

## Experiências de Prevenção de Suicídio Desenvolvidas no Brasil

Experiencias de Prevención del Suicidio Desarrolladas en Brasil

Suicide Prevention Experiences Developed in Brazil

**Investigadoras:** Renata Fabiana Pegoraro<sup>1</sup> y Maria Cristina Gonçalves Vicentin<sup>2</sup>  
Universidade Federal de Uberlândia<sup>1</sup>.  
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo<sup>2</sup>

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”<sup>1</sup>

Recibido: 4/03/21

Aceptado: 09/05/2021

---

### Resumen

En Brasil, el aumento en el número de intentos de suicidio se ha producido de forma pronunciada entre los jóvenes y los ancianos. En este contexto, el objetivo de este artículo es identificar las experiencias de prevención del suicidio desarrolladas en Brasil. Para ello, se realizó una búsqueda en google académico, BVS y Scielo con las palabras clave "prevención" y "suicidio" y se identificaron diez experiencias, que se pueden agrupar como (a) experiencias de extensión universitaria cuyas acciones involucran talleres, cursos y conferencias. dirigido a estudiantes, docentes y gestores de educación pública, para profesionales vinculados a la atención primaria de salud; (b) investigaciones y experiencias de servicios públicos orientadas a la atención de personas que intentaron suicidarse y articulación de la red de salud con articulación intersectorial. Predominaron las acciones aisladas, desarrolladas con la participación de estudiantes universitarios brasileños y extensionistas, sin la característica de articulación intersectorial para atender esta compleja condición.

*Palabras clave:* Prevención; Intento de Suicidio; Educación Permanente.

---

<sup>1</sup>Correspondencia remitir a: Renata Fabiana Pegoraro. Universidade Federal de Uberlândia.

E-mail: [renatapegoraro@gmail.com](mailto:renatapegoraro@gmail.com). Y Maria Cristina Gonçalves Vicentin, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

E-mail: [cristinavicentin@gmail.com](mailto:cristinavicentin@gmail.com)

<sup>1</sup>Agradecimientos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por bolsa de Pós-Doutorado Sênior concedida à primeira autora (Processo 148573/2018-5).

<sup>1</sup>Correspondencia remitir a: [revistacientificaureka@gmail.com](mailto:revistacientificaureka@gmail.com) o [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py) “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, de Asunción-Paraguay.

## Abstract

In Brazil, the increase in the number of suicide attempts has occurred sharply among young people and the elderly. In this context, the objective of this article is to identify suicide prevention experiences developed in Brazil. For this purpose, a search was made on google scholar, VHL and Scielo with the keywords "prevention" AND "suicide" and ten experiences were identified, which can be grouped as (a) university extension experiences whose actions involve workshops, courses and lectures aimed at students, teachers and public education managers, for professionals linked to primary health care; (b) research and experiences of public services aimed at assisting people who attempted suicide and articulation of the health network with intersectoral articulation. There was a predominance of isolated actions, developed with the participation of Brazilian university students and extension workers, without the characteristic of intersectoral articulation for the care of this complex condition.

*Keywords:* Prevention; Suicide Attempt; Permanent Education.

Diferentes estudos tem apontado o aumento do número de suicídios e de tentativas de suicídio no Brasil. De 1996 a 2015 foram 172.051 mortes por suicídio, em todas as regiões, mas com maior concentração na Sudeste, com mais de 20 mil registros entre 2011 e 2015, e com aumento importante nos Estados da região Norte, onde a taxa de 2,6 óbitos por suicídio a cada 100 mil habitantes em 1996 passou para 5 em 2015. Esses números podem ser ainda mais significativos caso se considere que há subnotificação e que mortes por afogamento, envenenamento ou acidentes de trânsito podem, em última análise, revelarem óbito por suicídio. Por sua complexidade, o tema precisa ser abordado como problema de saúde pública a partir de perspectiva da articulação interssetorial, com a implementação de ações de caráter preventivo na esfera da atenção primária à saúde e integrando esforços municipais, estaduais e em âmbito federal que considerem as características locais para planejamento e implementação de ações dada a extensão territorial do Brasil e os diferentes contextos culturais (D'Eça Júnior et al., 2019; Brasil, 2015).

Entre os homens o maior número de óbitos por suicídio tem ocorrido na faixa etária de 30 a 39 anos e, entre as mulheres, de 40 a 49 anos. Os registros indicam aumento do número de suicídio entre adolescentes/jovens e idosos. Em 2014, metade de todas as tentativas registradas em ambos os sexos foram feitas por indivíduos entre 10 e 29 anos e há registros, em 2009 e 2010, de tentativas feitas por crianças com até nove anos de idade.

