



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS**

NÍNIVE ELISABETE FERREIRA DOS SANTOS

**ANÁLISE DOS DOCUMENTOS ORIENTADORES PARA POLÍTICAS E AÇÕES
DE DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÃO VOLTADAS À PREVENÇÃO DO SUICÍDIO**

MARÍLIA

2024

NÍNIVE ELISABETE FERREIRA DOS SANTOS

**ANÁLISE DOS DOCUMENTOS ORIENTADORES PARA POLÍTICAS E AÇÕES
DE DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÃO VOLTADAS À PREVENÇÃO DO SUICÍDIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Conselho de Curso de Biblioteconomia da Faculdade de Filosofia e Ciências (FFC), da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (Unesp), Câmpus de Marília, como exigência para a obtenção do título de Bacharel em Biblioteconomia.

Linha de Pesquisa: Gestão da Informação do Conhecimento

Orientadora: Profa. Dra. Marcia Cristina de Carvalho Pazin Vitoriano

MARÍLIA

2024

S237a

Santos, Nínive Elisabete Ferreira dos

Análise dos documentos orientadores para políticas e ações de divulgação de informação voltadas à prevenção do suicídio / Nínive Elisabete Ferreira dos Santos. -- Marília, 2024
106 f.

Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado - Biblioteconomia) - Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Filosofia e Ciências, Marília

Orientadora: Marcia Cristina de Carvalho Pazin Vitoriano

1. Ciência da Informação. 2. Biblioteconomia. 3. Política pública. 4. Política de informação. 5. Suicídio. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca da Faculdade de Filosofia e Ciências, Marília. Dados fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

NÍNIVE ELISABETE FERREIRA DOS SANTOS

ANÁLISE DOS DOCUMENTOS ORIENTADORES PARA POLÍTICAS E AÇÕES DE
DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÃO VOLTADAS À PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

Trabalho de Conclusão de Curso como exigência para obtenção do título de Bacharel em Biblioteconomia, da Faculdade de Filosofia e Ciências (FFC), da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (Unesp), Câmpus de Marília, na Linha de Pesquisa de Gestão da Informação e do Conhecimento.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: _____
Profa. Dra. Marcia Cristina de Carvalho Pazin Vitoriano
Faculdade de Filosofia e Ciências – UNESP

2º Examinador: _____
Profa. Dra. Rúbia Martins
Faculdade de Filosofia e Ciências – UNESP

3º Examinador: _____
Profa. Dra. Daniela Pereira dos Reis
Faculdade de Filosofia e Ciências - UNESP

Marília, 20 de dezembro de 2023.

A Deus por nunca me desamparar e por esclarecer os meus pensamentos.

A Patrícia Souza pelo amor, respeito, inspiração e solicitude em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Às professoras Marta Valentim e Marcia Vitoriano e ao professor Carlos Almeida, pela paciência, compreensão e ensinamentos compartilhados no desenvolvimento da pesquisa.

Às professoras Rúbia Martins e Daniele dos Reis e a mestranda Miquelle Cardoso pela disposição em participar da banca de qualificação e por contribuir com observações importantes.

Aos meus professores do Ensino Médio Isac Ferreira e Renata Gabriel pela dedicação, motivação e consideração, que possibilitaram o meu ingresso em uma universidade pública.

À Unesp pela assistência estudantil e a todos os seus funcionários da Faculdade de Filosofia e Ciências, Câmpus de Marília, pela atenção, a prestatividade e o bom trato em todos os serviços.

À minha companheira Patrícia Souza e aos seus pais Donizete Souza e Adelina Souza, por me acolherem com tanto carinho e se esforçarem para me apoiar nos estudos.

À minha mãe Ângela Maria, pelo amor, força e exemplo. Agradeço imensamente por conduzir os meus passos da periferia à universidade pública.

Ao meu pai Weber Rubens, pelo incentivo que me deu para estudar durante minha juventude.

Aos meus amigos Alan Hidalgo, Gabriela Souza, Martine Joseph e Sara de Souza pelos conselhos, gentileza e momentos de divertimento.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente apoiaram a elaboração desse trabalho.

A todas as pessoas afetadas pelo comportamento suicida, que seja factível a oferta de acolhimento, escuta e respeito tão necessários.

SANTOS, N. E. F. **Análise dos documentos orientadores para políticas e ações de divulgação de informação voltadas à prevenção do suicídio**. Orientadora: Marcia Cristina de Carvalho Pazin Vitoriano. 2024. 106 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Biblioteconomia) – Faculdade de Filosofia e Ciência, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Marília, 2023.

RESUMO

Em 2014, a Organização Mundial da Saúde publicou um relatório que buscava promover a compreensão sobre o suicídio e suas implicações, com a intenção de fomentar estratégias de prevenção ao suicídio em todo o mundo. Segundo essa publicação em alguma parte do mundo, a cada quarenta segundos, uma pessoa morre por suicídio e muitas outras tentam se suicidar. O fenômeno do suicídio ocorre em todos os países, em diferentes idades e em todos os gêneros, configurando-se como um problema de saúde pública. No Estado de São Paulo, especificamente na Região Administrativa de Marília, foram identificadas taxas elevadas de mortalidade por suicídio ao longo dos anos. Considerando a importância da informação para a prevenção do suicídio, questiona-se quais são as políticas e ações de informação do Governo Federal, do Estado de São Paulo e da Cidade de Marília sobre prevenção do suicídio. Como objetivo geral, a pesquisa pretende analisar a situação das políticas e ações de informação sobre prevenção do suicídio no Governo Federal, no Estado de São Paulo e na Cidade de Marília. Em relação aos procedimentos metodológicos, esta pesquisa apresenta abordagem qualitativa e é do tipo documental. Para tanto, foram realizadas uma revisão bibliográfica e a análise de documentos governamentais e institucionais, de modo a verificar os conteúdos que vão ao encontro da disseminação de informações à sociedade, visando a prevenção do suicídio. Como resultado, foram identificados um conjunto de documentos institucionais orientadores, emitidos pela Organização Mundial da Saúde, pelo Conselho Federal de Medicina e por um conjunto de associações médicas, além de um conjunto de documentos normativos, emitidos pelo Governo Federal do Brasil e pelo Governo do Estado de São Paulo, que indicam ações gerais necessárias à prevenção do suicídio. Os documentos analisados definiram objetivos, público-alvo, ambiência, atores, abordagem, precauções, fatores de risco de suicídio e fatores protetores entre outros elementos. Somente o Manual de orientação para gestores e professores, emitido pelo Governo do Estado de São Paulo apresenta uma proposição de roteiro de ações, reflexões e avaliação de forma específica. No município de Marília ocorrem ações eventuais, que são realizadas individualmente em cada unidade de saúde. Durante a Pesquisa, não foram localizados documentos orientadores ou normativos que demonstrem haver uma política pública de informação voltada especificamente à prevenção do suicídio.

Palavras-Chave: Políticas públicas. Políticas de informação. Disseminação da informação. Prevenção do suicídio. Marília.

SANTOS, N. E. F. **Analysis of guiding documents for policies and information dissemination actions aimed at suicide prevention.** Advisor: Marcia Cristina de Carvalho Pazin Vitoriano, 2024. 106 f. Final Paper (Bachelor's Degree in Library Sciences) – Faculty of Philosophy and Sciences, São Paulo State University, Marília, 2023.

ABSTRACT

In 2014, the World Health Organization published a report that sought to promote understanding about suicide and its implications, with the intention of promoting suicide prevention strategies around the world. According to this publication, in some part of the world, every forty seconds, a person dies by suicide and many other suicide attempts. Suicide occurs in all countries, at different ages and in all genders, representing a public health problem. In the State of São Paulo, specifically in the Administrative Region of Marília, high rates of mortality from suicide have been identified over the years. Considering the importance of information for suicide prevention, the question is what are the information policies and actions of the Federal Government, the State of São Paulo and the City of Marília on suicide prevention. As a general objective, the research aims to analyze the situation of policies and information actions on suicide prevention in the Federal Government, in the State of São Paulo and in the City of Marília. Regarding methodological procedures, this research presents a qualitative and documentary approach. To this end, a bibliographic review and an analysis of government and institutional documents were carried out, in order to verify the contents that meet the dissemination of information to society, promoting suicide prevention. As a result, a set of institutional, guiding documents were identified, issued by the World Health Organization, the Federal Council of Medicine and a set of medical associations, and a set of normative documents, issued by the Federal Government of Brazil and the Government of State of São Paulo, which present general suicide prevention actions. The documents analyzed define objectives, public target, environment, actors, approach, losses, suicide risk factors and protective factors, among other elements. Only the Guidance Manual for managers and teachers, issued by the Government of the State of São Paulo, presents a specific proposal for a roadmap for actions, reflections and evaluation. In the municipality of Marília, occasional actions take place, which are carried out individually in each health unit. During the research, no guiding or normative documents were found that demonstrated that there is a public information policy specific to suicide prevention.

Keywords: Public policy. Information policy. Information dissemination. Suicide prevention. Marília.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Fatores observados em indivíduos em risco de suicídio	58
Quadro 2 - Fatores de proteção do comportamento suicida com evidências de eficácia e eficiência	59
Quadro 3 - Exemplos de programas de prevenção do suicídio segundo o nível de cobertura, público alvo e intervenção preventiva	61
Quadro 4 - Evidências atualmente disponíveis sobre a eficácia de diversas intervenções para prevenção de comportamentos suicidas.....	62
Quadro 5 - Fatores de risco de suicídio segundo alterações comportamentais nas rotinas diárias.....	65
Quadro 6 - Documentos institucionais voltados à prevenção do suicídio.....	75
Figura 1 - Fluxograma de atendimento em saúde mental	89

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Países com maiores números absolutos de óbitos por suicídio no mundo no período de 2012	41
Tabela 2 - Países com a maior taxa de óbitos por suicídio por 100 mil habitantes no período de 2012	42
Tabela 3 - Óbitos por suicídio por sexo e regiões brasileiras, em ordem decrescente, no período 2012–2021	43
Tabela 4 - Óbitos por suicídio por regiões brasileiras e cor ou raça, em ordem decrescente, no período 2012–2021	44
Tabela 5 - Óbitos por suicídio por sexo e unidades da federação brasileira, em ordem decrescente, no período 2012–2021	45
Tabela 6 - Óbitos por suicídio dos gêneros feminino e masculino na cidade de Marília, Estado de São Paulo, no período de 2012 a 2021	46
Tabela 7 - Óbitos por suicídio por gênero e por faixa etária no Município de Marília no período de 2012 a 2021	47
Tabela 8 - Óbitos por suicídio e por regiões do Brasil, em ordem decrescente, no período 2012–2022	48
Tabela 9 - Óbitos por suicídio por unidades da federação brasileira, no período 2012–2022 (continua)	49
Tabela 9 - Óbitos por suicídio por unidades da federação brasileira, no período 2012–2022 (conclusão).....	51
Tabela 10 - Taxa de óbitos por suicídio por 100 mil habitantes, em ordem decrescente, das unidade da federação do Brasil, no período de 2012 a 2022 (continua)	52
Tabela 10 - Taxa de óbitos por suicídio por 100 mil habitantes, em ordem decrescente, das unidade da federação do Brasil, no período de 2012 a 2022 (conclusão).....	53

LISTA DE SIGLAS

ABIPD	Associação Brasileira de Impulsividade e Patologia Dual
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
AMP	Associação Médica Brasileira
BRAPCI	Base de dados de Periódicos em Ciência da Informação
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CFM	Conselho Federal de Medicina
CI	Ciência da Informação
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
CS	Ciências da Saúde
DOU	Diário Oficial da União
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
e-SIC	Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão
FENAM	Federação Nacional dos Médicos
MMFDH	Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos
MS	Ministério da Saúde
OCDE	Organização Para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
RA	Região Administrativa
SBNp	Sociedade Brasileira de Neuropsicologia
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SEDUC	Secretaria da Educação do Governo do Estado de São Paulo
SS	Secretaria Municipal de Saúde do Município de Marília
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SUPRE	<i>Suicide Prevention</i>
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Problema	17
1.2 Justificativa	17
1.3 Objetivos	20
1.3.1 <i>Objetivo Geral</i>	20
1.3.2 <i>Objetivos Específicos</i>	20
1.4 Procedimentos metodológicos	20
1.5 Estrutura do trabalho	23
2 REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1 A Abordagem gestáltica e os comportamentos neuróticos	24
2.2 Os comportamentos suicidas e autodestrutivos	33
2.3 Os aspectos sociais do suicídio	37
3 ELEMENTOS PARA A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO	57
4 POLÍTICA PÚBLICA E POLÍTICA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	67
4.1 Assessoria e intervenção do profissional de informação na formulação de políticas de informação	72
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	74
5.1 Ações de divulgação da informação voltadas à prevenção do suicídio	74
5.2 Políticas de saúde voltadas à prevenção do suicídio	78
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS	92
ANEXO A – Resposta ao pedido de informação realizado ao e-SIC no site da Prefeitura de Marília	104

1 INTRODUÇÃO

No momento em que os seres humanos passaram a conviver em grupos, houve diversos conflitos e em função disso alguns modelos de controle social foram criados, como a religião, a moral, a educação e o direito. No âmbito jurídico, o direito compreende a soma de todas as disposições legais publicadas pelo Estado. Designadamente, o direito retrata a expressão do convívio social e o modo como a sociedade se ordena, quer dizer, como se dispõe a ordem social e a divisão do Poder Público (Albergaria, 2008).

Nesse contexto, o Estado é regulador e promotor de políticas públicas que tem por fim o equilíbrio da sociedade. A origem do Estado remonta ao final da Idade Média e ao início da Idade Moderna. Esse organismo político-administrativo surgiu na Europa, por influência do Iluminismo e da Revolução Francesa. O Estado é o resultado da centralização do poder realizada pelas sociedades ao longo do tempo. Esse processo histórico incutiu a ideia do controle do poder restrito ao Estado e o direito que ele possui de impor legalmente a obediência às normas por ele estabelecidas (Weber¹, 1978 apud Rodrigues, 2013, p. 17).

Os marcos históricos supracitados contribuíram para a burocratização do Estado e exerceram grande influência na reformulação do direito e de seus princípios, com a devida aquiescência e concessão dos direitos dos cidadãos. A organização burocrática do Estado foi a pedra angular para o surgimento da Administração Pública. Há de se considerar que a gestão dos negócios públicos encerra múltiplas atividades e ações do Estado, amparadas por leis e atos de governo, em demanda de efetivar serviços de interesse público (Rodrigues, 2013).

Como foi mencionado, o Estado de Direito foi instituído por meio do reordenamento da sociedade e em princípios e instituições jurídicas, que asseguram os direitos com o cumprimento da lei, por virtude de juízes independentes. Esse reordenamento da sociedade está fundamentado em um sistema de proteção social, com vistas a assegurar a educação, a saúde, a moradia, o trabalho, o transporte etc., como direito de qualquer cidadão, que estabelece também o Estado de Bem-estar Social (*Welfare State*) (Rodrigues, 2013).

¹ WEBER, Max. **Economy and society: an outline of interpretative sociology**. Berkeley: University of California Press, 1978. v. 1.

Nessa perspectiva, destaca-se a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), adotada em 1948 por iniciativa da Organização das Nações Unidas (ONU). Essa declaração também foi influenciada pelos marcos históricos supracitados. Devido a sua importância, a DUDH relaciona-se aos direitos fundamentais, que circunscrevem e integram substancialmente o conteúdo ideológico das constituições promulgadas nos regimes democráticos modernos (Martins Neto; Thomaselli, 2013; Brasil, 2013).

Há de se considerar que a Declaração Universal dos Direitos Humanos

[...] representa a culminância de um processo ético que [...] levou ao reconhecimento da igualdade essencial de todo ser humano em sua dignidade de pessoa, isto é, como fonte de todos os valores, independentemente das diferenças de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição, como se diz em seu artigo II (Comparato, 2007, p. 228).

Sob esse ponto de vista se tecerão as discussões, pois compreende-se que a Constituição Brasileira, enquanto normativa hierarquicamente superior às demais leis e estrutura rígida, determina o Estado de Direito, isto é, o Estado que é regulado por uma constituição produz, sanciona e aplica leis em conformidade com as normas constitucionais. Tudo isso, para assegurar a dignidade da pessoa humana e os direitos fundamentais, os quais são irrevogáveis constitucionalmente (Martins Neto, Thomaselli, 2013).

Ambas as colocações apresentadas nos parágrafos anteriores permitem afirmar que

[...] essa convicção de que todos os seres humanos têm direito a ser igualmente respeitados, pelo simples fato de sua humanidade, nasce vinculada a uma instituição social de capital importância: a lei escrita, como regra geral e uniforme, igualmente aplicável a todos os indivíduos que vivem numa sociedade organizada (Comparato, 2007, p. 12).

Em continuidade, observou-se em levantamento bibliográfico realizado no campo da saúde que diversas análises epidemiológicas apontam grande incidência de mortes decorrentes de suicídio. Diante disso, é importante ter presente que para preservar vidas e histórias é preciso pôr termo ao silêncio a respeito dessas mortes. Em relação a isso, pode-se afirmar que os cidadãos não estão legalmente desamparados, uma vez que a Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) (1988) reconhece o acesso à informação e aos serviços públicos de saúde como direitos fundamentais (Brasil, 2021).

Os direitos mencionados são determinados na da CRFB pelos Art. 1, Incisos II e III, Art. 3, Inciso IV, Art. 5, Inciso XVI, Art. 6 e Art. 196 (Brasil, 2021). Unidos, esses direitos se relacionam ao campo temático da Informação em Saúde. Considerando a circulação comunicativa entre saberes, neste caso das Ciências da Saúde (CS) e da Ciência da Informação (CI), verifica-se que há diversas investigações à procura de uma mútua contribuição para resolução de desafios (Moraes; Santos, 1998).

Pode-se constatar que os problemas da sociedade não são pontuais, longe disso, eles são revestidos de complexidade e refletem uma conjuntura estrutural, que só pode mudar por meio do controle social, ou melhor, da participação do cidadão na gestão do Estado. Os problemas sociais devem ser analisados e discutidos por todos os cidadãos, de modo a ensejar políticas públicas verdadeiramente eficazes, que beneficiem a sociedade como um todo (Brasil, 2011; Rodrigues, 2013).

Essa relação entre o Estado e os cidadãos pode ser observada tanto na formulação de políticas públicas como na prestação e uso dos serviços públicos. Cabe destacar que a divulgação de informações sobre a formulação de políticas públicas pode ser feita por iniciativa do governo, ou ainda as informações podem ser buscadas pelos cidadãos conforme a demanda. A participação da sociedade nas decisões públicas e as ações governamentais embasadas em informações confiáveis fortalecem a relação política entre o Estado e os cidadãos, ampliando o alcance dos direitos sociais (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, 2002)

No Brasil, calcula-se que entre os anos de 2000 a 2012 a taxa de mortalidade por suicídio variou de 5,3 a 5,8 óbitos por suicídio a cada 100 mil habitantes, ou seja, houve um aumento de 10,4% do índice de óbitos durante esse intervalo de tempo (WHO, 2014). Nesse cenário, no Estado de São Paulo, a Região Administrativa (RA) de Marília composta por cinquenta e um municípios, teve entre os anos de 2013 e 2014 taxas elevadas de mortalidade por suicídio. A RA de Marília obteve os maiores índices de óbitos por suicídio no Estado de São Paulo, ficando abaixo apenas da RA Central (Maia, 2016).

Ante o exposto, considera-se que os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário dos municípios que compõem a RA de Marília precisam se reunir para elaborar políticas públicas e políticas de informação com o propósito de tornar mais efetiva a prevenção a suicídio. Acredita-se que uma análise documental acerca das leis,

políticas e ações voltadas à prevenção do suicídio possa contribuir para a concretização de tais providências.

1.1 Problema

A pesquisa orienta-se pela seguinte questão: quais são os documentos orientadores para políticas e ações de divulgação de informação sobre a prevenção do suicídio dos Governos Federal, do Estado de São Paulo e da Cidade de Marília?

1.2 Justificativa

As diferentes mortes-acontecimento (acidente, velhice, doença, assassinato etc.) têm o sentido atribuído pela cultura, os dogmas, as teorias, entre outros aspectos (Rodrigues, 2006). Posto isso, com enfoque no suicídio consumado, vale refletir sobre o sentido conferido a esse acontecimento, no que diz respeito a interdição social e o preconceito demasiadamente impostos (Marquetti; Kawauchi; Pleffken, 2015). Mas, se a morte é um fenômeno do cotidiano, compreende-se que sua análise e discussão de forma ética podem gerar mais entendimento (Rothschild; Calazans, 2015).

O suicídio não só é uma perda sentida pelas pessoas de um círculo social, como também é um problema social e econômico que impacta a saúde pública, dado que essa morte-acontecimento particular, por certo denuncia uma crise coletiva. Sendo assim, por parte do Estado, é necessário que haja medidas de prevenção, pós-venção e intervenção diante da vulnerabilidade existencial e fragilidade das pessoas que possuem comportamento suicida (Bertolote, 2012; Botega *et al.*, 2006; Fukumitsu, 2018a; Kovács, 2015).

De forma complementar, consoante a *World Health Organization* (2014, p. 3, tradução nossa), é importante destacar que a falta de intervenção torna o suicídio um problema de saúde pública global. Contudo, esse fenômeno pode ser evitado se o imperativo for a prevenção e a pós-venção, a serem realizadas por meio da formulação, implementação ou consolidação de políticas públicas pelos governos locais em todo o mundo, com o devido monitoramento e avaliação de forma contínua.

O tabu do suicídio obnubila o fato de que a prevenção do suicídio se efetiva apenas quando o indivíduo que está em sofrimento intenso é devidamente acolhido (Fukumitsu; Scavacini, 2013, p. 203). Nesse sentido, vale observar que a proposta de

acolhimento se resume em estar disposto a escutar e dialogar com o outro, oferecendo um espaço seguro e acolhedor para a partilha de sentimentos (Fukumitsu, 2018b, p. 107). Se faz necessário afirmar que “a luta em favor da vida é a causa comum, o que empresta sentido ao conceito de civilização” (Trigueiro, 2020, p. 14)

Inclusive, é necessário se pensar em posvenção também, especificamente em “[...] criar serviços de cuidados as pessoas que vivem tão profundo sofrimento ao perder pessoas queridas por suicídio” (Fukumitsu; Kovács, 2015, p. 11). Afinal de contas, “[...] lidar com a morte é também cuidar do dia-a-dia, da vida” (Freitas 2015, p. 143). Indiscutivelmente, “viver o suicídio de uma pessoa querida causa grandes transformações”, portanto o enlutado “[...] tem o direito de viver o processo de luto a seu modo e conforme o tempo que for necessário” (Fukumitsu; Kovács, 2015, p. 10).

A prevenção do suicídio é uma ação indispensável e uma medida absolutamente necessária a ser tomada pela da administração pública. O suicídio precisa ser discutido para que se possam elaborar estratégias de prevenção, instituir redes de colaboração científica, propiciar o compartilhamento de informações e promover redes de apoio e proteção que envolvam a sociedade e o Estado (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017; Trigueiro, 2020). Evidentemente que “[...] os esforços de prevenção do comportamento suicida devem estar pautados no conhecimento dos fatores de risco” (Botega *et al.*, 2006, p. 214).

A informação é um elemento a ser utilizado também a serviço da vida. Inclusive, na área da saúde, a informação é a base das ações para prevenção do suicídio (Trigueiro, 2022). Contudo, essa informação precisa estar organizada e associada a um contexto psicológico, social e cultural (Marquetti; Kawauchi; Pleffken, 2015). Destarte, na área da saúde pública, recomenda-se que os gestores façam parcerias com os meios de comunicação (jornais, rádios, podcasts, redes sociais etc.) a fim de que haja disseminação de informações para a prevenção do suicídio (Trigueiro, 2020).

São necessários planos, programas e projetos de prevenção que sejam efetivos, orientados na divulgação de informações sobre o suicídio para os profissionais de saúde, outros profissionais (professores, jornalistas, bibliotecários etc.) e a própria população. Isso tudo, para que haja uma noção de como tratar desse assunto, incentivar a procura por ajuda e acolher de forma sensível e respeitosa. Até porque o encaminhamento e tratamento adequados, a qualidade da informação de que se pode dispor e as redes de apoio existentes são considerados fatores de prevenção (Fukumitsu, 2015; Trigueiro, 2020).

Conforme Trigueiro (2020, p. 77), “o desafio é fazer com que o atendimento chegue a todos”. Diante dessas considerações, afirma-se que o tratamento a ser oferecido para as pessoas que apresentam comportamento suicida pode envolver diversas modalidades, como:

[...] atendimentos em psicoterapia individual ou em grupo; aconselhamento psicológico; trabalho psicoeducativo, informando os sinais de alerta e fatores de risco predisponentes e precipitantes, bem como incentivando trabalhos de prevenção ao suicídio; formação de profissionais para habilitá-los a lidar com situações de crise; palestras e eventos sobre a temática do suicídio e sua prevenção; cursos para apresentar subsídios para novas formas de enfrentamento; e grupos de luto aos sobreviventes [...] (FUKUMITSU; KOVÁCS, 2015, p. 44-45)

De acordo com Fukumitsu (2018b), apesar de muitas vezes não ser fácil viver, com o devido cuidado é possível superar as adversidades ao se abrir para a oferta de amor, generosidade, esperança, acolhimento e presença. Enquanto houver vida, as possibilidades da existência continuam a surgir, de modo a estender novos horizontes significativos e oportunizar o resgate de sonhos e projetos pessoais. Ressalta-se que para cuidar da vida é preciso concentrar todos os esforços em prevenção porque tudo ainda é possível (Fukumitsu, 2018b, p. 111). Afirma-se que o suicídio deve ser prevenido, *a fortiori* a razão para prevenir o suicídio é a própria vida (Alvarez, 1999, p. 135).

O desenvolvimento desta pesquisa justifica-se pelos seguintes aspectos: a) sociais: dado que o suicídio é um problema social que demanda atenção imediata; b) acadêmicos: pois contribui para o enfrentamento de desafios nas áreas da Ciência da Informação, Biblioteconomia e Informação em Saúde; c) profissionais: posto que os resultados podem ser utilizados no contexto da Biblioteca da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), da Biblioteca Pública Municipal de Marília “João Mesquita Valença” (BMM) e da Secretaria Municipal de Saúde de Marília para promover a saúde mental e a prevenção do suicídio.

