



GUIA DE IMPLEMENTAÇÃO PARA A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NOS PAÍSES

OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Região das Américas

VIVER A VIDA

Guia de implementação para a
prevenção do suicídio nos países

OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde

Região das Américas

Versão oficial em português da obra original em inglês
Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries
© Organização Mundial da Saúde, 2021
ISBN: 978-92-4-002662-9 (versão eletrônica)

Viver a vida. Guia de implementação para a prevenção do suicídio nos países

ISBN: 978-92-75-72424-8 (PDF)

ISBN: 978-92-75-72423-1 (versão impressa)

© **Organização Pan-Americana da Saúde, 2024**

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível nos termos da licença Atribuição-NãoComercial-Compartilhável 3.0 Organizações Intergovernamentais da Creative Commons ([CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)).



De acordo com os termos da licença, é permitido copiar, redistribuir e adaptar a obra para fins não comerciais, desde que se utilize a mesma licença ou uma licença equivalente da Creative Commons e que ela seja citada corretamente, conforme indicado abaixo. Nenhuma utilização desta obra deve dar a entender que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) endossa uma determinada organização, produto ou serviço. Não é permitido utilizar o logotipo da OPAS.

Adaptações: em caso de adaptação da obra, deve-se acrescentar, juntamente com a forma de citação sugerida, o seguinte aviso legal: “Esta publicação é uma adaptação de uma obra original da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). As opiniões expressas nesta adaptação são de responsabilidade exclusiva dos autores e não representam necessariamente a posição da OPAS”.

Traduções: em caso de tradução da obra, deve-se acrescentar, juntamente com a forma de citação sugerida, o seguinte aviso legal: “Esta publicação não é uma obra original da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A OPAS não assume nenhuma responsabilidade pelo conteúdo nem pela exatidão da tradução”.

Citação sugerida: Organização Pan-Americana da Saúde. *Viver a vida. Guia de implementação para a prevenção do suicídio nos países*. Brasília, D.F.; 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275724248>.

Dados da catalogação: podem ser consultados em: <http://iris.paho.org>.

Vendas, direitos e licenças: para adquirir publicações da OPAS, entrar em contato com sales@paho.org. Para solicitações de uso comercial e consultas sobre direitos e licenças, ver www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias.

Materiais de terceiros: caso um usuário deseje reutilizar material contido nesta obra que seja de propriedade de terceiros, como tabelas, figuras ou imagens, cabe a ele determinar se necessita de autorização para tal reutilização e obter a autorização do detentor dos direitos autorais. O risco de ações de indenização decorrentes da violação de direitos autorais pelo uso de material pertencente a terceiros recai exclusivamente sobre o usuário.

Avisos legais gerais: as denominações utilizadas nesta publicação e a forma como os dados são apresentados não implicam nenhum juízo, por parte da OPAS, com respeito à condição jurídica de países, territórios, cidades ou zonas ou de suas autoridades nem com relação ao traçado de suas fronteiras ou limites. As linhas tracejadas nos mapas representam fronteiras aproximadas sobre as quais pode não haver total concordância.

A menção a determinadas empresas comerciais ou aos nomes comerciais de certos produtos não implica que sejam endossados ou recomendados pela OPAS em detrimento de outros de natureza semelhante. Salvo erro ou omissão, nomes de produtos patenteados são grafados com inicial maiúscula.

A OPAS adotou todas as precauções razoáveis para confirmar as informações constantes desta publicação. Contudo, o material publicado é distribuído sem nenhum tipo de garantia, expressa ou implícita. O leitor é responsável pela interpretação do material e seu uso; a OPAS não poderá ser responsabilizada, de forma alguma, por qualquer prejuízo causado por sua utilização.