Entre crianças e adolescentes a ingestão de remédios foi a forma mais comum de tentar o suicídio. Entre idosos de 70 a 79 anos o número de mortes por suicídio aumentou de 0,2% em 2009 para 1,2% em 2014 (Brasil, 2015). Outros números que chamam atenção referem-se à escolha da residência para efetuar a tentativa (85% dos casos) e a existência de tentativas anteriores, pois em 28% dos casos de óbitos por suicídio, uma ou mais tentativas de suicídio anteriores tinham ocorrido, o que chama atenção para a necessidade compreender de que modo a prevenção do suicídio tem sido feita no Brasil.

Marquetti, Kawauchi e Pleffken (2013) elaboraram um “Mapa de risco de prevenção ao suicídio”. Esse mapa delinea um “percurso suicida” trilhado por aqueles que realizaram uma tentativa. Para as autoras esse percurso é formado por mudanças ocorridas no mês que antecedeu a tentativa ao se observar as atividades de sociabilidade/relações afetivas (como afastamentos, agressões físicas e verbais até perda de um animal de estimação), eventos ocorridos no trabalho ou no campo dos estudos (demissão ou afastamento laboral, abandono dos estudos, perda da vontade de trabalhar ou estudar), e nas atividades da rotina diária (abandonar o cuidado com o lar, dos filhos), pela diminuição de cuidados com higiene pessoal ou manifestações corporais (insônia, dores, emagrecimento, inatividade).

Vale observar aqui que essas possíveis mudanças não são exclusivas de percurso de pessoas que tentam suicídio. Elas estão presentes na vida de pessoas que nunca chegaram a tentar ou mesmo cogitar realizar uma tentativa de suicídio, bem como podem aparecer nas listas de alterações ocorridas nos meses precedentes a um consulta psiquiátrica e, junto a outras informações, ser usadas para a elaboração de um diagnóstico. Voltando a Marquetti, Kawauchi e Pleffken (2013), além das mudanças elencadas que podem ser observadas no chamado “percurso suicida”, sentimentos e pensamentos de abandono, solidão, exclusão, decepção, e sinais no dia do ato (como bilhetes ou mensagens via computador) também podem ocorrer neste período. Esses sinais de risco, como apontado pelas autoras, são pouco observados e pouco identificados “por familiares, amigos e, inclusive, pelos próprios profissionais de saúde” (p.30), como “se o observador se recusasse a olhar para esta comunicação velada do suicida.” (p.31).

## **Prevenção do suicídio.**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve seis medidas que, segundo a Organização, podem auxiliar na prevenção das tentativas e dos suicídios: restringir o acesso a meios de escolha para as tentativas, como remédios ou armas de fogo; veicular informação de forma responsável por diferentes meios de comunicação; fomentar políticas públicas para diminuição de uso prejudicial de álcool; oferecer atenção às pessoas com transtornos mentais, em uso prejudicial de substâncias, com dores crônicas ou estresse agudo para rastrear e tratar possíveis casos; investir na formação de pessoal não especializado para atuar nesta área (no caso do Brasil, o Agente comunitário de saúde poderia ser um destes profissionais); e acompanhar longitudinalmente pessoas que tentaram suicídio. ([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)).

Essas orientações nos sugerem que a proximidade com o modo de vida das pessoas assistidas por serviços de saúde é uma ação fundamental. Como orientar uma família para restringir o acesso aos meios de escolha quando, em grande parte, o uso de medicamentos disponíveis nas residências é a forma mais frequente usada por quem tenta o suicídio? Como acompanhar longitudinalmente em municípios em que a cobertura de equipes de saúde da família é muito baixa? De que tipo de atenção a pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas falamos quando há um movimento de contrarreforma psiquiátrica no Brasil com ampliação do número de vagas em comunidades terapêuticas?

A multicausalidade do suicídio requer que as ações de prevenção sejam realizadas mediante colaboração de setores públicos e privados e de diferentes campos, como educação, trabalho, justiça, entre outros, que considerem dados locais e aspectos no planejamento das ações. Para a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), dentre os três tipos de estratégias existentes – universais, seletivas e indicadas - o modelo universal é aquele com menor possibilidade de sucesso. As estratégias universais são dirigidas a toda população, pretendem eliminar as barreiras e ampliar o acesso a serviços de apoio, fortalecendo fatores protetivos.

As estratégias seletivas estão voltadas para grupos vulneráveis, considerando-se características como idade, sexo, ocupação, tendo o conceito de risco (biológico, psicológico ou socioeconômico) em sua base. O terceiro tipo, as estratégias indicadas, tem como foco determinadas pessoas consideradas vulneráveis, como aquelas com tentativa prévia de suicídio (OPAS, 2014).

