu precisaria fazer uma pesquisa porque eu teria que criar critérios. Como é que eu vou avaliar impacto de alguma coisa, então eu tenho que pensar no impacto (E8).

Dito isto, o que seria exitoso para os especialistas? Percebe-se que estão de acordo em pontos como a avaliação das ações realizadas e acompanhar o paciente com um modelo de *follow-up*, não apenas para se ter dados, mas para acolhê-lo. Dados estatísticos também são mencionados, como, por exemplo, acompanhar as taxas a nível macro (como mortes por suicídio em um país), e micro (como mortes por suicídio em uma região de uma cidade), se estão diminuindo ou aumentando. Além dessa visão que vem com a avaliação dos programas, algo que foi levantado pelos entrevistados como fator de um programa ser exitoso é o quanto de vida ele está “produzindo”. Isso será abordado com mais clareza mais adiante, mas ressalta-se que é um conceito hoje bem consolidado na saúde e que traduz as condições de se viver.

A intersetorialidade também é um ponto de convergência e que aparece nas falas de todos os especialistas, mostrando que nenhum programa ou ação consegue ser exitoso se não for plural e envolver diversas áreas de conhecimento.

Eu considero que o que seria exitoso. Sim, vamos supor a implementação num sistema de saúde e avaliar os profissionais e sua disponibilidade de aplicar essas intervenções no seu dia a dia. O treinamento deles é ter algum método de avaliação, o quanto o quanto esse treinamento foi eficaz. É uma questão continuada, uma avaliação continuada é um dos principais obstáculos. Quantos pacientes que foram internar tiveram alta da internação de emergência? Quanto foi discutido o plano de segurança? Como é que foi definido o segmento e como foi feito o seguimento? Quantos deles foram seguidos em termos de preço, como implementação de serviço? Em paralelo, uma notificação talvez contínua dessas pessoas para ver a incidência de tentativas (E1).

Acho que um programa exitoso produz vida. Essa é a primeira coisa. E a gente vai pensar que esse sujeito, por exemplo, vamos pensar numa adolescente. A gente vai ter um nível de complexidade muito grande, especialmente se ele for menor de idade, porque ele pode chegar, sei lá, para um professor, de todo sofrimento psíquico, tem o pensamento suicida. Eu tive uma tentativa de suicídio. Qual seria uma conduta universal? Como procurar esses pais ou procurar os responsáveis por esse sujeito? Se a gente parte do princípio de que a gente sabe pelo sujeito, de que a gente sabe o que é melhor para ele, a gente escuta, a gente vai fazer essa busca, sem nem saber, por exemplo, se essa família não é um fator de risco, não é um espaço de violência, de maior vulnerabilidade. Eu acho que a primeira coisa é a gente abrir mão de certas convicções, de certas certezas ou de condutas universais, como se a gente pudesse, inclusive, resolver o problema do outro. A gente hoje se disponibiliza menos a escutar. A gente, às vezes até por uma tendência capitalista de funcionamento, de funcionalidade, a gente quer resolver o problema. A gente quer salvar o outro. Eu brinco sempre dizendo assim a gente não se salva além da gente [...] É uma pretensão enorme a gente querer salvar o outro de si mesmo. Qualquer pessoa que pense em prevenção do suicídio precisa primeiro se deixar desconstruir pelo outro (E3).

Um especialista faz uma crítica ao Estado brasileiro quando aborda a falta de interesse e vontade política em relação à prevenção:

Mas assim, nada vinga. Por quê? Cheguei a essa conclusão, falta vontade política, mas não é só vontade política, falta interesse, porque se tem os políticos tem vontade, se eles têm interesse e eles têm interesse, para ter interesse depende de ter

vantagens. A vontade política depende do interesse e interesse depende das vantagens. Se vai ser vantajoso financeiramente, economicamente, politicamente pra eles, eles fazem. Se não, eles não vão fazer. Então não adianta ter vontade política, porque aqui a gente teve vontade política de deputada, teve técnicos em cima brigando, mas na hora H quem tinha que decidir não decidiu. Ele não tinha interesse, ele falou em alto e bom som: "*eu não tenho interesse*". O interesse político está diretamente ligado aí. Então, para dar certo tem que estar ligado ao interesse político (E10).

Mas, alguns entrevistados trazem algumas ações que consideram exitosas, muitas advindas de suas experiências pessoais e que parecem não ter sido avaliadas. As ações exitosas estão organizadas em nível seletivo, indicado e universal.

O tom de todos os participantes é parecido quando falam das prevenções universais; todos aparentam compactuar com sua efetividade. Em ações universais, há diversas sugestões e considerações sobre o que seria exitoso como restrição a meios letais, mudanças sociopolíticas, programas de prevenção a uso abusivo de álcool e outras drogas, criação e alteração de leis que visem a igualdade política, econômica e social e, em uma lista extensa, sugerindo que toda ação de promoção a saúde é prevenção do suicídio. Isso se deve ao fato que quando melhora a qualidade de vida do indivíduo, é grande a probabilidade dele buscar ajuda e até mesmo de não chegar à um comportamento suicida.

Em termos populacionais, quer dizer, a gente sabe que os países que têm reduzido os índices de suicídios são poucos. Para reduzir sistematicamente de um jeito significativo os índices de suicídio fizeram mudanças sociopolíticas bem específicas. Por exemplo, a mudança na legislação sobre o casamento na Índia fez reduzir os índices de suicídio de mulheres dramaticamente. O fato de as mulheres poderem escolher, as meninas de qualquer classe social poderem escolher com quem vão casar, poderem se divorciar. A mudança na legislação diminuiu os índices de suicídio. Uma relação causal que a gente consegue estabelecer. A gente sabe que o controle disso é uma coisa de décadas: o controle de armas de fogo e o controle de letalidade e de distribuição de agrotóxicos. Controlar a venda de agrotóxico, mas também só liberar agrotóxicos que não são tão tóxicos reduz as mortes por suicídio em termos populacionais, sobretudo dessas mortes que são por impulso. Porque se a pessoa vai planejar o suicídio, ela acaba escolhendo um meio que ela tenha acesso. Mas aquelas mortes por impulso bom, eu não estou planejando, mas eu vejo a arma e por impulso atiro na minha cabeça. O fato de não ter uma arma ali vai reduzir. A gente já tem algumas informações muito evidentes sobre ações eficazes, exitosas de prevenção do suicídio em termos populacionais (E5).

Quando se parte para o que se fazer em nível seletivo e indicado, começa a ver as diferenças entre os especialistas, no tom e na própria percepção do que se fazer e de como entender o comportamento suicida. A proteção da vida e a necessidade de manter a pessoa viva em detrimento de sua escolha, de se tomar à gerência de sua vida, e com acolhimento mais medicamentoso, de se traçar planos e evitar meios.

Por exemplo, uma intervenção que eu considere e que tem várias evidências mostrando a sua efetividade, que é simples de implementar e barata em qualquer tipo de lugar, independente do país, é a discussão no ato do paciente, da emergência ou da internação. Discutir com aquele paciente o plano de segurança para ele poder



lidar com aqueles momentos de crise. Se antecipar e procurar meios de se proteger. E o contato breve com ele após a alta (E1).

Quando eu penso em nível individual da clínica, porque eu estou pensando nível macro. Se eu penso em nível individual, as ações exitosas as quais eu estive envolvida sempre foram ações que envolviam outros profissionais, não foram minhas ações, e que envolvia não só articulação com outros profissionais, mas envolvia articulação com a família, com a rede (E8).

Com uma outra visão complementar, trazem uma visão de suspensão do saber hierarquizado e de uma aproximação do indivíduo em sofrimento de maneira mais próxima e mais humanizada, no sentido de, com ele, produzir vida, trazer a vontade e o sentido de viver novamente, mas não negando que ele tem controle e escolha sobre a própria existência,

Tua pergunta é quais são as ações exitosas para evitar o suicídio daquele sujeitinho que a gente está atendendo naquele momento, com aquela história de vida, com os modos de enfrentamento, os modos de satisfação, as formas de viver, os valores próprios. Eu acho que a primeira estratégia importante, exitosa de prevenção de evitação é se por acaso o profissional tem essa pretensão, é suspender. É a norma, a obrigação de que o suicídio deve ser evitado a todo custo. Eu entendo que a atitude de qualquer profissional que se depara com uma situação de ideação suicida é uma disponibilidade, uma abertura para discutir esse assunto. E não é discutir, tentando encontrar ali uma brechinha no discurso do sujeito para mostrar Olha, tá vendo como você na verdade não quer se matar, que é o discurso da ambivalência, por exemplo. Eu estou aqui aberto pra conversar sobre esse assunto, mas na verdade eu estou procurando um jeito de te convencer a não fazer. Ou eu estou esperando que tu me dê um motivo para eu tirar o teu direito de tomar decisões e vamos te colocar a mercê da vigilância do controle externo. Então eu estou precisando que eu estou conversando sobre o assunto pra que você me confesse que você não tem condições de decidir, porque se você decidir se matar, você não está pensando direito. Se você não está pensando direito, você não pode decidir nada, então alguém vai decidir por você (E5).

O sujeito não tem um dever de viver. Ele vive, se ele quiser. Ele tem direito de escolha. Por que a gente precisa antes pensar no princípio bioético do direito à vida? Já que não tem direito à vida. Vamos pensar o sujeito está diante de dez portas e nove estão trancadas. Ele abre uma, é sua escolha. Ele não tem nenhum apoio. A classe não tem o apoio familiar. Se ele não tem acesso a mobilidade social, a segurança, a alimentação, a emprego, a estudo, a saúde. Se no momento em que ele está no nível de tristeza absoluta, de perda de sentido da vida, ele busca ajuda num serviço de saúde em que ele é maltratado, julgado, discriminado, punido. Ou seja, ele entra num ciclo em que ele já podia estar no ciclo de violência, que ele já podia estar num ciclo de exclusão, de marginalização. Assim para prevenir o suicídio, pensando que eu vou dar um remédio para o sujeito, que eu vou resolver a vida dele. Nada. E às vezes eu tenho uma sensação de que a gente tem alguns modos de intervenção que tem mais a ver com o apaziguamento nosso do que o sucesso. O sofrimento, sabe? Isso, seja numa ação, isso seja nos modos de conversar, de dialogar com o sujeito. Sabe como eu escutei de alguns profissionais de saúde que disseram assim: que dia lindo!, como a vida é linda!, pense no seu bebê, você amamentando, ele olhando para você e você olhando pra ele. Ou seja. Inclusive essa mãe podia desejar essa criança (E6).

## 6.8 REDES SOCIAIS

Nos dias atuais, as redes sociais não podem ser deixadas de fora do tema da prevenção do suicídio e; apontaram ações que podem ser conduzidas.

75% dos jovens hoje de todas as classes sociais acessam a internet. A internet deixou de ser um lugar estranho para ser um espaço de sociabilidade. Lá, se se produzem, reproduzem tudo aquilo que existe no mundo, no mundo dito presencial. Mas só que possui também características próprias, e essas características próprias são excelentes e são horríveis para a questão da prevenção do suicídio. Se antes você sofria *bullying* na escola, ficava chateado, triste, magoado, mas você saía de lá, você ia para casa, você relaxava, você estava resguardado. Agora este mundo o que fizeram com você hoje em dia está sendo filmado e transmitido pelas redes sociais, onde fica disponível 24 horas por dia. É um dia que se presentifica. Não é aquela imagem que você tocou, está sendo tocada agora. Mesmo que tenha acontecido há cinco, seis anos atrás, ela continua sendo atual. Porque ela se repete agora. A sua casa deixou de ser um ambiente de segurança porque ela está invadida pela internet (E4).

Eu acho que é muito importante não demonizar as redes sociais. Isso é um reflexo desde o berço da Idade Média ou principalmente da ideia teresiana de bem ou mal, o corpo e mente. A gente vê o mundo, a gente olha a realidade sempre muito dicotômico. Ou é isso, ou é oito ou 80. E as redes sociais? Sim, elas podem ser danosas, elas podem ser extremamente nocivas. O fenômeno de prevenção, de cuidado, de informação a gente vê tantas *fake news*. Não dá mais para a gente não a entender como um recurso de prevenção. É um recurso, é mais um recurso. Não tem como a gente desmistificar, não desmistificar e de reforçar a desculpa que as redes sociais são um fator de risco se os fatores de risco eles são móveis (E6).