BRA/NMH/2024

SUMÁRIO

Prefácio	vii
Agradecimentos	viii
Resumo executivo	x
Introdução	1
PARTE A. PILARES FUNDAMENTAIS DO VIVER A VIDA	6
Análise da situação	7
Colaboração multissetorial	13
Conscientização e defesa da causa	25
Capacitação	32
Financiamento	39
Vigilância	45
Monitoramento e avaliação	53
PARTE B. VIVER A VIDA: INTERVENÇÕES ESSENCIAIS EFICAZES PARA A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO	57
Restringir o acesso aos meios de suicídio	58
Interagir com a mídia para a divulgação responsável do suicídio	64
Desenvolver habilidades socioemocionais para a vida dos adolescentes	70
Agir para identificar precocemente, avaliar, orientar e acompanhar qualquer pessoa afetada por comportamentos suicidas	75
Anexo 1. Setores e partes interessadas na prevenção do suicídio	81
Anexo 2. Outros exemplos de países	82
Anexo 3. Estrutura de indicadores do VIVER A VIDA	104
Anexo 4. Recursos	110
Referências	120

QUADROS

Quadro 1 – Formação de um comitê gestor e de grupos de trabalho	3
Quadro 2 – Prevenção do suicídio em situações emergenciais	4
Quadro 3 – Uma análise da situação de prevenção do suicídio (República Tcheca)	10
Quadro 4 – Estudo nacional sobre o suicídio (Namíbia)	11
Quadro 5 – Descriminalização do suicídio (Irlanda)	14
Quadro 6 – A influência das circunstâncias nos esforços multissetoriais para prevenir o suicídio (Suriname)	14
Quadro 7 – Integração da prevenção do suicídio na política de saúde mental e abuso de substâncias (Líbano)	15
Quadro 8 – Adaptações ao contexto e aos grupos populacionais prioritários locais	17
Quadro 9 – Como o governo viabilizou a cooperação multissetorial (Butão)	18
Quadro 10 – Formando parcerias público-privadas (Estados Unidos da América)	19
Quadro 11 – A influência no mais alto nível (Austrália)	20
Quadro 12 – Inclusão de pessoas com experiência direta	20
Quadro 13 – Salvando vidas, a comunidade no papel de líder (Índia)	22
Quadro 14 – Força-tarefa presidencial para a prevenção do suicídio (Sri Lanka)	23
Quadro 15 – A conscientização cria demanda por serviços (Quênia)	26
Quadro 16 – Mês nacional da conscientização sobre o suicídio (Japão)	26
Quadro 17 – See Me: combatendo o estigma (Escócia)	27
Quadro 18 – Defensores determinados e comprometidos (Estados Unidos da América)	28
Quadro 19 – Transformando a dor em ação contra o suicídio (Iraque)	29
Quadro 20 – Ampliação do treinamento multissetorial dos guardiões (Malásia)	33
Quadro 21 – Capacitação para juizes (Gana)	34
Quadro 22 – Como fortalecer os trabalhadores da saúde para prevenir o suicídio (Guiana)	36
Quadro 23 – Capacitação para a prevenção do suicídio no ambiente de trabalho (Austrália)	36
Quadro 24 – Lista de verificação: como solicitar financiamento dos orçamentos nacionais e regionais	41
Quadro 25 – Lista de verificação: como solicitar financiamento dos orçamentos nacionais e regionais	42
Quadro 26 – Estudo Nacional de Prevenção do Suicídio (Austrália)	42
Quadro 26 – Estudo Nacional de Prevenção do Suicídio (Austrália)	43
Quadro 27 – Vigilância (Sri Lanka)	47
Quadro 28 – Vigilância contra a autolesão (Federação Russa)	48
Quadro 29 – Sistema de registro de autolesão e suicídio (República Islâmica do Irã)	50
Quadro 30 – Vigilância, Tribo Apache da Montanha Branca (EUA)	51
Quadro 31 – Monitoramento e avaliação de uma estratégia nacional de prevenção (Irlanda)	55