Considerando que as estratégias seletivas e indicadas são, segunda a OPAS, aquelas com maior possibilidade de sucesso, é importante conceituar o termo vulnerabilidade. Optamos pelo delineamento proposto por Ayres, França, Junqueira e Saletti (2009) segundo o qual há três componentes que permitem entender diferentes vulnerabilidades. O primeiro componente é individual e envolve o conhecimento sobre um determinado problema ou situação e sua relação com condutas mais ou menos protetoras que o sujeito pode ter. O segundo, social ou coletivo, refere-se a temas em seus diferentes contextos, como relações de gênero, crenças religiosas, relações étnico-raciais. O último, chamado de pragmático ou institucional, diz respeito ao modo como os serviços de saúde atuam para redução de vulnerabilidade, considerando a expertise de cada área de atuação, mas também a possibilidade de interlocução entre setores. Assim, não há um risco individual, mas sim riscos de um sujeito que integra determinados contextos, na perspectiva coletiva e com apoio do suporte institucional disponível.

Ainda que sugira os possíveis tipos de estratégias de prevenção, a OPAS afirma que a inexistência de uma política ou estratégia nacional de prevenção ao suicídio não impede que existam programas de prevenção, os quais podem contribuir para elaboração de uma proposta nacional. A existência de programas de prevenção podem auxiliar na identificação de grupos vulneráveis e na ampliação de acesso a serviços, o que permitiria a redução de risco de suicídio. No entanto, um programa de prevenção deve considerar aspectos culturais, incorporar tecnologias existentes e capacitar equipes para atuar, o que pode gerar dados para avaliação das metodologias empregadas (OPAS, 2014).

No Brasil, desde 2015, o mês de setembro tem sido voltado para campanhas de conscientização de prevenção do suicídio (<https://www.setembroamarelo.org.br/o-movimento>).

A mídia, os serviços de saúde e as instituições universitárias têm, a cada ano, se envolvido com a divulgação da importância da prevenção do suicídio. Além dessa mobilização que ocorre neste mês em específico no Brasil, há documentos importantes para discutir as estratégias de prevenção do suicídio (Ministério da Saúde, 2006, 2017, 2019). A Portaria do Ministério da Saúde 1876/2006 instituiu as Diretrizes Nacionais para prevenção do suicídio, que em seu artigo 2 orienta que sejam desenvolvidas ações estratégicas voltadas para a qualidade de vida, a proteção, a prevenção e a recuperação de saúde das pessoas nas redes de atenção à saúde, bem como ações que levem informação à sociedade sobre a prevenção do suicídio. A mesma portaria indica a necessidade de ampliação do conhecimento sobre os fatores protetivos, a organização de ações intersetoriais e que envolvam a sociedade para prevenção do suicídio, o aprimoramento das intervenções junto aqueles que tentam suicídio e o fomento à análise de dados sobre suicídios e tentativas com a finalidade de qualificar a gestão e as ações de educação permanente aos profissionais de saúde.

No ano de 2017 foi publicada a Agenda de ações estratégicas para vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil: 2017 a 2020 (Brasil, 2017) que destacou como Ações Estratégicas e atividades do Eixo Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde a Articulação inter e intrasetorial e a comunicação. Treze anos depois da publicação das Diretrizes Nacionais (Ministério da Saúde, 2006) foi promulgada a Lei 13819/ 2019 que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (Brasil, 2019), cujos objetivos, descritos em seu art. 3 envolvem a promoção de saúde mental e a prevenção de violência autoprovocada; a garantia de acesso a cuidados em serviços de saúde para os sujeitos e seus familiares; informação sobre prevenção de lesões autoprovocadas e a necessidade de articulação intersertorial para o desenvolvimento de ações de prevenção e cuidado. Esse documento destaca a importância da notificação de eventos de violência autoprovocada e da educação permanente pelas equipes de saúde.

A partir do exposto, o problema de pesquisa que orientou esta pesquisa foi: quais experiências de prevenção ao suicídio têm sido desenvolvidas no Brasil? Face a este problema de pesquisa, o objetivo deste artigo é identificar experiências de prevenção ao suicídio desenvolvidas no Brasil.