Um entrevistado traz a necessidade de parar de dividir o mundo em virtual e real pois, hoje os mundos já são os mesmos, o que acontece na internet é real, porém, ainda há quem pense que a internet é uma falsa realidade e não a vê da mesma forma.

O que eu fico sempre muito preocupado é com o discurso conservador em relação à internet, que fala, isso aí é porque eles ficam demais lá, tem que voltar para o mundo real como se a internet não fosse real. Como se as trocas não fossem reais. [...] Não é o mundo de fantasia, é um mundo real. E o mundo é uma extensão do mundo. É uma ferramenta a mais no mundo. É um espaço real de sociabilidade. Enquanto a gente não entender que é um espaço real de sociabilidade, assim como é a escola, assim como é a igreja, assim como são esses outros lugares onde a gente se encontra e discute. E é troca, troca, afeto, troca, ódio, troca, tesão, troca, conhecimento. A gente vai estar, a gente não vai conseguir se apropriar dele. Então, como fazer? Não sei como fazer, mas eu sei que não o fazer é você desperdiçar uma oportunidade, uma ferramenta extraordinariamente útil (E4).

Então, vivendo diariamente uma vida e talvez uma falsa realidade de que ele não encontra no dia a dia deles, pode talvez causar uma certa frustração. E então não consigo assim por uma cabeça jovem de uma pessoa jovem desvincular esse uso. Esse uso tão aberto e sem limite da rede social como algo que possa não ser tão benéfico, principalmente para aquele que causa, mas para aquele jovem que já tem algum tipo de vulnerabilidade ou está doente, por exemplo. Não acho que alguém que não teve vulnerabilidade esteja saudável. A rede social vai causar algo, mas para quem está vulnerável, pode ser algo não tão positivo assim (E1).

Em relação as precauções, muito é falado sobre a questão do anonimato e como isso pode ser danoso. A internet e as redes sociais trazem uma falsa sensação de que se pode tudo e é uma terra sem lei, o que não é verdade. É um ambiente que se tem observado uma grande toxicidade e que pode ser um grande fator de risco para o comportamento suicida não por ser internet ou por ser mídia social e sim, da maneira como os seres humanos, a sociedade as

usam. Como bem traz um entrevistado, o que dá mais cliques hoje são coisas escatológicas, pornografia, violência, difamação, *fake news*, etc. Isso faz com que um ambiente promissor exale uma toxicidade que claramente afeta mais a faixa que mais o utiliza, o jovem.

Saiu uma pesquisa da Fundação Mozilla mostrando que o próprio algoritmo do Google ali do YouTube oferece cenas de violência, de desastres escatológicos, porque isso engaja mais. A pergunta é que tipo de conteúdo a gente deveria oferecer? Quais são as formas de interação que a gente deveria privilegiar de tal modo que a molecada se sentisse engajada em algo mais interessante que não apenas o escatológico, o violento, o depressivo. Porque a Momo, por exemplo. Tudo bem que a baleia azul, a Momo são só são, em geral são *fake news* que cresceram muito por conta do pânico moral dos pais. Já tem algumas pesquisas falando que nunca houve essa epidemia de baleia azul, que nunca houve essa epidemia da Momo. Por quê? Porque isso é pânico moral. Mas ainda assim perceba esse pânico moral engaja (E4).

Então, é interessante que, desde que os fóruns de internet, se for, for lá ver o 4chan, que é o mais famoso. Eles têm por princípio que a liberdade é anônima. São elementos importantes na hora da construção. Então a gente já tem e a gente já sabe que algumas coisas são importantes. Como é que a gente configura isso? De tal forma que você tenha um site da Momo do bem, um site com um viral do tipo baleia azul do bem, eu não sei. Mas eu te garanto uma coisa 13 *Reasons Why* não foi uma boa estratégia. Se é para falar de suicídio, então quando a gente pensa em internet, a gente também tem que pensar multimídia (E4).

É o que a *Boyd* vai chamar de network de públicos. São aqueles públicos em rede. Seria algo como que é um público diferente daquele público, da massa que está todo mundo junto. No cara a cara. Mas quando isso acontece num fórum de internet, quando isso acontece num perfil de alguém do Instagram ou coisa do tipo, ele assume uma outra dimensão, ele assume um outro. São outros tipos de relação, porque ele acha que ele está anônimo. Ele acha que aquilo e que ninguém vai saber o que ele é, que aquilo vai ficar também permanente. Aquilo que eu já falei vai ficar permanente ali. E para piorar, no final das contas, ninguém se responsabiliza sobre isso (E4).

Pode ser uma hipótese de se expor de uma forma arriscada a isso, não protegida, mas uma coisa paradoxal de que, ao mesmo tempo que tem se reduzido alguns fatores a tentar, há a tentativa de suicídio tem aumentado nessa população. E o que tem aumentado também nessa população é o acesso à mídia social. Claro que seria irresponsável por parte da reportagem, até eu dizer que uma relação não tem uma relação direta entre as duas coisas, mas faz refletir. Então vejo com uma preocupação a questão da mídia social. Pode ser que tenha questões positivas. De alguma forma pode aumentar a chance do jovem estar se sentindo conectado e socialmente não isolado. Mas também expõe a por exemplo questões de agressão e *bullying*. Isso aumenta exponencialmente se o jovem está exposto a algum tipo de coisa, a ficar a lidar também muito com uma realidade das coisas que talvez ele não encontra no dia a dia dele (E1).

Hoje a internet pode ser altamente tóxica. Pode ter uma ação tóxica, tão crítica, tão rápida quanto uma intoxicação por aquilo que a gente estava pensando em como vamos controlar a entrada de carbamatos do chumbinho pra matar o rato, que era uma forma bastante utilizada, porque aquilo custava um real, baratinho. Então hoje uma ação na internet eu não tenho a menor dúvida que é fundamental. Isso é um trabalho que tem que ser muito persistente, porque é um trabalho que exige a todo momento um tipo de intervenção, seja através de notas, seja através de comunicados, seja através, como eu falei, do Ministério Público (E9).

Porém, como bem dizem os entrevistados abaixo, não podemos nos retirar dos espaços onde os jovens e as pessoas habitam e circulam. Se nos retirarmos desses espaços, estaremos deixando um promissor espaço de cuidado e de possível promoção à saúde por preconceito e falta de entendimento. Se retirar não é a solução, entender e se adaptar, sim:

A gente pode pensar em usos possíveis e saudáveis das redes sociais. Porque há quem parta da demonização das redes sociais. Não estou dizendo que não tem efeitos subjetivos ou efeitos danosos sociais. A gente sabe o que as redes sociais podem. Elas trazem uma chuva de acontecimentos, de efeitos, de impactos. Na vida, nas vidas individuais e coletivas. Mas eu acho que não dá para a gente brigar com elas, porque senão a gente vai se retirar desses espaços (E3).

A gente pode perceber aqui, principalmente o *cyberbullying*, como um elemento muito característico da contemporaneidade. Novamente, eu me faço através do olhar do outro. Então eu busco, eu desejo, eu tenho que ter esse olhar, esse outro. Mas para além disto. Eu acho que a gente precisa ressignificar o nosso olhar moral sobre as redes sociais e as redes sociais. Não é o inimigo. Se a gente entende dessa forma, estamos a trabalhar com uma outra perspectiva de prevenção (E6).

Em contraponto, a internet também pode trazer meios para se promover saúde, praticar ações de prevenção, criar grupos de apoio, encontrar pares, se informar e se conectar de maneira real e legítima com outros seres humanos por todo o mundo. Pensar a prevenção do suicídio e o uso da internet e das mídias sociais hoje não pode se dar de maneira separada. Como falou um entrevistado, há a necessidade de ações multimídias tanto para informar quanto para poder prevenir. Outro especialista traz uma das ações de que com a pesquisa sobre suicídio ou meios letais, as plataformas como Google podem criar alertas para que seja oferecida algum tipo de ajuda, alguma intervenção imediata, não taxativa e nem que irá expor a pessoa.

Por outro lado, pode ser também um meio para ajudar. Não sei como. Já ouvi algumas discussões nesse sentido de alertas de algumas plataformas, quando a pessoa está discando ou comentando alguma coisa. Não sei até que ponto isso pode ser algo que seja protetor ou um método de prevenção, ainda que muito novo para mim. É muito novo isso (E1).

Quando a gente fala de prevenção, a gente pode pensar em algumas vias, em especialistas, a gente pode pensar em instituições e em familiares que no trabalho de prevenção também fazem prevenção do suicídio nas redes sociais. A gente tem, por exemplo, instituições como CVV, como Vitalere, como Safenet. Fazem trabalhos lindos de prevenção do suicídio na internet. Entrevistas e vídeos de documentários, *cards*, cartilhas, manuais, debate público, enfim, que tem a orientação de garantia de direitos. Uma série de coisas que eu acho que facilitam o acesso para muitas pessoas, em muitos grupos que talvez sem a rede social essas pessoas nunca entrassem em contato com esse tipo de material (E3).

Como combater ações e informações que estão dentro da internet, nós temos feito isso através de notas, através de mecanismos de comunicação diretamente a Google, Facebook. Temos conseguido intervir. Ação junto ao Ministério Público. Porque uma das diretrizes é o controle dos meios (E9).

Inclusive, um entrevistado contou uma história com uma de suas clientes que demonstra bem os perigos da internet, relata como lidar com ela de forma diferente e que muitas vezes a internet tem caráter protetivo, mesmo sendo também lugar de risco:

Uma paciente que tentou suicídio contou que um cara chegou, ela mostrou os seios e o cara distribuiu isso pela internet. Fez um perfil no Facebook. Ela viu, tentou suicídio. Chegaram para mim o pai, a mãe e ela, aquela coisa toda. A gente começou um trabalho. Eu peguei e mandei o pai para uma terapeuta e a mãe para outra para tentar me ajudar nessa situação. Dentro daquela perspectiva que eu disse, eu não vou ficar só com a criança, com o adolescente lá. Eu quero uma nova reformulação na família, porque as relações têm que ser repensadas. O que acontece às duas criaturas para quem eu mandei: o pai e a mãe deram um alto padrão que eles não tinham problema. O problema era a criança. A mãe é uma delas; ele [psicólogo da filha] falou para a mãe: a senhora está certa mesmo, tem que tirar o celular dela. Se ela quiser falar, que fale com a senhora. Resultado, essa mãe foi lá e tirou o celular da menina: 30 segundos depois, ela tenta suicídio. A família voltou para mim falar, *“mas a outra psicóloga falou para eu tirar o celular”*. Eu falei, eu sou psicólogo, você está errada. *“Mas por que ela não fala comigo?”* Se ela quer saber, é porque vocês são chatos. O que é que ela teria que falar com vocês. Sendo que há julgamento, sendo que a cobrança é tudo aquilo que ela não quer e não consegue lidar hoje é com julgamentos e cobranças. *“Mas ela só se perde nessa internet”*. Mas ela não está perdida na internet. Ela encontrou outras pessoas iguais a ela, outras pessoas que estão dispostas a ouvi-la sem julgamentos e sem cobranças. Por favor, devolva o celular à sua filha, que é isso que está vinculando-a a vida (E4).

Por fim, este especialista ainda traz uma reflexão sobre o tema essencial, que a internet ainda é muito nova e o suicídio é tão antigo quanto a humanidade, ainda estamos tentando entender como usar a internet e as redes sociais.

20 anos de internet, 10.000 anos de suicídio. Tentar resolver isso, essa equação que a gente não resolveu no face a face. E ainda sem querer enfrentar os reais problemas sociais. Porque o que está posto aí é o suicídio. É um tabu, mas a sexualidade continua sendo tabu. Tanto é que a maioria das pessoas não tem uma vida sexual saudável. A questão racial não está resolvida, a questão de orientação também não está resolvida, a questão de classe não está resolvida. Então e o suicídio tá no meio de tudo isso, sendo mediado por tudo isso, sendo mediado também pela internet. A gente não vai conseguir resolver isso de uma hora para outra, não é? (E4).