Quadro 32 – Proibição de pesticidas altamente perigosos (Sri Lanka)	59
Quadro 32. Proibição de pesticidas altamente perigosos (Sri Lanka)	60
Quadro 33 – Uma história de sucesso (República da Coreia)	62
Quadro 34 – Monitoramento dos meios de comunicação (Lituânia)	64
Quadro 35 – Monitoramento dos meios de comunicação (Lituânia)	66
Quadro 36 – Sucessos e desafios no envolvimento dos meios de comunicação (Malásia)	67
Quadro 37 – Orientações para os meios de comunicação (Trinidad e Tobago)	68
Quadro 38 – Diretrizes para ajudar os adolescentes a prosperar (HAT) da Organização Mundial da Saúde	71
Quadro 39 – Aplicação baseada em evidências para adolescentes aborígenes e ilhéus do Estreito de Torres (Austrália)	71
Quadro 40 – Jovens conscientes da saúde mental (Youth Aware of Mental Health [YAM]), da investigação à implementação (Suécia)	73
Quadro 41 – Manejo de casos para pessoas que tentaram suicídio (República da Coreia)	75
Quadro 42 – Atendimento pós-tratamento específico para aborígenes (Austrália)	78
Quadro 43 – Ampliação dos serviços de saúde mental e prevenção do suicídio (República Islâmica do Irã)	79
Quadro 44 – Sistema de análise de dados e percepções (Austrália)	82
Quadro 45 – Estudo nacional do suicídio (Iraque)	83
Quadro 46 – Análise da situação (República Árabe Síria)	83
Quadro 47 – Um exemplo de colaboração multissetorial ascendente (Brasil)	84
Quadro 48 – Colaboração multissetorial (Canadá)	85
Quadro 49 – Política e legislação sobre álcool (Federação Russa)	85
Quadro 50 – Participação significativa de pessoas com experiência direta na prevenção do suicídio (Escócia)	86
Quadro 51 – Roses in the Ocean: organização para aqueles que vivenciaram o suicídio (Austrália)	87
Quadro 52 – Integração de uma abordagem de toda a nação e de todo o governo (EUA)	88
Quadro 53 – Prevenção e manejo do suicídio (territórios palestinos ocupados, incluindo Jerusalém Oriental)	89
Quadro 54 – Conscientização e defesa da causa (Canadá)	89
Quadro 55 – Dia Mundial da Saúde Mental e Dia Mundial da Prevenção do Suicídio	90
Quadro 56 – Adaptação LGBTIQ da formação de guardiões baseada em evidências (Austrália)	91
Quadro 57 – Projeto de formação de guardiões comunitários (Canadá)	92
Quadro 58 – Capacitação (República Islâmica do Irã)	92
Quadro 59 – Programa de Saúde Mental e Apoio Psicossocial da OIM: prevenção e resposta ao suicídio (Iraque)	92
Quadro 60 – Avaliação da formação de guardiões (Países Baixos)	93
Quadro 61 – Prevenção do suicídio (Turquia)	93

Quadro 62 – Registro de suicídios de Queensland (Austrália)	94
Quadro 63 – Vigilância de lesões intencionais (Brasil)	94
Quadro 64 – Observatório de comportamento suicida (América Central e República Dominicana)	95
Quadro 65 – Sistema de monitoramento de autolesão do hospital universitário Aga Khan (AKUH-SHMS) (Paquistão)	95
Quadro 66 – Proibições de pesticidas (Bangladesh)	96
Quadro 67 – Restrição de acesso a meios na comunidade (Canadá)	96
Quadro 68 – Restrição de acesso a pesticidas (Fiji)	97
Quadro 69 – Proibição do paraquat (Malásia)	97
Quadro 70 – Adaptação e implementação de diretrizes para reportagens responsáveis sobre suicídio nos meios de comunicação (Eslovênia)	98
Quadro 71 – Rede de facilitadores de apoio a grupos em luto por suicídio (Canadá)	98
Quadro 72 – Acompanhamento de pessoas que tentaram suicídio (República Islâmica do Irã)	99
Quadro 73 – Assistente de recuperação como profissão emergente (Polônia)	99



PREFÁCIO

Toda morte por suicídio é uma ocasião profundamente triste. É extremamente doloroso para os familiares e amigos próximos que não conseguem entender por que isso aconteceu. Inevitavelmente, sua tristeza multiplica-se à medida que se perguntam o que poderiam ter feito para evitar a morte prematura.

A cada ano, ocorrem mais de 700 mil mortes por suicídio em todo o mundo, cada uma delas uma tragédia, com impacto profundo nas famílias, nos amigos e nas comunidades. Essas mortes prematuras e desnecessárias são a razão pela qual este guia é tão importante.