As colaborações científicas dessa pesquisa para a Linha de Pesquisa de “Gestão da Informação e do Conhecimento”, do Departamento de Ciência da Informação (DCI), no que tange a temática de políticas de informação, consistem na produção de um trabalho de análise dos documentos orientadores para políticas e ações de divulgação de informação voltadas à prevenção do suicídio, que pode apoiar medidas a serem tomadas pelos poderes do Município de Marília e os gestores da área da saúde deste Município.

Tendo em conta os aspectos mencionados, a promoção da saúde mental e as ações de prevenção e pósvenção do suicídio podem ter a colaboração de bibliotecários por meio de assessoria na formulação de políticas de informação, proposição de serviços de informação, desenvolvimento de estratégias de disseminação da informação e assistência no planejamento de programas de cobertura universal (toda a população mariliense) ou voltados a determinados grupos sociais desta cidade.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Analisar a existência de documentos destinados a formalizar diretrizes e ações de informação sobre prevenção do suicídio no Governo Federal, no Estado de São Paulo e na Cidade de Marília.

1.3.2 Objetivos Específicos

Em continuidade, os objetivos específicos são os seguintes:

- a) apresentar os diferentes conceitos sobre saúde pública, políticas públicas, políticas de informação, suicídio e prevenção.
- b) examinar a literatura da área de Informação em Saúde acerca das políticas e ações de divulgação da informação voltadas à prevenção do suicídio;
- c) verificar a legislação brasileira relativa à regulamentação das políticas públicas e de informação direcionadas à prevenção do suicídio;
- d) identificar e analisar documentos orientadores de políticas sobre prevenção do suicídio.

1.4 Procedimentos metodológicos

Esta pesquisa apresenta natureza e abordagem qualitativa e do tipo documental. Assim, a partir da interpretação de Gil (2002) e Mazucato (2018), é oportuno definir que a pesquisa científica é um processo que pretende sobretudo fornecer meios para a resolução de problemas presentes na sociedade. Nesse processo, o pesquisador, valendo-se de seu intelecto e de conhecimentos próprios,

orienta-se em métodos e técnicas para gerar novos conhecimentos sobre um determinado objeto de estudo, podendo este ser um fato, fenômeno, processo, etc.

Vale ressaltar que a palavra 'qualitativo' significa exprimir as qualidades de algo, relativamente a algum atributo ou a condição das coisas ou das pessoas, que, por sua vez, distingue e determina sua natureza. Para melhor compreensão do conceito deste tipo de pesquisa é preciso ter em conta que

Na pesquisa qualitativa o pesquisador busca, basicamente, levantar as opiniões, as crenças, o significado das coisas [...]. Não se pretende que a pesquisa qualitativa seja generalizável, mas exploratória, no sentido de buscar conhecimento para uma questão sobre a qual as informações disponíveis são, ainda, insuficientes (Vieira, 2008, p. 99).

De forma complementar, com base em Gil (2002), a realização de uma pesquisa científica é necessária nos seguintes casos: a) quando há uma demanda de compreender um fenômeno; b) quando há insuficiência de informações fundamentais à solução de um problema; c) quando existem informações, mas estão dispersas de tal maneira que não permitem sua conexão com o problema.

Com o fim de obter maior clareza acerca do desenvolvimento deste trabalho, é importante destacar que

As características da pesquisa qualitativa são: objetivação do fenômeno; hierarquização das ações de descrever, compreender, explicar, precisão das relações entre o global e o local em determinado fenômeno; observância das diferenças entre o mundo social e o mundo natural; respeito ao caráter interativo entre os objetivos buscados pelos investigadores, suas orientações teóricas e seus dados empíricos; busca de resultados os mais fidedignos possíveis; oposição ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências (Gerhardt; Silveira, 2009, p. 32).

Como assevera Gil (2008), o objetivo precípua do conhecimento científico é alcançar a verdade sobre os fatos. Cabe destacar, que a diferença do conhecimento científico com relação aos outros tipos de conhecimento consiste na sua possibilidade de verificação. O conhecimento científico caracteriza-se por evidenciar os raciocínios e o conjunto de processos que facultam a sua verificabilidade.

O método é definido por Gil (2008) como o elo que possibilita o trajeto seguro até o lugar onde se quer chegar. Nessa lógica, o método científico é a soma dos processos racionais e técnicos empregados para alcançar o conhecimento. Para Marconi e Lakatos (2010, p. 65), o método científico é descrito como a totalidade das práticas metódicas e intelectuais, que trazem mais garantias e economia para se obter

conhecimentos validados e verídicos, revelando também equívocos e sustentando a tomada de decisão.

De acordo com Marconi e Lakatos (2010), a busca por dados em múltiplas fontes de informação é basilar para o desenvolvimento de uma pesquisa científica, independentemente dos métodos ou técnicas escolhidos, pois agrega informações preliminares sobre o campo de estudo. O conjunto dos dados coletados apresenta conhecimentos que revelam o estado da arte e evitam repetições supérfluas.

Gil (2002) esclarece que as pesquisas também podem ser classificadas conforme o seu delineamento, ou seja, o planejamento da pesquisa propriamente dita. Delinear compreende a coleta, interpretação e diagramação dos dados de uma pesquisa. Envolve então a ambiência na qual se coletam esses dados e o manejo das variáveis implicadas e influencia sobremaneira no estabelecimento de um paralelo entre a perspectiva teórica e os dados coletados em uma pesquisa.

Segundo Gil (2002), o delineamento descreve o processo de pesquisa, com enfoque em sua operacionalização. O delineamento dessa pesquisa segue o proposto pelo autor, quanto a diferenciação das pesquisas segundo as técnicas utilizadas para a coleta de dados. Nesse caso, o delineamento dessa pesquisa refere-se à utilização das técnicas de revisão bibliográfica e documental para coleta de dados.

Dessa maneira, foi realizada uma revisão bibliográfica e documental, visando mapear o objeto de estudo dessa pesquisa. A revisão bibliográfica é concernente a fontes secundárias, registradas em documentos impressos, eletrônicos e digitais disponibilizados em bibliotecas, repositórios e bases de dados. E a revisão documental refere-se a fontes primárias, cujos documentos são governamentais ou institucionais e disponibilizados em fontes públicas de acesso aberto.

Para a realização da revisão bibliográfica foram consultadas as seguintes fontes de informação: Base de dados de Periódicos em Ciência da Informação (BRAPCI); *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). A consulta buscou selecionar materiais que tratassem do tema objeto desta pesquisa.

Para a recuperação de informação nessas fontes supracitadas, definiu-se como palavras-chave de busca: políticas públicas; políticas de informação; políticas em saúde; suicídio; prevenção do suicídio; disseminação da informação. Ademais, conforme orientação da banca de qualificação, as obras dos autores Karina Okajima Fukumitsu (2015, 2017, 2018) e André Trigueiro (2020) também foram utilizadas, por

consequente os outros autores que abordam a temática da prevenção do suicídio foram encontrados.

Para a realização da revisão documental foram consultadas as seguintes fontes de informação: legislação e políticas públicas nacionais, legislação e políticas públicas do Estado de São Paulo, legislação e políticas públicas do Município de Marília, documentos primários de outras instituições relacionadas à prevenção do suicídio.

Conforme consta nas referências, os documentos analisados neste trabalho foram encontrados nos websites da *World Health Organization*, do Planalto, do Ministério da Saúde, do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, do Diário Oficial da União, da Secretaria da Saúde do Distrito Federal, do Governo do Estado de São Paulo, da Biblioteca Virtual em Saúde, da Biblioteca Virtual do Nescon, do Centro de Valorização da Vida e da Associação Brasileira de Psiquiatria.

1.5 Estrutura do trabalho

Esse trabalho está estruturado da seguinte maneira: introdução para discorrer sobre o problema de pesquisa, justificar os motivos de desenvolvimento da pesquisa, apresentar os objetivos geral e específicos e os procedimentos metodológicos. Na sequência disserta-se sobre o referencial teórico, destacando os seguintes temas: políticas públicas, políticas de informação, suicídio e prevenção. Como resultados apresentam-se dos documentos orientadores para políticas e ações de divulgação de informação voltadas à prevenção do suicídio. Por último, demonstra-se as considerações finais referentes ao desenvolvimento da pesquisa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para apresentar o conceito de suicídio utilizou-se como referência a psicóloga, gestalt-terapeuta, psicopedagoga e suicidologista Karina Okajima Fukumitsu. Essa profissional é graduada em Psicologia, mestre em Psicologia Clínica, doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, especialista em Gestalt-Terapia e Psicopedagogia e pós-doutora em Psicologia. Além disso, Karina Fukumitsu possui diversas obras publicadas acerca dessa temática, atua junto a sociedade, o meio acadêmico e os governos estaduais e coordena um curso de pós-graduação em suicidologia. Desse modo, verificou-se a necessidade de discorrer sobre o suicídio sob a perspectiva da Gestalt-terapia, considerando a abordagem utilizada por essa renomada profissional da saúde.

2.1 A Abordagem gestáltica e os comportamentos neuróticos

A Gestalt-terapia foi desenvolvida por um grupo de estudiosos que investigavam a percepção. O precursor dessa abordagem foi Fritz Perls, juntamente com Laura Perls, Isadore From, Paul Weisz, Elliot Shapiro e Sylvester Eastman. Ambos demonstraram que as pessoas percebem as coisas de forma relacional e organizada em um todo significativo. A escolha do elemento a se destacar nesse processo perceptivo é multifatorial e o conjunto de todos os fatores é entendido como interesse. Grosso modo, o interesse permite que a experiência tenha sentido e ordem (Juliano, 2012; Perls, 1988).

Essa abordagem da psicologia é denominada também como terapia de contato. Trata-se de uma psicoterapia e uma filosofia existencial. É uma maneira de interpretar as relações do ser humano e analisar as suas dificuldades para entrar em contato com a situação que se sucede. O seu principal intuito é a melhoria da qualidade de vida no presente, por meio da conscientização da experiência atual, no aqui e agora (Ginger; Ginger, 1995; Juliano, 2012).

É preciso esclarecer que, conforme ocorre o deslocamento do interesse de uma pessoa, a percepção do ambiente, das outras pessoas, dos objetos e de si mesmo também se altera. Nesse cenário, o primeiro plano é a figura que interessa e o restante fica desfocado e em segundo plano, tornando-se o fundo. É importante destacar que primeiro e segundo planos são dinâmicos e intercambiáveis, podendo se dispor de

diferentes modos. Ademais, uma figura pode ser uma pessoa, um objeto, um alimento, uma sensação etc. (Perls, 1988).

Notoriamente, a investigação biológica, psicológica ou sociológica se fundamenta na interação entre o organismo e seu ambiente. Tanto as funções vegetativas (alimentação e sexualidade) como as funções perceptivas (sensações, comportamentos motores, sentimentos, raciocínio etc.) são resultado dessa interação que gera a experiência. Destarte, em ambas as funções mencionadas, a interação caracteriza o campo organismo-ambiente (Perls, Hefferline; Goodman, 1997).

O campo organismo-ambiente do ser humano é sociocultural, animal e físico. Todas as funções humanas são uma relação de troca que ocorre nesse campo. A experiência obtida pelo contato, é o funcionar da fronteira de contato do organismo e o ambiente. Vale ressaltar que, a psicologia estuda o funcionamento da fronteira de contato no campo organismo-ambiente. A saber, o limite entre o eu mesmo e o outro é denominado fronteira de contato (Ginger; Ginger, 1995; Perls; Hefferline; Goodman, 1997).

A fronteira de contato não separa o organismo do ambiente. Longe disso, essa fronteira determina os limites do organismo e o protege dentro desses limites, ao mesmo tempo que permite o contato do organismo com o ambiente. Isto tudo torna-os próximos, porém diferentes. E assim, a fronteira de contato não só possibilita o contato entre o organismo e o ambiente, como também isola ambos, uma vez que cada um possui características próprias (Perls, 1988, 2002; Perls; Hefferline; Goodman, 1997)

Contatar é a *awareness* do campo organismo/ambiente, como também resposta motora para assimilar ou rejeitar, aproximar ou evitar, perceber, sentir, avaliar, comunicar, lutar, reagir, manipular, etc. Enfim, compreende-se a *awareness* como a mutualidade que ocorre na fronteira entre o organismo e o ambiente (Perls; Hefferline; Goodman, 1997,). Define-se *awareness* como a “tomada de consciência global no momento presente, atenção ao conjunto da percepção pessoal, corporal e emocional, interior e ambiental (consciência de si e consciência perceptiva)” (Ginger; Ginger, 1995, p. 254).

Acrescenta-se que, o ser humano depende tanto do ambiente quanto dos seus semelhantes para sobreviver. Nesse campo organismo-ambiente, a fronteira de contato possibilita os eventos psicológicos e a própria subsistência. Em outras palavras, assim como a sobrevivência fisiológica demanda algumas atividades vitais,

a sobrevivência psicológica necessita da identificação do ser humano com os seus semelhantes. Afinal de contas, identificar-se é uma utilidade moral e psicológica (Delmas, 2010; Perls, 1988).

Na perspectiva da Gestalt-terapia o ser humano é compreendido como pessoa, considerada quanto à sua individualidade e também como ser social. Em outras palavras, o comportamento humano é visto como um reflexo das relações da pessoa consigo e com os outros dentro do campo organismo-ambiente. Este campo se transforma naturalmente e por influência das ações dos seres humanos, portanto é necessário se adaptar com fluidez e resiliência à mudança para ter saúde e crescer. As situações de contato organismo-ambiente são subjetivas, sinérgicas e mutáveis, revelam a força potencial que pode se concretizar no contato (Perls, 1988; Perls; Hefferline; Goodman, 1997).

Como o ser humano é social, ele precisa estar bem integrado à sociedade. Essa integração é uma forma de ligação com a sociedade, na qual o ser não se confunde com ela e nem dela se distancia demais. A autossuficiência de uma pessoa bem integrada é resultado da clareza acerca das relações entre si mesmo e a sociedade. A psicoterapia tem a finalidade de auxiliar o reconhecimento desses limites de contato dentro do campo organismo-ambiente (Perls, 1988).

A interação organismo ambiente é possível por meio das funções de contato. O ser humano age conforme o funcionamento do sistema sensorial e motor. Contudo, o organismo contata o ambiente valendo-se de ambos. O sistema sensorial orienta o organismo, enquanto o sistema motor possibilita a manipulação do meio. Esses dois sistemas são funções da pessoa global. A partir do momento em que o sistema sensorial fornece um direcionamento, o organismo precisa manipular o meio para restabelecer o equilíbrio orgânico e completar a gestalt ou a figura (Perls, 1988).

A Gestalt é um movimento enérgico que age sobre todos os seres vivos. Essa energia organísmica é elétrica, química, libidinal, orgástica etc. Melhor dizendo, é o excitação fornecido pelo metabolismo do organismo. A figura que for mais importante para a sobrevivência de um ser vivo, obtém mais excitação para emergir e por conseguinte auxiliar na orientação e enfrentamento no campo organismo-ambiente (Perls, 1979, 1988).

Geralmente, o enfrentamento demanda um grau elevado de excitação, que é sentido como emoção. As emoções se convertem em energia motora para a manipulação do ambiente. Nessa sequência, depois que o excitação do qual se

podia dispor é completamente transformado e experienciado, a gestalt se fecha, proporcionando satisfação temporária. O excitação é uma experiência e uma manifestação da energia orgânica (Perls, 1979).

A Gestalt-terapia incorporou na Psicologia o conceito holístico de campo unificado, assim o ser humano passou a ser compreendido como um organismo unificado em seus níveis físico e psíquico. Desse modo, suas dimensões (sensorial, afetiva, intelectual, social, espiritual etc.) foram vistas como um só todo. É essa ideia de unificação da mente e do corpo que permite conhecer a pessoa global, a manifestação do ser dos humanos, seja em suas atividades físicas visíveis ou no mais íntimo de suas atividades mentais (Perls, 1988, P. 29-30; Ginger; Ginger, 1995, P. 17).

Compreende-se que todos os comportamentos humanos são orientados por um processo homeostático, vulgo adaptação. Em diferentes circunstâncias, é por meio da homeostase que o organismo satisfaz suas necessidades e mantém o equilíbrio e a saúde. Em verdade, se as necessidades são infundáveis e cada necessidade perturba o equilíbrio, o processo homeostático será perdurante. Sendo assim, a vida se assemelha a uma balança pendular, no qual o organismo ora pende a estabilidade, ora pende ao desequilíbrio (Perls, 1988).

Na interação organismo-ambiente, o processo homeostático pode ser compreendido como uma autorregulação. Em outras palavras, a situação inacabada que for absolutamente urgente, assume a dominância e mobiliza toda a energia para que enfim possa ser completada. Depois disso, essa necessidade anterior perde a intensidade e uma outra necessidade premente, imediatamente seguinte, torna a despertar o interesse. A necessidade dominante, seja fisiológica ou psicológica, passa a ser a figura, enquanto as outras necessidades recuam de forma provisória para o fundo (Perls, 1988; Hefferline; Goodman, 1997).

A iminente urgência de uma necessidade surge por meio da espontaneidade. Efetivamente, as ações de deliberação, seleção e manipulação possibilitam o completamento das situações inacabadas. Essa consciência espontânea da necessidade dominante e a organização das funções de contato corroboram para a autorregulação orgânica. Deve-se esclarecer que espontaneidade é a manifestação da figura geral que surge no aqui e agora, como também um sentimento que envolve integralmente a percepção, o excitação e o ato motor (De Lucca, 2012; Perls; Hefferline; Goodman, 1997).

Assim que uma preocupação é sentida devido a um problema atual, cresce o entusiasmo quanto a solução que está em potência, mas ainda é um tanto enevoada. Nesse sentido, o contato busca o descobrimento e a realização da solução, o que permite depois a assimilação da novidade do presente ao passo que este segue rumo ao futuro. Em psicoterapia, busca-se então a visualização das situações inacabadas no presente, a fim de apoiar a experimentação de novas atitudes que propiciem uma melhor integração (Perls; Hefferline; Goodman, 1997).

O contato é um ajustamento criativo do organismo ao ambiente e resposta motora de orientação e manipulação que auxilia o crescimento. Como foi destacado, a necessidade de adaptação dos seres humanos ao meio é algo constante. Esse processo permanente de ajustamento criativo é denominado *self*. Trata-se de um sistema de contatos que varia segundo as necessidades orgânicas dominantes e as mudanças do ambiente. Portanto, é um sistema de respostas fisiológicas e comportamentais, a fronteira de contato em ação, e o seu papel é formar figuras e fundos (Ginger; Ginger, 1995; Perls; Hefferline; Goodman, 1997).

O *self* é um sistema de contatos fundamental ao ajustamento criativo do organismo no campo que o circunda. Esse sistema integra as funções perceptivo-proprioceptivas e motores-musculares, assim como as necessidades orgânicas. É o processo consciente de formação figura-fundo nas situações de contato do organismo com o ambiente, ou por outra, a força que forma a gestalt. Complementa-se que a excitação é a sensação do processo que forma a figura-fundo, ao passo que a situação inacabada é encaminhada para o seu respectivo completamento (Perls, 1988; Perls; Hefferline; Goodman, 1997)

O ser humano desenvolve o *self* nos contatos saudáveis com os seus semelhantes, por meio de ajustamentos criativos, nos quais obtêm aos poucos autossuficiência para satisfazer necessidades e manter ou recuperar o equilíbrio no campo organismo-ambiente. Nesses contatos, é preciso que haja diferenciação de si mesmo, reconhecimento de limites próprios e clareza quanto à capacidade para se autorrealizar e se transformar ou adaptar às condições do ambiente ao redor (Tenório, 2012).

Os gestaltistas compreendem o funcionamento do *self* em três modos (id, ego e personalidade), mais precisamente essas são as estruturas da função total do *self*. No processo de formação figura-fundo, o id, o ego e a personalidade são as etapas do ajustamento criativo. Vale observar, que é o organismo e não o *self* que cresce,

dado que o *self* é um processo e o organismo um ser, um ente vivo, animado e organizado (Ginger; Ginger, 1995; Perls; Hefferline; Goodman, 1997).

Nesse sentido, o *id* é o fundo e sua amplidão de possibilidades, envolvendo as excitações orgânicas, as situações inacabadas das quais se toma consciência, a vaga percepção do ambiente e os sentimentos crescentes que conectam o organismo e o ambiente. O *ego* é a identificação ou alienação dessas possibilidades, a limitação ou intensificação do contato, relativamente aos atos motores, a orientação e a manipulação. A personalidade é a figura criada a partir dessa iniciativa, a qual será transformada e assimilada pelo organismo e incorporada aos resultados de um crescimento anterior (Perls; Hefferline; Goodman, 1997).

Complementa-se que o *id* é relativo às necessidades vitais e as sensações corporais, como a fome, a sede, o medo etc. O seu funcionamento ocorre também nos atos automáticos, por exemplo respirar, piscar, ou tremer. O *ego* é a escolha ou a rejeição deliberada com base nos instintos do campo biológico, da consciência e do meio social. A personalidade é a integração de experiências e a construção do sentimento de identidade, que ressitua o aqui agora na história de vida de cada um. É uma maneira de ser e interagir, portanto, um sistema de atitudes (Ginger; Ginger, 1995; Perls, 2002; Perls; Hefferline; Goodman, 1997).

Os distúrbios neuróticos resultam da falta de capacidade para manter o equilíbrio entre si mesmo e o mundo, na medida em que o social e os limites do meio extrapolam os limites do indivíduo. A neurose surge também quando o indivíduo não consegue alterar seu modo de interagir e manipular perante o campo que está sujeito à mudança constante. Com efeito, o proceder desatualizado e cristalizado impede a satisfação das necessidades de sobrevivência e da vida social. Decerto, o conflito neurótico acaba por imobilizar a personalidade para o crescimento e desenvolvimento contínuos (Perls, 1988).

A diminuição da consciência das diferenças entre o eu mesmo e o outro, assim como da capacidade de distinguir figura-fundo, dificulta a formação e destruição de novas figuras. Assim surgem as neuroses, um distúrbio de limites, ou por outra, o enfraquecimento das fronteiras *Ego*, a qual opera pela interrupção do contato. A constante interrupção do contato dificulta a satisfação das necessidades, o fechamento da *gestalt*, o completamento da situação inacabada ou a recuperação do equilíbrio porque deteriora a função holística do ser humano, limitando o raciocínio, a ação e a criatividade (Alvim; Bomben; Carvalho, 2010; Tenório, 2012; Perls, 2002).

O indivíduo neurótico não se sente uma pessoa global, porquanto os conflitos e situações inacabadas o perturbam e dilaceram seu ser. Ele está ligado ao passado com atitudes desajustadas, não tem clareza quanto ao presente e se aflige em relação ao futuro, já que não consegue vivenciar plenamente sua atualidade e totalidade. Por tudo isso, encontra-se em uma crise existencial, uma vez que suas necessidades psicológicas vitais não são satisfeitas pelo modo de vida social adotado (Perls, 1988).

A função do *self* envolve a identificação ou alienação das possibilidades, é o criativo que forma a figura e o ato de discriminar as respostas obsoletas e do comportamento novo necessário. O indivíduo neurótico, inegavelmente, possui um modo particular de mobilizar a energia e manipular o meio, porém o seu maior esforço é a conservação daquilo que o prejudica. No entanto, a partir do momento em que ele aprende a utilizar essa energia e inteligência para se ajustar de forma criativa, conseguirá crescer e se desenvolver (Perls, 1988; Perls; Hefferline; Goodman, 1997).

No campo organismo-ambiente, o ser humano fica exposto a situações que podem ocasionar-lhe deterioração social ou biológica. Desse modo, o contato com o meio ou a fuga dele correspondem a aceitação ou a rejeição que é realizada nesse campo. Essas ações são complementares, ambas equivalem a capacidade de discriminação. O uso eficiente dessa capacidade facilita o contato ou a fuga de modo saudável. No entanto, o indivíduo neurótico não consegue contatar o meio de uma maneira saudável ou organizar sua fuga quando necessária (Perls, 1988, 2002).

O contato não é bom nem mau. Afinal de contas, ele possibilita a ampliação das esferas de ação, a assimilação do diferente, a integração da personalidade e o desenvolvimento de capacidades. Evidentemente, contanto que o contato não ofereça riscos insuperáveis, ele propicia o crescimento. Observa-se que a fuga serve para evitar o contato indesejado, na busca pela proteção ou conservação de um estado. Contato e fuga são opostos que se intercalam e influem na maneira de agir na fronteira de contato (Perls, 1988, 2002).

Para fins desse estudo, serão abordados dois tipos de comportamentos neuróticos: a introjeção e a retroflexão. Define-se, primeiramente, a introjeção. Nesse caso, afirma-se que o crescimento sem dúvida não é apenas um processo aditivo, visto que depende da capacidade de escolha do que será ou não apropriado. Como foi visto, a identificação é uma função do ego em uma personalidade saudável, por oposição as introjeções tem como resultado o ego patológico, que restringe o alcance da personalidade (Ginger; Ginger, 1995; Hillman, 2011; Perls, 2002).

O desenvolvimento do ser humano requer a capacidade de discriminar, sendo esta essencial à compreensão do limite entre si mesmo e o outro. Crescer envolve a aceitação ou rejeição das coisas oferecidas pelo meio. Aquilo que é assimilado tem uma redefinição que pode se incorporar à personalidade ou ser devolvido ao meio. Contudo, as coisas que são recebidas de maneira indiscriminada, mesmo que estejam alojadas dentro do ser, são ainda parte do meio (Perls, 1988).

Vale ressaltar, que a assimilação feita pelo corpo é semelhante àquela feita pela mente. O processo de crescimento do corpo humano envolve a mastigação, a digestão e a assimilação de substâncias que nutrem o organismo. O alimento é triturado pelos dentes e passa por um processo de digestão que no final forma ossos, músculos, sangue etc. Se porventura um alimento for engolido inteiro, isso pode causar mal-estar, náuseas e úlceras (Perls, 1988, 2002).