## 6.9 FACILIDADES E DIFICULDADES PARA A PREVENÇÃO

No que se refere às facilidades para a prevenção ao comportamento suicida, em sua maioria, os especialistas trazem o SUS como sendo a maior facilidade e benefício que o Brasil tem para poder fazer práticas de prevenção do suicídio. Sua capilaridade e intersectorialidade são chaves para que esses processos possam ocorrer de maneira ordenada, integrada e eficaz. Um entrevistado traz a questão dos laços sociais como facilitadores e preventivos, as formas de se criar vínculos e de amar como vínculos com a vida, que dão sentido para viver. Trazem também as escolas como facilitadores, tanto no quesito físico e estrutural das instituições de ensino quanto de possibilidades e vontade de se fazer as ações. Um outro participante ainda

traz que uma maior gama de informações e serviços estão a cada dia surgindo e isso ajuda muito na prevenção.

No Brasil é a facilidade, essa maravilha que a gente tem no Brasil, que é o SUS, que é super capilarizado, que a gente passa uma vida reclamando, mas é um tesouro que a gente tem no Brasil. E aí a gente tem esse SUS que que tem acesso a tudo e todo mundo, independente se é no interior da Amazônia, se é aonde quer que seja, vai ter alguém ou algum funcionário indo lá e falando com um paciente. E1

As escolas têm muitas possibilidades. Muitas pessoas diferentes circulam pela escola. Os professores são diferentes entre si, podem, têm experiências diferentes, podem propor muitas coisas nas escolas (E5).

As maiores dificuldades apontadas em geral são o tabu frente ao tema, as facilidades de acesso aos meios de se matar, a desinformação e principalmente a falta de investimento público e privado nas questões estruturais e sociais em prol de um pensamento individualizado. Alguns entrevistados reforçam que não adianta impedir a morte se o indivíduo ainda voltará para uma sociedade que o massacra diariamente de forma estrutural, a partir da dura realidade do racismo, homofobia e miséria; além do preconceito e do estigma com quem fez uma tentativa de suicídio.

Minha dúvida é se é um facilitador, um dificultador, porque isso é um dificultador? Porque a gente vive numa sociedade não liberal, individual, individual e individualista. Então, pensar em modos coletivos de cuidado já é muito contramão da nossa estrutura (E3).

Eu acho bom, eu acho que que a principal dificuldade, essa mentalidade biomédica, essa cicatrização do suicídio, que individualiza o fenômeno e aí não permite pensar estratégias coletivas de enfrentamento. A gente está míope em relação ao que é o suicídio. A gente acha que o suicídio é doença ou sintoma de doença, logo, vai oferecer tratamento. Então, acho que essa é a principal dificuldade em qualquer âmbito (E5).

Neste ponto, vale ressaltar que apenas um entrevistado traz a religião como fator de risco e como fator de proteção, sendo assim uma facilidade e dificuldade acerca da prevenção ao mesmo tempo que cria o olhar moralista e adoecedor, mas também pode ser o fator protetivo para se manter vivo.

Se a gente for pensar especificamente as dificuldades, primeiro eu diria que a primeira dificuldade central. E aí eu espero que você, enfim, a pesquisa e as pessoas entendam que não é em relação à espiritualidade e nem à fé, mas principalmente à instituição. No que se refere à religião, eu vejo o quanto que ainda vem sendo carregada um olhar não só moralista, mas um olhar. Cristão muitas vezes acerca de fenômeno, e eu vejo que isso é uma das grandes dificuldades para se pensar, para olhar, para refletir. A espiritualidade é um fator de proteção gigantesco, mas ao mesmo tempo, a religião pode ser um fator de risco com as conversões das entre aspas, curas gays e etc. Além disso, eu diria que uma dificuldade estrutural é justamente o próprio Estado ao ligar ao ser, ao ser ausente, no entendimento de que o suicídio é uma questão de saúde pública (E6).

## 6.10 RECOMENDAÇÕES PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

Foi questionado aos entrevistados quais as recomendações de prevenção para o Brasil e, a partir dessa pergunta, muitas ideias foram levantadas. Primeiramente, destacou-se o investimento em educação, informação, capacitação dos profissionais, desenvolvimento de estudos epidemiológicos e a mensuração dos programas e ações que são realizados atualmente e os que estão por vir.

São mais estudos ecológicos. É difícil da gente dizer que uma intervenção que foi exitosa. Essas intervenções breves e realmente identificar e tratar a doença. E quando falo tratar não tratar do ponto de vista farmacológico e/ou psicoterapêutico e sim, qualquer meio que se prove seguro e indicado ao paciente (E1).

Desenvolver e implementar planos estratégicos com as partes interessadas e usar medidas de progresso (E13).

Trazem em suas falas também a expansão do atendimento do SUS e do SUAS como formas de se permitir os meios de prevenção para além da saúde, capilarizar de maneira intersetorial e cuidar para que se cuide do paciente por inteiro. Mais importante do que expandir o atendimento, é capacitar os profissionais da área de saúde, educação, jornalismo e todos os que estejam envolvidos de maneira que saibam como cuidar dos pacientes suicidas, inclusive para onde devem encaminhá-los se for o caso.

Mas oferecer. Eu acho que no Brasil, hoje, a possibilidade de oferecer atendimento é via SUS. Então, ainda no campo da saúde, eu não diria para não oferecer tratamento, atendimento, acolhimento nos serviços de saúde, porque eu acho que o suicídio não deveria ser visto como uma questão de saúde unicamente. Então eu acho que é ampliar o atendimento do SUS. Com essa perspectiva de despatologização que eu comentei, poder discutir o suicídio como uma alternativa, entre outras, com quem pelo menos considera a pessoa que chega considerando o suicídio como alternativa que a gente que escuta também considere (E5).

Uma fala que fica clara é a de que não se necessita de criação de programas ou ações grandiosas, pode-se fazer grandes transformações na vida das pessoas com pequenas ações, o vínculo e “uma troca verdadeira. Isso passa também pela busca de algo maior que o autocuidado, como dizem os especialistas. A disseminação dessa ideia de autocuidado como está sendo feita hoje em dia, em que se dá de forma individual e que você deve fazer práticas pré-determinadas para se ter sucesso e saúde mental, não ajudam em nada e acabam por prejudicar na realidade. Concomitante a isto, uma maior inclusão de ações digitais e criação de mais meios de se informar e aproximar do jovem via internet se mostram essenciais, como a criação de mais serviços como a Safernet e os serviços digitais do CVV.

Perceba, isso tudo me leva a crer que tem uma dificuldade aonde que eu vejo que poderia ter um grande êxito em algum projeto de prevenção? A partir do SUAS, A partir do SUS. Porque quando você trabalha a questão, essa noção de território, isso me parece que é muito mais interessante do que o autocuidado. Porque nesse

sentido, quando você traz a noção de que eu e o usuário, junto com uma equipe multidisciplinar, conseguimos dialogar para estabelecer quais são as melhores estratégias terapêuticas, unindo isso numa discussão, trazendo essa discussão para a própria comunidade. Aqui todas as instituições estão ali. Você faz com que, ao mesmo tempo, o sujeito crie, amplie sua rede de apoio, perceba essa rede de apoio sendo maior e mais ampla e ao mesmo tempo, essa comunidade entende o seu papel de cuidadora desse sujeito também. E a equipe de saúde se torna não nessa relação hierárquica e vertical, mas sim numa posição horizontal, onde elas também fazem parte. Elas não detêm todo esse saber. O usuário também tem um saber sobre si. A comunidade tem um saber sobre si. E nesse processo de diálogo, dá para você estabelecer redes de apoio e de cuidado muito mais amplas e muito mais fortes. [...] De criar sites na internet de acolhimento dessas pessoas. O mais próximo disso que eu conheço é o do CVV e do SAFERNET (E4).

E, como citado por muitos entrevistados, mas não menos importante, é realizar rodas de conversa, debates e diálogos que podem ser propostos e criados para que se crie relações e vínculos, sentidos e criação de vida, modos de viver e laços que podem ser criados a partir do olhar de pares, com ou sem intermédio de profissionais nesses grupos. Um entrevistado traz uma experiência nesses grupos, onde não havia intenção de falar do suicídio, mas o tema acaba aparecendo, ainda mais entre os jovens. É um tema que fica se tiver espaço pode ser falado, acolhido e cuidado. A realização desses grupos é uma forma simples, com baixo custo e que pode trazer benefícios muito maiores de maneira individual e relacional para os participantes.

A gente desenvolveu na pandemia um trabalho bem bacana, que era sobre rodas de conversas, para pensar um pouquinho sobre o sentido da vida. E não era para falar, por exemplo, sobre o fenômeno do suicídio. Mas não tínhamos a pretensão. Mas foi muito interessante, porque assim volta e meia aparecia a temática do suicídio. Volta e meia, sim, as pessoas tinham o desejo de pontuar, de compartilhar e quando era compartilhado, era muito interessante de que nós começávamos a perceber que muitas pessoas que tinham ideação e inclusive até planejamento suicida. Muitas das questões estavam muito voltadas especificamente às condições materiais de vida, habitação, de acesso, moradia e, principalmente, condições de trabalho. Então, assim, eu não estou falando que isso são elementos que vão determinar como sendo as causas desse fenômeno. Mas poxa, será que se nós pudéssemos criar espaços não só para fala, mas escuta e principalmente pensar, possibilidades de ressignificação, possibilidades de construção, possibilidades de ressignificação dessa materialidade da dor? Poxa, não é que isso é a prevenção, mas talvez é um caminho possível para a gente poder ressignificar muitas coisas (E6).



## 7 DISCUSSÃO

A prevenção do suicídio é ainda um tema muito debatido e pouco conhecido, com muita dissonância entre os especialistas. Vale ressaltar que o que hoje está sendo mais discutido é justamente o olhar não mais para "o que é" o suicídio e "como preveni-lo" mas sim para "quem é o suicida e onde ele está inserido". Navasconi (2019) mostra como o indivíduo, que é invisibilizado e marginalizado pela sociedade, sofre violências a todo momento e muitas vezes recorre ao suicídio como um meio para dar voz ao seu sofrimento e sua luta pelos seus direitos e poder - querer - viver em sociedade (ibidem, 2022).

Além disso, é enfatizada a importância da avaliação de programas e ações de prevenção, todavia a efetividade das ações é pouco abordada entre os especialistas e vista na literatura. Bertolote (2004) já citava a importância das ações em níveis universais, mas não se tinha (e ainda não se tem) uma compreensão de como de fato afetam o indivíduo. Ainda há muitas incertezas.

Dentro do que foi abordado nas entrevistas, além das clássicas temáticas sobre a prevenção de forma biológica, farmacológica e, inclusive de interdição como forma de prevenção, aparece um modelo de prevenção baseado na construção do sentido de vida de maneira biopsicossocial. Ou seja, compreender e criar laços e espaços para que o suicida possa ser único e particular, mas que faça parte de um coletivo. Vieira (2021) traz em sua pesquisa que o sentido da vida ainda é um tema pouco estudado no Brasil e muitas vezes tratado de maneira relativizada.

Ainda assim, Vieira (2021) destaca que essa construção de sentido é fluida e não estática no tempo, pois a vida e os eventos estressores mudam ao longo da existência humana e a construção de sentido deve ser tratada com esse dinamismo. Esse autor traz diversos autores e modelos de como tentar abordar esse sentido de vida, mas todos se defrontam com as questões sociais e culturais, partindo do princípio que uma mesma realidade não consegue ser aplicada da mesma forma ou se esperar os mesmos resultados em culturas diferentes. Até mesmo uma clareza conceitual do que é sentido da vida é difícil de se encontrar. A subjetividade é a tônica desse conceito.

Não resta dúvida da importância de se ter e construir um sentido de vida. O trabalho de Frankl (2012/1946) mostra que os sobreviventes dos campos de concentração, que criaram sentidos para além dos campos e se apegaram a objetivos e laços familiares, tinham uma gana de sobreviver e o conseguiam com mais frequência dos que aqueles que não conseguiam criar esse sentido e estavam realmente presos de corpo e alma nos campos de concentração.