## **Experiências brasileiras de prevenção do suicídio no campo da assistência, extensão e pesquisa.**

Foi efetuada busca no google scholar, BVS e Scielo com as palavras-chave “prevenção” AND “suicídio” e identificou-se dez experiências de intervenção e pesquisa sobre prevenção do suicídio no Brasil, as quais após leitura flutuante foram agrupadas em duas temáticas: (a) experiências de extensão universitária cujas ações envolveram oficinas, cursos e palestras voltados para estudantes, docentes e gestores de ensino público, e para profissionais ligados à atenção primária em saúde (Sousa et al., 2014; Flores et al., 2018; Leme et al., 2019); (b) pesquisas e experiências de serviços públicos de saúde voltados para atendimento a pessoas que tentaram suicídio e articulação intersetorial (Conte et al., 2012; Carvalho, 2017; Holanda e Silva et al., 2019; De Carvalho et al., 2017; Cais, 2011; Martins & Guerra, 2019; Dockhorn & Werlang, 2008).

### **(a) Experiências de prevenção de suicídio vinculadas a atividades universitárias.**

O Programa de Apoio à Vida (PRAVIDA) teve início em 2004, como extensão universitária do Departamento de Medicina Clínica da Universidade Federal do Ceará (UFC) no atendimento a pessoas encaminhadas pelo Hospital Universitário Walter Cantídio, em Fortaleza (CE). Atende em ambulatório pessoas com risco de suicídio ou histórico de tentativas de suicídio por um período de, pelo menos três meses, oriundas da emergência do Instituto Dr. José Frota. Oferta anualmente o “Curso de Prevenção do Suicídio” cujo público-alvo são profissionais de saúde e estudantes e no qual são apresentados aspectos epidemiológicos sobre o suicídio, relação com transtornos mentais, luto e prevenção. Organiza ainda a “Caminhada PRAVIDA” anualmente (Sousa et al., 2014).

Flores et al. (2018) realizaram atividades acadêmicas ligadas a um curso de graduação em Medicina da Universidade Federal do Pampa voltadas para prevenção do suicídio envolvendo áreas cobertas por equipe da estratégia de saúde da família (EqSF) e do Programa Saúde na Escola (PSE).

Foi organizado um encontro, a partir da lógica das rodas de conversa, coordenado por graduandos e do qual participaram 37 alunos de 14 aos 16 anos do nono ano de uma escola de nível fundamental do município com o tema autoestima e prevenção do suicídio. Quatro graduando estiveram à frente da condução da roda de conversa. Na proposta, os graduandos lançaram perguntas disparadoras para o grupo, que pode se expressar livremente, com opiniões e experiências, seguindo-se por explicações teóricas dos coordenadores. Foram discutidos fatores de risco para suicídio e como agir frente a alguém com risco de suicídio e a existência do CVV.

A experiência de extensão desenvolvida pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) desde 2015 e denominada “Programa de Desenvolvimento Interpessoal para a Prevenção do Suicídio e Promoção de Saúde Mental no Curso de Vida” (PRODIN) envolve oficinas, cursos e palestras para promoção de saúde mental e prevenção de suicídio com o envolvimento de docentes, discentes e gestores do ensino público da rede de básica. As intervenções seguiram a lógica multidisciplinar e foram desenvolvidas por discentes da graduação e pós-graduação da UERJ, tendo como foco as habilidades sociais, em especial aspectos pessoais e relacionais – como empatia e assertividade - ligados à prevenção do suicídio (Leme et al., 2019).

**(b) Pesquisas e experiências vinculadas a serviços públicos na prevenção do suicídio.**

No município de Candelária (RS) foi criado em 2009 o “Programa de Promoção à Vida e Prevenção ao Suicídio (PPS)” a partir de articulação intersetorial entre Secretaria Municipal de Saúde e outros com objetivo de desenvolver ações educativas, preventivas e de promoção à saúde. A integração entre o programa e os demais serviços locais foi construída com apoio de uma linha de cuidado e envolveu equipes de unidade básicas de saúde tradicionais e de saúde da família, Centros de Atenção Psicossocial, um hospital, profissionais de apoio à família da zona rural, o SAMU, bombeiros, policiais. O programa voltou-se para a capacitação dos profissionais de saúde envolvidos na linha de cuidados especialmente quanto à identificação de riscos e compreensão das diferenças entre ideação suicida, planos e tentativa. Além disso, foi desenvolvido grupo de apoio aos sobreviventes que inclui um processo de avaliação de seus alcances e fragilidades (Conte et al., 2012).



A experiência do Núcleo de Estudos e Prevenção do Suicídio (NEPS), em funcionamento desde 2007, em Salvador-Bahia, com equipe multiprofissional, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia e no campo da prevenção atua na educação permanente de equipes de atenção primária e Centros de Atenção Psicossocial ofertando cursos e oficinas sobre fatores de risco, sinais, manejo de casos e encaminhamento para serviços (Carvalho, 2017).