No meio que se obtêm recursos para satisfazer as necessidades orgânicas, físicas ou psicológicas. Sendo assim, as ideias, as crenças, a moral, os preconceitos etc. são coisas apropriadas no mundo. Todo esse material precisa ser digerido para ser assimilado porque, quando não é, passa a se estender demasiado sobre os limites do indivíduo, restando pouco espaço para si mesmo. Salienta-se que, o mecanismo de ingerir opiniões ou preceitos sem discriminação é chamado de introjeção (Perls, 1988).

Nessa continuidade, a palavra 'retroflexo' significa que se curva ou dobra para trás. Melhor dizendo, a ação realizada no meio retorna para trás, em direção ao agente do ato. Tem-se de volta para si então aquilo que se dirigiu ao mundo. Na retroflexão, o indivíduo se volta contra si mesmo ao invés de confrontar aquele ou aquilo que causa desagrado, agonia, temor etc. Assim, a fronteira de contato fica paralisada, pois o indivíduo contém suas questões dentro de si mesmo (Alvim; Bomben; Carvalho, 2010; Zinker, 2007).

As retroflexões surgem quando as energias de orientação e a manipulação estão muitíssimos focadas com a situação que ocorre no meio, qualquer que seja (amor, raiva, medo, ansiedade, tristeza etc.), porém o indivíduo não consegue lidar e interrompe o contato por medo de ferir ou ser ferido. Essas energias que passam a estar comprometidas, se voltam contra a personalidade e o corpo do indivíduo, retrofletindo (Perls; Hefferline; Goodman, 1997).

O indivíduo que retroflete pode ter passado por situações em que não pôde externar seus impulsos, ou ainda se julgou inadequado ou culpado por sentir raiva ou

agressividade. É importante destacar que, a pessoa que retroflete em um grau elevado de furor acaba tirando a própria vida. Infelizmente, muitos são os que se voltam contra si mesmos e retiram de si a energia para descobrir a potência, a criatividade e as habilidades que propiciam adaptação à mudança e crescimento (Alvim; Bomben; Carvalho, 2010; Zinker, 2007).

A Gestalt-terapia considera que o neurótico não é apenas alguém que teve uma dificuldade, conflito ou trauma, mas uma pessoa que vivencia algo não resolvido no aqui e agora. Esses comportamentos neuróticos são então uma autoregulação organísmica, tal como um mecanismo de defesa em um campo que exerce repressão. Contudo, para conseguir viver o presente e progredir ao futuro, o indivíduo precisa aprender a enfrentar os problemas atuais e também os que surgirão (Perls, 1988; Perls; Hefferline; Goodman, 1997).

Na psicoterapia o psicólogo propõe o problema que o indivíduo não consegue resolver adequadamente. Com o devido apoio, o próprio indivíduo pode destruir os obstáculos, satisfazendo necessidades e descobrindo hábitos saudáveis. O esforço para lidar consigo e os problemas, utilizando todos os recursos disponíveis, auxilia o desenvolvimento da autoestima. Ademais, as soluções obtidas aumentam a capacidade de resolução, posto que ambas propiciam cada vez mais autossuficiência (Perls, 1988; Perls; Hefferline; Goodman, 1997).

Nesse sentido, a psicoterapia ampara o indivíduo a perceber no aqui e agora e de modo concentrado, quais são as suas interrupções e como elas os prejudicam, bem como a maneira de parar de se interromper. O indivíduo aprende conjuntamente a discriminar a infinidade de necessidades que possui, de modo a se ocupar de uma por vez, assim como a se envolver completamente na manipulação do meio para fechar a gestalt e seguir para a próxima necessidade. Essa organização que uma pessoa realiza em seu meio é o que constitui o campo organismo-ambiente (Perls, 1988).

Como foi esclarecido, a psicoterapia pode apoiar o indivíduo a descobrir as fronteiras entre si mesmo e o mundo e identificar as coisas que lhe causam satisfação ou desconforto. Com essa compreensão de si mesmo têm-se um bom contato com o mundo, fazendo parte dele e se diferenciando também. Esse é sem dúvida o caminho a ser traçado para contribuir à integração do indivíduo e manutenção de seu equilíbrio organísmico (Perls, 1988).

2.2 Os comportamentos suicidas e autodestrutivos

O suicídio é um fenômeno multicausal e estruturado em uma inter-relação de fatores psicológicos, psiquiátricos, sociais, econômicos, culturais, religiosos etc. Tratar do tema do suicídio envolve a compreensão de questões existenciais, como a falta de sentido ou os sentimentos de solidão, tédio, medo, sofrimento, agonia, culpa, entre outros. Esse ato demonstra a dificuldade no entendimento da figura-fundo, pois a figura não mais se sobressai e está desconexa do fundo, resultando na perda de sentido e falta de energia física e psíquica para lidar com a situação vista como caos (Fukumitsu; Scavacini, 2013).

Entende-se o suicídio, à luz da fenomenologia, como um processo que tem início com a ideação suicida. Idear é ter pensamentos indefinidos acerca da morte ou de morrer, os quais podem tomar consistência persistente, recorrente ou flutuante. Esses pensamentos podem progredir à elaboração de um plano e ter seguimento de um ato fatal, o suicídio consumado, ou de uma tentativa de suicídio. Utiliza-se a expressão comportamentos suicidas para designar tanto o suicídio consumado como a tentativa de suicídio (Bertolote, 2012).

Como foi colocado no subcapítulo anterior, as introjeções podem provocar o sentimento de não pertencimento de si mesmo e do entorno. Vale ressaltar que, se o indivíduo passa a se sentir um estranho em seu próprio corpo, pode haver um impulso para destruir o que é corpóreo e ocorrer as retroflexões. São nessas circunstâncias que se manifestam os comportamentos autodestrutivos, como a autolesão, a tentativa de suicídio e o suicídio consumado (Fukumitsu, 2017; Hillman, 2011).

A autolesão é a destruição direta e deliberada do tecido corporal, sem que haja intenção suicida. É preciso ressaltar que autolesar-se tem diferença de tentar o suicídio, uma vez que a tentativa é a ação intencional de pôr fim à vida, mas sem resultância fatal. Apesar das diferenças, a autolesão e a tentativa de suicídio são fatores de risco que devem ser considerados, visto que essas ações podem provocar a ocorrência ou reincidência de uma tentativa de suicídio ou mesmo da consumação do suicídio (Bertolote, 2012; Nock, 2010, tradução nossa; Rocha, 2015, P. 68).

O *self* é a fronteira de contato em ação, onde acontece a experiência, conforme os limites de contato do indivíduo. Isto posto, o comportamento autolesivo interrompe o contato, é uma fuga que expressa no corpo os sentimentos de tristeza, raiva, decepção, medo etc. Trata-se de um ato impulsivo, pois busca o alívio momentâneo

do sofrimento causado por conflitos na interação organismo-ambiente. Destaca-se que as autolesões mais comuns ocorrem na fronteira de contato da pele, com as ações de cortar, arranhar, queimar, beliscar, arrancar, morder, entre outras (Fukumitsu, 2017; Perls; Hefferline; Goodman, 1997).

A autodestruição é um distúrbio da função de autorregulação, portanto uma aprendizagem disfuncional. Em outras palavras, autodestruir-se é realizar um ajustamento criativo retroflexivo, o qual decorre da dificuldade para lidar com a dor. A falta de amor, acolhimento e respeito podem ferir a dignidade do indivíduo, assim como causar os comportamentos autodestrutivos. Contudo, ainda que sejamos ensinados a não pedir ajuda, a realidade é que somos seres sociais e interdependentes. Não pode haver faltas, mas sim cuidado, escuta e compreensão em todas as idades, seja na infância, na adolescência, na idade adulta ou na velhice (Fukumitsu, 2017; Fukumitsu; Vale, 2020).

Muitos indivíduos não suportam a morte em vida. Morte é o fim, o estado de tristeza por perder algo que se possuía, a dificuldade para se adaptar à mudança, a falta de forças para lidar com os problemas e outras coisas mais. Geralmente, quem se sente morto em vida, infere que morrer seria apenas se tornar idêntico em totalidade à parte tida como morta, uma vez que a parte se torna o todo. Assim, com a intenção de destruir o sofrimento, mata-se o todo. Salienta-se que, diante dessa situação ações devem ser tomadas para prevenir o suicídio, porque não considerar a morte, por assim dizer, é não lutar pela vida (Cassorla, 2015; Fukumitsu; Scavacini, 2013).

Os comportamentos autodestrutivos desvelam a dor, o conflito e a crise vivenciadas por um indivíduo. Nesse sentido, a disfunção é um apelo para se pôr a salvo a vida, dado que evidencia a necessidade de fortalecimento do *self*, dos fatores de proteção e de estímulos para que o indivíduo descubra outros ajustamentos criativos. Dessa mesma energia orgânica mobilizada para se autodestruir, pode se revelar o potencial necessário à autoconstrução, contanto que haja resignificação (Fukumitsu, 2017).

Na retroflexão, o aspecto da ordem é prejudicado, porquanto voltar-se contra si mesmo desorganiza a percepção, a ponto que haja falta de clareza e sentido. Caso o indivíduo não consiga fazer um bom contato na lida com problemas e intempéries e ocorra a cristalização de disfuncionalidades, haverá ansiedade e confusão e os comportamentos autodestrutivos surgirão. Ante o sofrimento existencial, a

autodestruição é deveras um pedido de socorro, o qual demanda devido acolhimento, empatia, escuta e respeito (Fukumitsu, 2017).

O indivíduo que concentra sua energia em autodestruição, em geral o faz porque se sente incapaz de lidar com as coisas do meio. Retroflete, acabando por impossibilitar sua respectiva autorregulação orgânica saudável. Compete então ao psicoterapeuta, estimular a capacidade de escolhas do indivíduo a fim de que possa haver melhoria de seu autossuporte. É preciso esclarecimento da imensidade de possibilidades existenciais, para que o indivíduo possa se sentir vivo e bem, com a tolerância existencial necessária para experienciar a sua espontaneidade (Fukumitsu, 2017; Fukumitsu; Scavacini, 2013).

A busca pelo sentido da vida orienta-se pela compreensão do que propicia o sentimento de pertencimento, do desenvolvimento de habilidades para se comunicar, da construção de redes de apoio que permitam descobrir formas de curar feridas existenciais e da reelaboração de relacionamentos interpessoais que permitam uma boa integração (FUKUMITSU; CAVACINI, 2013). Ademais, “ter fé na vida proporciona a crença de que somos seres constituídos por uma gama de estímulos, compreensões, articulações e, por esse motivo, precisamos abrir caminhos para a vida e para a manutenção satisfatória do nosso viver” (Fukumitsu; Scavacini, 2013, P. 201).

Dissertar sobre o suicídio demanda compreender que não é possível obter todas as explicações e respostas acerca da imensidade de incertezas entre a escolha da vida ou da morte (FUKUMITSU; SCAVACINI, 2013). Entretanto, é fundamental considerar que o “que faz a diferença entre decisão de vida ou morte não é só a presença de fatores de risco, mas o acesso a fatores protetores, que fortalecem as estratégias de enfrentamento” (Meleiro; Correa, 2018 apud Meleiro, 2004). Deve-se buscar sempre maximar os fatores protetores e minimizar os fatores de risco de suicídio (Fukumitsu; Scavacini, 2013).

Acredita-se que suicídio pode ser majoritariamente prevenido, sob a condição de que haja cuidado no manejo clínico de forma receptiva, compassiva, acessível e atenta à crise suicida, assim como o contato com familiares, médicos ou encaminhamento para internação se for preciso. Desse modo, a abordagem da crise suicida não pode ser voltada apenas a uma dimensão tecnicista sobre diagnóstico, tratamento e internação, pois isoladamente essas ações podem silenciar

determinantes, enunciações e descoberta de outros sentidos (Fukumitsu; Scavacini, 2013; Marquetti; Leite, 2018).

Segundo a abordagem gestáltica, a existência humana é um processo relacional, no qual consecutivamente se constrói e reconstrói a identidade, por meio do existir com o mundo e o outro, sendo este o campo-organismo ambiente. O bom funcionamento humano depende da capacidade para contatar, a qual é entendida como ajustamento criativo organismo-ambiente. É estar *aware* daquilo que é novo, escolher o benéfico e rejeitar o nocivo, para que se possa criar soluções que propiciem o crescimento e a autorregulação orgânica (Alvim; Bomben; Carvalho, 2015).

O cotidiano reflete e compõe a identidade do ser humano. Sob a perspectiva terapia ocupacional, o suicídio é então o resultado da ruptura das cadeias operatórias do cotidiano. Cadeias operatórias os “[...] gestos banais do cotidiano construídos na interação do sujeito com o mundo ao longo da vida” (Leroi-Gourhan, 1965 apud Marquetti; Leite, 2018, p. 164). O desinteresse gradual pela vida leva ao abandono dessas cadeias. Contudo, a restituição das cadeias operatórias é fundamental à recuperação da saúde mental de indivíduos em risco de suicídio. Isso, desde que se considere as rupturas anteriores, a fim de reformular o cotidiano, legitimando a crise e ressignificando ações (Marquetti; Leite, 2018).

Vale destacar que, a saúde do indivíduo é livre e permanente fluir, dado que autorregular é estar em permanente fluxo de mudança. Considera-se que “assim como as águas, o ser humano precisa fluir e renovar-se a cada segundo” (Lima, 2012, p. 116). Aceitar a totalidade de si mesmo ao compreender características intrínsecas, como força e fragilidade, criatividade e diferença, possibilita não apenas ser, como também passar da introjeção ou retroflexão para o contato saudável e com isso possibilitar a adaptação à mudança (Alvim; Bomben; Carvalho, 2015)

Na prevenção do suicídio, o cuidado parte da compreensão de que o indivíduo em sofrimento mobiliza sua energia para autodestruir-se porque não consegue lidar com conflitos, perdas, traumas, crises etc. Nessa situação, as redes de apoio são um meio prestado à cura das feridas psíquicas, pois permitem recorrer a compaixão e compartilhar alegrias e tristezas da existência de cada indivíduo. Dessa forma, o indivíduo em sofrimento pode, junto daqueles que o apoiam, entender como mobilizar sua energia para alcançar uma existência mais saudável (Fukumitsu, 2018b).

O sofrimento existencial envolve diversos fatores, pois cada indivíduo possui uma idiosincrasia, carga genética e história pessoal única. Cabe a cada um fazer

com que suas existências e histórias sejam o lugar mais acolhedor para se existir. É a ampliação da *awareness* de si mesmo, dos comportamentos disfuncionais e das situações que causam desconforto, que propicia o autoconhecimento necessário para lidar com conflitos e crises e a autossuficiência para tomar decisões pessoais e profissionais de forma consciente, segura e benéfica (Fukumitsu, 2018b; Fukumitsu; Vale, 2020).

Para concluir, destaca-se que o acolhimento é a garantia de escuta, respeito, autonomia e dignidade do outro. A ampliação dos serviços de acolhimento e cuidado influi decisivamente na preservação da vida, visto que possibilita a ressignificação da dor, o autossuporte para lidar com o mundo e o restabelecimento da saúde. Além disso, é preciso promover a educação sobre a vida, a morte e o luto, tendo em conta a vulnerabilidade e fragilidade humana. Cumpre observar que o entendimento desses temas é essencial para a construção de uma abordagem preventiva e humanitária (Fukumitsu, 2018b).

2.3 Os aspectos sociais do suicídio

De acordo com Dorin (2014) e Cunha (2010) a palavra suicídio é originária do Latim, e compõe-se do pronome pessoal *suī* “de si” e do sufixo *-cīdium*, que é derivado do verbo *caedēre* “matar” e do substantivo *caedēs*, *-is* “morte violenta, assassinato”. Sendo assim, etimologicamente, o suicídio é a renúncia da vida por meio da escolha e prática de meios que levam à própria morte. Compreende-se que o suicídio é o resultado de conflitos e frustrações em demasia, que o indivíduo já não consegue mais suportar.

Nesse sentido, Cabral e Nick (2006) definem a palavra conflito como a condição de um indivíduo que foi acometido por estímulos ou emoções divergentes e simultâneas. Para dirimir o conflito, o indivíduo precisa optar por uma das duas possibilidades conflitantes, caso contrário a consequência tende a ser a frustração. Consoante a Dorin (2014), a frustração se refere ao sentimento de privação de algo esperado ou necessário, devido aos obstáculos encontrados.

Guimarães (2014) e Rey (2003) definem a palavra suicídio como o ato de interromper ou encerrar a própria vida. Hillman (2021) afirma que é escolher a morte, mas essa escolha está relacionada a diferentes circunstâncias e a individualidade. Sadock, Sadock e Ruiz (2017), salientam que alguns indivíduos idealizam a morte por

semanas, meses ou anos, podendo ou não consumir o suicídio. Ferreira (2009) esclarece que o suicida pode ser o indivíduo em risco de pôr fim à vida, ou o indivíduo que tirou a própria vida.

Segundo Rey (2003), em algumas ocasiões, o suicida esforça-se em procurar meios de morrer que não demonstrem às pessoas ao redor o seu real objetivo. A título de exemplo, algumas das mortes tidas como acidentes de trânsito são, na verdade, a consumação de um suicídio. Dorin (2014) denomina esse tipo de ato como “suicídio encoberto”, em outras palavras, é o suicídio em que a causa exata da morte foi ocultada pelo indivíduo que se suicidou, que agiu com intencionalidade.

Consoante a Guimarães (2019), o suicídio é o ato antijurídico de aniquilar intencionalmente a si mesmo. De acordo com Sidou (2016), trata-se de um ato ilícito, não permitido pela lei e contrário ao Direito. Capez (2019) esclarece que, apesar do suicídio não ser considerado um ilícito penal, um crime, é um ato antijurídico porque a vida humana é um bem jurídico indisponível. Para Fortes e Muños (1998, p. 61), “em outras palavras, a nossa legislação garante ao cidadão o direito à vida, mas não sobre a vida; ele tem plena autonomia para viver, mas não para morrer”.

Consoante a Rey (2003) e Sadock, Sadock e Ruiz (2017), o suicídio é um fenômeno presente em todo o mundo. Esse fenômeno está intimamente ligado a diversos transtornos mentais, como a esquizofrenia, as toxicomanias, os transtornos de personalidade, o transtorno depressivo, entre outros. Ressalta-se que, o transtorno depressivo é predominante nas mortes por suicídio, porém, independentemente do transtorno, há tratamentos preventivos. Ademais, o suicídio tem relação também com variados fatores sociais, visto que sua ocorrência pode multiplicar-se em um determinado lugar em detrimento de outro.

Johnson (1997) esclarece que o suicídio foi um dos principais assuntos abordados pela Sociologia ao longo do tempo. Esse fenômeno compôs a discussão do primeiro estudo sociológico que utilizou de maneira sistemática a observação científica para a apreciação de uma teoria. O estudo em questão intitula-se *O suicídio: estudo de sociologia*², autoria de David Émile Durkheim (1858-1917), publicado em 1897, um clássico da literatura sociológica. Conforme resume Coutinho (2010, p. 62), Durkheim “caracteriza o ato suicida como um fenômeno social e analisa duas forças envolvidas em sua perpetração, resumindo suas conclusões na fórmula que afirma

² Durkheim, É. **O suicídio**. Tradução Monical Sthael. São Paulo: Martins Fontes, 2000. 513 p. (Coleção Tópicos).

que o suicídio varia na razão inversa do grau de integração do grupo social a que pertence”.

Como esclarece Johnson (1997), no estudo supracitado, Durkheim parte do pressuposto de que os padrões de morte por suicídio eram elucidados superficialmente. Ele afirmou que todos os suicídios eram compreendidos tão-somente como consequência de doenças mentais e aspectos psicológicos particulares. Entretanto, essa compreensão desconsiderava os impulsos ocasionados por fatos de natureza social. Assim, Durkheim defendeu as razões que o direcionaram, ao demonstrar que a proporção de morte por suicídio pode ser maior em grupos com vínculos sociais não consolidados.

Durkheim argumentou que as taxas de suicídio dos protestantes eram elevadas se comparadas aos católicos. Isso porque os católicos possuíam maior controle social, por conseguinte mais integração social. No tocante aos dados de mortalidade por suicídio e os métodos empregados, o estudo foi submetido a muitas críticas. Apesar disso, foi um marco que mudou a maneira de pensar e investigar o suicídio no âmbito sociológico, pois suas premissas encerram uma capacidade explicativa notável. O exame dos fatos sociais e não das razões individuais, bem como da observação sistemática para apreciação de uma teoria, constituíram a sociologia positivista (Bertolote, 2012; Johnson, 1997, Minois, 2018).

De acordo com Dorin (2014), na obra *O suicídio: estudo de sociologia*, Durkheim tipificou o fenômeno do suicídio em três categorias, segundo o grau de integração e controle social, a saber: a) altruísta, no qual o indivíduo se mata para salvar outros indivíduos; b) egoísta, que é impulsionado pelo sentimento de insucesso ou a perda de ideais, valores ou apego; e c) anômico, que é motivado pela solidão, desorientação ou perda de contato e identidade social. Durkheim adverte ainda que (2000, p. 512) o “[...] número excepcionalmente elevado de mortes voluntárias prova o estado de perturbação profunda que sofrem as sociedades civilizadas e atesta sua gravidade”.

Em sua teoria Durkheim defendeu que o suicídio altruísta é o fenômeno que ocorre quando um indivíduo está profundamente integrado a um grupo social, como os militares ou religiosos, e por essa razão aceita o suicídio a favor do bem-estar desse grupo. Já o suicídio egoísta ocorre quando o indivíduo está pouco integrado a um grupo social, muitas vezes por se colocar ou ser colocado à margem desse grupo, trata-se de um isolamento social (Bertolote, 2012).

Consecutivamente, em sociedades desagregadas o indivíduo pode vir a sentir solidão, desespero ou falta de sentido existencial. Diante disso, o suicídio anômico é o fenômeno que ocorre em consequência da ausência de normas sociais, ou ainda, de uma mudança abrupta de posição social. Ressalta-se que a anomia pode ser observada em crises econômicas ou em rupturas conjugais, pois a falta de normas sociais ou a incerteza sobre o futuro, que causa desorientação sobre os limites, as necessidades e as expectativas individuais (Alvarez, 1999; Bertolote, 2012; Kovács, 2015).

Diante dos fatos apresentados, é importante ter em mente que

O autor inicia, pois, pela fixação do objeto de observação da sociologia, caracterizando o que chama de fatos sociais como entidades reais, autônomas, passíveis de constatação empírica e não redutíveis a qualquer outra ordem de fatos, seja ela psíquica, orgânica ou física [...] A regra que considera fundamental na observação dos fatos sociais é tratá-los como coisas. Isto significa considerá-los exteriores aos sujeitos, "dados" que só podem ser penetrados pela observação de suas manifestações, pela descrição do que ocorre (Carvalho, 1978, p. 58-59).

Na obra *O suicídio: estudo de sociologia*, o intuito de Durkheim foi discorrer sobre “[...] o objeto de estudo numa perspectiva que ressaltasse a sua maneira de interpretar a sociedade dentro de um referencial que tinha a dissolução social como questão básica” (Douglas³, 1970 Apud Nunes, 1998, P. 9). No entanto, com base na literatura analisada no desenvolvimento dessa pesquisa, é possível argumentar que a limitação dessa teoria reside no fato de que o fenômeno do suicídio é descrito apenas por uma de suas inúmeras facetas, sem que sejam abordados conjuntamente os outros fatores subjetivos que podem causar o suicídio.

Em complementaridade, a *World Health Organization* (WHO) (2014), em português Organização Mundial de Saúde (OMS), publicou um relatório para promover a compreensão do suicídio e suas implicações, bem como fomentar a elaboração e consolidação de estratégias de prevenção do suicídio em todo o mundo. No relatório, afirmam que os suicídios ocorrem em todos os países, em diferentes idades e com todos os gêneros. Em alguma parte do mundo, a cada 40 segundos, uma pessoa se suicida e muitas outras tentam se suicidar. Em escala global, o suicídio é a segunda principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos. O suicídio incide sobretudo com os grupos sociais marginalizados e discriminados pela sociedade.

³ DOUGLAS, J. J. *The social meanings of suicide*. New Jersey: Princeton University Press, 1970.

Ante o exposto, para compreensão da ocorrência do suicídio em escala mundial e nacional, foram analisadas algumas fontes de informação. O relatório da *World Health Organization* (WHO) publicado em 2014, foi utilizado como fonte e parâmetro para coleta de dados, pois apresenta dados de óbitos por suicídio em todo o mundo no ano de 2012. Desse modo, além do relatório da WHO foram consultados o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) no período de 2012 a 2021 e o Anuário Brasileiro de Segurança Pública no período de 2012 a 2022. Os dados utilizados analisam categorias diferentes e de fontes diferentes, podendo haver variação.

Conforme os dados extraídos do relatório supracitado, pode-se observar na Tabela 1 que no ano de 2012 a Índia, a China e os Estados Unidos foram os três países que tiveram mais números absolutos de mortes por suicídio em todo o mundo. Nessa classificação, o Brasil está em oitavo lugar, com 11.821 mil mortes por suicídio. Cabe frisar que as taxas de mortes por suicídio em cada país são as seguintes: Índia (21,1), China (7,8), Estados Unidos (12,1), Rússia (19,5), Japão (18,5), Coreia do Sul (28,9), Paquistão (9,3) e Brasil (5,8).

Tabela 1 - Países com maiores números absolutos de óbitos por suicídio no mundo no período de 2012

País	Feminino	Masculino	Total
Índia	99.977	158.098	258.075
China	67.542	53.188	120.730
Estados Unidos	9306	34 055	43.361
Rússia	5.781	26.216	31.997
Japão	8.554	20.888	29.442
Coreia do sul	5.755	12.153	17.908
Paquistão	7.085	6.291	13.377
Brasil	2.623	9.198	11.821

Fonte: *World Health Organization*, 2014.

É preciso ressaltar que ao confrontar o número de habitantes dos países de todo o mundo e o número absoluto de mortes por suicídio, há maior incidência nos continentes da Ásia, Europa e África e no subcontinente da América do Sul. Como se

pode ver, a tabela 2 demonstra os países em que a taxa de mortes por suicídio é mais elevada.

Tabela 2 - Países com a maior taxa de óbitos por suicídio por 100 mil habitantes no período de 2012

Países	Óbitos por suicídio	Taxa de mortes por suicídio
Guiana	277	44,2
Coreia do Sul	17.908	28,9
Sri Lanka	6.170	28,8
Lituânia	1.007	28,2
Suriname	145	27,8
Moçambique	4.360	27,4
Nepal	5.572	24,9

Fonte: *World Health Organization*, 2014.