Boccardi (2021) ressalta a necessidade de refletir sobre a finalidade de manuais que só trazem dicas e meios de compaixão e acolhimento dessensibilizados em essência, mas promovidos em palavras e que só servem para o sintoma, a ponta do problema. Lima (2022, p.104 e 105) reforça essa ideia de sintoma quando aborda a questão da performance através dos fármacos, da performance social sobrepondo o indivíduo como ser biopsicossocial. De fato, a prevenção do comportamento suicida se faz de maneira universal e seletiva.

Concomitante a isto, Navasconi (2019) aborda a visão dos invisibilizados na discussão do comportamento suicida. Se o comportamento suicida é multideterminado, o que se deve ao fato de que pouco se falar sobre esse tema entre as pessoas de cor de pele preta, indígenas, os LGBTQIA+ e pobres? A discussão também fica muito mais em nível teórico e generalista, com a ideia de salvar a vida a qualquer custo. É necessário medidas de prevenção onde esses grupos sejam visibilizados, fazendo com que direitos sejam alcançados para uma forma digna de vivência (Navasconi, 2019, interlúdio 4).

Para além desse tópico, o local destacado onde pode ser feita a prevenção do suicídio é as escolas devido ao elevado nível de interação que se tem com o jovem. Contudo, Assis *et al.* (2018) mostram que as escolas estão mais focadas na escolarização e se recusam a incluir a discussão de temas como a violência em suas propostas pedagógicas, tratando o tema, por exemplo, como indisciplina pelos alunos. As autoras também falam da importância de incluir o tema da violência e do suicídio através de teatro, onde o adolescente pode produzir novas formas de encarar o mundo através da dramaturgia e de oficinas de sensibilização. Essas propostas podem gerar um grupo de ações motivacionais que sejam propulsoras e que criem um sentido e até mesmo um senso de pertencimento.

A produção de materiais educativos e em mídia digital também marcam a divulgação científica. Assis *et al.* (2018) demonstram muito bem como essas práticas podem ser promovidas e inseridas em ambiente escolar, contribuindo com a expansão na abordagem do tema e na criação de sentido de vida.

Cortez *et al.* (2019) nos trazem a escassez de estudos sobre o tema a partir do ambiente de trabalho e, quando existem, são relatos de experiência, estudos de caso ou ensaios teóricos. O último boletim epidemiológico (BRASIL, 2021) não consta as profissões como parâmetro para se avaliar os índices de suicídio. A transformação do trabalho nos últimos tempos, que passou a ter atividades produtivistas, com metas cada vez mais difíceis de serem alcançadas, dando destaque ao individualismo ao invés do lugar do coletivo, carregado de sentido e de subjetividade, passou a ser visto como um inimigo a ser vencido, tendo o tempo como um organizador da função (Freitas, 2011).

As ações realizadas em ambientes de trabalho acabam se resumindo a palestras sobre o tema, aos cuidados perante ao assédio moral e aos cuidados que advém de uma exposição da empresa quando o suicídio acontece no local de trabalho, quando a preocupação se volta mais para sua imagem e menos para o indivíduo que faleceu (Freitas, 2011). A perspectiva é de entender quais são os processos laborais que podem contribuir para o comportamento suicida e quais os conflitos de interesse perante os atores envolvidos. Organizações são locais imperativos para se começar a ir mais a fundo na questão laboral ligado ao suicídio (Cortez, 2019).

Partindo para a fala de um outro ponto do ciclo vital, a velhice, percebe-se que pouco se muda nas formas de pensar e agir, o que muda é a compreensão das motivações desse comportamento suicida. Destacam-se os fatores relevantes à velhice como a aposentadoria em conjunto a ausência de trabalho, mudança na hierarquia familiar, mudança nos papéis sociais, morte de pessoas queridas reduzindo os ciclos de amizade e convivência e a morte de um cônjuge. A importância do contato humano e que os cuidadores formais e informais devem ficar atentos a essas mudanças no humor do idoso são marcados na literatura (Minayo, 2012). Porém, a reflexão costuma ser extremamente generalista, servindo para todas as etapas do ciclo de vida, mas sem especificação alguma, ou seja, sem o uso de estratégia de prevenção compreensiva, multissetorial e que inclua a sociedade civil, as comunidades e a mídia. Portanto, é importante identificar os altos riscos individuais, familiares, comunitários e sociais, e prover apoio e cuidado como componentes-chave das estratégias de prevenção.

A Lei Nº.13819 que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (Brasil, 2019) é um grande avanço para as políticas de prevenção do país. O Brasil é um país de abrangência continental em seu território, tendo diversas culturas, povos e modos de existir ao longo de seu território, o que torna essa Política Nacional um facilitador para dar um norteamento as ações e programas de prevenção. Apesar disso, deve-se atentar a ênfase da regionalização necessária para as práticas de prevenção. Contudo, a Política Nacional deve vir como um guia para que se tenha uma base, sem ser “engessada”. Outro ponto importante é a colaboração entre setor público e privado, que podem e devem andar juntos como expressa essa política nacional.

Dantas (2019) nos traz uma visão crítica dessa regulação pois, mostra que outras políticas públicas que são de suma importância para a prevenção do suicídio como a Política Nacional sobre Drogas e a Política Nacional de Saúde Mental, acabam por “superespecializar” as questões de saúde mental, trazendo de volta inclusive o conceito manicomial dessas políticas. Além disso, a restrição de meios, que é um dos pilares da

prevenção do suicídio acaba, acaba perdendo forças quando o Decreto n° 9.785, de 7 de maio, liberam a posse, venda e porte de arma no território brasileiro. O que Dantas (2019) nos elucida é que não adianta termos uma Lei de Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio no Brasil (PNPAS) se as práticas e as políticas públicas não forem pensadas de maneira intersetorial e que há uma urgência de mudança estrutural em nosso país para que a prevenção do suicídio possa acontecer.

Dito isto, O CVV, a Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio (ABEPS), o Vita Alere e outras instituições do terceiro setor mostram como seus trabalhos científicos e ações ao longo dos anos têm contribuído para o desenvolvimento da prevenção do suicídio. Mas, deve-se destacar que o governo brasileiro deveria de ser o protagonista na ordenação das ações, utilizando mais o SUS e o SUAS para uma maior capilaridade da prevenção do suicídio.

Uma prática importante é a entrada de jovens, adultos e idosos na internet, em especial nas redes sociais. Como a procura sobre o tema só aumenta e a desinformação é um importante fator de risco para o comportamento suicida, grandes corporações como *Google* e *Meta* foram pressionadas pelos governos, principalmente dos EUA e da União Europeia, a adotarem medidas protetivas em seus “territórios”, com a divulgação de informações verdadeiras e fidedignas sobre saúde mental, incluindo suicídio e depressão. Fazem ainda um trabalho de colaborar com as linhas de atendimento, indicando-as a quem precisa e realizando exclusão de postagens e bloqueios de conteúdo que promovam a violência contra si mesmo (Junior e Pereira, 2022, p.300).

Junior e Pereira (2022) trazem que a permanência do que se expõe na internet e a associação entre digital e real não são mais campos opostos e sim complementares. Colocam também os riscos de as plataformas digitais ganharem o tom de espetáculo e da vida social se tornar um produto. Em contraponto, esses mesmos autores atribuem às redes potenciais espaços de relações, onde as mais amplas angústias podem ser relatadas e compartilhadas com pares que, muitas vezes, não se encontram em seus ambientes “reais”. Todo esse contexto torna a internet um ambiente que pode ser potencializador de fatores de risco, mas também, ocupar um papel fundamental de proteção para o encontro de pares e alívio para sofrimento. As redes podem ser aliadas na prevenção do suicídio e seguirem juntas com as políticas públicas e com a promoção de uma vida digna.

Por fim, um ponto de importante debate diz respeito ao direito de morrer. Boccardi (2021) associa o desejo de morrer com a patologia, uma decisão individual que não deve ser responsabilizada, pois uma doença o acomete. Assim, o médico ou outro “salvador” deve

fazer de tudo para mantê-lo vivo e o livrar da doença. Nesta perspectiva, o suicida vira um objeto de manejo, com o foco na responsabilidade desse profissional em manter a vida, tirando-lhe a liberdade de diálogo entre o cuidador e o suicida. Com isso, não se discute sobre a possibilidade de um desejo real pela morte, que pode ocorrer de maneira digna e pensada, sem ser advinda de uma patologia.

Kovács (2015) explica que o suicídio assistido (ortotanásia) é o ato de se ajudar o paciente a acabar com a própria vida caso ele não seja capaz, por meio de medicamentos letais via ingestão ou vias venosas, com o paciente lúcido e com suas faculdades mentais preservadas – a responsabilidade pela morte é do paciente e não de quem o ajudou. Hoje alguns países possuem legislações que permitem o suicídio assistido, como Áustria, Alemanha, Bélgica, Suíça e Colômbia (único país latino-americano que permite); assim como existem países com legislações contrárias, como Reino Unido, França e Brasil (tipificado como crime no Código Penal Brasileiro) (Sampaio & Lima, 2023).

A discussão ética vem da legitimidade do desejo de morrer diante de um sofrimento intenso ou de alguma situação que parece irreversível como uma doença crônica (Kovács, 2015). No Brasil, é criminalizado o suicídio assistido e a eutanásia pelo artigo 122 do Código Penal (Brasil, 2013/1940).

Esta abordagem diz respeito ao direito autônomo e individual sobre a vida e da criação de possibilidades de se viver. Assim, é imperativo pensar em meios de prevenção para além do saber médico, de autocuidado e saúde mental. A prevenção precisa ser pensada num lugar de alívio social, em especial, para os grupos vulnerabilizados. O direito de morrer não precisa advir da patologia, mas do sofrimento crônico sem fim e de uma sociedade que mata pela marginalização e pela invisibilidade de indivíduos. É preciso envolver e comprometer o indivíduo: "com vistas a dimensionar o fenômeno e perceber até que ponto nossa sociedade, preocupada com as aparências e descomprometida com as pessoas, influi ou é responsável" (DAOLIO, 2012).

A partir dessa ponderação, pode-se entrar na discussão sobre a Bioética, que Goldim (2006) definiu como "uma reflexão compartilhada, complexa e interdisciplinar sobre a adequação das ações que envolvem a vida e o viver". Daiolio (2012) também traz acréscimos a definição acerca de bioética:

Portanto, a palavra bioética, ética da vida, remete à reflexão necessariamente multiprofissional relacionada a diversos campos que atuam na saúde e na vida, da qual ativamente participam filósofos, teólogos, sociólogos, antropólogos, juristas, religiosos, médicos, biólogos, políticos, economistas e outros. Sua perspectiva é autônoma e humanista: a pessoa humana em sua globalidade – daí que a bioética

pode ser definida como instrumento de reflexão e ação a partir do princípio do respeito ao humano.

A partir disto, Albuquerque et al (2019) trazem que o paciente suicida ainda é preterido nos atendimentos em hospitais e emergências, sem acompanhamento devido para se evitar uma nova tentativa, sem encaminhamento para serviços especializados, com muita subnotificação dos casos e com dificuldade no diagnóstico. O paciente e sua família saem do atendimento sem orientação quanto à necessidade de continuidade do atendimento. Concomitante a isto, os direitos desses pacientes muitas vezes são violados pelos profissionais de saúde. Os pacientes são submetidos a desrespeito perante a sua autonomia, tendo, muitas vezes, informações pessoais divulgadas a familiares sem autorização prévia e comentários jocosos da equipe médica, o que dificulta a procura por ajuda posteriormente (Albuquerque et al, 2019). Vale ressaltar a importância da relação profissional de saúde-paciente, onde o indivíduo precisa ser olhado de forma individualizada e a partir de sua vulnerabilidade, com a preservação de sua autonomia e estímulo de seu autovalor. O profissional precisa respeitar os direitos humanos dos pacientes, considerando suas características biopsicossociais (Albuquerque et al, 2019).

O Observatório Direitos dos Paciente produziu um relatório onde entendem que no Brasil não há incorporação das práticas de direitos humanos dos pacientes em situação suicida. Reforçam dentre outras que, precisa-se adotar medidas para promover esses direitos através de capacitação sobre o tema do suicídio e dos direitos humanos, em consonância com os padrões internacionais (Albuquerque et al, 2019).