Não podemos – e não devemos – ignorar o suicídio. Embora alguns países tenham colocado a prevenção do suicídio em posição de destaque em suas agendas, muitos países ainda não estão comprometidos com a causa. As metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas e do Plano de Ação Integral de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde para reduzir a taxa global de mortalidade por suicídio não serão alcançadas, a menos que transformemos nossos esforços para implementar ações eficazes de prevenção do suicídio.

VIVER A VIDA é a abordagem da OMS para a prevenção do suicídio. Detalha os aspectos práticos da implementação de quatro intervenções baseadas em evidências para prevenir o suicídio, além de seis pilares transversais fundamentais para a sua implementação. Ao longo deste guia, as intervenções e os pilares do VIVER A VIDA são complementados por estudos de caso de países de todo o mundo. Estes estudos de caso fornecem uma ampla variedade de atividades inspiradoras em diversos contextos. Esperamos que os tomadores de decisão considerem as lições aprendidas pelos países e comunidades que têm tido êxito na prevenção do suicídio.

VIVER A VIDA reconhece o papel que tanto os governos quanto as comunidades desempenham na implementação de ações para a prevenção do suicídio. Atualmente, sabe-se que 38 países possuem uma estratégia nacional de prevenção do suicídio. Embora seja fundamental contar com uma estratégia nacional de prevenção do suicídio provida do financiamento necessário e que inclua as intervenções e os pilares apresentados neste guia, a ausência de tal estratégia não deve impedir que os países iniciem a implementação do VIVER A VIDA. Ao implementar o VIVER A VIDA, os países serão capazes de construir uma resposta nacional integral de prevenção do suicídio.

Este guia serve como um catalisador para que os governos desenvolvam ações baseadas em evidências. Ele permite aos países proteger as vidas de pessoas que se encontram em situação de sofrimento intolerável e em risco de suicídio.

Mas a prevenção do suicídio não é responsabilidade apenas dos governos. Cada um de nós tem um papel a cumprir, cuidando dos nossos amigos, familiares e colegas e oferecendo nosso apoio quando achamos que podem precisar. Isso pode fazer toda a diferença.

Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus
Diretor-Geral
Organização Mundial da Saúde

AGRADECIMENTOS

Conceituação e orientação

Dévora Kestel (OMS), Mark van Ommeren (OMS)

Coordenação do projeto e edição

Alexandra Fleischmann (OMS), Aiysha Malik (OMS), Amrita Parekh (Índia), Hannah Wilson (Reino Unido)

Contribuição técnica e/ou revisão¹

Colaboradores e avaliadores internacionais

Sabah Abdulrahman (Iraque), Esra Alatas (Turquia), Louis Appleby (Reino Unido), Ella Arensman (Irlanda), Anna Baran (Polônia), Sandra Barnes (EUA), José Bertolote (Brasil), Daria Biechowska (Polônia), Karlina Brathwaite (Trinidad e Tobago), Felicity Brown (Jordânia), Vladimir Carli (Suécia), Lai Fong Chan (Malásia), Mary Cwik (EUA), Jayamal De Silva (Sri Lanka), Michael Eddleston (Reino Unido), Rabih El Chammay (Líbano), Gerdien Franx (Países Baixos), Tobi Graafsma (Suriname), Alexander Grabenhofer-Eggerth (Áustria), Jorgen Gullestrup (Austrália), David Gunnell (Reino Unido), Ahmad Hajebi (República Islâmica do Irã), Lyndal Halliday (Austrália), Gregor Henderson (Reino Unido), Andrea Horvath (EUA), Gerard Hutchinson (Trindade e Tobago), Linda Jaber (territórios palestinos ocupados, incluindo Jerusalém Oriental), Samah Jabr (territórios palestinos ocupados, incluindo Jerusalém Oriental), James Jopling (Reino Unido), Manfredine Kandjii (Namíbia), Alexandr Kasal (República Tcheca), Tim Kendall (Reino Unido), Murad Khan (Paquistão), Myung Ki (República da Coreia), Nour Kik (Líbano), Kairi Kõlves (Austrália), Johanna Lechner (Jordânia), Kirsty License (Reino Unido), Kazem Malakouti (República Islâmica do Irã), Gamini Manuweera (Suíça), Hatem Alaa Marzouk (Egito), Janey McGoldrick (Austrália), Richard McKeon (EUA), John Mitchell (Reino Unido), Yutaka Motohashi (Japão), Merab Mulindi (Quênia), Jay Nairn (Reino Unido), Ashley Nemiro (Dinamarca), Thomas Niederkrotenthaler (Áustria), Merete Nordentoft (Dinamarca), Kevin O'Neill (Reino Unido), Joseph Osafo (Gana), Jong-Woo Paik (República da Coreia), Elise Paul (Reino Unido), Jane Pearson (EUA), Jane Pirkis (Austrália), Steven Platt (Reino Unido), Gwendolyn Portzky (Bélgica), Vita Postuvan (Eslovênia), György Purebl (Hungria), Jerry Reed (EUA), Dan Reidenberg (EUA), Mohsen Rezaeian (República Islâmica do Irã), Util Richmond-Thomas (Guiana), Joanna Rogalska (Polônia), Ignas Rubikas (Lituânia), Shekhar Saxena (EUA), Fiona Shand (Austrália), Jaelea Skehan (Austrália), Eve Stamate (Austrália), Clare Stevens (EUA), Deborah Stone (EUA), Elly Stout (EUA), Karla Thorpe (Canadá), Barbara Van Dahlen (EUA), Lakshmi Vijayakumar