Em outra cartilha publicada pela *World Health Organization* (WHO), consta que no ano de 2019 cerca de 703 mil pessoas morreram por suicídio pelo mundo inteiro. Diante disso, é oportuno frisar que a WHO reconhece o suicídio como um problema de saúde pública global. Considera-se que os dados numéricos apresentados nesse trabalho representam cada uma das vidas que foram perdidas por suicídio, todas perdas significativas. Há de convir que a resposta coordenada dos governos de cada país para a prevenção do suicídio, é necessária para garantir que a tragédia do suicídio não continue a custar vidas e a afetar muitos milhões de pessoas em todo o mundo com a perda de entes queridos ou de tentativas de suicídio (*World Health Organization*, 2021)

A coleta de dados na plataforma do TABNET do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) auxiliou a compreensão da ocorrência do suicídio na realidade brasileira. Vale ressaltar que esse sistema de vigilância epidemiológica nacional foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MS). Os seguintes filtros foram aplicados para tabulação dos dados: óbitos por causas externas, ano de ocorrência do óbito, número de óbitos ocorridos contados segundo o local de ocorrência do óbito, categorias de comportamento da CID-10 (autolesão intencional X60–X84), Regiões e Unidades da

Federação do Brasil e a cidade de Marília e o sexo, a faixa etária e a cor e raça dos indivíduos (Organização Mundial De Saúde, 1993).

Com base nos dados coletados na plataforma TABNET do SIM, devidamente apresentados na Tabela 3, no Brasil houve 122.200 mil mortes por suicídio de 2012 a 2021. Neste período, tendo em conta ambas as Regiões brasileiras, o percentual de mortes por suicídio de homens é 78,54%, mulheres 21,44% e ignorado 0,02%. As Regiões Sudeste, Nordeste e Sul são as que tiveram mais números absolutos de mortes por suicídio. Como registrado na literatura, os homens se suicidam mais do que as mulheres, as quais em contrapartida tem mais tentativas de suicídio (Bertolote, 2012).

Tabela 3 - Óbitos por suicídio por sexo e regiões brasileiras, em ordem decrescente, no período 2012–2021

Região	Masculino	Feminino	Ignorado	Total
Região Sudeste	35.460	10.238	11	45.709
Região Nordeste	22.819	5.750	6	28.575
Região Sul	21.881	5.783	4	27.668
Região Centro-Oeste	8.613	2.492	2	11.107
Região Norte	7.205	1.931	5	9.141
Total	95.978	26.194	28	122.200

Fonte: Brasil, 2023a.

Nota: O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) reuniu dados do Ministério da Saúde (MS), da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVS), do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DANTPS) e da Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE).

Para melhor analisar a próxima tabela, baseamo-nos em uma pesquisa que costuma ser realizada a cada dez anos e tem por objetivo divulgar informações sobre os aspectos sociais e demográficos do país. Sendo assim, conforme o Censo Demográfico 2022, a população recenseada alcançou o número de 203.080.756 milhões de habitantes no Brasil (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023a). Vale ressaltar que, no ano de 2022, o percentual de pessoas com raça autodeclarada

parda foi (45,3%), branca (42,8%), preta (10,6%) e indígena (0,83%) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023b, 2023c).

Em relação às Regiões do Brasil, destaca-se que a maior ocorrência de pessoas autodeclaradas de cor ou raça preta foi nas Regiões Nordeste (13,4%), Sudeste (11,2%) e Sul (5,4%). Em seguida, o maior percentual de autodeclaração de pessoas pardas foi nas Regiões Norte (70,1%), Nordeste (60,5%) e Centro-Oeste (53,0%). E as pessoas autodeclaradas brancas tiveram maior proporção nas Regiões Sul (72,8%), Sudeste (50,1%) e Norte (19,7%) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023b).

Destaca-se ao se observar os dados da tabela 4, a incidência de óbitos por suicídio de acordo com a autodeclaração de cor ou raça em cada uma das Regiões do Brasil: Região Sudeste: Branca (58,42%); Região Nordeste: Parda (74,24%); Região Sul: Branca (86,20%); Centro-Oeste: Parda (55,46%); Norte: Parda (72,28%). Como foi demonstrado, na Região Sul e Sudeste há mais pessoas autodeclaradas com a cor ou raça branca, enquanto nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste há mais pessoas autodeclaradas pardas, o que se torna evidente também na mesma proporção dos óbitos por suicídio. Aponta-se que na tabulação automática dos dados houve uma pequena variação nos números absolutos.

Tabela 4 - Óbitos por suicídio por regiões brasileiras e cor ou raça, em ordem decrescente, no período 2012–2021

Região	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Ignorado
Região Sudeste	26.685	3.030	270	14.964	34	698
Região Nordeste	4.228	1.535	60	21.198	77	1.457
Região Sul	23.871	879	63	2.526	83	271
Região Centro-Oeste	3.830	581	36	6.186	389	132
Região Norte	1.245	426	22	6.590	697	137
Total	5.9859	6.451	451	51.464	1.280	2.695

Fonte: Brasil, 2023b.

Na Tabela 5, no período de 2012 a 2021, as mortes por suicídio, quando consideradas conforme os números absolutos de cada uma das Unidades da Federação, tem destaque para as seguintes Regiões e Estados: 1) Nordeste: Ceará

(6.177) e Bahia (5.840); 2) Centro-Oeste: Goiás (5.024); 3) Sudeste: São Paulo (22.928), Minas Gerais (14.609) e Rio de Janeiro (6.096); 4) Sul: Rio Grande do Sul (12.694), Paraná (8.054) e Santa Catarina (6.920). Especificamente no Estado de São Paulo, os números absolutos das mortes por suicídio de homens são 269,44% maiores que as mortes por suicídio das mulheres.

Tabela 5 - Óbitos por suicídio por sexo e unidades da federação brasileira, em ordem decrescente, no período 2012–2021

Unidades da Federação	Masculino	Feminino	Ignorado	Total
São Paulo	18.040	4.883	5	22.928
Minas Gerais	11.424	3.185	0	14.609
Rio Grande do Sul	10.095	2.599	0	12.694
Paraná	6.402	1.648	4	8.054
Santa Catarina	5.384	1.536	0	6.920
Ceará	4.994	1.183	0	6.177
Rio de Janeiro	4.476	1.615	5	6.096
Bahia	4.795	1.044	1	5.840
Goiás	3.921	1.102	1	5.024
Pernambuco	3.078	911	0	3.989
Pará	2.389	619	3	3.011
Maranhão	2.385	581	3	2.969
Piauí	2.316	643	2	2.961
Mato Grosso do Sul	1.899	535	0	2.434
Amazonas	1.933	470	1	2.404
Paraíba	1.759	465	0	2.224
Espírito Santo	1.520	555	1	2.076
Mato Grosso	1.590	440	1	2.031
Rio Grande do Norte	1.554	349	0	1.903
Distrito Federal	1.203	415	0	1.618
Alagoas	983	311	0	1.294
Sergipe	955	263	0	1.218

Tocantins	891	238	1	1.130
Rondônia	861	256	0	1.117
Acre	442	126	0	568
Amapá	369	103	0	472
Roraima	320	119	0	439
Total	95.978	26.194	28	122.200

Fonte: Brasil, 2023c.

Na Tabela 6, é possível observar que no período de 2012 a 2021 houve 197 mortes por suicídio na cidade de Marília. Os dados demonstram, novamente, que a maioria das mortes por suicídio são de homens (154), em comparação as mortes por suicídio das mulheres (43).

Tabela 6 - Óbitos por suicídio dos gêneros feminino e masculino na cidade de Marília, Estado de São Paulo, no período de 2012 a 2021

Ano do óbito	Feminino	Masculino	Total
2012	6	8	14
2013	6	23	29
2014	3	11	14
2015	2	13	15
2016	2	10	12
2017	4	16	20
2018	5	17	22
2019	8	19	27
2020	3	17	20
2021	4	20	24
Total	43	154	197

Fonte: Brasil, 2023d.

Evidencia-se ao se observar os dados da Tabela 7, que as mortes por suicídio ocorrem mais entre os homens de 20 a 49 anos. Bertolote (2012) argumenta que essa diferença tem relação com o método empregado para o suicídio, dado que os homens

recorrem a métodos suicidas violentos e de alta letalidade, enquanto as mulheres optam por métodos menos letais.

Tabela 7 - Óbitos por suicídio por gênero e por faixa etária no Município de Marília no período de 2012 a 2021

Faixa etária	Feminino	Masculino	Total
15 a 19 anos	2	10	12
20 a 29 anos	7	33	40
30 a 39 anos	9	31	40
40 a 49 anos	12	28	40
50 a 59 anos	8	22	30
60 a 69 anos	2	20	22
70 anos e mais	3	10	13
Total	43	154	197

Fonte: Brasil 2023e.

Para demonstrar a ocorrência do suicídio no Brasil também foi utilizada parte da coleção dos Anuários Brasileiro de Segurança Pública como fonte de informação. O período consultado foi de 2012 a 2022. Conforme a tabela 8, no Brasil houve 118.563 mil mortes por suicídio de 2012 a 2022, as quais estão distribuídas nas cinco regiões brasileiras. Em números absolutos, as Regiões Sudeste, Nordeste e Sul também tiveram mais mortes por suicídio. Para cada um dos Anuários analisados foram considerados sempre os dados mais recentes e atualizados.

Tabela 8 - Óbitos por suicídio e por regiões do Brasil, em ordem decrescente, no período 2012–2022

Ano de análise	Região Sudeste	Região Sul	Região Nordeste	Região Centro-Oeste	Região Norte	Total
2012	2.406	1.854	1.687	627	331	6.905
2013	4.530	863	1.801	369	548	8.111
2014	3.586	1.857	1.549	698	482	8.172
2015	1.858	1.889	1.865	659	604	6.875
2016	4.040	2.048	2.104	883	548	9.623
2017	4.499	2.318	2.292	1.084	623	10.816
2018	4.722	2.375	2.407	1.063	748	11.315
2019	5.179	2.879	2.478	1.196	1.013	12.745
2020	5.180	2.972	2.507	1.239	1.366	13.264
2021	5.561	3.307	3.036	1.316	1.255	14.475
2022	6.514	3.435	3.507	1.490	1.316	16.262
Total	48.075	25.797	25.233	10.624	8.834	118.563

Fonte: Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023.

Nota geral: o Anuário Brasileiro de Segurança Pública reuniu dados da Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP), Secretarias Estaduais de Segurança Pública e/ou Defesa Social, Ministério da Justiça (MJ), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Fórum Brasileiro de Segurança Pública.

Nota específica: até o ano de 2016 a tabulação realizada no anuário dividia os dados em até quatro categorias, segundo quesitos que definiam a qualidade estimada dos dados registrados em todos os Estados do Brasil. Os números absolutos de mortes por suicídio em todos os Estados Brasileiros foram somados independentemente da classificação feita nas publicações do Anuário.

Nos anuários publicados pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública não há informação disponível sobre o suicídio em São Paulo no ano de 2012, no Distrito Federal, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul no ano de 2013, no Rio Grande do Norte e Acre no ano de 2014, no Rio Grande do Norte e São Paulo no ano de 2015 e em Roraima no ano de 2016. Sendo assim, observa-se que até a publicação do ano de 2016 havia mais incidência de falta de indicadores.

Cumprе observar a importância da qualidade da informação para a formulação de políticas públicas, pois divulgar números confiáveis dá consistência para esses

programas e ações. Verificou-se nas publicações do Anuário Brasileiro de Segurança Pública que a partir do ano de 2016 houve melhoria dos indicadores ao longo dos anos. Vale ressaltar, que pode haver variações entre as diferentes tabelas que analisam as Regiões e Estados Brasileiros.

Evidencia-se que é competência e responsabilidade do Estado ofertar assistência em saúde mental, promover boas práticas em saúde mental e educar sobre a vida, a morte e o luto. Para tanto, “[...] o acesso à informação tem o efeito direto de melhorar o entendimento dos gestores públicos sobre os problemas a serem enfrentados, os fatores que os influenciam, seu efeito sobre diferentes grupos populacionais e sua inter-relação com aspectos externos” (Paiva; Freitas, 2017, P. 185).

Como a tabela 9 ultrapassou as dimensões da página, acabou por ser dividida para melhor visualização do aumento das mortes por suicídio no período consultado. Nessa tabela referida consta que São Paulo (21.559), Minas Gerais (18.313) e Rio Grande do Sul (11.908) foram os Estados do Brasil que mais tiveram números absolutos de mortes por suicídio de 2012 a 2022. Evidentemente, a falta de indicadores entre os anos de 2012 a 2016 ocasionou uma diferença significativa no total de mortes por suicídio.

Tabela 9 - Óbitos por suicídio por unidades da federação brasileira, no período 2012–2022

(continua)

Unidade da Federação	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
São Paulo	...	2.093	1.719	...	2.142	2.237	2.367
Minas Gerais	1.986	2.280	1.339	1.279	1.287	1.510	1.488
Rio Grande do Sul	1.000	...	979	936	984	1.099	1.037
Santa Catarina	521	569	595	631	685	772	815
Ceará	454	538	488	533	562	581	604
Rio de Janeiro	310	...	371	383	398	529	611
Paraná	333	294	283	322	379	447	523
Goiás	176	207	268	271	441	533	489
Bahia	415	440	381	371	395	423	378

Pernambuco	409	417	247	375	449	446	432
Pará	84	208	240	270	269	237	340
Espírito Santo	110	157	157	196	213	223	256
Mato Grosso	172	162	126	109	145	187	207
Rondônia	70	95	64	98	86	85	88
Mato Grosso do Sul	157	...	168	159	148	197	191
Maranhão	102	101	111	114	159	157	157
Paraíba	87	...	47	194	185	230	224
Alagoas	69	156	149	158	146	135	173
Distrito Federal	122	...	136	120	149	167	176
Piauí	70	82	97	92	120	127	163
Amazonas	54	95	81	121	96	101	102
Rio Grande do Norte	56	33	79	156	212
Tocantins	53	59	54	43	46	58	81
Sergipe	25	34	29	28	9	37	64
Acre	36	44	...	30	33	54	53
Roraima	25	26	26	19	...	49	47
Amapá	9	21	17	23	18	39	37
Total	6.905	8.111	8.172	6.875	9.623	10.816	11.315

Fonte: Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023.

Nota - Sinal convencional utilizado:

... Dado numérico não disponível.

Como demonstram ambas as divisões da tabela 8, os números absolutos de suicídio aumentaram progressivamente em escala nacional e estadual. Ressalta-se que do ano de 2012 ao ano de 2022 o aumento de mortes por suicídio foi de 135,51%.

Tabela 9 - Óbitos por suicídio por unidades da federação brasileira, no período 2012–2022

(conclusão)

Unidade da Federação	2019	2020	2021	2022	Total
São Paulo	2.525	2.578	2.642	3.256	21.559
Minas Gerais	1.687	1.657	1.773	2.027	18.313
Rio Grande do Sul	1.280	1.399	1.593	1.601	11.908
Santa Catarina	970	882	994	1.044	8.478
Ceará	641	649	726	727	6.503
Rio de Janeiro	734	690	871	894	5.791
Paraná	629	691	720	790	5.411
Goiás	581	606	632	735	4.939
Bahia	371	395	577	790	4.936
Pernambuco	494	474	532	527	4.802
Pará	360	387	419	502	3.316
Espírito Santo	233	255	275	337	2.412
Mato Grosso	254	267	257	306	2.192
Rondônia	148	411	346	328	1.819
Mato Grosso do Sul	179	170	234	208	1.811
Maranhão	171	191	216	296	1.775
Paraíba	253	244	253	317	2.034
Alagoas	192	172	186	190	1.726
Distrito Federal	182	196	193	241	1.682
Piauí	141	149	239	311	1.591
Amazonas	229	292	161	160	1.492
Rio Grande do Norte	106	108	176	179	1.105
Tocantins	94	98	141	126	853
Sergipe	109	125	131	170	761
Acre	60	76	65	79	530
Roraima	56	60	60	62	430

Amapá	66	42	63	59	394
Total	12.745	13.264	14.475	16.262	118.563

Fonte: Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023.

Conforme a Tabela 9, tendo em conta os Estados e a Região que pertencem, no ano de 2022 as três maiores taxas de suicídio por 100 mil habitantes são as seguintes: Norte: Rondônia (20,7); Sul: Rio Grande do Sul (14,7) e Santa Catarina (13,7) e Centro-Oeste: Goiás (10,4).

Tabela 10 - Taxa de óbitos por suicídio por 100 mil habitantes, em ordem decrescente, das unidade da federação do Brasil, no período de 2012 a 2022

(continua)

Unidade da Federação	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Rondônia	4,4	5,5	3,7	5,5	4,8	4,7	5,0	8,3
Rio Grande do Sul	9,3	...	8,7	8,3	8,7	9,7	9,2	11,3
Santa Catarina	8,2	8,6	8,8	9,3	9,9	11,0	11,5	13,5
Goiás	2,9	3,2	4,1	4,1	6,6	7,9	7,1	8,3
Minas Gerais	10,0	11,1	6,5	6,1	6,1	7,1	7,1	8,0
Roraima	5,3	5,3	5,2	3,8	...	9,4	8,2	9,2
Acre	4,7	5,7	...	3,7	4,0	6,5	6,1	6,8
Piauí	2,2	2,6	3,0	2,9	3,7	3,9	5,0	4,3
Espírito Santo	3,1	4,1	4,0	5,0	5,4	5,6	6,4	5,8
Distrito Federal	4,6	...	4,8	4,1	5,0	5,5	5,9	6,0
Mato Grosso	5,5	5,1	3,9	3,3	4,4	5,6	6,0	7,3
Ceará	5,3	6,1	5,5	6,0	6,3	6,4	6,7	7,0
Tocantins	3,7	4,0	3,6	2,8	3,0	3,7	5,2	6,0
Paraíba	2,3	...	1,2	4,9	4,6	5,7	5,6	6,3
Amapá	1,3	2,9	2,3	3,0	2,3	4,9	4,5	7,8
Sergipe	1,2	1,5	1,3	1,2	0,4	1,6	2,8	4,7

Mato Grosso do Sul	6,3	...	6,4	6,0	5,5	7,3	7,0	6,4
São Paulo	...	4,8	3,9	...	4,8	5,0	5,2	5,5
Paraná	3,1	2,7	2,6	2,9	3,4	3,9	4,6	5,5
Pará	1,1	2,6	3,0	3,3	3,3	2,8	4,0	4,2
Alagoas	2,2	4,7	4,5	4,7	4,3	4,0	5,2	5,8
Pernambuco	4,6	4,5	2,7	4,0	4,8	4,7	4,5	5,2
Bahia	2,9	2,9	2,5	2,4	2,6	2,8	2,6	2,5
Rio de Janeiro	1,9	...	2,3	2,3	2,4	3,2	3,6	4,3
Rio Grande do Norte	1,7	1,0	2,3	4,4	6,1	3,0
Maranhão	1,5	1,5	1,6	1,7	2,3	2,2	2,2	2,4
Amazonas	1,5	2,5	2,1	3,1	2,4	2,5	2,5	5,5

De acordo com a tabela 9, o Estado de Rondônia teve uma taxa média de mortes por suicídio de aproximadamente 5,2 do ano de 2012 a 2019, porém do ano de 2020 a 2022 houve uma progressão exponencial dessa taxa. Diante dessa realidade, se comparado a taxa do ano de 2012 com a última taxa do ano de 2022, o aumento percentual foi de 370,45%.

Tabela 110 - Taxa de óbitos por suicídio por 100 mil habitantes, em ordem decrescente, das unidade da federação do Brasil, no período de 2012 a 2022

(conclusão)

Unidade da Federação	2020	2021	2022
Rondônia	22,9	21,9	20,7
Rio Grande do Sul	12,2	14,7	14,7
Santa Catarina	12,2	13,3	13,7
Goiás	8,5	9,1	10,4
Minas Gerais	7,8	8,7	9,9
Roraima	9,5	9,7	9,7
Acre	8,5	7,9	9,5

Piauí	4,5	7,3	9,5
Espírito Santo	6,3	7,2	8,8
Distrito Federal	6,4	6,9	8,6
Mato Grosso	7,6	7,1	8,4
Ceará	7,1	8,3	8,3
Tocantins	6,2	9,4	8,3
Paraíba	6,0	6,4	8,0
Amapá	4,9	8,7	8,0
Sergipe	5,4	6,0	7,7
Mato Grosso do Sul	6,1	8,6	7,5
São Paulo	5,6	6,0	7,3
Paraná	6,0	6,3	6,9
Pará	4,5	5,2	6,2
Alagoas	5,1	5,9	6,1
Pernambuco	4,9	5,9	5,8
Bahia	2,6	4,1	5,6
Rio de Janeiro	4,0	5,4	5,6
Rio Grande do Norte	3,1	5,3	5,4
Maranhão	2,7	3,2	4,4
Amazonas	6,9	4,1	4,1

Consoante aos resultados do Censo Demográfico 2022, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mensurou que a população autodeclarada indígena residente do Brasil totalizou 1.693.535 milhão de pessoas. Se considerada a distribuição por Regiões do Brasil, na Região Norte a concentração da população indígena do país é de (44,48%), seguida da Região Nordeste (31,22%), da Região Centro-Oeste (11,80%), da Região Sudeste (7,28%) e da Região Sul (5,20%) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023c).

De acordo com o Censo Demográfico 2022, no que concerne ao universo dos povos indígenas, observa-se que as Regiões Norte e Nordeste concentram 75,71%

da população indígena residente no País. Agora, na análise da concentração da população indígena por Unidades da Federação, destaca-se o Mato Grosso (87,38%) com maior concentração de indígenas, seguido de Roraima (85,48%), Acre (84,93%), Tocantins (81,49%), Amazonas (80,22%) e Amapá (80,38%) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023c).

É oportuna a citação de Barata (2009, p. 60), quando afirma que “embora as raças não tenham expressão biológica, como construto social elas têm importante impacto sobre as condições de saúde e o acesso e utilização de serviços de saúde”. Conforme apresentado na Tabela 10, a maioria das Unidades da Federação mencionadas acima possuem uma taxa alta de óbito por suicídio e existe a possibilidade dessas taxas incidirem mais sobre pessoas indígenas. Segundo Trigueiro (2020, p. 94). “em muitos países, é tragicamente comum que suas populações indígenas ostentem indicadores elevadíssimos de suicídio”.

É preciso destacar a esse respeito que,

A história oficial do Brasil - invariavelmente contada a partir da visão dos “descobridores”, ou seja, dos colonizadores portugueses - pouca importância dá ao tenebroso massacre das comunidades indígenas, que se desdobra em longos e angustiantes capítulos há mais de cinco séculos. As taxas elevadas de suicídio em algumas etnias são [...] resultado de um processo histórico que vem de longe e evidenciam a falência do diálogo, o despreparo dos Poderes instituídos e a falta de políticas públicas efetivamente comprometidas com a qualidade de vida dos povos originais do Brasil” (Trigueiro, 2020, p. 97).

Cumprido observar também que em 11 de março de 2020 a doença infecciosa COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia. E somente em 5 de maio de 2023 essa doença não foi mais considerada pela OMS como uma emergência de saúde pública de importância internacional. Ante o exposto, na tabela 8, avaliou-se que estava havendo, de modo geral, um crescimento da taxa anualmente, que se intensificou no decorrer de 2020 a 2022, mas não é possível afirmar que esse aumento esteja diretamente relacionado a pandemia Covid-19. Seria necessária uma pesquisa detalhando as mortes e sua correlação com o suicídio durante a pandemia no Brasil (Organização Mundial de Saúde; Organização Pan-Americana de Saúde, 2023a).

É importante destacar que a pandemia de COVID-19 foi um evento traumático que gerou muito estresse e medo de ser infectado ou de perder algum ente querido. Em âmbito governamental, surgiu a necessidade de formulação de políticas sociais, econômicas, de saúde e de informação para enfrentamento das consequências decorrentes. A esse respeito, observa-se que o aumento significativo de casos

confirmados, associados aos fatores de risco de nível pessoal e as respostas políticas governamentais, alteraram drasticamente a vida cotidiana (Ding *et al.*, 2021, Tradução Nossa).

Nesse contexto, foi realizado um estudo sobre o impacto global da pandemia de Covid-19 e do distanciamento social na saúde mental da população de 11 países (Brasil, Bulgária, China, Índia, Irlanda, Macedónia do Norte, Malásia, Singapura, Espanha, Turquia, Estados Unidos). Ressalta-se que os participantes que residiam no Brasil apresentaram os maiores sintomas de ansiedade e depressão. Por certo, o impacto da pandemia Covid-19 variou de acordo com as diferenças culturais, a conscientização sobre saúde mental e a disponibilidade de serviços de saúde em cada país, e o momento, duração, e rigor das restrições governamentais (Ding *et al.*, 2021, tradução nossa).

Com o estudo realizado pelos pesquisadores Ding *et al.* (2021) pôde-se constatar que durante a pandemia de Covid-19, o impacto sobre a saúde mental das populações dos países em análise ocorreu de forma desigual entre os indivíduos. Do ponto de vista social, não se pode deixar de observar que as diferenças entre os indivíduos podem ser “injustas porque estão associadas a características sociais que sistematicamente colocam alguns grupos em desvantagem com relação à oportunidade de ser e se manter sadio” (Barata, 2009, p. 12).

Vale ressaltar ainda que em diversos outros estudos, foi esclarecido que a ansiedade e a depressão eram mais prevalentes nos grupos sociais vulneráveis e em indivíduos que possuíam algum transtorno mental. Evidentemente, mais estudos são necessários para examinar os efeitos de curto e longo prazo das respostas políticas governamentais no enfrentamento da doença Covid-19, causada pela nova cepa (tipo) de coronavírus, o SARS-CoV-2 (Ding *et al.*, 2021, tradução nossa).