Por fim, Daiolio (2012) nos rememora que o suicidio para nossa sociedade e em especial a família do suicida é revoltante pois, mesmo com o avanço tecno-social de nossa sociedade, parece que algo deixou de ser feito, alguém não foi ouvido, não foi acolhido e não foi ajudado em situação tão definitiva.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciei esse trabalho com um intuito pessoal, além de profissional, de entender o que seria a prevenção do suicídio. Nunca tinha ficado muito claro para mim o conceito da prevenção do suicídio, o que me motivou para investigar sobre o problema. Com o seguimento do trabalho pude mudar meu olhar sobre a temática, e trago a palavra “olhar” de maneira proposital, pois é essa a palavra-chave de todo o trabalho para mim.

Primeiro fiz um entendimento de que é difícil entender a prevenção do suicídio como um conceito definido de fato. Prevenção do suicídio não pode ser tratada com o verbo “ser”, a prevenção do suicídio não é uma coisa ou outra, o melhor verbo seria “estar”, pois ela é fluida, interseccional, viva! Não é estagnada conceitualmente, nem na prática nem na bibliografia. Para tanto, trago novamente Turner, Pisani et al. (2022) sobre o paradoxo do suicídio, onde, muitas vezes, se foca em um ponto da prevenção e se deixa de lado outras abordagens. Se a prevenção é considerada como “é” alguma coisa ou tem uma maneira certa e errada de se fazer, o olhar sobre as individualidades e o contexto onde está inserido são deixados de lado.

É preciso enfatizar o olhar para o ser humano que tenta se suicidar ou que se suicidou. Os tabus, preconceitos e uma visão patologizante e de tirada de autonomia e de humanidade daquele indivíduo ainda estão presentes nas práticas de saúde e de educação do cotidiano. Ao contrário, é fundamental valorizar as escolhas, a autonomia de ser e de querer viver da pessoa envolvida na situação, e de recuperar a chance de construir vida e de se movimentar para atuar de forma verdadeiramente preventiva.

O profissional não salva ninguém, mas precisa estar aberto às possibilidades para fazer prevenção, é onde está a beleza de toda a ação. O indivíduo precisa e pode querer ajuda e essa ajuda pode vir através de medicamentos, acompanhamento intensivo de familiares ou de profissionais de saúde, ajudá-lo a encontrar seus pares para que não se sintam sozinhos e tenham o senso de pertencimento à algo - sendo grupos de apoio ou através de esporte por exemplo- acolhimento nas escolas, locais de trabalho e/ou locais de convívio social como grupos de *Whatsapp* e *Facebook*. Devemos lembrar e olhar sempre para o indivíduo como um todo, como um ser biopsicossocial que está inserido em uma sociedade que precisa acolhê-lo.

Prevenção universal, seletiva e indicada são importantes e essenciais na prevenção do comportamento suicida de modo geral. Mas, não podemos em nenhum momento deixar de olhar para o indivíduo social e emocional. Assim, a prevenção é possível, mas é possível de se fazer de maneira humanizada, valorizando toda a individualidade, subjetividade e o contexto de vida de quem sofre e deseja morrer.

## REFERÊNCIAS

ALARCÃO, M. **(Des)equilíbrios familiares** – Uma visão sistêmica. 3. ed. Coimbra, Portugal:Quarteto, 2006.

ALBUQUERQUE A, BOEIRA L, LIMA L, AYRES T. **Os direitos humanos de pacientes em risco de suicídio no Brasil**. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2019 jan./mar.; 8(1): 26-35. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/523/580>. Acesso em: 28 ago. 2023

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. [E-Book]. Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf> Acesso em: 01 mar. 2022.

ARGUELO, S. S.; BREDEMEIER, J. **Linhas de Cuidado ao Suicídio e a Política de Saúde Mental: um Panorama de Aquidauana/MS**. In: Atualizações em Suicidologia: Narrativas, Pesquisas e Experiências. [s.l.] Vita Alere, 2021. p. 270–290. Disponível em: <https://vitaalere.com.br/wp-content/uploads/2021/10/Atualizacoes-em-Suicidologia-Narrativas-Pesquisas-e-Experiencias.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2023.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Comportamento suicida: conhecer para prevenir**. 1. ed. Rio de Janeiro: ABP, 2009. Disponível em: [http://www.proec.ufpr.br/download/extensao/2017/abr/suicidio/manual\\_cpto\\_suicida\\_conhecer\\_prevenir.pdf](http://www.proec.ufpr.br/download/extensao/2017/abr/suicidio/manual_cpto_suicida_conhecer_prevenir.pdf) Acesso em: 28 ago. 2023

ASSIS, Simone Gonçalves de, AVANCI, Joviana q. *et al.* **Estratégias de formação de educadores: reflexões sobre violência e escola**. In: O tema da violência no ensino em saúde coletiva: Articulações com pesquisa e extensão. 2018. p. 187-212

ASSIS, Simone Gonçalves de, AVANCI, Joviana q. *et al.* **Resiliência como forma de enfrentamento da violência: ciência, teatro e grupos de sensibilização como linguagem que comunicam, integram e transformam**. In: O tema da violência no ensino em saúde coletiva: Articulações com pesquisa e extensão. 2018. p. 345-362

ASSUMPÇÃO, Gláucia Lopes Silva; OLIVEIRA, Luciele Aparecida; DE SOUZA, Mayra Fernanda Silva. Depressão e suicídio: uma correlação. **Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 3, n. 5, p. 312-333, 2018. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15973/13041> Acesso em: 28 ago. 2023.

BATISTA, Miriam Delmondes; MARANHÃO, Thércia Lucena Grangeiro; DE OLIVEIRA, Gislene Farias. Suicídio em jovens e adolescentes: uma revisão acerca do comportamento suicida, sua principal causa e considerações sobre as formas de prevenção. ID on line **Revista de Psicologia**, v. 12, n. 40, p. 705-719, 2018. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1152/1674> Acesso em: 28 ago. 2023



BEAUTRAIS, A. L. A case-control study of suicide and attempted suicide in older adults. **Suicide Life Threat Behavior**, 32(1),1-9. doi: 10.1521/suli.32.1.1.22184 2002. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1521/suli.32.1.1.22184?sid=nlm%3Apubmed> Acesso em: 28 ago. 2023

BERTOLETE, José M. Suicide prevention: at what level does it work?. **World Psychiatry**, v. 3, n. 3, p. 147, 2004. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/resolve/openurl?genre=article&sid=nlm:pubmed&issn=1723-8617&date=2004&volume=3&issue=3&page=147> Acesso em: 28 ago. 2023

BIGLAN, A. **The nurture effect**: how the science of human behavior can improve our lives and our world. New Harbinger Publications, Inc: Oakland 2015

BIGLAN, A. The ultimate goal of prevention and the larger context for translation. **Prevention Science**, 19(3). 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4996764/> . Acesso em: 28 ago. 2023

BILSEN, Johan. **Suicide and Youth: Risk Factors**.NCBI, 30 de outubro de 2018. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2018.00540/full>. Acesso em: 28 ago. 2023

BOCCARDI, Diogo de Oliveira *et al.* **Viver não é preciso**: discursos sobre o suicídio no século XXI. 2021.

BOTEGA, N, J. **Comportamento suicida**: epidemiologia. *Psicol. USP, São Paulo* , v. 25, n. 3, p. 231-236, Dec. 2014 .

BOURDIEU, PIERRE. **Razões Práticas**: sobre a teoria da ação. Campinas, SP: Ed. Papyrus, 1996. (Espaço Social e Espaço Simbólico. cap. 1, p.13-33).

BRAGA, Luiza de Lima; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. **Revista Unisinos**, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v.6, n. 1, p. 2-14, 2013. Disponível em: <http://www.revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/viewFile/3592/1533> . Acesso em: 01 mar. 2022.

BRASIL. **Viva - Vigilância de violências e acidentes 2006-2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_vigilancia\\_violencias\\_acidentes.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencias_acidentes.pdf). Acesso em: 28 ago. 2023

BRASIL, **Decreto-lei no 2.848**, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Vade Mecum Saraiva / obra coletiva de autoria da Editora Saraiva com a colaboração de Luiz Roberto Curia, Livia Céspedes e Juliana Nicoletti. — 15. ed. atual. e ampl. — São Paulo : Saraiva, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 1.876**, de 14 de agosto de 2006. disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876\\_14\\_08\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html) Acesso em 13 dez. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM no 2.436, de 22 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). diário oficial da união: seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0719\\_07\\_04\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0719_07_04_2011.html). Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2016** [Internet]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_instrutivo\\_violencia\\_interpessoal\\_autoprovo\\_cada\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovo_cada_2ed.pdf) Acesso em: 13 dez. 2021

BRASIL (27 de Ago de 2019) Governo do Rio Grande do Sul. **Guia Intersetorial de Prevenção do Comportamento Suicida em Crianças e Adolescentes Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio do Estado do Rio Grande do Sul / Comissão da Criança e do/a Adolescente, 2019.** Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190837/26173730-guia-intersetorial-de-prevencao-do-comportamento-suicida-em-criancas-e-adolescentes-2019.pdf> Acesso em: 13 dez. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico 33: **Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil**, de 17 de setembro de 2021. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim\\_epidemiologico\\_svs\\_33\\_final.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf/view) Acesso em: 28 ago. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico 38: **Tentativas e suicídios na população idosa do Brasil**, de 16 de setembro de 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2021/boletim-epidemiologico-covid-19-no-38.pdf/view>. Acesso em: 28 ago. 2023

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. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/113819.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113819.htm) Acesso em: 28 ago. 2023

BOSI, M.L.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação da Qualidade ou Avaliação Qualitativa da Atenção? Elementos para uma demarcação conceitual. **Revista de Saúde Pública/Journal of Public Health**, v. 41, n. 1, p. 150-153, 2007 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000100020> Acesso em: 28 ago. 2023

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. (2010). **Adverse childhood experiences reported by adults – five states**, 2009. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5949a1.htm> Acesso em: 28 ago. 2023

CERQUEIRA, Daniel Ricardo de Castro Coordenador *et al.* **Atlas da violência** . Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2020. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10214/1/AtlasViolencia2020.pdf> . Acesso em: 28 ago. 2023

CERQUEIRA, Daniel Ricardo de Castro Coordenador *et al.* **Atlas da violência**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5141-atlasdaviolencia2021completo.pdf> . Acesso em: 28 ago. 2023

CLAUMANN, G. S. *et al.* Prevalência de pensamentos e comportamentos suicidas e associação com a insatisfação corporal em adolescentes. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 67(1), 3–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000177> Acesso em: 28 ago. 2023

CLEMENTS-NOLLE, K., WOLDEN, M., & BARGMANN-LOSCHE, J. (2009). Childhood trauma and risk for past and future suicide attempts among women in prison. **Women's health issues**, 19(3), 185-192. Disponível em: doi: 10.1016/j.whi.2009.02.002. Acesso em: 28 ago. 2023

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA (CVV). **Amarelo, a cor da vida!**. Blog Brasília, 2016. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/blog/amarelo-cor-da-vida/>. Acesso em: 24 jan 2020.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA (CVV). **O CVV**. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/o-cvv/>. Acesso em: 18 jan 2021.

CHACHAMOVICH, Eduardo *et al.* Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio?. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 31, p. S18-S25, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/dxgMC7xdVYNzdmsTk6v5R8h/?lang=pt#ModalHowcite>. Acesso em: 28 ago. 2023

COMITÊ Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio do Estado do Rio Grande do Sul. **Guia Intersetorial de Prevenção do Comportamento Suicida em Crianças e Adolescentes**. 2019. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190837/26173730-guia-intersetorial-de-prevencao-do-comportamento-suicida-em-criancas-e-adolescentes-2019.pdf> Acesso em: 09 de dez de 2021.

CONSÓRCIO DE VEÍCULOS DE IMPRENSA. **Brasil tem 115 mortes por Covid em 24h; média móvel entra em queda (atualização das 20h)**. Disponível em: <https://g1.globo.com/saude/coronavirus/noticia/2021/12/06/brasil-tem-115-mortes-por-covid-em-24h-media-entra-em-queda.ghtml> Acesso em: 09 dez. 2021.