O artigo de Holanda e Silva et al. (2019) foi elaborado a partir de uma pesquisa-ação sobre prevenção do suicídio desenvolvida em uma UBS da capital do Piauí, Teresina, e foram desenvolvidos encontros (seminários temáticos) para capacitação da equipe (13 agentes comunitários de saúde), com o uso de questões disparadoras para rodas de conversa, exibição de curta-metragem e construção de colagem.

As atividades realizadas pelos profissionais de enfermagem em unidades básicas de saúde no modelo tradicional (UBS) e de saúde da família (UBSF) – em Teresina, no Piauí, investigadas por De Carvalho et al (2017) evidenciaram falta de preparo para lidar com o cuidado e a prevenção do suicídio, tanto pela ausência de ações de capacitação quanto de implementação de ações preventivas no território. Os autores destacaram a falta de identificação dos enfermeiros entrevistados com o campo da saúde mental e a necessidade de implementação de educação permanente, pois os participantes compreendem a necessidade de intervenção, mas sentem-se sem habilidades e competências para o planejamento e a implementação de ações.

Cais (2011) avaliou a implementação de estratégias de prevenção do suicídio realizadas em Campinas-SP com base em duas estratégias. A primeira estratégia foi a oferta de um curso de capacitação que foi concluído por 270 profissionais de saúde de nível superior e teve duração de 18 horas. Participaram desta etapa médicos profissionais de equipes da atenção básica e de centros de atenção psicossocial. O curso teve com objetivos aprimorar a capacidade para detecção precoce de transtornos mentais, avaliação de risco de suicídios, conhecimento de técnicas para manejo e encaminhamento de pessoas com risco de suicídio.

A segunda estratégia foi chamada de Monitoramento e envolveu a busca ativa de 75 pessoas que haviam tentado suicídio e foram assistidas em um pronto socorro local, com telefonemas, comunicação com equipes e registros dos contatos. Os telefonemas foram realizados por uma psicóloga contratada para tal finalidade. A primeira ligação foi feita na primeira semana após o suicídio, e em seguida os telefonemas aconteceram na segunda e quarta semanas e no segundo e sexto meses após a tentativa ter ocorrido. Efetivamente 67 foram acompanhados e quatro tentaram novamente o suicídio no período.

Martins e Guerra (2019) apresentaram um estudo sobre um aplicativo para celulares para apoio a pessoas na prevenção do suicídio, disponibilizando material informativo de acordo com a faixa etária do usuário do aplicativo, podendo ser direcionado para o CVV, caso indique sua condição como de emergência.

O artigo de Dockhorn e Werlang (2008) descreve a experiência brasileira mais antiga, um programa nacionalmente conhecido de Prevenção do Suicídio ligado ao Centro de Valorização da Vida – CVV – formado por voluntários e mais recentemente integrado às diretrizes de prevenção ao suicídio adotadas pelo governo federal. O trabalho de apoio emocional, por meio de ligação telefônica, 24 horas por dia e inspirado na Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers teve início no Brasil na década de 1960 e é feito por equipe de voluntários.

## **Discussão.**

A análise dos artigos localizados indicam três pontos importantes a serem discutidos. O primeiro ponto destaca a relação entre o conceito de educação permanente e as ações de prevenção desenvolvidas junto a trabalhadores de saúde (Cais, 2011; Conte et al., 2012; Carvalho, 2017; Holanda & Silva, 2019; Sousa et al., 2014) ou a necessidade de educação permanente apontada pelos trabalhadores de enfermagem (De Carvalho et al., 2017). Nos artigos em que atividades de formação de profissionais foram descritas houve uma centralização de ações para informar mais do que para formar, sugerindo possivelmente ênfase em transmitir conteúdos sobre fatores de risco e relação entre tentativas de suicídio e certos diagnósticos.

A Educação Permanente em Saúde (E.P.S.) é uma política pública brasileira iniciada em 2004 (Portaria GM/ MS nº 198/2004). É uma estratégia político-pedagógica para qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho em saúde, ou seja, propõe o aprimoramento dos profissionais a partir de situações cotidianas enfrentadas pelos serviços. Esta definição para a EPS não a caracteriza como um processo de transmissão de conteúdo e sim como espaço para debate de situações que existem no conjunto de pessoas assistidas pela equipe, diferindo, portanto, do que pode ser apreendido das publicações revisadas. Nas palavras de Ceccim (2019) a EPS constituiu uma “ação estratégica em política pública para a educação e desenvolvimento dos profissionais de saúde” (p.79) “[...] que sejam vivos, criativos e em afinidade com seus usuários, capazes de construir soluções cuidadoras e terapêuticas eficazes e inclusivas de ampliado escopo de tecnologias” (p.78). Nesta perspectiva, a EPS é a “educação no SUS” cuja contribuição consiste em formar profissionais de saúde alinhados à integralidade no cuidado e a contribuir para gestão participativa.