3 ELEMENTOS PARA A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

A partir das considerações iniciais apresentadas nos capítulos anteriores sobre o suicídio, abordar-se-á também o tema da prevenção do suicídio. Para Ferreira (2009) e Borba (2004), em um sentido mais geral, a prevenção é o planejamento prévio e cauteloso de atividades de escuta, cuidado e proteção. Consoante a Rey (2003), a prevenção do suicídio ocorre principalmente por meio de assistência em saúde mental. Destaca-se ainda que, a prevenção torna-se factível apenas quando os profissionais da saúde são devidamente capacitados para cuidar de todos aqueles que possuem transtornos mentais ou correm risco de suicidar-se.

Para situar essa discussão, é importante retomar as definições, circunstâncias e implicações do suicídio. Concisamente, Bertolote (2012, p. 127) esclarece que “o suicídio é um problema imemoral, multifário, complexo e desafiador. Devido ao sofrimento individual, familiar e coletivo, aliado às perdas pessoais, materiais e econômicas que causa, ele tornou-se grave problema da saúde pública”. Segundo Bertolote (2012), na área de medicina e saúde pública, a prevenção é toda medida tomada para identificar a causa de uma doença antes que acometa o indivíduo, a fim de prevenir sua ocorrência e promover a saúde e o bem-estar coletivo.

De acordo com Bertolote (2012), o suicídio envolve circunstâncias multifatoriais, por conseguinte fatores variados e inter-relacionados ocasionam sua ocorrência. Para fins de análise da ação dos fatores de risco de suicídio e sua inter-relação, é possível dividi-los da seguinte maneira: fatores predisponentes e fatores precipitantes. Sobre esse ponto, vale observar que os suicídios quase sempre são reduzidos aos fatores precipitantes. Comumente, notícias sensacionalistas e comentários do público geral, equivocadamente, buscam apontar as “causas” do suicídio com descomedida leviandade.

Conforme Bertolote (2012), a ação dos fatores predisponentes ocorre antes do ato suicida, portanto são considerados fatores distais. Esses fatores são biológicos, fisiológicos e idiográficos, envolvem os aspectos genéticos, a função serotoninérgica, a regulação neuroquímica, as variáveis demográficas, a história familiar, os transtornos mentais, alguns traços da personalidade, como a impulsividade ou a agressividade, o consumo e dependência de substâncias psicoativas, a história de abuso (físico, moral e sexual), as tentativas de suicídio e as doenças terminais, degenerativas ou incuráveis.

Nesse raciocínio, Bertolote (2012) esclarece que a ação dos fatores precipitantes tem maior proximidade temporal com o ato suicida, por isso são considerados fatores proximais. Acredita-se que os fatores precipitantes podem estar relacionados a perdas físicas, afetivas, materiais ou morais, como a perda de emprego ou posição social, rompimento de relações amorosas e afetivas, situações de humilhação, acesso a lugares altos sem proteção, acesso a agentes físicos letais, como armas de fogo, medicamentos, venenos, sobretudo agrotóxicos, entre outros.

Segundo as colocações de Bertolote (2012), como se pode ver o Quadro 1 busca discriminar quais são os principais fatores de risco de suicídio, separando-os então em fatores predisponentes, os quais se destringem em fatores sociodemográficos e individuais, e em fatores precipitantes, os quais estão relacionados a fatores ambientais e outros agentes produtores de estresse.

Quadro 1 - Fatores observados em indivíduos em risco de suicídio

Fatores predisponentes (distais em relação ao ato suicida)	Fatores precipitantes (proximais em relação ao ato suicida)	
Fatores sociodemográficos e individuais	Fatores ambientais	Estressores recentes
Tentativas de suicídio, transtornos mentais (principalmente depressão, esquizofrenia e transtorno de personalidade), abuso de substâncias psicoativas, doenças físicas terminais, dolorosas, debilitantes, incapacitantes, desaprovadas socialmente, (como a AIDS), isolamento social, desemprego, luto, abuso físico, moral ou sexual, alta recente de internação psiquiátrica.	Acesso a lugares altos sem proteção ou fácil acesso a agentes físicos letais (armas de fogo, medicamentos, venenos).	Separação amorosa e afetiva, luto, conflitos familiares, mudança de situação empregatícia, financeira ou social, rejeição por parte de pessoa significativa, vergonha ou temor de ser considerado culpado, situações de humilhação pública.

Fonte: Bertolote (2012, p. 73).

Conforme Bertolote (2012, p. 76) e Meleiro (2018, p. 644), no Quadro 2 constam as condições ou ações que favorecem a proteção ao comportamento suicida, ambos considerados como fatores de proteção.

Quadro 2 - Fatores de proteção do comportamento suicida com evidências de eficácia e eficiência

Estilo cognitivo e personalidade	Padrão familiar	Fatores sociais e culturais	Fatores ambientais
Senso de valor pessoal, confiança em si mesmo e em suas realizações, disposição para buscar ajuda em caso de dificuldades, disposição para adquirir novos conhecimentos, habilidade para comunicação	Boas relações intrafamiliares, apoio da família, familiares dedicados e consistentes	Adoção de valores e tradições culturais específicos, religião e atividades religiosas, bom relacionamento com amigos, vizinhos e colegas de trabalho, amigos que não usam substâncias psicoativas, integração social (trabalho fixo e reconhecido), participação em esportes e clubes, objetivos na vida	Boa alimentação, bom sono, luz solar, exercício físico, ambiente sem substâncias psicoativas

Fonte: elaborado a partir de Bertolote, 2012, p. 76 e Meleiro, 2018, p. 644.

De forma complementar, é importante destacar um artigo publicado por Mrazek e Haggerty em 1994, o qual propõe três níveis de prevenção, ambos baseados no grau de risco, a saber: prevenção universal, seletiva e indicada (Mrazek; Haggerty⁴, 1994 Apud Bertolote, 2012). Nesse sentido, a prevenção universal é direcionada à população em geral, independentemente do grau de risco ou mesmo se não houver risco. Sendo assim, tendo em conta a generalidade desse tipo de prevenção,

⁴ MRAZEK, P. J.; HAGGERTY, R. J. (ed.). Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Washington: Institute of Medicine; Committee on Prevention of Mental Disorders, 1994.

evidencia-se que o seu objetivo é impedir a manifestação de um determinado comportamento e suas consequências (Bertolote, 2012)

Exemplificativamente, Bertolote (2012) dilucida que, anualmente, no dia 10 de setembro, é celebrado o Dia Mundial da Prevenção do Suicídio, instituído pela Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio (IASP) e incentivado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). No Brasil, têm-se também a Campanha Setembro Amarelo, visando a conscientização, sensibilização e divulgação de informações sobre o suicídio, seu impacto e como preveni-lo. Geralmente, a prevenção universal do suicídio compreende a mostra de recursos audiovisuais, junto a palestras ou mesas-redondas, a decoração de ambientes e a distribuição de cartazes, cartilhas ou folhetos sobre essa temática.

Nessa sequência, segundo Bertolote (2012), a prevenção seletiva ocorre quando o comportamento-alvo ainda não se manifestou ou se há baixo risco de se suceder. Esse tipo de prevenção objetiva identificar e reduzir os fatores de risco de um dado comportamento, com o intuito de impedir sua manifestação. Para os autores Samuelsson *et al.* (1997), Rey (2003), Bertolote, (2012) e Furlan, Corrêa e Cezar (2022), a prevenção do comportamento suicida de forma seletiva ocorre por meio da busca ativa dos indivíduos que têm transtorno depressivo, transtorno de personalidade, transtornos de ansiedade, síndrome de burnout, esquizofrenia, toxicomanias, entre outros.

Conforme Bertolote (2012), os profissionais incumbidos de elaborar as atividades de prevenção seletiva do comportamento suicida precisam considerar também os aspectos socioculturais e econômicos. Em consonância com Bertolote (2012), Correia *et al.* (2018) e Trigueiro (2020), devem ser levantados os problemas sociais que comprovadamente são fatores de risco para o suicídio, como o desemprego, a adolescência e o bullying, o adoecimento mental de policiais, a demanda de resignificação da existência na velhice, a violência doméstica, a discriminação e intolerância contra pessoas indígenas e LGBT etc.

Por fim, Bertolote (2012) esclarece que a prevenção indicada é voltada para os indivíduos que manifestaram um dado comportamento que ocasiona alto risco à saúde e à vida. A título de exemplo, esse tipo de prevenção é recomendado nos casos em que o processo suicida tenha se iniciado ou caso já esteja em andamento. Nesse caso, a prevenção indicada pode ocorrer com a atenção e acompanhamento de

peças que tentaram o suicídio, especificamente nos dias, semanas ou meses após a tentativa.

Considerando todos os conceitos que foram apresentados, o Quadro 3 pretende indicar exemplos de programas de prevenção do suicídio. Nesse quadro, está correlacionado o grau de risco de suicídio, segundo o nível de cobertura para cada público-alvo, com as possíveis intervenções preventivas.

Quadro 3 - Exemplos de programas de prevenção do suicídio segundo o nível de cobertura, público alvo e intervenção preventiva

Nível de cobertura	Público-alvo	Intervenção
Universal	Toda a população.	Políticas, campanhas, palestras, mesas-redondas, ações de prevenção do suicídio incluídas em projetos políticos pedagógicos, atividades educacionais e recreativas em bibliotecas e postos de saúde, iniciativas individuais de empresas.
Seletiva	Indivíduos com risco baixo a moderado de comportamento suicida.	Tratamento de pessoas com transtornos mentais, com risco baixo a moderado de suicídio, por meio de psicoterapia, terapia medicamentosa, assistência social etc.
Indicada	Indivíduos com risco considerável de iniciar um comportamento suicida ou o comportamento já está em andamento.	Tratamento de pessoas com transtornos mentais com alto risco de suicídio, ou que tentaram suicídio ou tiveram episódios psicóticos recorrentes, por meio de psicoterapia e acompanhamento terapêutico, terapia medicamentosa, terapia ocupacional, assistência social, formação de grupos de apoio etc.

Fonte: Bertolote, 2012, p. 90.

É fato que a formulação e implantação de políticas públicas para a prevenção do suicídio trata-se, inegavelmente, de um importante e participado trabalho. Ainda assim, pode haver melhorias em diversas esferas de governo (federal, estadual

e municipal), no que tange a elaboração dessas políticas públicas. Melhor dizendo, é preciso de mais especificidade na definição dos objetivos dessas ações governamentais, para descrever se o foco é reduzir as mortes por suicídio, reduzir o comportamento suicida, reduzir o preconceito com relação as doenças mentais, entre outras metas (Bertolote, 2012).

Nessa continuidade, é importante a indicação do público-alvo dessas políticas públicas de prevenção do suicídio. É preciso explicitar se abrangerá toda a população ou um grupo social, bem como considerar características como faixa etária, sexo, sexualidade, etnia, demografia etc. Além disso, a implantação de políticas públicas envolve a coordenação dos elementos operantes das intervenções. Assim, para além da indicação generalizada das intervenções, como campanhas, palestras, atividades em grupo etc., é necessário especificar o público-alvo, o conteúdo específico e os recursos disponíveis (Bertolote, 2012).

A elaboração de políticas públicas de prevenção do suicídio deve buscar embasamento científico para obter mais credibilidade e acesso a verbas públicas. Ademais, essas políticas devem ser planejadas para serem avaliadas, com vista a facilitar a análise dos resultados obtidos, no tocante a eficiência, efetividade e eficácia. Para tanto, os programas de prevenção do suicídio, sobretudo os de pesquisa, também precisam ter a duração necessária para que seja possível analisar os efeitos das intervenções (Bertolote, 2012).

Ao longo do texto foram citados alguns conceitos de prevenção do suicídio. Assim, em conformidade com Bertolote (2012), no Quadro 4 estão relacionadas as evidências sobre a eficácia das intervenções para prevenção dos comportamentos suicidas.

Quadro 4 - Evidências atualmente disponíveis sobre a eficácia de diversas intervenções para prevenção de comportamentos suicidas

Evidência muito forte	Evidência forte	Potencialmente benéfico
Restrição do acesso a métodos de suicídio; Educação dos responsáveis.	Tratamento farmacológico de doenças mentais; Psicoterapia e intervenções psicossociais para doenças mentais;	Serviços comunitários de saúde mental e de apoio social; Educação do público em geral.

	<p>Apoio adequado após uma tentativa de suicídio;</p> <p>Cobertura discreta pela imprensa de casos de suicídio;</p> <p>Treinamentos de médicos generalistas;</p> <p>Programas escolares baseados no desenvolvimento de habilidades pessoais;</p> <p>Programas de triagem de depressão e de risco de suicídio;</p> <p>Centro de intervenção e aconselhamento em crises;</p> <p>Apoio para familiares e amigos de suicidas;</p>	
--	---	--

Fonte: Bertolote, 2012, p. 104.

De acordo com Bertolote (2012), apesar de já termos algumas políticas públicas para a prevenção do suicídio no Brasil, os critérios de implantação não foram bem estabelecidos. Esses critérios foram apontados no decorrer do trabalho como os objetivos, o público-alvo, a descrição da intervenção e a avaliação. Desse modo, se essas políticas não estiverem suficientemente implementadas, isso pode impossibilitar a visualização completa dos resultados, a avaliação de seu alcance e a compreensão do resultado prático.

Koch e Oliveira (2015) reafirmam as colocações Bertolote (2012), apontando que os programas governamentais para a prevenção do suicídio são um tanto ou quanto genéricos, faltando-lhes objetividade com relação ao seu direcionamento. É preciso indicar nessas políticas, por exemplo, grupos sociais ou modelos de atividades para educação em saúde e educação sobre a morte. Isso tudo dificulta por demais o monitoramento do efeito dos programas de prevenção existentes. Contudo, verifica-se na literatura que esses programas têm sido submetidos a críticas por alguns

pesquisadores, com vista a proposição ajustes e melhorias, e discussão do que pode ter efetivamente potencial de funcionar.

Consoante a Marquetti e Milek (2014), vale retomar nesse capítulo que o suicídio é a última ação de um encadeamento de fatos, intensificados cotidianamente, por meio de ideações e condutas reservadas. A corrente funcionalista, sob o prisma das Ciências Sociais, considera que o ato de matar a si mesmo não é regido apenas por razões individuais. Nessa concepção, o suicídio trata-se de uma implicação da sociedade, vinculada à população e contornada por elementos sociais e culturais variáveis, envolvendo também aspectos extrínsecos à individualidade.

Segundo Marquetti e Milek (2014), todos os indivíduos possuem capacidades nativas ou obtidas para experienciar tudo o que abrange a vida e o mundo. Essas capacidades influenciam o modo em que os indivíduos percebem seu próprio ser, conferindo-o com distintos significados. No entanto, as rotinas diárias de qualquer indivíduo vão além das fronteiras da personalidade, porque são plurais e alcançam o exercício da convivência em sociedade, da coletividade, e da comunicação com diversos indivíduos.

Como afirmam Marquetti e Milek (2014), a ideação ou tentativa de suicídio provoca alterações nas rotinas dos indivíduos que cogitam consumir o suicídio. Essas alterações estão associadas à evolução do pensamento suicida, que se manifesta em comportamentos passíveis de investigação científica. Entender a interação daqueles que pretendem suicidar-se com os indivíduos ao seu redor e as alterações no dia a dia dos suicidas, antes das tentativas ou a consumação do ato, fornece noções substanciais acerca da estruturação do suicídio nas relações do suicida com as outras pessoas.

De acordo com Marquetti e Milek (2014), o reconhecimento das alterações no cotidiano, contribui para a elaboração de práticas de prevenção ao suicídio. Viabilizando assim, o apoio adequado de médicos, enfermeiros, familiares, amigos e outros, durante os momentos de fragilidade dos suicidas. Ademais, auxilia na compreensão das particularidades dos suicidas, que são estabelecidas em seu cotidiano e nos sentimentos ou pensamentos íntimos, providos de complexidade e contextualidade.

Marquetti e Milek (2014), evidenciaram em sua pesquisa elementos que vão ao encontro da prevenção do suicídio. As pesquisadoras esclareceram que é preciso identificar as ações, os vestígios, os estigmas e tantas outras manifestações

observáveis no dia a dia dos indivíduos que desejam matar a si mesmos. Ressalta-se que embora isso contribua para a prevenção do suicídio, se os comportamentos suicidas não forem reconhecidos na ocasião em que se manifestam, as ações de prevenção não serão atingidas.

Nessa perspectiva, Marquetti e Milek (2014) elaboraram categorias com base em alguns eventos rotineiros, para auxiliar na compreensão das alterações que podem ser observadas no cotidiano de indivíduos que estão sob risco de suicídio. Essas categorias alicerçaram um mapa de risco de suicídio, expresso no (Quadro 5).

Quadro 5 - Fatores de risco de suicídio segundo alterações comportamentais nas rotinas diárias

Atividades	Fatores de risco
Atividades de sociabilidade e relações afetivas	Conflitos familiares, afastamento dos filhos, brigas e conflitos com cônjuge, agressões físicas e verbais do cônjuge, separação do cônjuge, briga com irmãos, conflitos financeiros com familiares, decepção, mágoa e ressentimento com familiares, isolamento social, abandono da atividade de conversação com as pessoas, perda de entes queridos e perda de animal de estimação.
Atividades laborais e escolares	Demissão do trabalho, afastamento do trabalho, abandono do trabalho, abandono dos estudos, perda da vontade de trabalhar e perda financeira.
Atividades da rotina diária	Abandono do cuidado da casa, abandono do cuidado dos filhos, abandono da atividade de cozinhar e falta de paciência no cuidados com os filhos.
Atividades eletivas e de lazer	Abandono de atividade religiosa, abandono de atividade física, abandono de atividades culturais e abandono de atividades externas (que implicam em sair de casa).
Atividades nos cuidados pessoais	Suspensão ou diminuição da alimentação e dos cuidados pessoais de higiene e estética.
Atividades corporais no cotidiano	Inatividade, insônia, dores no corpo, emagrecimento, choro fácil e sem motivo aparente.
Sentimentos e pensamentos do cotidiano	Sensação de abandono, sensação de solidão, sensação de exclusão, decepção com as pessoas, ansiedade, nervosismo, depressão, tristeza, irritação, raiva, revolta, desânimo, medo, vontade de ficar sozinho, aborrecimento por qualquer motivo, angústia repentina e intensa, pensamentos sobre problemas,

	pensamentos sobre a morte e pensamentos sobre como terminar com a própria vida, aumento da sensibilidade, emotividade e impulsividade.
Outros sinais do cotidiano	Bilhetes em papel, mensagens no computador ou ligações no dia da tentativa de suicídio.

Fonte: Marquetti e Milek (2014, p. 22-24).

Conforme Marquetti e Milek (2014), o suicídio envolve certos aspectos, atitudes e falas que demandam atenção. O percurso percorrido por indivíduos que idealizam ou consumam o suicídio deixa diversos indícios, mas por vezes o preconceito e o silêncio a respeito das mortes por suicídio inibem as pessoas a enxergarem os comportamentos suicidas. No entanto, identificar esses comportamentos de imediato é imprescindível, visto que considerar o suicídio um tabu ou interdito prejudica as ações de prevenção do suicídio.

Para Marquetti e Milek (2014), a morte causada por suicídio geralmente fica sob um véu espesso, tecido por uma moral invariável e proibições determinadas por uma cultura sobre a morte. Essa maneira de morrer, evidencia o assunto da brevidade do ser humano, sem recorrer às evasivas usualmente utilizadas para as mortes que são legitimadas. O ato de suicidar-se é um fenômeno que instiga a discussão acerca da morte e suas proibições. Trata-se de um ato carregado de sentidos, que envolve diversas reflexões, respostas, escusas, intercessões, explicações e recusas.

Marquetti e Milek (2014) afirmam que reconhecer os sinais deixados pelos suicidas é fundamental para prevenir o suicídio. Para tanto, é preciso reconhecer previamente as alterações na rotina diária daqueles que desejam se suicidar, de modo que haja intervenção antecipada em qualquer tentativa. Observar as alterações no cotidiano é uma prática indispensável para a construção de uma conduta humanitária que auxilie a continuidade de muitas vidas. Entretanto, é apenas uma das iniciativas que devem ser tomadas em planejamentos e elaboração de ações de prevenção em saúde coletiva.

4 POLÍTICA PÚBLICA E POLÍTICA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Antes de definir o conceito de políticas públicas é necessário compreender o que é política. Sendo assim, Ferreira (2009) define a palavra política como a ciência dos fenômenos relacionados ao Estado, ou a arte de governar a sociedade acertadamente. Em remate, a política propriamente dita, pode ser interpretada “[...] como forma de atividade ou de práxis humana”, ou seja, uma atividade prática humana (Bobbio⁵, 1998 Apud Rodrigues, 2013, P. 12).

Consoante a Cunha (2010) a palavra político é derivada do Latim *polītīcus*, -a -um, que, por sua vez, deriva do Grego *polītīkós*. Segundo Faria (1962), *polītīcus* significa “[...] relativo ao governo ou Estado”. Para Isidro (1998), *polītīkós* tem o sentido de ciência ou arte do governo. Em outra acepção, representa o homem do Estado, ou o que é cívico, público, do Estado. A palavra *polītīkós* (πολιτικός) tem origem na palavra *polítis* (πολίτης), que significa da cidade, o cidadão ou concidadão. Por fim, *polítis* tem origem na palavra *pólis* (πόλις), que significa cidade, concentração dos cidadãos, democracia, Estado.

Como explica Rodrigues (2013), a palavra política surgiu na antiguidade, cunhada pelo filósofo Aristóteles (384 a.C. a 322 a.C), na obra *Política*⁶, como a ciência ou arte de governar a *pólis*. Contudo, no decorrer da era moderna, o conceito de política passou a ser compreendido como “ciência do Estado” ou “ciência política”. Nesse último sentido, a política estabelece uma relação direta com as ações do Estado e associa-se ao conceito de poder.

Cabe ressaltar que poder se refere a “[...] capacidade de influenciar alguém a fazer algo que, de outra forma, ele/ela não faria” (Dahl⁷, 1957 Apud Rodrigues, 2013, P. 15). Há diferentes tipos de poder do homem sobre o homem. Aristóteles identificou três tipos de poder: o paterno, voltado à criação dos filhos; o despótico, norteados pela vontade de apenas uma autoridade; e o poder político, que quando exercido com a participação dos governantes e dos cidadãos, é tido como um “bom governo”, porém, quando não é, configura-se como um governo “viciado”, que traz danos à *pólis* (Rodrigues, 2013).

⁵ BOBBIO, NORBERTO *et al.* **Dicionário de política**. Brasília: Editora UnB, 1998.

⁶ ARISTÓTELES. **A política**. Tradução Nestor Silveira Chaves. São Paulo: LaFonte, 2012. 256 p. (Grandes clássicos da filosofia).

⁷ DAHL, Robert A. The concept of power. **Behavioral Science**, n. 2, pp. 201-15, 1957.

No contexto das estruturas organizacionais, o conceito de poder é definido como sendo a capacidade de um ator político manter sua decisão a despeito da contestação dos indivíduos. O estudo histórico de Weber (1947) abordou o poder como um meio de dominação, isto é, analisou os nexos entre domínio e sujeição. Pautado na história das sociedades, Weber demonstrou em sua teoria alguns exemplos de autoridade que levam à legitimação do poder (Weber, 1947, 1978 *Apud* Rodrigues, 2013, p. 15-16).

Salienta-se que nesse trabalho apresentamos apenas o poder legal-racional definido por Weber, o qual é relativo à força organizativa do sistema burocrático sobre os processos do cotidiano dos indivíduos. A fidedignidade atribuída pela sociedade aos conhecimentos especializados do aparelho estatal, legitimam o poder legal-racional exercido pela burocracia, este que é impessoal, idôneo e respeita uma estrutura organizacional (Weber, 1947, 1978 *Apud* Rodrigues, 2013, p. 16).

É importante ter presente que “no contexto das políticas públicas, a política é entendida como um conjunto de procedimentos que expressam relações de poder e que se orienta à resolução de conflitos no que se refere aos bens públicos” (Schmitter, 1984 *Apud* Rodrigues, 2013, p. 13). Para Rodrigues (2013) as políticas públicas são elaboradas em um processo no qual diferentes grupos sociais, com prioridades, opiniões e finalidades opostas, buscam tomar decisões coletivas, a fim de criar uma política comum que regule a própria sociedade.

Conforme Rodrigues (2013), a política é importante como objeto das políticas públicas pelos seguintes aspectos: 1) nas sociedades existem distintas classes sociais, identidades e perspectivas sobre as questões sociais; 2) os homens possuem interesses distintos sobre o convívio social, posto que suas concepções e intenções são díspares; 3) a heterogeneidade das sociedades gera divergência de objetivos e de meios; 4) o conflito de interesses pode ser dirimido com a opressão ou a ação política. Sublinha-se que a ação política trata da ação coletiva, considerando as diversas perspectivas sobre os objetivos e meios, do dever de consentir com a deliberação obtida e da força imperativa da decisão coletiva.

O conceito de políticas públicas pode ser compreendido como a interferência do Estado na organização da sociedade, por via de ações orientadas segundo os princípios do direito e da administração e com base nas demandas da população. Vale acentuar, que a atuação da administração pública envolve também a realização de

tarefas de apoio imediato no exercício do governo (Bobbio, 1998⁸ Apud Rodrigues, 2013, p. 18-19).

Na dimensão prática, as políticas públicas são resultantes do fazer político. Desse modo, elas demandam ações estratégicas para a consecução dos objetivos estabelecidos, o que envolve também diversas decisões políticas. Portanto, evidencia-se que as políticas públicas são decisões e ações legitimadas pela autoridade soberana do poder público (Poder Legislativo, Poder Executivo e Poder Judiciário) (Rodrigues, 2013).

É importante destacar que as políticas públicas podem ter diferentes finalidades (política externa, econômica, administrativa, social etc.), mas ambas estão intimamente relacionadas à ação do Estado. Por isso, às vezes, o êxito de uma determinada política pública está sujeito ao resultado de algumas outras políticas públicas que envolvem diversos outros assuntos (Rodrigues, 2013).

Convém observar que as políticas públicas tratam da geração de bens públicos financiados e consumidos pela população, tais como os serviços da polícia, do corpo de bombeiros, do sistema judiciário etc. O caráter público dessas políticas não advém do alcance que os bens, gerados por elas mesmas, têm sobre o agregado social, seja ele qual for. As políticas são públicas, porquanto são estabelecidas por lei e imposição de decisões. Destarte, são evidentes o poder e a autoridade do Estado de levar a efeito, para toda a população, as políticas desenvolvidas com base nos interesses, necessidades e reivindicações da sociedade (Rodrigues, 2013).