CONTE, Marta *et al.* Encontros ou Desencontros: histórias de idosos que tentaram suicídio e a Rede de Atenção Integral em Porto Alegre/RS, Brasil. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1741-1749, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-1232015000601741&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-1232015000601741&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 28 ago. 2023

CONWELL, Yeates; THOMPSON, Caitlin. Suicidal behavior in elders. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 31, n. 2, p. 333-356, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18439452/> Acesso em: 28 ago. 2023

CORREA, Humberto; ROCHA, Felipe Filardi da. Abuso e negligência na infância e comportamento suicida: pode a epigenética interligá-los?. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 33, p. 1-2, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/vVDqtYxZYMDvm9t3wmBs7km/?lang=pt> Acesso em: 28 ago. 2023

CRENSHAW, K. **A Interseccionalidade na Discriminação de Raça e Gênero**. In: VV.AA. **Cruzamento: raça e gênero**. Brasília: Unifem, 2004. Disponível em: <https://bit.ly/25YkehZ>. Acesso em: 25 abr. de 2023.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Estudos Feministas**, ano 10, vol. 1, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>. Acesso em: 25 abr. de 2023.

DANTAS, Eder Samuel Oliveira. Prevenção do suicídio no Brasil: como estamos?. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/TkRBSMjGrKFO6xYpktb9J4P/> Acesso em: 28 ago. 2023

DAOLIO, Edilberto Raimundo. Suicídio: tema de reflexão bioética. **Revista bioética**, v. 20, n. 3, p. 436-441, 2012. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/revista\\_bioetica/article/view/763/816](https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/763/816) Acesso em: 28 ago. 2023

DE LEO, D. Why are we not getting any closer to preventing suicide? **British Journal of Psychiatry**, 181, 372–74. 2002 Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/71C26324772767F7B3E4C3DE54D8F71A/S0007125000268906a.pdf/why-are-we-not-getting-any-closer-to-preventing-suicide.pdf> Acesso em: 28 ago. 2023

DONG, M., ANDA, R. F., FELITTI, V. J., DUBE, S. R., WILLIAMSON, D. F., THOMPSON, T. J., LOO, C. M., & GILES, W. H. The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. **Child Abuse and Neglect**, 28(7), 771–784, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15261471/>. Acesso em: 28 ago. 2023

DOUGLAS, Charles. End-of-life decisions and moral psychology: killing, letting die, intention and foresight. **Journal of Bioethical Inquiry**, v. 6, n. 3, p. 337-347, 2009. DOI 10.1007/s11673-009-9173-2 Acesso em: 28 ago. 2023

DUARTE, E.C.; MONTEIRO, R.A.; MASCARENHAS, M.D.M.; SILVA, M.M.A. **As violências e os acidentes como problemas de saúde pública no Brasil**: marcos das políticas públicas e a evolução da morbimortalidade durante os 20 anos do Sistema Único de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2008. 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2009. p. 311-336. Disponível em: [https://bvsm.sau.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2008.pdf](https://bvsm.sau.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2008.pdf). Acesso em: 28 ago. 2023

DURKHEIM, É. **O suicídio: estudo de Sociologia**. 2. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011.

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Martin Claret, 2001

FELITTI, V. J., ANDA, R. F., NORDENBERG, D., WILLIAMSON, D. F., SPITZ, A. M., EDWARDS, V., KOSS, M. P., & MARKS, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study Study. **American Journal of Preventive Medicine**, 14(4), 245–258. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9635069/> Acesso em: 28 ago. 2023

FUKUMITSU, K. **Suicídio e Gestalt-Terapia**. São Paulo: Digital Publish e Print Editora. 2012.

FUKUMITSU, Karina O.; SCAVACINI, Karen. **Suicídio e manejo psicoterapêutico em situações de crise: uma abordagem gestáltica**. Rev. abordagem gestalt., Goiânia , v. 19, n. 2, p. 198-204, dez. 2013 . Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672013000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672013000200007&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 28 ago. 2023.

GARBIN, CLÉA ADAS SALIBA *et al.* **Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento**. Ciência e saúde coletiva. Rio de Janeiro. v. 20, n. 6, p. 1879-1890. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13442014>. Acesso em 18 ago 2022.

GOMES, Romeu *et al.* **Êxitos e limites na prevenção da violência: estudo de caso de nove experiências brasileiras**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 11, supl. p. 1291-1302, 2006 . Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000500018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500018&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 19 Jan. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500018>.

GOMES, Eliene Rocha; IGLESIAS, Alexandra; CONSTANTINIDIS, Teresinha Cid. **Revisão integrativa de produções científicas da psicologia sobre comportamento suicida**. Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande , v. 11, n. 2, p. 35-53, ago. 2019 . Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2019000200004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000200004&lng=pt&nrm=iso). acessos em 28 ago. 2023. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i2.616>.

GOMES, Romeu *et al.* **Êxitos e limites na prevenção da violência: estudo de caso de nove experiências brasileiras**. Ciência & saúde coletiva, v. 11, p. 1291-1302, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nwDCVzb3qv7dRnMVBQ6CQXq/#>. Acesso em: 28 ago. 2023

FREITAS, W.R.S.; JABBOUR, C.J.C. **Utilizando estudo de caso(s) como estratégia de pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões**. Estudo & debate, Lajeado, v. 18, n. 2, p. 07-22, 2011. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/134684/ISSN0104-7132-2011-18-02-07-22.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 28 ago. 2023

FU-I, LEE *et al.* **Transtornos afetivos na infância e adolescência: diagnóstico e tratamento.** *Jornal Brasileiro De Psiquiatria*, 61(2), 114–115, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/hykVjwYDmL3Nv5Pk7hHYrH/#>. Acesso em: 28 ago. 2023.

GLASER, B.G & STRAUSS, A.L. 1967. **The discovery of grounded theory: Strategies for Qualitative research** Routledge, 2017

GOLDIM, José Roberto. **Bioética: origens e complexidade.** *Clinical and Biomedical Research*, v. 26, n. 2, 2006. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/164730>. Acesso em: 28 ago. 2023.

GOULD, MADELYN S.GREENBERG, TEDVELTING, DREW M.SHAFER, DAVID *et al.* **Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A Review of the Past 10 Years** *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Volume 42, Issue 4, 386 – 405 Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046821.95464.CF>. Acesso em: 28 ago. 2023.

GINGER, S E GINGER, A.- **Gestalt- Uma Terapia Do Contato** , São Paulo: Summus, 1995.

HALL, C. S.; LINDZEY, G.; CAMPBELL, J. B. **Teorias da personalidade.** Porto Alegre: ArtMed, 2000.

HALES RE, YUDOFKY SC, GABBARD GO. **Tratado de psiquiatria clínica.** 5.ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.

HEATH, N.L.; TOSTE, J.R.; MACHPHEE, S.D. **Prevention of Nonsuicidal Self-Injury.** p.397-408. In: NOCK, M.K. *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury.* United States of America, Oxford University Press, 2014. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/350543083\\_Prevention\\_of\\_non-suicidal\\_self-injury](https://www.researchgate.net/publication/350543083_Prevention_of_non-suicidal_self-injury). Acesso em: 28 ago. 2023.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo.** trad. Marcia Sá Cavalcante Schuback. 10a. Petrópolis: Ed. Vozes, 2012.

KESSLER, R. C. (1997). **The effects of stressful life events on depression.** *Annual review of psychology*, 48(1), 191-214. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9046559/> Acesso em: 28 ago. 2023.

KRISHNAMURTI, Lauren Sealy. **Care with Aloha: Preventing Suicide in Oahu, Hawaii.** 2020. Tese de Doutorado. University of Pittsburgh. Disponível em: <http://d-scholarship.pitt.edu/38159/31/Krishnamurti%20Final%20ETD.pdf> . Acesso em: 28 ago. 2023.

JUNIOR, Avimar F; PEREIRA, Marcos E. **Autoviolência mediada pelas mídias digitais: uma introdução.** Em LIMA, Luana.; NAVASCONI, Paulo V.P. (Re)pensando o suicídio: subjetividades, interseccionalidade e saberes pluriépistêmicos . Editora UFBA, 2022, capítulo 5 (ISBN-10: 6556304107)

KIRTLEY, Olivia J.; O'CONNOR, Rory C.; O'CARROLL, Ronan E. **Hurting inside and out? Emotional and physical pain in self-harm ideation and enactment.** *International Journal of Cognitive Therapy*, v. 8, n. 2, p. 156-171, 2015. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/211236545.pdf> Acesso em: 28 ago. 2023.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Suicídio assistido e morte com dignidade: Conflitos éticos.** *Revista Brasileira de Psicologia*, v. 2, n. 1, p. 5-14, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revbraspsicol/issue/download/1839/445> Acesso em: 28 ago. 2023.

KRUG, E. G. *et al.* **World report on violence and health** (Relatório Mundial sobre violência e saúde). Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf) . Acesso em: 28 ago. 2023.

LEBOUTHILLIER, D. M., MCMILLAN, K. A., THIBODEAU, M. A., & ASMUNDSON, G. J.. **Types and number of traumas associated with suicidal ideation and suicide attempts in PTSD: Findings from a US nationally representative sample.** *Journal of Traumatic Stress*, 28(3), 183-190, 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jts.22010>. Acesso em: 28 ago. 2023.

LIMA, Luana. **Suicídio: um ethos do neoliberalismo?.** Em LIMA, Luana.; NAVASCONI, Paulo V.P. (Re)pensando o suicídio: subjetividades, interseccionalidade e saberes pluriépistêmicos . Editora UFBA, 2022, capítulo 3 (ISBN-10: 6556304107)

LOPES, Janaína Parreira. **Depressão: uma doença da contemporaneidade: uma visão análiti-co-comportamental.** Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2005. Disponível em: <http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/3069/2/20074556.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2023.

MANN, J. John, BERTOLOTE, Jose, APTER, Alan *et al.* **Suicide prevention strategies: a systematic review.** *Jama*, v. 294, n. 16, p. 2064-2074, 2005. Disponível em: <http://www.daveneefoundation.org/wp-content/uploads/Suicide-Prevention-Strategies.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2023.

MANZINI, Eduardo José. **Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação.** *Revista Percurso*, v. 4, n. 2, p. 149-171, 2012. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/114753/ISSN21773300-2012-04-02-149-171.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 28 ago. 2023.

MARCOLAN, João Fernando; DA SILVA, Daniel Augusto. **O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção.** *Revista M. Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer*, v. 4, n. 7, p. 31-44, 2019. Disponível em: <http://seer.unirio.br/revistam/article/view/9290/7954>. Acesso em: 28 ago. 2023.

MARCOLAN, João Fernando. **Pela política pública de atenção ao comportamento suicida.** *Revista Brasileira de Enfermagem*. São Paulo. v. 71, suppl. 5, p. 2479-2483. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0256>. Acesso em: 28 ago. 2023.

MARIN-LEON, L; OLIVEIRA, H B de; BOTEGA, N J. **Suicide in Brazil, 2004-2010: the importance of small counties.** *RevPanamSaludPublica, Washington* , v. 32, n. 5, p. 351-359, Nov. 2012 . Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v32n5/351-359>. Acesso em: 28 ago. 2023.

MARTELETO, REGINA MARIA. **A cultura, o conhecimento e a informação na obra de Pierre Bourdieu** In: Marteleto, R M; Pimenta, R M (org.). *Pierre Bourdieu e a produção social da cultura, do conhecimento e da informação.* Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2017. e-book. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4952291/mod\\_resource/content/1/pierre\\_bourdieu\\_e\\_book.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4952291/mod_resource/content/1/pierre_bourdieu_e_book.pdf). Acesso em: 28 ago. 2023.

MELEIRO, A. M. A. S.; CORREA, H. **Suicide and Suicidality in Women.** In: *WOMEN'S Mental Health: a clinical and evidence-based guide.* Switzerland: Springer Nature, 2020. p. 17-29.