(Índia), Yeshi Wangdi (Butão), Danuta Wasserman (Suécia), Claire Whitney (EUA), Shirley Windsor (Reino Unido), Petr Winkler (República Tcheca), Brianna Woodward (Austrália), Joana Zasmavičienė (Lituânia).

Participantes de reuniões de elaboração e finalização do guia

Helal Uddin Ahmed (Bangladesh), Ella Arensman (Irlanda), Phanindra Prasad Baral (Nepal), Karlina Brathwaite (Trinidad e Tobago), Vladimir Carli (Suécia), Lai Fong Chan (Malásia), Jayamal De Silva (Sri Lanka), Mindu Dorji (Nepal), Ahmad Hajebi (República Islâmica do Irã), Manfredine Kandjii (Namíbia), Basu Dev Karki (Nepal), Alexandr Kasal (República Tcheca), Elena Kazantseva (Mongólia), Myung Ki (República da Coreia), Masashi Kizuki (Japão), Káthlin Mikiver (Estônia), Yutaka Motohashi (Japão), Jane Pirkis (Austrália), Steven Platt (Reino Unido), Juan Manuel Quijada Gaytán (México), Thilini Rajapakshe (Sri Lanka), Rohan Ratnayake (Sri Lanka), Util Richmond-Thomas (Guiana), Ignas Rubikas (Lituânia), Diana Tejadilla (México), Yongsheng Tong (China), Bayarmaa Vanchindorj (Mongólia), Esther Walter (Suíça), Yeshi Wangdi (Butão), Claire Whitney (EUA), Anna Williams, (Reino Unido), Petr Winkler (República Tcheca).

Sede da OMS

Richard Brown, Kenneth Carswell, Batool Fatima, Michelle Funk, Brandon Gray, Fahmy Hanna, Brian Ogallo, Alison Schafer, Chiara Servili, Inka Weissbecker.

Representações regionais da OMS

Florence Baingana, Escritório Regional da OMS para África; Renato Oliveira e Souza, Claudina Cayetano e Carmen Martinez Viciano, Escritório Regional da OMS para as Américas; Nazneen Anwar, Escritório Regional da OMS para o Sudeste Asiático; Dan Chisholm, Elena Shevkun e Meredith Fendt-Newlin, Escritório Regional da OMS para a Europa; Khalid Saeed, Escritório Regional da OMS para o Mediterrâneo Oriental; Martin Vandendyck, Escritório Regional da OMS para o Pacífico Ocidental.

¹ O guia VIVER A VIDA foi elaborado por meio de um processo consultivo, no qual especialistas técnicos de diferentes países, implementadores e pessoas com experiência direta, de todas as regiões da OMS, contribuíram para o processo de levantamento de dados e entrevistas prévias à elaboração do guia, bem como duas reuniões consultivas e uma avaliação internacional.