A proveniência dessas demandas pode surgir no seio da sociedade (*inputs*), ou advir de demandas administrativas (*withinputs*), isto é, do fazer administrativo. As demandas podem ter o fim de regular, monitorar e desenvolver os processos sociais e econômicos (combate à violência contra os idosos, defesa dos direitos dos animais, concessão de serviço público etc.), resguardar o direito político de todos os cidadãos (voto das mulheres, voto dos analfabetos etc.) ou reclamar bens e serviços públicos (alimentação, transporte, previdência social, etc.). Ambos os tipos de demandas (*inputs* e *withinputs*) se constituem no âmago das políticas públicas (*policies*) (Rodrigues, 2013).

Como referido por Silva (2022, p. 1) "as políticas públicas são instrumentos de concretização dos direitos na medida em que conformam a intenção estatal por meio

⁸ BOBBIO, N. *et al.* **Dicionário de política**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998.

da estrutura institucional e normativa desenvolvida para este fim”. A propósito disso, Silva (2022, p. 2) acrescenta que “enquanto instrumento que concretiza intenções e impõe ações ao Estado, as políticas públicas devem ser estudadas, debatidas e repensadas cotidianamente por todos os atores envolvidos a fim de atingir seu real significado e o mais alto grau de efetividade”.

De modo complementar, consoante a Secchi, Coelho e Pires (2019), as políticas públicas são diretivas articuladas e deliberadas pelo Estado frente a um problema público tido como coletivamente relevante. Para Secchi, Coelho e Pires (2019, p. 2) as “políticas públicas tratam do conteúdo concreto e do conteúdo simbólico de decisões políticas, e do processo de construção e atuação dessas decisões”. Efetivamente, conforme Secchi, Coelho e Pires (2019, p. 56), “um problema é a discrepância entre o *status quo* e uma situação ideal possível. Um problema público é a diferença entre o que é e aquilo que se gostaria que fosse a realidade pública”.

Secchi, Coelho e Pires (2019) apontam que o ciclo das políticas políticas é contemplado pelas seguintes fases: identificar o problema, definir a agenda, formular alternativas, tomar decisões, implementar, avaliar e, quando necessário, extinguir as políticas. Elucida-se que o problema a ser identificado pode surgir de forma inesperada, como uma catástrofe natural, ou pode atrair a atenção aos poucos, como a desnutrição de pessoas indígenas, e por último pode estar presente durante muito tempo, mas não despertar o interesse, porquanto a coletividade aprendeu a conviver com ele, como a favelização.

De acordo com Secchi, Coelho e Pires (2019, p. 58) “se um problema é identificado por algum ator político, e esse ator tem interesse na sua resolução, este poderá então lutar para que tal problema entre na lista de prioridades de atuação. Essa lista de prioridades é conhecida como agenda”. Secchi, Coelho e Pires (2019, p. 58) esclarecem que “a agenda é um conjunto de problemas ou temas entendidos como relevantes. Ela pode tomar forma de um programa de governo, um planejamento orçamentário, um estatuto partidário [etc.] [...]”.

Nesse íterim, segundo Secchi, Coelho e Pires (2019) a partir do momento em que um problema é incluído na agenda, é preciso definir o que se pretende fazer e os meios para se alcançar determinados fins, envidando esforços para analisar as possíveis soluções e consequências de cada uma das alternativa que se propôs. Em complemento, Secchi, Coelho e Pires (2019, p. 65) afirmam que “a tomada de decisão

representa o momento em que os interesses dos atores são equacionados e as intenções (objetivos e métodos) de enfrentamento de um problema público são explicitadas”.

Como asseveram Secchi, Coelho e Pires (2019, p. 70), “a fase de implementação sucede à tomada de decisão e antecede os primeiros esforços avaliativos. É nesse arco temporal que são produzidos os resultados concretos da política pública”. Para Secchi, Coelho e Pires (2019), é nessa fase que a administração pública desempenha uma função de suma importância, que compreende a execução e promoção das políticas públicas com as devidas providências.

Em seguida, Secchi, Coelho e Pires (2019) explicam que a avaliação é a fase em que se verifica a implementação e os efeitos de uma política pública na prática. A avaliação serve para estimar o estado de uma política e o nível de redução do problema em apreço. Por fim, em sentido análogo ao ciclo de vida dos organismos, também há um momento em que se acaba o ciclo das políticas públicas. A extinção das políticas ocorre por diversos motivos, tais como: um problema público é resolvido, a política tem vigência determinada em lei, transição de governo ou administração etc.

Moraes e Santos (1998) afirmam que, na contemporaneidade, a informação se tornou uma questão muito visada tanto em âmbito acadêmico como nas esferas política, religiosa ou econômica. Isso porque foi reconhecido o potencial emancipador ou de dominação da informação, de acordo com seu conteúdo informativo. Nesse contexto, Moraes e Santos (1998) esclarecem que deve se discutir a informação referentemente a seus suportes e as características de qualidade, direcionalidade e racionalidade. Conforme definição feita por González de Gómez (2002), nesse trabalho é considerado o aspecto da informação em sentido lato, isto é, como comunicação do conhecimento.

Nessa conjuntura, González de Gómez (2002) destaca que a discussão sobre política de informação começou a surgir pouco depois da Segunda Guerra Mundial. Notoriamente, se estabelece o Estado como agente privilegiado no que tange a definibilidade e implementação dessas políticas. Sendo assim, Freire (2008, p. 199) elucida que as políticas de informação podem ser entendidas como um “[...] conjunto de leis, regulamentos e políticas que estimulam ou regulam a geração, o uso, o armazenamento e a comunicação de informação”.

Vale ressaltar que o acesso à informação é um direito assegurado por lei a todos os cidadãos. Posto isso, é importante ter presente que

publicar ativamente as informações é um aspecto importante da política de informação. As atividades de disseminação variam desde as campanhas de informações públicas (por exemplo, sobre saúde pública) até a publicação regular de material impresso (por exemplo, jornais oficiais e relatórios anuais, brochuras, panfletos), bem como transmissões (por rádio, televisão) (Organização Para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, 2002, p. 35).

Para Guerra e Massensini (2012, p. 107) “a política de informação surge da necessidade de tratar melhor a prestação de serviços de informação pelo Estado ao cidadão”. Sobre isso, Aun (1999, p. 119) pontua que “a construção de uma política de informação, no seu sentido mais amplo, é hoje, sem sombra de dúvidas, um desafio para todos os Estados”. Tendo em vista o que foi mencionado, González de Gómez (2002, p. 37) ressalta que “com muita frequência, as fontes informacionais do Estado e as demandas da sociedade não se cruzam nem interpelam entre si”.

A despeito das críticas que foram apontadas, em última análise

[...] reconhecemos o Estado como um dos maiores produtores e acumuladores de informação, que deve atuar também na sua disseminação, detendo grande poder na formulação, implementação e avaliação de políticas públicas de informação, que influenciarão na vida de seus habitantes, pois essas informações governamentais são na realidade fundamentais para o exercício da cidadania, redução de desigualdades e fortalecimento da democracia. Portanto, as políticas públicas de informação devem interferir diretamente no cotidiano das pessoas, sendo voltadas para atender as demandas de informação e reduzir as desigualdades sociais (Santos, Freire, 2020, p. 36).

Para fins deste trabalho, é importante destacar que

A Saúde e a Informação têm no processo de organização da vida cotidiana (e na sua recriação, a partir da ação consciente dos homens no mundo) seu ponto de interseção. É no caminho de busca de fronteiras comuns que a constituição de um campo temático denominado Informação em Saúde se impõe, interrelacionando níveis de investigação, de saberes, de modos de caminhar e olhar o mundo (Moraes; Santos, 1998, p. 39).

4.1 Assessoria e intervenção do profissional de informação na formulação de políticas de informação

De acordo com Valentim (2002), o profissional da informação é formado para atuar na sociedade, por conseguinte, com base na observação do mundo em que vive, esse profissional detém o compromisso de reconhecer as demandas sociais. Segundo Valentim (2018), o papel desses profissionais é cooperar para o bem público, estabelecendo uma sociedade cada vez mais informada, liberta e consciente de seus

direitos. Cumpre observar, que são considerados profissionais da informação os arquivistas, bibliotecários, cientistas da informação, gestores da informação e museólogos.

Para Valentim (2018), a formação dos profissionais de informação deve contemplar competências políticas, dado que sua atuação envolve a promoção do acesso à informação e de competências em informação. Tudo isso é necessário para que o cidadão possa utilizar e se apropriar da informação de forma consistente e ética. Consoante a Lamas (2018), a função do bibliotecário compreende a disseminação de informações, o incentivo à leitura, o desenvolvimento de ações culturais e a proposição de estratégias que podem influenciar o desenvolvimento da sociedade.

Conforme Silva (2018), a Biblioteconomia pode ser estabelecida como disciplina social porque envolve a colaboração na formulação de políticas de informação e na proposição de serviços de informação. Valentim (2018, p. 57) esclarece que, “as políticas públicas se constituem na primeira ação governamental formal para atribuir recursos oriundos do Estado no intuito de atender as demandas sociais”. Assim, Valentim (2018) afirma que a competência política é relevante ao profissional da informação, pois corrobora na transformação das demandas sociais em políticas públicas, as quais contribuem para o desenvolvimento de unidades de informação ou a elaboração de documentos para diferentes públicos.

Como assevera Valentim (2018), as políticas de informação têm por fulcro o direito à informação, a qual, por sua vez, é essencial para a construção do conhecimento. Permite afirmar que, por meio das políticas de informação, o cidadão pode exercer seu direito constitucional identificando, selecionando, usando e se apropriando da informação. Nesse cenário, o profissional da informação desempenha sua função por meio de assessoria e intervenção na formulação de políticas de informação, sendo essa uma competência profissional.

Em suma, como elucida Silva (2018), o profissional da informação pode auxiliar inclusive na tomada de decisão sobre as práticas de informação a serem efetivadas na implementação de políticas de informação nas esferas federal, estadual e municipal. É nessa atuação social do bibliotecário, mediante as políticas públicas e a disseminação da informação, que a Biblioteconomia consolida seu viés social, determinando um *lócus* humanístico-informacional.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

É preciso esclarecer que o recorte temporal estabelecido nesse trabalho considerou os documentos disponíveis na Web, que foram publicados entre os anos 2000 a 2020 e promoviam ações de divulgação da informação voltadas à prevenção do suicídio. Em nível internacional foram analisados os documentos orientadores de políticas de prevenção do suicídio que foram publicados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Já em nível nacional foram verificadas legislação, agenda, programas e outros documentos orientadores direcionadas à informação e a prevenção do suicídio.

De acordo com os objetivos estabelecidos neste trabalho, elucida-se que os documentos constantes dos Quadros 6 e 7 foram analisados e deles foram indicadas as orientações básicas que se referem às políticas e ações de divulgação de informação voltadas à prevenção do suicídio. Dessa maneira, todos os indicadores dos subcapítulos abaixo fazem parte desses documentos em análise, visto que as questões relativas à informação foram compiladas para apreciação e discussão.

5.1 Ações de divulgação da informação voltadas à prevenção do suicídio

No levantamento realizado em nível internacional foram encontrados seis documentos de autoria da Organização Mundial de Saúde (OMS), devidamente elaborados e revisados por especialistas renomados em suas respectivas áreas (científica e clínica), garantindo assim a qualidade da informação. Um desses documentos é o *Relatório mundial da saúde: saúde mental: nova concepção, nova esperança*, publicado em 2001 pela OMS para demonstrar as atividades que foram desenvolvidas neste ano. Esse relatório está dividido em seis capítulos, sendo enfatizado para fins deste trabalho, especificamente, a análise do capítulo 4 *Política e prestação de serviços de saúde mental*.

Os outros documentos a serem analisados são do programa SUPRE (do inglês **SU**icide **PRE**vention), uma iniciativa mundial da OMS para a prevenção do suicídio. A OMS publicou no ano 2000 uma série com nove manuais para a prevenção do suicídio, voltados a diferentes profissionais, a saber: médicos clínicos gerais, profissionais da saúde em atenção primária, profissionais da mídia, conselheiros, professores e educadores, policiais, bombeiros e outros agentes de intervenção em

emergências e por último agentes penitenciários. Essas diretrizes também foram direcionadas a outras ações específicas, como o registro de casos de suicídio, a formação de grupos de sobreviventes e a abordagem dessa temática no ambiente de trabalho (Bertolote, 2012). Apenas cinco desses manuais da série **SUPRE** foram traduzidos para o português, os quais estão relacionados no Quadro 6.

Quadro 6 - Documentos institucionais voltados à prevenção do suicídio

Título dos documentos	Autores
Prevenção do suicídio: manual para professores e educadores	Organização Mundial de Saúde, 2000a
Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia	Organização Mundial de Saúde, 2000b
Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária	Organização Mundial de Saúde, 2000c
Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais	Organização Mundial de Saúde, 2000d
Relatório mundial da saúde: saúde mental: nova concepção, nova esperança	Organização Mundial de Saúde, 2002
Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros	Organização Mundial de Saúde, 2006

Fonte: Elaboração própria, 2023.

No documento *Prevenção do suicídio: manual para professores e educadores* (Organização Mundial de Saúde, 2000a) logo no início menciona-se que os documentos da série SUPRE são destinados a grupos sociais e profissionais específicos, com o objetivo de prevenir o suicídio. É esclarecido que os manuais estão sendo traduzidos em diferentes línguas para que se possa adaptar as recomendações às condições locais, sendo esse um pré-requisito para sua eficácia. Consta que esse manual foi formulado considerando a incidência de suicídio em jovens de 15 a 19 anos de idade. A Organização Mundial de Saúde (OMS) notou que a maioria dos jovens dessa idade frequentava a escola, sendo esse um local propício para desenvolver a prevenção.

O público-alvo definido no documento são adolescentes da faixa etária mencionada, a ambiência é a escola e são propostas ações de prevenção e

intervenção para os profissionais da educação. Como o objetivo é a prevenção do suicídio, são estabelecidos parâmetros para a atuação de professores, orientadores educacionais, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, membros da diretoria da escola etc. A abordagem indicada para a prevenção do suicídio na escola é a elaboração de um trabalho multidisciplinar com os profissionais da escola, em conjunto com agentes da comunidade. Orienta-se como identificar e lidar com jovens em risco de suicídio e como agir em caso de tentativas de suicídio ou o suicídio quando ocorre no meio escolar.

São descritos no documento também os fatores protetores e os fatores de risco, os cuidados com a saúde mental dos professores, outros funcionários da escola e dos estudantes, a divulgação de informações utilitárias, como linhas de ajuda para situações de crise e emergências e a intervenção, encaminhamento para unidades de saúde e a maneira de informar os funcionários, especialmente os professores, e também os colegas mais próximos e pais, quando ocorre uma tentativa de suicídio. É enfatizado que um elemento essencial aos programas prevenção do suicídio são o aumento da disseminação de informação apropriada.

No documento *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia* (Organização Mundial de Saúde, 2000b), é destacado que o público alvo é a população em geral, a ambiência são os próprios meios de comunicação e são propostas ações prevenção aos profissionais da mídia. Assim, são fornecidas instruções aos profissionais da mídia, no que diz respeito a sua atuação profissional. É sublinhado que a mídia desempenha um papel significativo na sociedade atual, ao proporcionar uma ampla gama de informações, através dos mais variados recursos. Influencia fortemente as atitudes, crenças e comportamentos da população e ocupa um lugar central nas práticas políticas, econômicas e sociais. Devido a esta grande influência, os meios de comunicação podem também ter um papel ativo na prevenção do suicídio.

O documento ressalta que a maneira como os meios de comunicação trata casos públicos de suicídio pode influenciar a ocorrência de outros suicídios. Assim, antes de noticiar o suicídio é preciso alinhar as informações junto a autoridades de saúde, destacar as alternativas ao suicídio, fornecer informações sobre números de telefones e endereços de grupos de apoio e serviços onde se possa obter ajuda e mostrar indicadores de risco e sinais de alerta sobre comportamento suicida.

No documento *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária* (Organização Mundial de Saúde, 2000c), o público alvo são os usuários de serviços de saúde, a ambiência são as unidades de saúde e são propostas ações de prevenção aos profissionais da saúde em atenção primária. Se destaca a importância dos profissionais na prevenção do suicídio, pois a equipe de atenção primária tem um longo e próximo contato com a comunidade e são bem aceitos pela população local. Esse profissional tem um papel muito importante de acolhimento, escuta e comunicação com familiares para obtenção de ajuda para prevenir o suicídio. Nesse documento há a descrição da intervenção a ser realizada, com a indicação do que fazer e o que não fazer.

No documento *Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais* (Organização Mundial de Saúde, 2000d), o público alvo são os usuários de serviços de saúde, a ambiência são as unidades de saúde e são propostos protocolos de atendimento e encaminhamento e pessoas sob risco de suicídio. É apresentado um protocolo de atendimento e encaminhamento de indivíduos em risco de suicídio para os médicos clínicos gerais. Nesse documento é destacado os principais transtornos e outros fatores associados com o suicídio, as maneiras de como realizar identificação e ao manejo de pacientes suicidas. Afirma-se no documento que identificar, avaliar e manejar pacientes suicidas é uma importante tarefa do médico, que tem um papel fundamental na prevenção do suicídio.

No documento *Relatório mundial da saúde: saúde mental: nova concepção, nova esperança* (Organização Mundial de Saúde, 2002), o público-alvo é a população em geral e são propostas ações de prevenção por parte dos órgãos governamentais competentes. Há definição dos temas de saúde mental, transtornos mentais e política e prestação de serviços em saúde mental. É dada orientação de que devem ser lançadas em todos os países campanhas de educação e sensibilização do público sobre a saúde mental. As opções de cuidados disponíveis e os seus benefícios devem ser amplamente divulgados, de tal forma que as respostas da população geral, dos profissionais, da mídia e dos formuladores de políticas e dos políticos reflitam os melhores conhecimentos disponíveis.

Consta que a formulação e políticas deve se basear em informação atualizada e idônea, a indicadores de saúde mental, tratamentos eficazes, estratégias de prevenção e promoção e recursos para a saúde mental. Uma tarefa importante é a coleta de dados e a análise de informação epidemiológica para identificar os grandes

determinantes psicossociais dos problemas mentais, bem como proporcionar informação quantitativa sobre o grau e tipo de problemas na comunidade.

Tanto a formulação como a avaliação de políticas requerem a existência de um sistema de informação que funcione bem e seja coordenado para aferir um número mínimo de indicadores de saúde mental.

No documento *Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros* (Organização Mundial de Saúde, 2006), o público-alvo é a população em geral e os próprios conselheiros são apontados como fontes de informação. É esclarecido que as organizações comunitárias, profissionais de cuidados de saúde primários e conselheiros podem ser úteis na disseminação de informação sobre o suicídio. A informação, a formação, e a experiência de intervenção em crises contribuem para aumentar a competência do conselheiro. Os conselheiros podem prestar esclarecimentos e educação à comunidade para ajudar a reduzir a incidência de suicídios. Os professores passam muito tempo com as crianças e adolescentes e, geralmente, são também boas fontes de informação sobre questões de saúde mental relativas aos estudantes.

É reforçado que, a prática do aconselhamento profissional é definida como a aplicação de princípios de saúde mental, psicológicos, ou do desenvolvimento humano, através de estratégias cognitivas, afetivas, comportamentais ou de intervenção sistêmica. Usando estas estratégias, os conselheiros profissionais lidam com questões de bem-estar, de crescimento pessoal e de desenvolvimento da carreira, assim como com a patologia da saúde mental. Por conseguinte, a prevenção do suicídio envolve uma variedade de atividades, incluindo a boa educação das crianças, aconselhamento familiar, tratamento das perturbações mentais, controle ambiental de fatores de risco, e educação da comunidade.

5.2 Políticas de saúde voltadas à prevenção do suicídio

Em continuidade, verificou-se que alguns órgãos governamentais e associações brasileiras publicaram diferentes documentos voltados à prevenção do suicídio, conforme consta no Quadro 7.

A princípio, serão apresentados de forma geral os documentos que foram levantados em nível nacional. Dessa maneira, o Ministério da Saúde (MS), a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e a Organização Pan-Americana da

Saúde (OPAS) publicaram em 2006 o documento intitulado *Prevenção do suicídio: um manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*, o qual compõe parte das ações da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio.

O Ministério da Saúde (MS) publicou a *Portaria nº 1.876* em de 14 de agosto de 2006 no Diário Oficial da União (DOU), a qual institui as diretrizes nacionais para prevenção do suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

O MS também publicou em 2017 a *Agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil 2017 a 2020*. O Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH) publicou em 2019 o documento *suicídio e a automutilação tratados sob a perspectiva da família e do sentido da vida*.

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e Conselho Federal de Medicina (CFM) publicaram em 2014 uma cartilha intitulada *Suicídio: informando para prevenir*, dividida em nove capítulos, dos quais foram sublinhados o capítulo 2 *Objetivo da cartilha*, capítulo 3 *Quais as barreiras à detecção e à prevenção do suicídio?*, capítulo 8 - *Prevenção do suicídio*, subcapítulo 9.4 *Prevenção do suicídio além do sistema de saúde* e subcapítulo 9.5 *Promoção de qualidade de vida*.

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a Associação Médica Brasileira (AMP), o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Federação Nacional dos Médicos (FENAM), a Associação Brasileira de Impulsividade e Patologia Dual (ABIPD) e a Sociedade Brasileira de Neuropsicologia (SBNp) publicaram, em 2014, as *Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil*. Este documento possui oito capítulos, dos quais ressaltamos os capítulos 3 *Propostas de diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil* e 5 *Avaliação e controle*.

Por fim, a Secretaria da Educação do Governo do Estado de São Paulo (SEDUC) publicou, em 2019, um documento intitulado *Manual de orientação para gestores e professores*, que objetiva a proposição de atividades escolares aos alunos no Dia D, uma data que foi escolhida para celebrar o Setembro Amarelo e a promover a Valorização da Vida.

Quadro 7 - Documentos governamentais voltados à prevenção do suicídio

Título dos documentos	Autores
Prevenção do suicídio: um manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental	Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde e Universidade Estadual de Campina, 2006
Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006	Brasil, 2006
Agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil 2017 a 2020	Brasil, 2017
Suicídio: informando para prevenir	Associação Brasileira de Psiquiatria e Conselho Federal de Medicina, 2014
Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil	Associação Brasileira de Psiquiatria <i>et al.</i> , 2014
O suicídio e a automutilação tratados sob a perspectiva da família e do sentido da vida	Brasil, 2019
Manual de orientação para gestores e professores	São Paulo, 2019

Fonte: Elaboração própria, 2023.

O documento *Prevenção do suicídio: um manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental* (Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde e Universidade Estadual de Campina, 2006), define como público-alvo os usuários dos serviços de saúde, a ambiência os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e são propostos protocolos de atendimento e encaminhamento. Constam diretrizes aos profissionais das equipes de saúde mental dos serviços de saúde que atuam no CAPS. Esse manual faz parte da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil, que visa a reduzir as taxas de suicídios e tentativas e os danos associados com os comportamentos suicidas, assim como o impacto traumático do suicídio na família, entre amigos e companheiros, nos locais de trabalho, nas escolas e em outras instituições.

As equipes dos CAPS são responsáveis pelo cuidado de pessoas que, em grande proporção, possuem algum transtorno mental. Também por estarem em

contato próximo e duradouro com os pacientes, seus familiares e sua comunidade, estão em posição privilegiada para avaliação da “rede de proteção social” dos pacientes em risco de suicídio e a criação de estratégias de reforço dessa rede. No documento são abordados os fatores risco, sinais da história de vida e do comportamento do paciente que indicam risco de suicídio, abordagem do paciente com risco de suicídio e encaminhando do paciente com risco de suicídio.

Na *Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006* (Brasil, 2006), o suicídio é apontado como um grave problema de saúde pública, que afeta toda a sociedade e que pode ser prevenido. É destacada a importância epidemiológica do registro do suicídio e das tentativas de suicídio em todo o território nacional. Frisam a frequência do comportamento suicida entre jovens que possuem de 15 e 25 anos, de ambos os sexos, escolaridades diversas e em todas as camadas sociais.

Aponta que há risco de suicídio em populações vulneráveis, tais como: indivíduos com transtornos mentais, principalmente a depressão, indivíduos que tentaram o suicídio, usuários de álcool e outras drogas, populações residentes e internadas em clínicas, hospitais, presídios e outros, adolescentes, moradores de rua, vítimas de violência sexual, trabalhadores rurais expostos a determinados agentes tóxicos ou a precárias condições de vida, indivíduos portadores de doenças crônico-degenerativas, indivíduos que convivem com o HIV/AIDS e populações de etnias indígenas.

Esse ato normativo define que o objetivo principal é estabelecer que as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a serem articuladas entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, as instituições acadêmicas, as organizações da sociedade civil, os organismos governamentais e os não-governamentais, nacionais e internacionais. Esse objetivo principal é desdobrado em outras ações que enfocam diferentes aspectos, os quais são melhor detalhados abaixo.

Categoria 1: prestação de serviços de saúde e informação, com o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde mental, educação, informação, comunicação, sensibilização; e organização de uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas.

Categoria 2: proposição de um planejamento estratégico, com a identificação fatores de risco de suicídio ou tentativas de suicídio, bem como fatores protetores;

elaboração de projetos com base em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade; e coordenação de ações na rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (Sus), nos níveis de atenção primária, secundária e terciária.

Categoria 3: relativamente ao processo de produção de informação, objetiva aprimoramento dos métodos de coleta (formulários), assim como da análise de dados (transformação da informação em conhecimento), dos sistemas de gestão e das ações de disseminação de informação e do conhecimento; busca a implementação da interoperabilidade dos dados do Sistema de Informações do SUS com outros sistemas de informações setoriais afins, de modo a propiciar a democratização das informações.

Categoria 4: incentivar a cooperação acadêmica e atualização profissional, com o estabelecimento redes de cooperação entre profissionais de diferentes áreas; e a promoção da educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

Na *Agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil 2017 a 2020* (Brasil, 2017), o Ministério Público lançou a agenda de ações estratégicas para a promoção da saúde, vigilância e prevenção do suicídio no Brasil, para estabelecer ações relacionadas à qualificação da vigilância e ao fortalecimento das ações de promoção da saúde, prevenção do suicídio e atenção às vítimas de tentativas e suicídio e seus familiares.