MENEGHEL, STELA N., VICTORA, CESAR G., FARIA, NEICE M. X., CARVALHO, LENINE A., & FALK, JOÃO W. (2004). **Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul.** *Rev. Saúde Pública.* v.38, n.6, p. 804-810. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000600008>

MEYER IH. **Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence.** *Psychol Bull.* 2003;129(5):674- 697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>. Acesso em: 28 ago. 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2001. p.80

MINAYO MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8ª ed. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

MINAYO, M. C. de S., &CAVALCANTE, F. G. (2010). **Suicídio entre pessoas idosas: Revisão da literatura.** *Revista de Saúde Pública,* 44(4), 750-757. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000400020>. Acesso em: 28 ago. 2023.

MINAYO, M. C. de S., PINTO, L. W., ASSIS, S. G. de, CAVALCANTE, F. G., &MANGAS, R. M. do N. **Tendência da mortalidade por suicídio na população brasileira e idosa, 1980-2006.** *Revista de Saúde Pública,* 46(2), 300-309, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000200012>. Acesso em: 28 ago. 2023.

MINAYO, M. C. de S **Por que antecipar o fim? comportamento suicida e suicidio consumado na velhice** Em LIMA, Luana.; NAVASCONI, Paulo V.P. (Re)pensando o suicídio: subjetividades, interseccionalidade e saberes pluriépistêmicos . Editora UFBA, 2022, capítulo 5 (ISBN-10: 6556304107)

MORÉ, Carmen. **A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação.** *CIAIQ2015,* v. 3, 2015. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/158/154> . Acesso em: 28 ago. 2023.



MOREIRA, C O F A **Sociologia da Ciência de Pierre Bourdieu: ferramentas e pontos de vista**. In: Marteleto, R M; Pimenta, R M (org.). Pierre Bourdieu e a produção social da cultura, do conhecimento e da informação. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, parte 2, p179-189, 2017. e-book. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4952291/mod\\_resource/content/1/pierre\\_bourdieu\\_e\\_book.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4952291/mod_resource/content/1/pierre_bourdieu_e_book.pdf) . Acesso em: 28 ago. 2023.

NAVASCONI, Paulo V.P. **Reflexões sobre o fenômeno do suicídio em corpos negros LGBTQIA+ marcados para morrer, mas que recusam a ontologia colonial**. Em LIMA, Luana.; NAVASCONI, Paulo V.P. (Re)pensando o suicídio: subjetividades, interseccionalidade e saberes pluriépistêmicos . Editora UFBA, 2022, capítulo 5 (ISBN-10: 6556304107)

NAVASCONI, Paulo Vitor Palma. **Vida, adoecimento e suicídio: racismo na produção do conhecimento sobre jovens negros/as LGBTQIAs**. Editora Letramento, 2019. (ISBN-10: 8595302480)

NUNES MCM, ALBERNAZ LV, SÁ MRC DE, CORREIA RF, FALCÃO RT. **Recomendações para uma linha de cuidados para crianças e 200 adolescentes com condições crônicas complexas de saúde**. CadSaude Publica. 2017;33(11). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00189516>. Acesso em: 28 ago. 2023.

O'CONNOR, Rory C.; KIRTLEY, Olivia J. **The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour**. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, v. 373, n. 1754, p. 20170268, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>. Acesso em: 28 ago. 2023.

OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH ADMINISTRATION *et al.* **Protecting workers: Guidance on mitigating and Preventing the spread of COVID-19 in the workplace**. Occupational Safety and Health Administration, 2021. Disponível em: <https://www.osha.gov/coronavirus/safework>. Acesso em: 28 ago. 2023.

ORES, L. da C., Quevedo, L. de A., Jansen, K., Carvalho, A. B. de, Cardoso, T. A., Souza, L. D. de M., & Pinheiro, R. T. . **Risco de suicídio e comportamento de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: Um estudo descritivo**. Caderno de Saúde Pública, 28(2), 305-312, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200009>. Acesso em: 28 ago. 2023.

OMS (Organização Mundial De Saúde). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Editado por Etienne Krug *et al.* Genebra: Organização Mundial de Saúde. 2002. Disponível em: <https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude-1.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/MINISTÉRIO DA SAÚDE/UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. **Prevenção do suicídio. Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde/Universidade Estadual de Campinas; 2006. Disponível em: [https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual\\_prevencao\\_suicidio\\_profissionais\\_saude.pdf](https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf). Acesso em: 28 ago. 2023.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Folha Informativa - Suicídio** [internet]. 2021. Disponível em:

[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839). Acesso em: 9 abr. 2021.

POLSTER, Erving; POLSTER, Miriam. **Gestalt-terapia integrada**. São Paulo: Summus, p. 66, 2001.

POLSTER, Erving; POLSTER, Miriam. **Gestalt-terapia integrada**. São Paulo: Summus, p. 328, 2001.

RAMCHAND, Rajeev *et al.* **Suicidality Among Sexual Minority Adults: Gender, Age, and Race/Ethnicity Differences**. American Journal of Preventive Medicine, 2021. Disponível em: doi: 10.1016/j.amepre.2021.07.012. Acesso em: 28 ago. 2023.

ROCHA, Marcio Arthoni Souto da; BORIS, Georges Daniel Janja Bloc; MOREIRA, Virginia. **A experiência suicida numa perspectiva humanista-fenomenológica**. *Rev. abordagem gestalt.*, Goiânia, v. 18, n. 1, p. 69-78, jun. 2012. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672012000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672012000100010&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 28 ago. 2023

SADOCK BJ, SADOCK VA. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9.ed. Porto Alegre: Artmed; 2007;1584. Disponível em: <https://oitavaturmadepsicofm.files.wordpress.com/2019/03/compecc82ndio-de-psiquiatria-kaplan-e-sadock-2017.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2023

SARAIVA CB. **Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual**. *Psiquiatr Clínica*. 2010;31(3):185–205. Disponível em: <https://www.spsuicidologia.com/generalidades/biblioteca/artigos-cientificos/82-suicidio-de-durkheim-a-shneidman-do-determinismo-social-a-dor-psicologica-individual>. Acesso em: 28 ago. 2023.

SAMPAIO D. **Ninguém morre sozinho: o adolescente e o suicídio**. 5.ed. Lisboa: Editorial Caminho; 1991.

SAMPAIO, Lua Nascimento; LIMA, Clarisse Laupman Ferraz. **Suicídio Assistido: Uma análise comparada**. *Revista de Direito Internacional e Globalização Econômica*, v. 10, n. 10, p. 73-87, 2023. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/DIGE/article/download/60034/41609>. Acesso em: 28 ago. 2023.

SAXENA, Shekhar; FUNK, Michelle; CHISHOLM, Dan. **World health assembly adopts comprehensive mental health action plan 2013–2020**. *The Lancet*, v. 381, n. 9882, p. 1970-1971, 2013. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241506021>. Acesso em: 28 ago. 2023.

SCHAUER, M., NEUNER, F., KARUNAKARA, U., KLASCHIK, C., ROBERT, C., & ELBERT, T. (2003). **PTSD and the Building block effect of psychological trauma among West Nile Africans**. *European Society for Traumatic Stress Studies Bulletin*, 10(2), 5-6. Disponível em: <https://d-nb.info/1096197243/34>. Acesso em: 28 ago. 2023.

SCHAUER, Maggie; NEUNER, Frank; ELBERT Thomas. **Terapia de Exposição Narrativa: Um tratamento breve para transtornos de estresse pós traumático**. Editora Hogrefe, 2021 (ISBN-10: 6556304107)

SCHLOSSER, Adriano; ROSA, Gabriel Fernandes Camargo; MORE, Carmen LeontinaOjedaOcampo. Revisão: comportamento suicida ao longo do ciclo vital. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto , v. 22, n. 1, p. 133-145, abr. 2014 . Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2014000100011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000100011&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 13 dez. 2021.

SHAW, David; TRACHSEL, Manuel; ELGER, Bernice. Assessment of decision-making capacity in patients requesting assisted suicide. **The British Journal of Psychiatry**, v. 213, n. 1, p. 393-395, 2018. Disponível em: doi:10.1192/bjp.2018.81. Acesso em: 28 ago. 2023.

SHNEIDMAN, Edwin S. **Deaths of man**. New York: Quadrangle. New York Times, v. 7, 1973.

SILVA FILHO O.C. **Percepção e conhecimento de médicos residentes em pediatria no Rio de Janeiro Sobre comportamento suicida na infância e adolescência**. Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescentes Fernandes Figueira; 2019. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/37478#collapseExample>. Acesso em: 28 ago. 2023.

SILVA VF DA, OLIVEIRA HB DE, BOTEGA NJ, MARÍN-LEÓN L, BARROS MB DE A, DALGALARRONDO P. **Fatores associados à ideação suicida na comunidade** : um estudo de caso-controle. *Cad Saude Publica*. 2006 ;22(9):1835–1843. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900014>. Acesso em: 28 ago. 2023.

SOARES AL, HOWE LD, MATIJASEVICH A, WEHRMEISTER FC, MENEZES AM, GONCALVES H. **Adverse childhood experiences: Prevalence and related factors in adolescents of a Brazilian birth cohort**. *Child Abuse & Neglect*. 2016;51:21–30. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4710615/>. Acesso em: 28 ago. 2023.

SOLOMON, Andrew. **O Demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

SOUSA, Juliana Ferreira de *et al*. **Prevenção ao suicídio na atenção básica: concepção de enfermeiros**. *Revista Cuidarte*, v. 10, n. 2, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732019000200201](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732019000200201). Acesso em: 28 ago. 2023.

SOUZA, Camila; MOREIRA, Virginia. **Tristeza, depressão e suicídio melancólico: A relação com o outro**. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 70, n. 2, p. 173-185, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v70n2/13.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2023.

SZASZ, T. **Cruel compaixão**, tradução Ana Rita P. de Moraes Editora Papirus; Campinas 1994.

THAPAR A, PINE DS, LECKAMN JF, SCOTT S, SNOWLING MJ, TAYLOR E. **Rutter's child and adolescence psychiatry**. 6th ed. Chichester: Wiley; 2015. ISBN: 1118381963

TRANSGENDER EUROPE (TGEU). **Research on murders of trans and gender-diverse people around the world**, 2022. Disponível em: <https://transrespect.org/en/map/trans-murdermonitoring/#>. Acesso em: 28 ago. 2023.

TURNER, Kathryn, PISANI, Anthony R. *et al.* The paradox of suicide prevention. **International journal of environmental research and public health**, v. 19, n. 22, p. 14983, 2022. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/22/14983>. Acesso em: 28 ago. 2023.

VARELA, F., THOMPSON, E., & ROSCH, E. (1992). **A mente incorporada: ciências cognitivas e experiência humana**. Porto Alegre: Artmed. Disponível em: <https://filosofiaaufu.files.wordpress.com/2017/08/4-varela-mente-incorporada.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2023.

VELHO. G (org.). **O desafio da cidade**. Novas perspectivas da antropologia brasileira. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1980. Disponível em: [https://moodle.ufsc.br/pluginfile.php/1010690/mod\\_folder/content/0/VELHO%2C%20Gilberto.%20O%20desafio%20da%20cidade%20%5Blivro%5D.pdf?forcedownload=1](https://moodle.ufsc.br/pluginfile.php/1010690/mod_folder/content/0/VELHO%2C%20Gilberto.%20O%20desafio%20da%20cidade%20%5Blivro%5D.pdf?forcedownload=1). Acesso em: 28 ago. 2023.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, SP, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014. DOI: 10.20396/tematicas.v22i44.10977. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso em: 8 maio. 2023.

WETHERALL, K., CLEARE, S., ESCHLE, S., FERGUSON, E., O'CONNOR, D.B., O'CARROLL, R. E. AND O'CONNOR, R. From ideation to action: differentiating between those who think about suicide and those who attempt suicide in a national study of Young adults. **Journal of Affective Disorders**, 241, pp. 475-483, 2018. Disponível em: DOI: 10.1016/j.jad.2018.07.074 Acesso em: 28 ago. 2023.