Representações da OMS nos países

Catarina Dahl, Representação da OMS no Brasil; Jennifer Hall, Representação da OMS em Fiji; Edwina Zoghbi, Representação da OMS no Líbano; Bolormaa Sukhbaatar, Representação da OMS na Mongólia; Kedar Marahatta, Representação da OMS no Nepal; Olga Manukhina, Representação da OMS na Federação Russa; Thirupathy Suveendran, Representação da OMS no Sri Lanka; Wendy Emanuelson-Telgt, Representação da OMS no Suriname; Taraleen Malcolm, Representação da OMS em Trinidad e Tobago; Manuel De Lara e Akfer Karaoğlan Kahiloğullari, Representação da OMS na Turquia; Rajiah Abu Sway, Representação da OMS na Cisjordânia e Faixa de Gaza.

Apoio administrativo

Ophel Riano (OMS), Evelyn Finger (OMS), Zahiri Malik (OMS)

Equipe de produção

Edição: David Bramley, Suíça

Design gráfico e layout: Kellie Hopley Design Ltd

A OMS gostaria de agradecer aos seguintes parceiros por suas contribuições financeiras:

- Governo do Japão;
- Centro Coreano de Prevenção do Suicídio; e
- Universal Health Coverage Partnership (UHC Partnership), que recebe recursos financeiros e apoio de:
 - Bélgica
 - União Europeia
 - Luxemburgo – Luxembourg Aid & Development
 - Irlanda – Irish Aid
 - França – Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères
 - Japão – Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar
 - Reino Unido – Department for International Development
 - Organização Mundial da Saúde (OMS)

RESUMO EXECUTIVO

Introdução

Todos os anos, mais de 700 mil pessoas perdem a vida por suicídio. Portanto, reduzir a taxa global de mortalidade por suicídio em um terço até 2030 é, ao mesmo tempo, um indicador e uma meta – a única para a saúde mental nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas e no Plano de Ação Integral de Saúde Mental da OMS para 2013-2030. O 13º Programa Geral de Trabalho da OMS para 2019-2023 inclui o mesmo indicador com redução de 15% até 2023.

O mundo não está no caminho certo para atingir as metas de redução do suicídio para 2030. A OMS defende que os países tomem medidas para prevenir o suicídio, de preferência por meio de uma estratégia nacional integral de prevenção. Os governos e as comunidades podem contribuir para a prevenção implementando a abordagem VIVER A VIDA da OMS, como forma de construir sua estratégia nacional. Este guia foi pensado para todos os países, tenham ou não uma estratégia nacional de prevenção do suicídio.

PARTE A. PILARES FUNDAMENTAIS DO “VIVER A VIDA”

Os pilares fundamentais do VIVER A VIDA são:

- análise da situação;
- colaboração multissetorial;
- conscientização e defesa da causa;
- capacitação;
- financiamento;
- vigilância, monitoramento e avaliação.

A Parte A deste guia aprofunda cada um desses pilares fundamentais por meio de perguntas como “O quê?”, “Por quê?”, “Onde?”, “Quando?”, “Quem?” e “Como?”. Há uma tabela para cada pilar, na qual são mostrados quais elementos devem ser incluídos. São apresentados ainda quadros com exemplos de diversas partes do mundo e cada subseção termina com “dicas para implementação”.

A **análise da situação** fornece o histórico e perfil atual do suicídio e da prevenção do suicídio. É, portanto, importante para fundamentar o planejamento e a implementação de atividades de prevenção. A análise pode ser realizada em nível nacional, regional ou local e deve ser feita quando se iniciam os trabalhos de prevenção do suicídio, por um grupo de trabalho dedicado de especialistas, partes interessadas e pessoas com experiência de vida em suicídio. O grupo de trabalho coleta dados (tais como taxas de suicídio e autolesão, métodos utilizados, fatores precipitantes ou de proteção, legislação, serviços e recursos), realiza a análise da situação e produz um

relatório, que é compartilhado com os tomadores de decisão, formuladores de políticas, legisladores e financiadores, para influenciar a mobilização de recursos e/ou o mandato de atuação. Aspectos importantes a considerar incluem garantir a confidencialidade, proteger a privacidade das pessoas e evitar encorajar o suicídio.