Com a publicação desta agenda de ações estratégicas, o Ministério da Saúde (MS) estabelece novas ações e responsabilidades para as secretarias, departamentos e coordenações que compõem a estrutura organizacional. Esta Agenda tem como objetivo agregar medidas passíveis de serem realizadas em todos os níveis, estando ordenadas por meio de ações integradas e intersetoriais de prevenção do suicídio.

O objetivo geral é ampliar e fortalecer as ações de promoção da saúde, vigilância, prevenção e atenção integral relacionadas ao suicídio, com vistas à redução de tentativas e mortes por suicídio, considerando os determinantes sociais da saúde e as especificidades de populações e grupos sociais em situação de maior vulnerabilidade a esse fenômeno e os municípios e grupos de municípios com alta concentração de suicídio, no período de 2017 a 2020. Os objetivos específicos dessa agenda que foi estabelecida articulam diferentes ações, os quais são divididos em conforme os assuntos abaixo.

Planejamento estratégico: instituir, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Gestor de Trabalho de Prevenção do Suicídio no Brasil para elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, a partir desta Agenda de Ações Estratégicas; formular e implementar o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e outros Ministérios, estabelecendo metas, prazos e responsabilidades; fomentar e apoiar os arranjos intersetoriais nos níveis municipal e estadual, que envolvam as áreas de saúde, assistência social, educação, justiça e trabalho, incluindo a sociedade civil nas ações de cuidado e prevenção do suicídio; incluir a pauta da prevenção do suicídio em Comitês e Grupos Condutores das Redes de Atenção à Saúde existentes ou instituir comitês de prevenção do suicídio locais para monitoramento e avaliação das ações estabelecidas.

Dados epidemiológicos: fortalecer a Vigilância de tentativas de suicídio e suicídios completados nas três esferas de gestão, aperfeiçoando os sistemas de informação para qualificar a análise e disseminação de informações de forma completa, adequada e em tempo oportuno, para subsidiar a formulação de políticas e tomadas de decisão; fortalecer a articulação entre Vigilância e Atenção à Saúde, promovendo a utilização efetiva e oportuna dos dados provenientes dos sistemas de informação para subsidiar os serviços de saúde com vistas a garantir maior integralidade, resolutividade e continuidade do cuidado.

Atuação profissional: ampliar de forma articulada com os diferentes pontos de atenção em saúde e demais serviços intersetoriais o acesso à atenção psicossocial da população em geral, das pessoas com tentativa de suicídio, familiares e pessoas próximas de vítimas de suicídio; ampliar e fortalecer estratégias de educação permanente para sensibilizar e capacitar gestores e profissionais de saúde para a vigilância e prevenção do suicídio; fortalecer ações de Comunicação em Saúde para sensibilizar a população em relação ao suicídio e qualificar profissionais de mídia para a disseminação responsável de informações sobre o tema.

Elementos necessários à implementação e operacionalização das políticas públicas: promover ações de sensibilização na área da saúde e demais setores governamentais (educação, assistência social, cultura, agricultura etc.) das gestões federal, estadual e municipal, para garantir uma atuação que considere as determinantes sociais relacionadas ao fenômeno do suicídio, especialmente os aspectos socioeconômicos, de trabalho e ocupação, étnico-raciais, de gênero,

identidade de gênero e orientação sexual, e outros; reconhecer das especificidades do suicídio entre os povos indígenas no planejamento e implementação de ações estratégicas relacionadas à temática.

Para mais, nessa agenda foram definidas atuação e ações estratégicas para prevenção, das quais destacamos abaixo aquelas que constam na literatura analisada.

Vigilância e Informação: a) sensibilizar profissionais de saúde sobre a importância de notificar todas as tentativas de suicídio ocorridas; b) Qualificar profissionais de saúde para realizar o preenchimento da ficha de notificação de tentativa de suicídio de forma adequada; c) Articular a inserção de perguntas e variáveis sobre o tema suicídio (ideação, tentativa e consumação) nos inquéritos, mapeamentos e pesquisas populacionais e nos sistemas de informação existentes, principalmente em grupos prioritários, como população indígena, LGBT, trabalhadores expostos a agrotóxicos, dentre outros; d) Pactuar com o Centro de Valorização da Vida (CVV) o compartilhamento, com gestores das três esferas de gestão, dos dados provenientes dos atendimentos para formulação de estratégias locais de enfrentamento do suicídio; e) Aprimorar a qualidade da informação por meio de relacionamento de bancos de dados provenientes de diferentes sistemas de informações do setor saúde e outros setores; f) Fomentar pesquisas e estudos em parceria com instituições de ensino para o levantamento qualificado da epidemiologia do suicídio, especialmente no que tange às lacunas identificadas nos sistemas de informação existentes e considerando os determinantes sociais da saúde, com sugestões de intervenções; g) Publicar dados e relatórios periodicamente sobre o tema, dando visibilidade aos grupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade e abordando os determinantes sociais de saúde; h) sistematizar e divulgar dados e informações sobre a exposição a agrotóxicos e sua relação com o suicídio.

Prevenção do suicídio e promoção da saúde: a) dar visibilidade junto ao setor saúde, aos demais setores governamentais e à sociedade civil dos determinantes sociais relacionados ao fenômeno do suicídio, ampliando e disseminando a compreensão de que o suicídio não pode ser tratado apenas como uma questão de ordem individual, mas que fatores socioeconômicos, ambientais, de trabalho e ocupação, violência e discriminação étnico-raciais, relacionadas a gênero, identidade de gênero e orientação sexual, entre outros, estão associados aos

suicídios e tentativas; b) fomentar iniciativas intersetoriais para a regulação e controle da disponibilidade e acesso aos meios utilizados para o suicídio tais como: a manutenção da legislação que restringe acesso a armas de fogo; a segurança na arquitetura urbana; regulação e fiscalização na exposição a agrotóxicos; o uso racional, fracionamento e descarte de medicamentos, bem como maior fiscalização da disponibilidade do acesso a pesticidas e demais produtos químicos de uso doméstico; c) fortalecer e disseminar, em articulação com o Ministério da Educação (MEC), as ações, conteúdos, materiais do componente de promoção da saúde do Programa Saúde Na Escola (PSE) ou iniciativas já existentes de prevenção de violências e promoção da cultura da paz, prevenção do uso prejudicial de álcool e outras drogas, prevenção do suicídio e desenvolvimento de habilidades emocionais e sociais para estudantes, professores, demais profissionais da escola, familiares e comunidade; d) mapear, divulgar e fomentar iniciativas locais de vigilância, promoção da saúde e prevenção para enfrentamento do suicídio, inclusive no fortalecimento dos núcleos de prevenção de violências e promoção da saúde e das redes comunitárias, formais ou informais, especialmente nos municípios e grupos de municípios com alta concentração de suicídio buscando impacto na redução das tentativas e mortes; e) manter divulgação sobre o tema da prevenção do suicídio nas ações de comunicação durante todo o ano, com ênfase no mês de setembro, quando ocorre o setembro amarelo; f) promover comunicação de massa e material informativo para ampliar a compreensão sobre o fenômeno do suicídio e disseminar orientações para sua prevenção, incluindo materiais focados na diversidade sexual, identidade e igualdade racial e de gênero, evidenciando a interface entre discriminação e o fenômeno do suicídio; g) divulgação de materiais orientadores para a população em geral, profissionais de saúde e mídia; h) incentivar o debate da temática, inserção e divulgação de textos, relatos de boas práticas e artigos sobre o tema na Rede Humaniza SUS (RHS).

O documento, *Suicídio: informando para prevenir* (Associação Brasileira de Psiquiatria e Conselho Federal de Medicina, 2014), tem como público-alvo os profissionais de saúde, de todos os níveis de atenção e sociedade em geral. O objetivo da cartilha é a prevenção do suicídio, reconhecendo que o suicídio é tido como um tabu pela sociedade. É preciso lutar contra esse tabu, apontando os fatores de risco presentes, a fim de determinar medidas para reduzir tal risco e evitar o suicídio. O primeiro passo é a identificação dos indivíduos de risco por meio da avaliação clínica

periódica, considerando que o risco pode mudar rapidamente. É esclarecido que os médicos devem saber identificar e manejar toda gama de características que envolvem o comportamento suicida, já que a diminuição da morbidade (ideação e tentativa) deve levar à diminuição da mortalidade (suicídio). Esclarece como realizar uma abordagem segura do paciente em risco de suicídio. Indicações de como promover a qualidade de vida.

No documento *Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil* (Associação Brasileira de Psiquiatria *et al.*, 2014) o conteúdo informado é destinado a administração pública e a médicos psiquiatras, o objetivo é a proposição de um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil, no que tange a prevenção ao suicídio a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) propõe que uma estratégia nacional para a prevenção ao suicídio deva ter um programa especial que: a) promova a educação dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e do combate à psicofobia em relação a fatores de risco e prevenção ao comportamento suicida e b) que todos os pacientes atendidos pelo sistema de saúde após uma tentativa de suicídio, que já é de notificação obrigatória, sejam encaminhados para acompanhamento prioritário nos serviços especializados e atendidos nas primeiras 72 horas após o ocorrido por pelo menos, um médico psiquiatra;

É destacado que o controle da qualidade e da eficiência dos diversos serviços deve ser feito por intermédio de fiscalizações periódicas em todos os serviços, nos diversos níveis de assistência, com o mesmo rigor. A equipe de profissionais que trabalha no serviço avaliado deve acompanhar a avaliação para melhor esclarecer sobre o trabalho desenvolvido e suas peculiaridades. Ao final, a equipe avaliadora deve apresentar o relatório a todos os técnicos do serviço para que possam discutir e opinar, uma vez que o intuito deve ser o de preservar o bom atendimento sanando falhas e buscando sempre o aperfeiçoamento.

O documento *O suicídio e a automutilação tratados sob a perspectiva da família e do sentido da vida* (Brasil, 2019) tem como objetivo propor uma abordagem de prevenção por meio do apoio familiar. É ressaltado que grande parte das políticas públicas de enfrentamento ao suicídio e autolesão dá grande ênfase a aspectos psíquicos e de saúde física e mental dos pacientes, analisando, muitas vezes, a causa recente do fato. Embora não se negue a importância dessa abordagem, muitos

especialistas alertam para a especial relevância da busca pelo sentido da vida como elemento chave para o contorno da problemática. É fato que as ações públicas têm começado a se preocupar com essa perspectiva, planejando e promovendo ações de valorização da vida nas escolas e em alguns outros meios; no entanto, tais ações ainda são, de certa forma, incipientes, exigindo novas abordagens que garantam a integralidade e, portanto, a maior efetividade da política pública de prevenção.

Foram apontadas iniciativas ligadas às dimensões humanas que podem ser abordadas em termos políticas públicas: **dimensão social**: valorização da família; trabalho voluntário; facilitação de acesso ao trabalho; **dimensão espiritual**: parceria com instituições religiosas; dimensão biológica: promoção de ações esportivas; melhoria dos serviços de saúde; **dimensão psicológica**: criação de um observatório de dados de violência autoprovocada: o acesso a dados estatísticos, com diversos tipos de análises pode ser um grande aliado na definição de políticas públicas eficazes e efetivas. Um observatório que apoie as ações já realizadas e lance novas análises sobre os dados já existentes, pode ser um excelente instrumento de potencialização das políticas públicas.

Diversas são as ações que podem ser abordadas frente ao grande desafio de reduzir suicídio e automutilação no Brasil, mas em todas elas se faz indispensável o apoio familiar à vítima. É preciso de fato uma atuação junto às famílias com o fim de conscientizar da importância das ações dos pais com seus filhos, principalmente no que tange à saúde mental deles. As políticas públicas podem auxiliar as famílias no acesso a essas informações, como é o caso da facilitação do trabalho voluntário, proporcionando a elas meios de enfrentar as dificuldades e inclusive conhecendo meios que permitam o fortalecimento dos vínculos familiares.

No documento *Manual de orientação para gestores e professores* (São Paulo, 2019), o objetivo foi prestar orientações necessárias para a realização das atividades do Dia D, uma ação proposta pela Seduc-SP para conscientizar, promover discussões e refletir sobre a da valorização da vida e a prevenção ao suicídio na escola em que você atua. Cabe destacar que este material é um apoio, subsídio para o planejamento do Dia D na escola, sendo os temas de temas “Valorização da Vida” e “Prevenção ao Suicídio” trabalhados de forma contínua e articulados com o Currículo. A escola tem toda autonomia para planejar e desenvolver esse dia atentando-se para a comunidade escolar, sua realidade e necessidade. É imprescindível que toda a equipe escolar –

gestores, funcionários, professores e estudantes, converse sobre o assunto “Prevenção ao Suicídio” ao longo das atividades propostas para esse dia.

Objetivos do Dia D: desenvolver atividades de acolhimento, de sensibilização, de autoconhecimento e de percepção e respeito ao outro; Estimular o diálogo e a continuidade de ações sobre a da valorização da vida e a prevenção ao suicídio com um olhar mais humano e ameno. Ao final da ação, as escolas deverão apresentar um relatório sobre as atividades realizadas no Dia D.

Orientações de como preparar as atividades a serem realizadas no dia D, acompanhamento das atividades (jogos cooperativos, jogos de mesa, gincana), conversa e esclarecimento sobre o dia para os alunos, enfatizando que trata-se de um dia especial, quando a escola debate a valorização da vida de cada um e de todos, discussão da programação e apresentação de um vídeo, texto ou imagem que sensibilize os estudantes para o tema, estímulo à comunicação por desenhos, escrita ou falada com diferentes dinâmicas todas já propostas no documento.

Para verificar como as diretrizes de prevenção ao suicídio apresentadas se traduzem na realidade da Cidade de Marília foi feita uma pesquisa no site da Prefeitura, mas não foi possível localizar políticas públicas documentadas. Assim, no dia 29/11/2023 às 17h22 foi realizado um pedido de informação no site da Prefeitura de Marília por meio do Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão (e-Sic). Após a abertura de nº de protocolo 465/2023 e disponibilização de código para consulta nº 109.017.012.893.547.549, a tramitação do pedido se deu pelos órgãos públicos da Ouvidoria Geral do Município de Marília e a Secretaria Municipal da Saúde.

O pedido de informação na íntegra consta da seguinte maneira

Gostaria de solicitar todas as políticas públicas de prevenção ao suicídio que estão documentadas. Se não houver, peço esclarecimento de quais ações são empreendidas em nível de Marília para a população em geral e/ou grupos sociais específicos (como idosos, adolescentes, LGBT etc.). Caso tenha protocolos de encaminhamento em saúde mental também gostaria de mais esclarecimentos (Marília, 2023, p. 1)

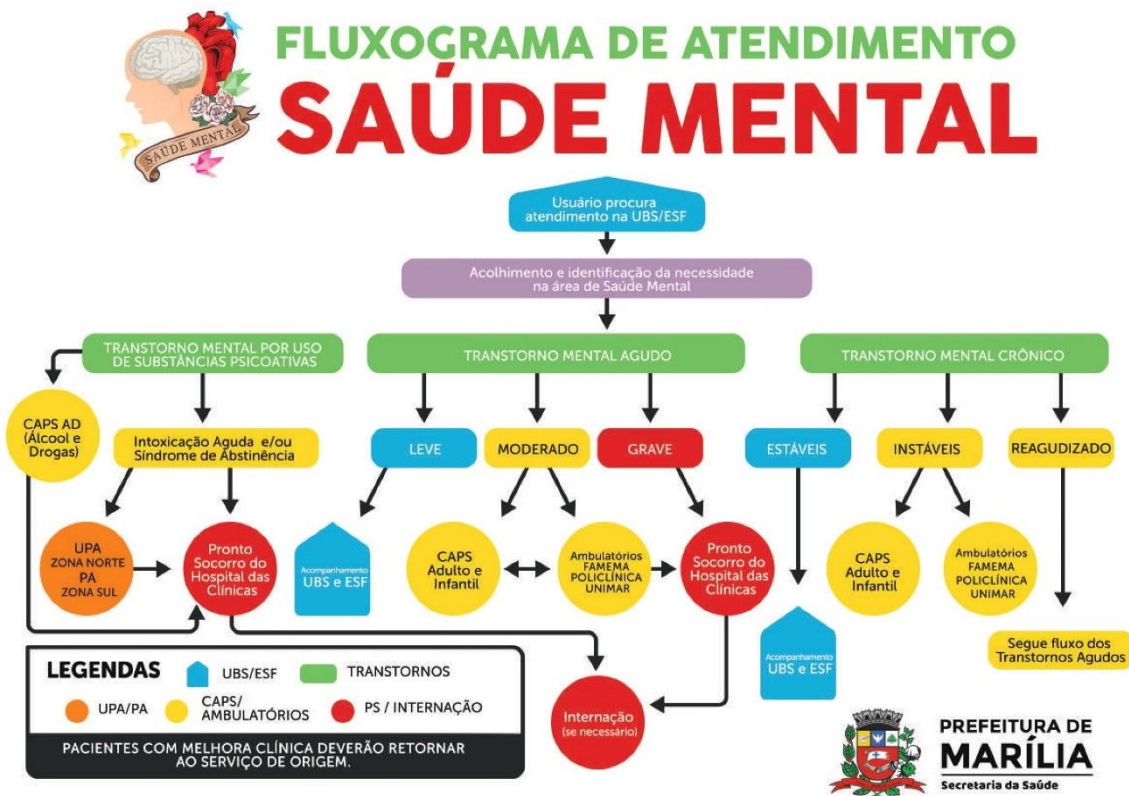
Esse pedido foi respondido no dia 22/12/2023 por Larissa Dantas Gregorio conforme segue

Informo que todas as unidades de saúde têm psicólogos de referência, devidamente capacitados para o manejo de comportamentos suicidas. Acrescento que os profissionais das equipes (recepcionistas, agentes comunitários, enfermeiras, técnicas de enfermagem, médicos) estão

orientados sobre o acolhimento adequado em casos de sofrimento mental. Além disso, são ofertadas capacitações mensais sobre o manejo de situações/agravos de saúde mental. Atualmente, os serviços de Saúde Mental do município são: Unidades de Saúde, Consultório na Rua (para pessoas em situação de rua), CAPS Adulto e CAPS infantil, Ambulatórios de Saúde Mental. Para urgências psiquiátricas, são indicados os serviços: UPA e PA, Pronto Socorro do Hospital das Clínicas - Psiquiatria. Segue em anexo, o fluxograma do município (Marília, 2023, p. 2-3).

O fluxograma de atendimento em saúde mental anexado ao pedido consta na Figura 1. Trata-se de protocolos de atendimento e encaminhamento de pessoas com transtorno mental.

Figura 1 - Fluxograma de atendimento em saúde mental



Fonte: Marília, 2023, p. 3.

Em complementaridade, em busca realizada no site da Prefeitura da Marília estão descritas as seguintes funções desempenhadas pela Secretária da Saúde de Marília

Órgão incumbido de buscar, continuamente, o aprimoramento do atendimento prestado, o melhor uso dos recursos disponíveis, a integração dos serviços sob sua gestão com os demais, quer estejam sob a gestão estadual ou sejam conveniados ao Sistema Único de

Saúde; através de políticas públicas que colaborem para a promoção, proteção e recuperação de saúde dos usuários, bem como participar dos processos de formação dos profissionais de saúde, zelando pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, visando à melhoria da qualidade de vida da população sob sua responsabilidade (Marília, 2024).

De modo geral, percebe-se que na Cidade de Marília ocorrem ações eventuais de prevenção ao suicídio durante a Campanha Setembro Amarelo, com a distribuição de panfletos, a decoração de espaços públicos, realização de palestras e afins. Efetivamente, não foram encontrados instrumentos normativos que abordam o conteúdo simbólico e concreto das decisões políticas dos poderes executivo e legislativo do município, no que concerne as políticas e ações de divulgação da informação sobre a temática da prevenção e posvenção do suicídio.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ambos os documentos analisados definiram objetivos, público-alvo, ambiência, atores, abordagem, precauções, fatores de risco de suicídio e fatores protetores etc. Por exemplo, como público alvo foram definidos: população em geral, estudantes, profissionais e usuários de serviços de saúde; como atores foram apontados: profissionais, órgãos governamentais, unidades de saúde e pais de crianças e adolescentes; como ambiência foram destacadas: as escolas, o fazer político, as unidades de saúde, os meios de comunicação e o núcleo familiar.

Contudo, somente no *Manual de orientação para gestores e professores* (São Paulo, 2019) que houve, efetivamente, a proposição de roteiro, reflexões e avaliação de forma específica. Para além da indicação genérica de atividades em grupo, por exemplo, foi indicada a operação de diferentes jogos, brincadeiras, dinâmicas e atividades, todas muito bem descritas e relacionadas, com objetivo de promover a integração, acolhimento, sensibilização, autoconhecimento, respeito ao outro etc. Esse documento permite que cada comunidade escolar da Capital do Estado de São Paulo tenha autonomia para planejar e desenvolver atividades voltadas a sua realidade com a devida direcionalidade.

Observou-se que, assim como consta no referencial teórico, os documentos analisados também demonstram que há maior número de suicídios entre pessoas do sexo masculino. Considerando que as habilidades para se comunicar são um fator de

proteção, é possível inferir que o machismo é um fator de risco aos homens, pois existe uma dificuldade para se expressar emoções e sentimentos.

Outro aspecto a ser indicado é a questão regionalização. Conforme as diretrizes da OMS nos manuais do programa SUPRE, é preciso adaptar as recomendações às condições locais. Assim, verificou-se que há carência de políticas públicas de informação voltadas à prevenção que relacionem as taxas de suicídio a questão da realidade local. Por exemplo, na Região Norte há altas taxas de suicídio, as quais podem estar relacionadas ao suicídio de indígenas.

Evidentemente, esses pressupostos precisam ser verificados por meio da realização de pesquisas científicas. No entanto, é nítido que faltam políticas públicas de informação que reconheçam as especificidades do suicídio, de modo a ser direcionada para públicos específicos, como adolescentes, homens, idosos, trabalhadores rurais, policiais, populações das etnias indígenas ou pessoas LBGT, sobretudo transsexuais e travestis, que sofrem demasiada violência.

Resumidamente, as ações de divulgação da informação voltadas à prevenção do suicídio propostas nos documentos foram as seguintes: a publicação de relatórios e materiais informativos sobre prevenção do suicídio, a divulgação de informações utilitárias sobre linhas de ajuda para situações de crise e emergência, qualificação de dados epidemiológicos para subsidiar a formulação de políticas e tomadas de decisão, maneiras de noticiar a ocorrência de um suicídio etc.

Vale destacar que, ainda que poucos documentos tenham sido analisados, considera-se que ambos refletem os esforços empreendidos para se pôr em debate o direito à saúde e à informação, bem como a questão do suicídio, da tentativa de suicídio e da automutilação e sua prevenção por meio da promoção da vida.

REFERÊNCIAS

- ALBERGARIA, B. Introdução ao estudo do direito. *In*: ALBERGARIA, B. **Instituições de direito**: para cursos de administração, ciências contábeis, economia, comércio exterior e ciências sociais: indicado para concursos públicos. São Paulo: Atlas, 2008. p. 3-13.
- ALVAREZ, A. O mundo fechado do suicídio: sentimentos. *In*: ALVAREZ, A. **O deus selvagem**: um estudo do suicídio. Tradução Sonia Moreira. São Paulo: Companhia das Letras, 1999. p. 127-144.
- ALVIM, M. B.; BOMBEN, E.; CARVALHO, N. Pode deixar que eu resolvo! Retroflexão e contemporaneidade. **Revista da Abordagem Gestáltica**, n. 16, v. 2, p. 183-188, jul./dez. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v16n2/v16n2a08.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2021.
- ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2007- . 2014-2023. ISSN 1983-7364. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/anuario-brasileiro-seguranca-publica/>. Acesso em: 4 nov. 2023.
- ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, ano 8, 2014. ISSN 1983-7364. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/storage/8_anuario_2014_20150309.pdf. Acesso em: 4 nov. 2023.
- ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, ano 9, 2015. ISSN 1983-7364. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/storage/9_anuario_2015.retificado_.pdf. Acesso em: 4 nov. 2023.
- ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, ano 10, 2016. ISSN 1983-7364. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/storage/10_anuario_site_18-11-2016-retificado.pdf. Acesso em: 4 nov. 2023.
- ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, ano 11, 2017. ISSN 1983-7364. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/01/ANUARIO_11_2017.pdf. Acesso em: 4 nov. 2023.
- ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, ano 12, 2018. ISSN 1983-7364. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/anuario-12/>. Acesso em: 4 nov. 2023.
- ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, ano 13, 2019. ISSN 1983-7364. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/anuario-13/>. Acesso em: 4 nov. 2023.

ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, ano 14, 2020. ISSN 1983-7364. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/anuario-14/>. Acesso em: 4 nov. 2023.

ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, ano 15, 2021. ISSN 1983-7364. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/anuario-15/>. Acesso em: 4 nov. 2023.

ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, ano 16, 2022. ISSN 1983-7364. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/anuario-16/>. Acesso em: 4 nov. 2023.

ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, ano 17, 2023. ISSN 1983-7364. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2023.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Suicídio**: informando para prevenir. Rio de Janeiro: ABP; Brasília: CFM, 2014. 52 p. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index9/?numero=14>. Acesso em: 27 jul. 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA *et al.* **Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro: ABP, 2014. 35 p. Disponível em: http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf. Acesso em: 28 jul. 2020.

AUN, M. P. A construção de políticas nacional e supranacional de informação: desafio para os Estados nacionais e blocos regionais. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 28, n. 2, p. 115-123, maio 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ci/a/8NzCHdQ9ct8Lhd7Zb5ZnQ9J/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 8 dez. 2023.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 118 p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2023.

BERTOLETE, J. M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Editora Unesp, 2012. 137 p. (Coleção saúde e cidadania).

BOTEGA, N. J. et al. Prevenção do comportamento suicida. **Psico**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, p. 213-220, set./dez. 2006. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1442/1130>. Acesso em: 22 nov. 2021.