A falta de preparo para assistir pessoas que tentam suicídio presente nos profissionais de Enfermagem que participaram do estudo realizado por De Carvalho et al. (2017), para planejar e implementar ações para prevenção no contexto da atenção primária em saúde no Brasil tem nos profissionais que compõem os Núcleos de Atenção à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) o suporte para a discussão, planejamento e implementação de ações a partir de diagnóstico das necessidades população assistida (Brasil, 2017). O NASF-AB é uma equipe volante que dá suporte técnico e pedagógico às equipes de saúde da família (médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agente comunitário de saúde) e tem dentre as suas atribuições o apoio para construção de estratégias de cuidado a partir do mapeamento das necessidades locais de saúde.

O segundo destaque é a falta de ênfase atribuída às ações intersetoriais na construção de ações de prevenção do suicídio, com predomínio de ações isoladas e descontinuadas, diferentemente do que é colocado em documentos brasileiros (Brasil, 2006, 2017, 2019) e se aproximando do que a OPAS classifica como estratégia de prevenção universal.

Essa dificuldade não é exclusiva das experiências brasileiras. O Projeto + Contigo de promoção de saúde e prevenção de suicídio (Santos, Erse, Simões, Façanha & Marques, 2013) e o Programa de intervenção BELIEVE (Façanha, Erse, Simões, Amélia & Santos, 2010) desenvolvidos em Coimbra, Portugal, em ambientes escolares em articulação com serviços de saúde de atenção primária promoveram espaços de sensibilização de alunos e professores sobre o tema e encaminhamentos de alguns alunos casos para acompanhamento em centros de saúde. Nos estudos brasileiros revisados as intervenções dirigidas a escolares foram pontuais (muitas vezes um ou dois encontros) e além de não existir um acompanhamento dos participantes a longo prazo, articulações com setores de assistência social, justiça e cultura não foram observadas.

O terceiro ponto é a maior abrangência da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (Brasil, 2019) frente às intervenções e pesquisas aqui avaliadas. A inclusão da autolesão sem intenção suicida como parte do foco da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio contribuiu para ampliar o raio de ação das equipes de saúde. O artigo 6 desta política engloba o suicídio, a tentativa de suicídio e a automutilação (independente de ideação suicida) na definição de violência autoprovocada. Especialmente entre adolescentes, a autolesão tem sido um comportamento cada vez mais frequente, ainda que dados epidemiológicos não tenham sido identificados no Brasil (Fonseca, Silva, Araujo & Botti, 2018). O acompanhamento das práticas de autolesão em adolescentes é apontado por Hawton et al. (2015 apud Fonseca et al., 2018) como de grande relevância para a prevenção do suicídio e para o planejamento de ações de cuidado.

No art. 3 desta Política explicita-se um de seus objetivos: “abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídio e garantir-lhes assistência psicossocial”. Este artigo nos remete à posvenção, uma estratégia de prevenção discutida por alguns autores no Brasil (Fukumitsu, 2018, 2019; Fukumitsu et al., 2015; Scavacini, Cornejo & Cescon, 2019). Para Fukumitsu (2018) as pessoas que perdem alguém por suicídio, denominadas sobreviventes, “são artistas que buscam equilíbrio e transcendem a partir do caos” (p.222), pois a impossibilidade de conhecer os motivos que levaram ao suicídio tem implicações na rotina do sobrevivente, que passa a conviver com o medo de que o suicídio se repita no círculo familiar, a vergonha, a culpa, o medo de ser julgado.

Frente a este cenário, autores brasileiros tem usado o termo “posvenção”, atribuído a Edwin Shneidman para delimitar intervenções após um suicídio que tem caráter preventivo, ou seja, não visa prevenir novos suicídios, mas ofertar cuidado aos sobreviventes uma forma de apoio à vivência do luto. Encontros mensais com enlutados por suicídio são descritos por Scavacini, Cornejo e Cescon (2019) nos municípios de Santos-SP, São Paulo e Rio de Janeiro com a coordenação de uma dupla de profissionais de Psicologia. Os encontros ocorrem a partir do modelo de grupos abertos, portanto, permitindo ingresso de novos integrantes a cada semana e dentre os temas destacam-se culpa e estigma do familiar frente ao suicídio ocorrido, sentimentos de tristeza e desespero, busca de informações (sobre o comportamento suicida, sobre livros, sobre momento em que se deve buscar por uma consulta psiquiátrica) e orientações sobre o enfrentamento de datas como aniversários e demais datas relevantes para a família.