A **colaboração multissetorial** é necessária, uma vez que os fatores de risco para o suicídio estão associados a muitas áreas. Uma abordagem que envolva todo o governo ou toda a sociedade funciona em todos os setores ou departamentos governamentais e inclui grupos não governamentais e comunitários. Sob a liderança do governo, esta abordagem facilita o intercâmbio de conhecimentos, metodologias e lições aprendidas, e o compartilhamento de dados e pesquisas relacionados ao suicídio. Também promove a transparência e a responsabilização. Esta colaboração deve começar cedo e tanto o governo como os parceiros precisam se certificar de que estão preparados. Uma abordagem multissetorial depende de uma visão de colaboração e de um método consensual de participação com avaliações de rotina. Podem surgir problemas se os setores não relacionados com a saúde enxergarem o suicídio apenas como um problema de saúde. O papel de cada parte interessada deve ser claramente definido e as ações acordadas, para o caso de as partes acharem difícil cumprir suas responsabilidades.

A **conscientização** e a **defesa da causa** dependem de um processo organizado de comunicação com vistas a um determinado público. A conscientização chama a atenção das pessoas para fatos, tal como o suicídio, que é um grave problema de saúde pública. A defesa da causa visa provocar mudanças como a descriminalização ou uma estratégia nacional de prevenção. A conscientização e a defesa da causa para prevenção do suicídio podem envolver desde eventos em uma única comunidade até campanhas de abrangência nacional, que podem ser contínuas, periódicas ou anuais (como o Dia Mundial da Prevenção do Suicídio), com “campeões” ou “embaixadores” responsáveis por liderar as campanhas públicas. É importante decidir a mensagem a ser comunicada, adaptá-la ao público-alvo, selecionar os meios de comunicação e testar previamente a aceitabilidade e a possível repercussão da mensagem. As iniciativas devem ter um foco claro e fazer um chamado à ação, como conectar as pessoas aos serviços de apoio, em vez de abordar o suicídio em termos gerais.

A **capacitação** pode ser coordenada em nível nacional ou conduzida na comunidade. Pode ser fornecida por meio da inclusão da prevenção do suicídio na formação inicial ou continuada dos profissionais de saúde, mas também pode ser acionada quando surgem problemas, como altas taxas de suicídio ou estigmatização. Pode ser dirigida a trabalhadores da saúde, equipes de atendimento de emergência, professores e profissionais dedicados ao trabalho com jovens, entre

outros, como cabeleireiros ou bartenders, que frequentemente conversam com os seus clientes. No caso de trabalhadores comunitários de saúde e trabalhadores da saúde não especializados, pode-se utilizar o módulo de autolesão e suicídio do *Guia de Intervenção mhGAP* da OMS e materiais de formação relacionados. Recomenda-se adotar um modelo de formação de multiplicadores (*train the trainer*), pois isso aumenta os recursos humanos disponíveis para ministrar treinamentos. Com uma variedade tão grande de pessoas a capacitar, é importante que a formação seja adaptada ao contexto sociocultural e que fortaleça o conhecimento do público-alvo sobre o suicídio e a sua prevenção.

O **financiamento** para a prevenção do suicídio é, muitas vezes, escasso devido a fatores como condições econômicas precárias, a não priorização do suicídio como um problema grave e a falta de reconhecimento do suicídio como algo que pode ser evitado. As solicitações de financiamento devem focar no desenvolvimento e na implementação de políticas, estratégias e planos, e não apenas na criação de serviços. Este guia traz recomendações sobre como abordar a captação de recursos para a prevenção do suicídio e salienta que este deve ser um processo contínuo. São descritas as etapas de definição do orçamento, busca e identificação de potenciais financiadores, elaboração de propostas e manutenção da relação com os financiadores, independentemente de sua decisão. Os grupos interessados são incentivados a compartilhar histórias que demonstrem os efeitos benéficos de intervenções de prevenção do suicídio devidamente financiadas.