BRASIL. Controladoria Geral da União. **Acesso à informação pública**: uma introdução à Lei 12.527, de 18 de novembro de 2011. Brasília: CGU, 2011. 24 p. Disponível em: <https://www.gov.br/acessoainformacao/pt-br/central-de->

conteudo/publicacoes/arquivos/cartilhaacessoainformacao-1.pdf. Acesso em: 14 out. 2021.

BRASIL. Senado Federal. **Direitos Humanos**: atos internacionais e normas correlatas. 4. ed. Brasília: Senado Federal, 2013. 441 p. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/508144>. Acesso em: 27 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil 2017 a 2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 34 p. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/17-0522-cartilha---Agenda-Estrategica-publicada.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui diretrizes nacionais para prevenção do suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 156, p. 65, 15 ago. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Tabnet. **Óbitos por suicídio por sexo e regiões brasileiras, em ordem decrescente, no período 2012–2021**. Brasília: Ministério da Saúde, [2023a]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 22 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Tabnet. **Óbitos por suicídio por regiões brasileiras e cor ou raça, em ordem decrescente, no período 2012–2021**. Brasília: Ministério da Saúde, [2023b]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>. Acesso em: 3 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Tabnet. **Óbitos por suicídio por sexo e unidades da federação brasileira, em ordem decrescente, no período 2012–2021**. Brasília: Ministério da Saúde, [2023c]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 26 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Tabnet. **Óbitos por suicídio dos gêneros feminino e masculino no município de Marília, Estado de São Paulo, de 1997 a 2018**. Brasília: Ministério da Saúde, [2023d]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/>. Acesso em: 26 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade. **Óbitos por suicídio dos gêneros feminino e masculino no município de Marília, Estado de São Paulo, segundo a faixa etária dos indivíduos de 2012 a 2021**. Brasília, DF: Ministério da

Saúde, [2023e]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/>. Acesso em: 26 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **O suicídio e a automutilação tratados sob a perspectiva da família e do sentido da vida**. Brasília: MMFDH, 2019. 39 p. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2019/01/20190104-Manual-de-estudos-de-Preven%C3%A7%C3%A3o-do-Suicidio-MDHMC.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas constitucionais n.os 1/1991 e 110/2021, pelo Decreto legislativo n. 186/2008 e pelas Emendas constitucionais de revisão n.ºs 1 e 6/1994. 57 ed. Brasília: Câmara dos Deputados, 2021. (Série Legislação, 1). 192 p.

Disponível em:

https://bd.camara.leg.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/15261/constitui%C3%A7ao_federal_57ed.epub?sequence=207&isAllowed=y. Acesso em: 29 out. 2021.

CAPEZ, F. **Curso de direito penal**: parte especial: arts. 122 a 212. 19. ed. São Paulo: Saraiva, 2019. v. 2. *E-book*.

CARVALHO, R. V. A. O positivismo de Émile Durkheim. **Revista de Ciências Sociais**, Fortaleza, v.9, n. 1/2, p. 57-82, 1978. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/10542/1/1978_art_rvacarvalho.pdf. Acesso em 22. nov. 2023.

COMPARATO, F. K. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 5. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2007. 577 p.

CONFLITO. *In*: CABRAL, A.; NICK, E. **Dicionário técnico de psicologia**. 14. ed. rev. e ampl. São Paulo: Editora Cultrix, 2006. p. 68.

CORREIA, C M. *et al.* Sinais de risco para o suicídio em mulheres com história de violência doméstica. **SMAD: Revista Eletrônica: Saúde Mental, Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 219-225, out./dez. 2018. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762018000400005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 out. 2023.

COUTINHO, A. H. S. A. Suicídio e laço social. **Reverso**, Belo Horizonte, ano 32, n. 59, p. 61-70, jun. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/reverso/v32n59/v32n59a08.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2023.

CUNHA, A. G. **Dicionário etimológico da língua portuguesa**. 4. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Lexikon Editora Digital, 2010. p. 150. *E-book*.

DELMAS, B. Arquivos servem para quê? *In*: DELMAS, B. **Arquivos para quê?** Textos escolhidos. Tradução Danielle Ardaillon. São Paulo: Instituto Fernando Henrique Cardoso, 2010. p. 17-53.

DING, K. *et al.* Mental Health among adults during the COVID-19 Pandemic Lockdown: a cross-sectional multi-country comparison. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S.l.], v. 18, n. 5: 2628, p. 01-16, Mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18052686>. Acesso em: 28 nov. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. (org.). **Prevenção do suicídio: um manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 74 p. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf. Acesso em: 27 jul. 2020.

DORIN, L. **Dicionário de psicologia**. Curitiba: Juruá Editora, 2014. 719 p.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 4. ed. Curitiba: Editora Positivo, 2009. xxxix, 2120 p.

FORTES, P. A. C.; MUÑOZ, D. R. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. *In*: COSTA, S. I. F.; GARRAFA, V.; OSELKA, G. **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 53-70.

FREIRE, G. H. A. Construção participativa de instrumento de política pública para gestão e acesso à informação. **Perspectivas Em Ciência Da Informação**, Belo Horizonte, v. 13, n.3, p. 195-207, set./dez. 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/pci/article/view/23564/19028>. Acesso em: 8 dez. 2023.

FREITAS, L. V. O ser humano: entre a vida e a morte: visão da psicologia analítica. *In*: KOVÁCS, M. J. (coord.). **Morte e desenvolvimento humano**. 5. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015. p. 114-143.

FURLAN, L. V; CORRÊA, A. S.; CEZAR, M. M. Transtornos de ansiedade e fatores de risco de suicídio: uma revisão sistemática. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 14, n. 2, p. 102-118, jul./dez. 2022. Disponível em: <https://seer.atitus.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/4538>. Acesso em: 12 out. 2023.

FUKUMITSU, K. O. et al. Posvenção: uma nova perspectiva para o suicídio. **Revista Brasileira de Psicologia**, Salvador, v. 2, n. 2, p. 48-60, jun. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revbraspsicol/issue/view/1840/457>. Acesso em: 29 out. 2021.

FUKUMITSU, K. O. Facetas da autodestruição: suicídio, adoecimento autoimune e automutação. *In*: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (org.). **Quadros clínicos disfuncionais e Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus Editorial, 2017. p. 75-91. (Gestalt-terapia: fundamentos e práticas, 5).

FUKUMITSU, K. O. Suicídio, luto e posvenção. *In*: FUKUMITSU, K. O. (org.) **Vida, morte e luto**: atualidades brasileiras. São Paulo: Summus Editorial, 2018a. p. 216-231.

FUKUMITSU, K. O. Suicídio: do desalojamento do ser ao desertor de si mesmo. **Revista USP**, São Paulo, n. 119, p. 103-114, nov. 2018b. Disponível em: <https://jornal.usp.br/revistausp/revista-usp-119-textos-7-suicidio-do-desalojamento-do-ser-ao-desertor-de-si-mesmo/>. Acesso em: 29 out. 2021.

FUKUMITSU, K. O.; KOVÁCS, M. J. Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio. **Psico**, Porto Alegre, n. 47, v. 1, p. 3-12 nov. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psico/v47n1/02.pdf>. Acesso em: 29 out. 2021.

FUKUMITSU, K. O.; SCAVACINI, K. Suicídio e manejo psicoterapêutico em situações de crise: um a abordagem gestáltica. **Revista da Abordagem Gestáltica: phenomenological studies**, Goiânia, v. 9, n. 2, p. 198-204, jul./dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v19n2/v19n2a07.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2021.

FUKUMITSU, K.; VALE, L. A. **Processos autodestrutivos**: por que permitirmos nos machucar? São Paulo: Edições Loyola, 2020. 54 p. (Coleção adolecer sem adoecer: conversas entre uma psicóloga e um padre, 2).

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 114 p. (Série Educação à Distância).

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2002. 175 p.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008. 200 p.

GINGER, S.; GINGER, A. **Gestalt**: uma terapia do contato. 5. ed. Tradução Sonia de Souza Rangel. São Paulo: Summus Editorial, 1995. 270 p.

GONZÁLEZ DE GOMEZ, M. N. Novos cenários políticos para a informação. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 31, n. 1, p. 27-40, jan./abr. 2002. Disponível em: <https://revista.ibict.br/ciinf/article/view/975/1013>. Acesso em: 8 dez. 2023.

GUERRA, F.; MASSENSINI, R. L. Políticas de informação em tempos de governo eletrônico: um estudo preliminar sobre a governança informacional no estado de Minas Gerais. **InCID: Revista de Ciência da Informação e Documentação**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, p. 105-124, jan./jun. 2012. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/incid/article/view/42373/46044>. Acesso em: 8 dez. 2023.

HILLMAN, J. **Suicídio e alma**. Tradução Sonia Maria Caiuby Labate. Petrópolis: Editora Vozes, 2021. 223 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama do Censo 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023a. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama>. Acesso em: 3 dezembro de 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua**: características gerais dos domicílios e dos moradores 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2023b. [15] p. ISBN 978-85-240-4569-1. Trimestral. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102004_informativo.pdf. Acesso em 3 dezembro 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022**: indígenas: primeiros resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2023c. 193 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102018.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2023.

ISIDRO, P. S. J. **Dicionário grego-português e português-grego**. 8 ed. Braga: Livraria Apostolado da Imprensa, 1998. 1054 p.

JOHNSON, A. G. **Dicionário de sociologia**: guia prático da linguagem sociológica. Tradução Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Zahar, 1997. *E-book*.

JULIANO, J. C. Apresentação da gestalt-terapia. *In*: D'ACRI, G.; LIMA, L.; ORGLER, S. **Dicionário de Gestalt-terapia: gestaltês**. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Summus Editorial, 2012. p. 13-14.

KOCH, D. B.; OLIVEIRA, P. R. M. As políticas públicas para prevenção de suicídios. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, Itajaí, v. 2, n. 2, p. 161-172, set. 2015. Disponível em: <https://periodicos.univali.br/index.php/rbts/article/view/9226/5132>. Acesso em 02 nov. 2023.

LAMAS, T. A. As dimensões políticas da biblioteconomia no Brasil. *In*: SPUDEIT, D; PEREIRA, D. B.; LOBÃO, I. S. L.; DAVID, J. G. (org.). **Formação e atuação política na Biblioteconomia**. São Paulo: ABECIN Editora, 2018. p. 23-53.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2010. 297 p.

MARÍLIA (SP). Secretaria Municipal da Saúde. **Resposta ao pedido de informação realizado no site da Prefeitura de Marília por meio do e-Sic, com abertura de nº de protocolo 465/2023 e código para consulta nº 109.017.012.893.547.549**. Marília: Prefeitura de Marília, 2023. 3 p. Disponível em: <https://marilia.1doc.com.br/b.php?pg=wp/wp&ss=2&consulta=1&itd=7&origem=email&codigo=109017012893547549&s=marilia>. Acesso em: 20 jan. 2023.

MARÍLIA (SP). **Secretarias/Departamentos**: Saúde. Marília: Prefeitura de Marília, 2024. Disponível em: <https://www.marilia.sp.gov.br/portal/secretarias/7/saude>. Acesso em: 26 jan. 2024.

MARQUETTI, F. C.; KAWAUCHI, K. T.; PLEFFKEN, C. O. O suicídio, interditos, tabus e consequências nas estratégias de prevenção. **Revista Brasileira de Psicologia**, Salvador, n. 2, v. 1, p. 29-40, jun. 2015. Disponível em:

<https://periodicos.ufba.br/index.php/revbraspsicol/issue/view/1839/441>. Acesso em: 29 out. 2021.

MARQUETTI, F. C.; LEITE, P. M. T. Intervenção na crise suicida: silenciar determinantes ou produzir sentidos e ações na ruptura. *In*: FUKUMITSU, K. O. (org.). **Vida, morte e luto: atualidades brasileiras**. São Paulo: Summus Editorial, 2018. p. 155-165.

MARQUETTI, F. C.; KAWAUCHI, K. T.; PLEFFKEN, C. O. O suicídio, interditos, tabus e consequências nas estratégias de prevenção. **Revista Brasileira de Psicologia**, Salvador, n. 2, v. 1, p. 29-40, jun. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revbraspsicol/issue/view/1839/441>. Acesso em: 29 out. 2021.

MARQUETTI, F. C.; MILEK, G. Percurso suicida: observação e análise de alterações no cotidiano do indivíduo com tentativas de suicídio. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 18-26, jan./abr. 2014. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/64664/87286>. Acesso em: 20 jul. 2020.

MARTINS NETO, J. P.; THOMASELLI, B. L. M. Do estado de direito ao estado de justiça. **Sequência: estudos jurídicos e políticos**, Florianópolis, v. 34, n. 67, p. 309-334, dez. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/sequencia/article/view/2177-7055.2013v34n67p309/25853>. Acesso em: 2 maio 2019.

MAZUCATO, T. A elaboração do pré-projeto. *In*: MAZUCATO, T. (org.) **Metodologia da Pesquisa e do Trabalho Científico**. Penápolis: Funep, 2018. p. 39-44.

MINOIS, G. Epílogo: da revolução ao século XX, ou do livre debate ao silêncio. *In*: MINOIS, G. **História do suicídio: a sociedade ocidental diante da morte voluntária**. Tradução Fernando Santos. São Paulo: Editora Unesp, 2018. p. 377-405.

MELEIRO, A. M. A. S.; CORREA, H. Suicídio. *In*: MELEIRO, A. M. A. S. (coord.). **Psiquiatria: estudos fundamentais**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. 791 p. *Ebook*.

MORAES, I. H. S.; SANTOS, S. R. F. R. Informação em saúde: os desafios continuam. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 37-51, jan./jun. 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231998000100037&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 abr. 2019.

NOCK, M. K. Self-Injury. **Annual Review of Clinical Psychology**, [s.l.], v. 6, p. 339-363, Apr. 2010. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>. Acesso em: 27 ago. 2023.

NUNES, E. D. O Suicídio: reavaliando um clássico da literatura sociológica do século XIX. **Debate: Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 1, p. 7-18, jan./mar. 1998.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/vQRZw3y6ZwvqXf9Bq9NCqdC/?format=pdf&lang=pt>.
Acesso em: 26 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed Editora, 1993. 351 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Departamento de Saúde Mental, Transtornos Mentais e Comportamentais. **Prevenção do suicídio**: manual para professores e educadores. Genebra: OMS, 2000a. 29 p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66801/5/WHO_MNH_MBD_00.3_por.pdf. Acesso em: 28 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Departamento de Saúde Mental, Transtornos Mentais e Comportamentais. **Prevenção do suicídio**: um manual para profissionais da mídia. Genebra: OMS, 2000b. [9] p. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf. Acesso em: 27 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Departamento de Saúde Mental, Transtornos Mentais e Comportamentais. **Prevenção do suicídio**: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra: OMS, 2000c. 22 p. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf. Acesso em: 27 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Departamento de Saúde Mental, Transtornos Mentais e Comportamentais. **Prevenção do suicídio**: um manual para médicos clínicos gerais. Tradução Juliano dos Santos Souza e Neury Jose Botega. Genebra: OMS, 2000d. [16] p. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/OMS-Manual-de-preven%C3%A7%C3%A3o-do-suic%C3%ADdio-para-cl%C3%ADnicos-gerais.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Departamento de Saúde Mental, Transtornos Mentais e Comportamentais. **Relatório mundial da saúde**: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2002. 207 p. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf?ua=1. Acesso em: 27 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Departamento de saúde mental e de abuso de substâncias. **Prevenção do suicídio**: um recurso para conselheiros. Genebra: OMS, 2006. [27] p. (Recursos, 7). Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf. Acesso em: 28 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa sobre Covid-19**: histórico da pandemia de Covid-19. [Brasília]: OMS; OPAS, [2023a]. Disponível em:

<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em 3 dez. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19**. [Brasília]: OMS; OPAS, [2023b]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em 3 dez. 2023.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. **O cidadão como parceiro: manual da OCDE sobre informação, consulta e participação na formulação de políticas públicas**. Tradução Maria Emília Soares Mendes. Brasília, DF: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2002. 124 p.

PAIVA, E.; FREITAS, E. Informações para as políticas públicas: o potencial do DataViva. *In*: MENDES, G.; PAIVA, P. (org.). **Políticas públicas no Brasil: uma abordagem institucional**. São Paulo: Saraiva, 2017. E-book. p. 185-200.

PERLS, F. S. **Escarafunchando Fritz: dentro e fora da lata de lixo**. 4. ed. Tradução George Schlesinger. São Paulo: Summus Editorial, 1979. 250 p. (Novas buscas em psicoterapia, 7).

PERLS, F. S. **A abordagem gestáltica e testemunha ocular da terapia**. [Tradução José Sans]. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, c1988. 210 p.

PERLS, F. S. **Ego, fome e agressão: uma revisão da teoria e do método de Freud**. Tradução Georges D. J. Bloc Boris. São Paulo: Summus Editorial, 2002. 375 p.

PERLS, F. S.; HEFFERLINE, R.; GOODMAN, P. **Gestalt-terapia**. Tradução Fernando Rosa Ribeiro. 3. ed. São Paulo: Summus Editorial, 1997. 266 p.

PREVENÇÃO. *In*: BORBA, F. S. **Dicionário UNESP do português contemporâneo**. São Paulo: Editora UNESP, 2004. p. 1119.

POLÍTICUS. *In*: FARIA, E. (org.) **Dicionário escolar latino-português**. 3 ed. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Cultura, 1962. p. 763.

ROCHA, G. M. A. Condutas autolesivas: uma leitura pela Teoria do Apego. **Revista Brasileira de Psicologia**, Salvador, v. 02, n. 01, p. 62-70, jun. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revbraspsicol/issue/view/1839/444>. Acesso em: 22 nov. 2021.

RODRIGUES, M. A. **Políticas públicas**. São Paulo: Publifolha, 2013. 92 p. (Folha explica, 84).

RODRIGUES, J. C. Semantização do absurdo: entre dois mundos. *In*: RODRIGUES, J. C. **Tabu da morte**. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2006. p. 25-37. (Coleção Antropologia e Saúde).

ROTHSCHILD, D.; CALAZANS, R. A. O ser humano: entre a vida e a morte: visão da psicologia analítica. *In*: KOVÁCS, M. J. (coord.). **Morte e desenvolvimento humano**. 5. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015. p. 145-152.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. Medicina psiquiátrica de emergência: suicídio. *In*: SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. Tradutor Marcelo de Abreu Almeida *et al.* 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. *E-book*.

SANTOS, R. N. M. D.; FREIRE, I. M. Sobre políticas públicas e políticas de informação. **Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação e Biblioteconomia**, João Pessoa, v. 15, n. 3, p. 131-145, set. 2020. Disponível em: <https://www.pbcib.com/index.php/pbcib/article/view/55286>. Acesso em: 8 dez. 2023.

SAMUELSSON, M. *et al.* Suicidal feelings and work environment in psychiatric nursing personnel. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, [Berlin], v. 32, n. 7, p. 391-397, Oct. 1997. Available in: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00788179>. Acesso em: 12. Access in: 12 Oct. 2023.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Educação. **Manual de orientação para gestores e professores**. São Paulo: SEDUC, 2019. [24] p. Disponível em: http://www.escoladeformacao.sp.gov.br/portais/Portals/84/docs/pdf/Orienta%C3%A7%C3%B5es%20Dia%20D%20na%20Escola%2009set19_20190905.pdf. Acesso em: 28 jul. 2020.

SECCHI, L.; COELHO, F. S.; PIRES, V. **Políticas Públicas: conceitos, casos práticos, questões de concursos**. 3 ed. São Paulo: Cengage, 2019. *E-book*. 250 p.

SILVA, V. P. **Políticas públicas: conformação e efetivação de direitos**. Indaiatuba: Editora Foco, 2022. *E-book*. [6 p.].

SILVA, J. L. C. Perspectivas sociais em Biblioteconomia: percepções e aplicações. *In*: SPUDEIT, D.; MORAES, M. (org.). **Biblioteconomia social: epistemologia transgressora para o século XXI**. São Paulo: ABECIN Editora, 2018. p. 25-47.

SUICÍDIO. *In*: GUIMARÃES, D. T. (org.). **Dicionário jurídico**. 23. ed. atual. São Paulo: Rideel, 2019. p. 225.

SUICÍDIO. *In*: GUIMARÃES, D. T. (org.). **Dicionário de termos técnicos de saúde**. 5. ed. rev. atual. São Paulo: Rideel, 2014. p. 404.

SUICÍDIO. *In*: REY, L. **Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 837.

SUICÍDIO. *In*: SIDOU, J. M. (org.). **Dicionário jurídico: Academia Brasileira de Letras Jurídicas**. 11. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2016. p. 594.

TENÓRIO, C. M. D. As psicopatologias como distúrbios das funções do self: uma construção teórica na abordagem gestáltica. **Revista da Abordagem Gestáltica**:

phenomenological studies, Goiânia, v. 18, n. 2, p. 216-223, jul./dez. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v18n2/v18n2a13.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2021.

TRIGUEIRO, A. **Viver é a melhor opção**: a prevenção do suicídio no Brasil e no mundo. 6 ed. São Bernardo do Campo: Editora Espírita Correio Fraterno, 2020. 198 p.

VALENTIM, M. L. P. A importância da atuação política do profissional da informação. *In*: SPUDEIT, D; PEREIRA, D. B.; LOBÃO, I. S. L.; DAVID, J. G. (org.). **Formação e atuação política na Biblioteconomia**. São Paulo: ABECIN Editora, 2018. p. 55-73.

VALENTIM, M. L. P. Formação: competências e habilidades do profissional da informação. *In*: VALENTIM, M. L. P. (org.). **Formação do profissional da informação**. São Paulo: Editora Polis, 2002. p. 117-132.

VIEIRA, S. **Como escrever uma tese**. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008. 138 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide**: a global imperative. Geneva: WHO, 2014. 92 p. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 5 dez. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide worldwide in 2019**: global health estimates. Geneva: WHO, 2021. 28 p. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 5 dez. 2023.

ZINKER, J. **Processo criativo em Gestalt-terapia**. Tradução Maria Silva Mourão Neto. São Paulo: Summus Editorial, 2007. 304 p.

ANEXO A – Resposta ao pedido de informação realizado ao e-SIC no site da Prefeitura de Marília

26/01/2024, 10:39

Prefeitura Municipal de Marília | 1Doc



Pedido de e-SIC 465/2023

Situação em 26/01/2024 10:26: Finalizado | Código nº 109.017.012.893.547.549



Ninive Elisabete Ferreira Dos Santos
(via WEB)

Para

OUVGM - Ouvidori...

OUVGM - Ouvidoria Geral do Município

Em 29/11/2023 às 17:22

Documento público

Gostaria de solicitar todas as políticas públicas de prevenção ao suicídio que estão documentadas. Se não houver, peço esclarecimentos de quais ações são empreendidas a nível de Marília para a população em geral e/ou grupos sociais específicos (como idosos, adolescentes, LGBT etc.). Caso tenha protocolos de encaminhamento em saúde mental também gostaria de mais esclarecimentos.

Transparência — Quem já visualizou

Larissa Dantas Gregorio - Assistente Administrativo	.PMM » CGM » OUVGM	13/12/2023 às 11:43
Camila de Andrade Alcalde - Enfermeira	SS » SS-ATE » SS-ATE-MENTAL	13/12/2023 às 08:33
Mariclaudia Damaceno Ribeiro - Assistente Administrativo	.PMM » CGM » OUVGM » OUVGM-SS SUS	11/12/2023 às 14:30
Mariclaudia Damaceno Ribeiro - Assistente Administrativo	ESIC » ESIC-SS	05/12/2023 às 12:52
Miriam Jakeline Alves - Ouvidora Geral do Município	.PMM » CGM » OUVGM	30/11/2023 às 14:39
Consulta externa por código		30/11/2023 às 11:53
Isabella Genes Ortelan - Assistente Administrativa	.PMM » CGM » OUVGM	30/11/2023 às 08:01
Ninive Elisabete Ferreira Dos Santos		29/11/2023 às 17:24

Despacho 1-465/2023







30/11/2023 às 14:42

Encaminhado

Tramitação

26/01/2024, 10:39

Prefeitura Municipal de Marília | 1Doc

 .PMM » CGM » OUVGM Miriam Jakeline Alves - Ouvidora Geral do Município  ESIC » ESIC-SS	
Despacho 2-465/2023 05/12/2023 às 12:53 Encaminhado  ESIC » ESIC-SS Mariclaudia Damaceno Ribeiro - Assistente Administrativo  SS » SS-ATE » SS-ATE-MENTAL	Tramitação
Despacho 3-465/2023 13/12/2023 às 08:41 Respondido  SS » SS-ATE » SS-ATE-MENTAL Camila de Andrade Alcade - Enfermeira  ESIC » ESIC-SS	Tramitação
Despacho 4-465/2023 13/12/2023 às 11:28 Respondido Ninive Elisabete Ferreira Dos Santos  Envolvidos	Última movimentação consta como respondido, mas não tive nenhum retorno até o momento presente.
Despacho 5-465/2023 22/12/2023 às 16:30 Respondido	Em resposta ao Pedido de e-SIC nº465/2023, a Secretaria da Saúde informa que: "Informo que todas as unidades de saúde têm psicólogos de referência, devidamente capacitados para o manejo de comportamentos suicidas. Acrescento que os profissionais das equipes (receptionistas, agentes

26/01/2024, 10:39

Prefeitura Municipal de Marília | 1Doc



.PMM » CGM »

OUVGM

Larissa Dantas

Gregorio -

Assistente

Administrativo



Ninive Elisabete

Ferreira Dos

Santos

comunitários, enfermeiras, técnicas de enfermagem, médicos) estão orientados sobre o acolhimento adequado em casos de sofrimento mental. Além disto, são ofertadas capacitações mensais sobre o manejo de situações/agravos de saúde mental.

Atualmente, os serviços de Saúde Mental do município são:

Unidades de Saúde, Consultório na Rua (para pessoas em situação de rua), CAPS Adulto e CAPS infantil, Ambulatórios de Saúde Mental.

Para urgências psiquiátricas, são indicados os serviços: UPA e PA, Pronto Socorro do Hospital das Clínicas - Psiquiatria.

Segue em anexo, o fluxograma do município."

...

[Fluxograma_Saude_Mental.pdf](#) (223,58 KB)

0 downloads

Situação atual: Finalizado

1Doc • Comunicação Interna, Atendimento, Documentos e Tarefas • www.1doc.com.br[« Voltar - Central de Atendimento](#)