WHITLOCK, J., KNOX, K. L. Intervention and prevention in the community. *In*: M. K. Nixon & N. L. Heath (Eds.), **Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention** (pp.173–194), 2009. New York, NY: Routledge.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization; 2002. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf) Acesso em: 28 ago. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a global imperative**. World Health Organization, 2014. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1) Acesso em: 28 ago. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **10 facts about violence prevention**. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <http://www.who.int/features/factfiles/violence/en/>. Acesso em: 28 fev. 2022

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* **Live life:** na implementation guide for suicide prevention in countries. 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1350957/retrieve> Acesso em: 28 ago. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* **World health statistics 2021**. 2021 Disponível em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1356343/retrieve> Acesso em: 28 ago. 2023.

YEH HH, WESTPHAL J, HU Y, *et al.* Diagnosed mental health conditions and risk of suicide mortality. **Psychiatr Serv**. 2019;70(9):750- 757. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800346>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6718299/> Acesso em: 28 ago. 2023.

ZALUAR, Alba. **O antropólogo e os pobres:** introdução metodológica e afetiva. em A Maquina e A Revolta: As organizações populares e o significado da pobreza, Editora Brasiliense 1985

ZANELLO, Valeska. **Saúde mental e gênero:** cultura e processos de subjetivação. Editora Appris, 2018.

**ANEXO 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA**

**Ministério da Saúde**  
**FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz**  
**Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

1. Me fale um pouco sobre a sua trajetória com o tema da prevenção do suicídio. (trajetória acadêmica; na atenção; área saúde, educação e assistência social)
2. Para você, o que é Prevenção do suicídio? (conceitos, estratégias, tipos de preventiva – seletiva/universal)
3. O que você considera como uma ação/programa de prevenção exitosa? (caracterização das ações, tipo de estratégia exitosa, tipo de ação, público) - SA
4. Qual é a sua visão sobre as políticas públicas de prevenção do comportamento suicida no Brasil e em outras partes do mundo?
5. Como você considera as ações de prevenção na perspectiva do ciclo de vida (infância, adolescência, adulto e idoso; diferenças ou semelhanças)?
6. E para os grupos vulnerabilizados? como mulheres/homens? E o grupo LGBTQIA+? E o de cor de pele preta/árabes? Indígenas? Imigrantes? Algum outro grupo de maior vulnerabilidade merece ações de prevenção específicas?
7. Quais ações de prevenção podem ser desenvolvidas em escolas? Serviços de saúde? Instituições de longa permanência? Redes sociais virtuais?
8. A partir da sua experiência, quais as dificuldades e facilidades para desenvolver ações de prevenção? (perspectiva individual e da saúde pública)
9. Quais programas você considera serem exitosos?
10. Quais são as suas recomendações para as ações de prevenção no país?

## ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



**Ministério da Saúde**

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**

**Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**

**Comitê de Ética em Pesquisa**



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ESPECIALISTA EM PREVENÇÃO AO SUICÍDIO

Prezado participante,

Você é convidado a participar da pesquisa **“Comportamento suicida: uma abordagem longitudinal da infância à vida adulta”**, apoiada pela FAPERJ (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado Rio de Janeiro) e coordenada pela Dra. Joviana Avanci, pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). Compreender os sentidos, discursos e práticas de jovens com comportamento suicida e autolesões, priorizando o entendimento do papel das redes sociais nesse processo, assim como as narrativas e experiências de profissionais especialistas no tema da prevenção do suicídio na juventude.

São convidados a participar da pesquisa especialistas, que podem ser gestores, profissionais de saúde, da educação ou pesquisadores que têm se dedicado a estudos ou que desenvolvam ações que se destacam à prevenção do comportamento suicida no Brasil. Deve ficar claro que sua participação é voluntária. A decisão é sua de querer ou não participar. Além disso, você precisa se sentir esclarecido e informado sobre a pesquisa para tomar a decisão em participar. Também deve ficar claro que você poderá retirar-se da pesquisa a qualquer momento sem que ocorra qualquer tipo de penalização para você. Contudo, a sua participação é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Tomaremos todos os cuidados necessários para que qualquer dado que possa identificá-lo seja omitido. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Toda informação obtida será cuidadosamente guardada em local reservado, vedado ao acesso de terceiros, no Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli por um período de cinco anos. Somente terá acesso ao material da pesquisa a coordenadora do projeto e a equipe de pesquisadores do Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli. O material de pesquisa será utilizado unicamente para o propósito desse estudo. Caso concorde em participar da pesquisa, você responderá questões que envolvam características sobre a prevenção ao suicídio, suas ações e facilidades e dificuldades da prevenção ao suicídio. O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente uma hora.

Caso você venha a sentir qualquer desconforto ou sinta-se emocionalmente abalado(a) ou triste, por favor me avise, nós podemos interromper a entrevista e recomeçá-la novamente quando você estiver se sentindo melhor. Muitos acreditam que falar sobre assuntos estressantes pode ajudar a se sentir mais aliviado(a) e tranquilo(a). Contudo, se você não se sentir assim podemos acionar a rede de saúde local para posterior apoio. Em caso de qualquer desconforto ou constrangimento em relação às perguntas formuladas, você tem todo o direito de não respondê-las. O pesquisador conduzirá a entrevista com muita sensibilidade, pois o seu bem estar é de alta prioridade para nós.

A sua participação na pesquisa não lhe trará nenhum benefício direto, entretanto, você estará contribuindo para a investigação e o conhecimento sobre o tema no país. Quanto aos benefícios indiretos relacionados a sua colaboração nesta pesquisa, as informações dadas poderão contribuir para o desenvolvimento de estratégias de intervenção e promoção da saúde das famílias, além de apoio na formulação de políticas públicas. Visa também a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar de crianças, adolescentes e famílias. Os resultados do estudo serão divulgados em relatório final de pesquisa, seminários e artigos científicos.

**Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.**

Endereço CEP/ENSP: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ. Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210. Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863, E-Mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br), <http://www.enasp.fiocruz.br/etica>

Você também poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Joviana Avanci, no endereço: Avenida Brasil, 4036. Sala 700. Manguinhos, Rio de Janeiro. CEP: 21040-361. Prédio Expansão Campus. Tel e Fax: (21)3882-9155, no horário de 9:00 às 17:00 horas, ou por email: [joviana@claves.fiocruz.br](mailto:joviana@claves.fiocruz.br).

Desta maneira solicitamos o seu consentimento para participar da pesquisa nos termos referidos acima. Este Termo é redigido em duas vias, sendo uma para você e outra para a pesquisadora. Por favor, rubrique todas as páginas desse termo. O pesquisador responsável também deverá rubricar todas as páginas. Caso concorde em participar, por favor, assine abaixo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar dela.

Nome completo: \_\_\_\_\_

Assinatura Participante\*: \_\_\_\_\_

Assinatura Pesquisador responsável: \_\_\_\_\_

**(Joviana Quintes Avanci)**

\*Caso o(a) participante tenha dificuldade para ler ( ) SIM ( ) NÃO o escrito acima, a pesquisadora fará leitura pausada desse documento e irá esclarecer a todas as suas dúvidas. Antes da leitura desse documento a pesquisadora irá ler o seguinte parágrafo: “Devido à dificuldade ou impossibilidade de leitura do Termo de Consentimento presente, eu, na qualidade de pesquisadora irei ler o Termo de Consentimento na íntegra e o(a) participante irá dizer seu nome completo e depois poderá confirmar ou não oralmente se concorda em participar da presente pesquisa. A estratégia de gravação da leitura e concordância oral com o Termo de Consentimento Esclarecido substitui a assinatura do participante de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 510/16. Toda a leitura do termo, incluindo este parágrafo será gravado”.



### ANEXO 3 - FREE AND INFORMED CONSENT TERM (FICT) SUICIDE PREVENTION SPECIALIST



**Ministry of Health**

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**

**Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**

**Research Ethics Committee**



### FREE AND INFORMED CONSENT TERM (FICT) SUICIDE PREVENTION SPECIALIST

Dear participant,

You are invited to participate in the research “Suicidal behavior: a longitudinal approach from childhood to adulthood”, supported by FAPERJ (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado Rio de Janeiro) and coordinated by Dr. Joviana Avanci, researcher at the Sergio Arouca National School of Public Health at the Oswaldo Cruz Foundation (ENSP/FIOCRUZ). Understand the meanings, discourses and practices of young people with suicidal behavior and self-harm, prioritizing the understanding of the role of social networks in this process, as well as the narratives and experiences of professionals specializing in the topic of suicide prevention in youth.

Specialists are invited to participate in the research, which can be managers, health professionals, education professionals or researchers who have dedicated themselves to studies or who develop actions that stand out for the prevention of suicidal behavior in Brazil. It must be made clear that your participation is voluntary. It's your decision whether or not to participate. In addition, you need to feel enlightened and informed about the research to make the decision to participate. It should also be made clear that you can withdraw from the survey at any time without any penalty being incurred. However, your participation is very important for the execution of the research.

The confidentiality and privacy of the information provided by you will be guaranteed. We will take all necessary care so that any data that can identify you is omitted. At any time, during the research, or later, you can request information from the researcher about your participation and/or about the research, which can be done through the means of contact explained in this Term. All information obtained will be carefully stored in a reserved place, prohibited to third parties, at the Jorge Careli Department of Studies on Violence and Health for a period of five years. Only the project coordinator and the research team from the Department of Studies on Violence and Health Jorge Careli will have access to the research material. The research material will be used solely for the purpose of this study. If you agree to participate in the research, you will answer questions involving characteristics about suicide prevention, its actions and the facilities and difficulties of suicide prevention. The duration of the interview will be approximately one hour.

If you experience any discomfort or feel emotionally upset or sad, please let me know, we can stop the interview and start again when you are feeling better. Many believe that talking about stressful topics can help them feel more relieved and calm. However, if you don't feel that way, we can contact the local health network for further support. In case of any discomfort or embarrassment in relation to the questions asked, you have the right not to answer them. The researcher will conduct the interview very sensitively, as your well-being is of high priority to us.

Your participation in the research will not bring you any direct benefit, however, you will be contributing to research and knowledge on the subject in the country. As for the indirect benefits related to their collaboration in this research, the information provided may contribute to the development of intervention strategies and family health promotion, as well as support in the formulation of public policies. It also aims to improve the quality of life and well-being of children, adolescents and families. The results of the study will be published in a final research report, seminars and scientific articles.

**In case of doubt regarding the ethical conduct of the study, contact the Research Ethics Committee of ENSP. The Ethics Committee is the body that aims to defend the interests of research participants in their integrity and dignity and to contribute to the development of research within ethical standards. In this way, the committee has the role of evaluating and monitoring the progress of the project so that the research respects the ethical principles of protection of human rights, dignity, autonomy, non-maleficence, confidentiality and privacy.**

Address CEP/ENSP: Sergio Arouca National School of Public Health/ FIOCRUZ. Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Ground floor - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 21041-210. Tel and Fax - (0XX) 21- 25982863, E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br, <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

You can also contact the researcher in charge, Joviana Avanci, at: Avenida Brasil, 4036. Sala 700. Manguinhos, Rio de Janeiro. CEP: 21040-361. Campus Expansion Building. Tel and Fax: (21)3882-9155, from 9:00 am to 5:00 pm, or by email: [joviana@claves.fiocruz.br](mailto:joviana@claves.fiocruz.br).

In this way, we ask for your consent to participate in the research under the terms mentioned above. This Term is written in two copies, one for you and the other for the researcher. Please initial all pages of this term. The responsible researcher must also initial all pages. If you agree to participate, please sign below.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ of \_\_\_\_\_ of 2022.

I declare that I understand the objectives and conditions of my participation in the research and I agree to participate.

Full name: \_\_\_\_\_

Participant Signature\*: \_\_\_\_\_

Signature Responsible Researcher: \_\_\_\_\_

**(Joviana Quintes Avanci)**

\*If the participant has difficulty reading ( ) YES ( ) NO the above written, the researcher will read this document slowly and clarify all your doubts. Before reading this document, the researcher will read the following paragraph: "Due to the difficulty or impossibility of reading the present consent form, I, as a researcher, will read the consent form in full and the participant will say his/her consent. full name and then you can confirm or not whether you agree to participate in this research. The strategy of recording the reading and oral agreement with the Informed Consent Term replaces the participant's signature in accordance with the Resolution of the National Health Council 510%16. The entire reading of the term, including this paragraph, will be recorded."