### **Considerações Finais.**

As experiências voltadas para prevenção do suicídio no Brasil certamente não representam o conjunto de ações desenvolvido por equipes de saúde em seu cotidiano de trabalho. Uma prática muito comum no Brasil é a invisibilidade de ações que transcorrem nos serviços da rede SUS. “À universidade cabe a publicação e aos serviços cabem as ações”. A frase não se encontra escrita em nenhum texto com o qual tivemos contato, mas é fruto de nossa experiência enquanto profissional de saúde, docente, orientadora de estágios e pesquisadora. Isso nos leva a apontar uma limitação deste artigo, pois não consideramos publicações em congressos científicos – nos quais muitos profissionais apresentam seus relatos de experiência, ainda que na forma de resumo – ou determinados eventos promovidos por secretarias de saúde que tenham gerado Anais com o compilado do que foi debatido.

As publicações revisadas nos colocam três situações que consideramos que devam ser melhor cuidadas. A primeira é a intervenção em escolas sobre a temática suicídio em forma de palestra para alunos, sem acompanhamento posterior, apenas descortinando um tema que não pode, certamente, ser encerrado ao final de um encontro.

A segunda é a forma como a E.P.S., muitas vezes, ocorre nos diversos cantos do país – sob forma de palestra, não raro proferida por um especialista em auditório lotado, com total desconhecimento das dificuldades e potencialidades das equipes. Assistir essa “palestra” não implica em construir EPS. Trata-se de uma política que deve ser implementada pelos municípios, que não deve ser descontinuada quando o mandato de determinado prefeito se encerra. A terceira é o terreno de areia movediça sobre o qual diferentes experiências dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) vem sendo construídas, deixando de lado sua potência de que uma equipe de especialistas e a equipe de referência “façam saúde juntas”, ocupando-se muito mais de transmitir/depositar conhecimento do que construir estratégias a partir dos casos vivos que existem no território.

## Referências

- Ayres, J.R.C.M., França, I., Junqueira, G., & Saletti, H.C. (2009). O conceito de vulnerabilidade e as práticas em Saúde. Novas perspectivas e desafios. In D.Czeresnia, & C. Machado, C. (orgs). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp.131-143). 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Bahia, C. A., Avanci, J. Q., Pinto, L. W., & Minayo, M. C. de S. (2020). Notificações e internações por lesão autoprovocada em adolescentes no Brasil, 2007-2016. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 29(2): e2019060. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200006>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Suicídios consumados e tentativas notificadas no Brasil In: *Saúde Brasil 2014 : uma análise da situação de saúde e das causas externas* (pp.329-342). Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Recuperado de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2014\\_analise\\_situacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. (2018). *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 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). Recuperado de [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html).
- Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2017). Agenda de ações estratégicas para vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil: 2017 a 2020. Recuperado de: [http://www.neca.org.br/wp-content/uploads/cartilha\\_agenda-estrategica-publicada.pdf](http://www.neca.org.br/wp-content/uploads/cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006). Estratégia nacional de prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_editoracao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 198/GM em 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Recuperado de: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>
- Cais, C. F. da S. (2011). Prevenção do suicídio: estratégias de abordagem aplicadas no município de Campinas –SP. (Tese de Doutorado), Universidade Estadual de Campinas. Recuperado de <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/309380>
- Carvalho, S. (2017). NEPS uma experiência exitosa no tratamento da depressão e na prevenção do suicídio. V Seminário Prevenção do Suicídio no Espírito Santo II Encontro Regional de Sobreviventes do ES Recuperado de: <http://www.sauesp.org.br/sps005/soraya-carvalho-rigo-neps.pdf>
- Ceccim, R. B. (2019). Emergência de um “campo de ação estratégica”: ordenamento da formação e educação permanente em saúde. *Sanare (Sobral)*, 18 (1), 68-80.
- Conte, M. et al (2012). Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2017-2026.
- D’Eça Júnior, A., Rodrigues, L. dos S., Meneses Filho, E. P., Costa, L. di L. N., Rêgo, A. de S., Costa, L. C. et al . (2019). Mortalidade por suicídio na população brasileira, 1996-2015: qual é a tendência predominante?. *Cadernos Saúde Coletiva*, 27(1), 20-24. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201900010211>.
- De Carvalho, C. M. S., Magalhães, J. M., Carvalho Junior, J. A. M. de, Sousa, B. V. da S., Moreira, W. C. (2017). Ações do enfermeiro na atenção básica para prevenção do suicídio. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*, 13(2), 71-77

- Dockhorn, C. F. N. de B.; & Werlang, B. S. G. (2008). Programa CVV: Prevenção do suicídio no contexto das hotlines e do voluntariado. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, 7 ( 2), 183-198 Porto Alegre, RS, Brasil. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321527163002>
- Façanha, J. D. N., Erse, M. P. Q. de A., Simões, R. M. P., Amélia, L., & Santos, J. C. (2010). Prevenção do suicídio em adolescentes: programa de intervenção believe. SMAD. *Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 6(1), 1-16. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762010000100002&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100002&lng=pt&tlng=pt).
- Flores, I.B., Borges, N.C., Huppes, B., Dill, L.B., & Silva, V.A.M. da. (2018). Autoestima e prevenção ao suicídio: uma abordagem do tema no programa saúde na escola. Anais do 10º Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão – SIEPE. Universidade Federal do Pampa Santana do Livramento, 6 a 8 de novembro de 2018. Recuperado de: [https://guri.unipampa.edu.br/uploads/evt/arq\\_trabalhos/17023/seer\\_17023.pdf](https://guri.unipampa.edu.br/uploads/evt/arq_trabalhos/17023/seer_17023.pdf)
- Fonseca, P. H. N. da, Silva, A. C., Araújo, L. M. C. de, & Botti, N. C. L. (2018). Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 70(3), 246-258. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672018000300017&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000300017&lng=pt&tlng=pt).
- Fukumitsu, K. O. (2018). Suicídio, luto e posvenção. In: *Vida, morte e luto* (pp.216-231). São Paulo: Summus.
- Fukumitsu, K.O. (2019). Programa RAISE: gerenciamento de crises, prevenção e pósvenção do suicídio em escolas. São Paulo: Phorte.
- Fukumitsu, K.O., Abilio, C.C.C., Lima, C.F. da S., Gennari, D.M., Pellegrino, J.P., & Pereira, T.L. (2015). Posvenção: uma nova perspectiva para o suicídio. *Revista Brasileira de Psicologia*, 2(02), Salvador, Bahia. Recuperado de <http://www.ippesbrasil.com.br/biblioteca-digital/400>
- Holanda e Silva, K. De, Brito, M. D. L. de S., & Silva Junior, F.J. G. da. (2019). Pesquisa-ação como método para abordagem da prevenção do comportamento suicida na atenção básica: relato de experiência. *Rev Enferm UFPI*, 8(spec), 49-53.
- Lei 13819/ 2019. Recuperado de <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n%C2%BA-13.819-de-26-de-abril-de-2019-85673796>



- Leme, V. B. R. et al. (2019). Habilidades Sociais e Prevenção do Suicídio: Relato de Experiência em Contextos Educativos. *Estudos Pesquisas Psicologia*, 19(1), 284-297. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812019000100016&lng=pt&nrm=](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000100016&lng=pt&nrm=)
- Marquetti, F. C., Kawauchi, K. T., & Pleffken, C. (2015). O suicídio, interditos, tabus e consequências nas estratégias de prevenção. *Revista Brasileira de Psicologia*, 02(01), 29-40.
- Martins, M.V., & Guerra, L. T.B. (2019). Aplicativo Voltado à Prevenção do Suicídio no Rio Grande do Sul. *EasyChair Preprint*, n 2250. Recuperado de [https://easychair-www.easychair.org/publications/preprint\\_download/rpzM](https://easychair-www.easychair.org/publications/preprint_download/rpzM)
- Neto Façanha, J. D.; Erse, M. P. Q. de A.; Simões, R. M. P.; Amélia, L.; & Santos, J. C. (2010). Prevenção do suicídio em adolescentes: programa de intervenção believe. *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 6 (1), 1-16.
- OMS/OPAS. (2018). Folha informativa. Suicídio. Recuperado de [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)
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, DC: OPAS. Recuperado de: [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/)
- Santos, J. C., Erse, M. P., Simões, R., Façanha, J., & Marques, L. (2013). + Contigo na promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários em meio escolar. *Revista de Enfermagem Referência*, serIII(10), 203-207. <https://dx.doi.org/10.12707/RIII13121>
- Scavacini, K., Cornejo, E. R., & Cescon, L. F. (2019). Grupo de Apoio aos Enlutados pelo Suicídio: uma experiência de posvenção e suporte social. *Revista M. Estudos sobre a morte e o morrer*, 4(7), 201-214. <http://dx.doi.org/10.9789/2525-3050.2019.v4i7.201-214>
- Sousa, N. R. P. de, Souza, B. C. de, Aquino Neto, J. M. de, Gomes, H. R. G., Sá, I. S. L. B. de, Teixeira, L. K. A., & Matos e Souza, F. G. de. (2014). Programa de apoio à vida (PRAVIDA): integrando pesquisa, intervenção e ensino para a prevenção do suicídio. *Revista Internacional de Humanidades Médicas*, 3 (2), 1-11.