A **vigilância** pode fornecer dados sobre o suicídio e a autolesão que orientem as intervenções do VIVER A VIDA. Destacam-se as fontes de dados como registro civil e estatísticas vitais, registros de saúde e boletins de ocorrência policial, autópsias verbais e inquéritos populacionais, embora muito dependa do grau de vigilância do suicídio e da autolesão empregado anteriormente. Deve-se dar preferência à obtenção de dados de alta qualidade provenientes de diversos locais representativos, em vez de dados de baixa qualidade de todo o país. Os principais resultados, incluindo taxas e tendências de suicídio e autolesão, podem ajudar a orientar as atividades de prevenção. Consequentemente, é importante publicar relatórios regularmente para que sirvam de base para as ações.

O **monitoramento** e a **avaliação** devem considerar se uma intervenção foi efetiva, se foi executada conforme o previsto e se o custo-benefício foi adequado. Detectar mudanças nas taxas de suicídio é um desafio, mas é necessário avaliar se a abordagem VIVER A VIDA está alcançando o objetivo pretendido de redução do suicídio e da autolesão. É provável que o monitoramento e a avaliação exijam uma equipe especializada (incluindo, por exemplo, epidemiologistas, estatísticos e pessoas responsáveis pela coleta de dados). Além disso, pode ser útil estabelecer parcerias com instituições

acadêmicas. Será preciso definir os desfechos e identificar os indicadores, sendo o objetivo principal a redução das taxas de suicídio e autolesão. Este guia enfatiza que sem objetivos e indicadores claros será difícil demonstrar o progresso e, portanto, mais complicado justificar o financiamento.

PARTE B. VIVER A VIDA: INTERVENÇÕES ESSENCIAIS EFICAZES PARA PREVENIR O SUICÍDIO

As intervenções descritas neste guia são:

- Restringir o acesso aos meios de suicídio
- Interagir com a mídia para a divulgação responsável do suicídio
- Desenvolver habilidades socioemocionais para a vida dos adolescentes
- Agir para identificar precocemente, avaliar, orientar e acompanhar qualquer pessoa com comportamentos suicidas.

Quanto aos pilares centrais da Parte A, devem-se realizar as perguntas “O quê?”, “Por quê?”, “Onde?”, “Quando?”, “Quem?” e “Como?” para cada uma das intervenções descritas na Parte B.

Restringir o acesso aos meios de suicídio é uma intervenção universal baseada em evidências para a prevenção do suicídio. Dependendo do país, isso pode significar a proibição de pesticidas altamente perigosos, a restrição do acesso a armas de fogo, a instalação de barreiras em “locais de salto”, a limitação do acesso a pontos de enforcamento ou a adoção de outras medidas para dificultar o acesso aos meios de suicídio. A maioria das pessoas que apresenta comportamento suicida sofre com uma ambivalência sobre viver ou morrer, e muitos suicídios são uma resposta a fatores de estresse agudos. Dificultar o acesso aos meios letais de suicídio dá às pessoas em perigo tempo de superar a crise aguda antes de terem atitudes que podem ser fatais. O enfoque desta seção são os pesticidas. Estima-se que os pesticidas sejam responsáveis por um quinto de todos os suicídios no mundo. Esse é um grande problema em locais com uma grande proporção de moradores rurais trabalhando na agricultura.

A restrição do acesso aos pesticidas requer uma colaboração multissetorial entre todas as partes interessadas, incluindo os ministérios e secretarias de saúde, da agricultura, agências reguladoras e responsáveis pelo registro de tais produtos, bem como líderes comunitários. O mesmo princípio de uma abordagem nacional multissetorial aplica-se a outros meios de suicídio, por exemplo, o setor de transportes e a necessidade de se instalar barreiras. Em nível pessoal, pode-se solicitar que os membros da família retirem os meios de suicídio (por exemplo, pesticidas, armas de fogo, facas, medicamentos) do alcance de uma pessoa que esteja em risco de suicídio.

É importante ressaltar que as evidências demonstram que a restrição de um método de suicídio não leva inevitavelmente ao aumento do uso de outros meios.

Interagir com a mídia para a divulgação responsável do suicídio é muito importante, porque a divulgação de suicídios pelos meios de comunicação pode levar a um aumento no número de casos por imitação, especialmente se a reportagem for sobre uma celebridade ou descrever o método de suicídio. Em nível nacional, o objetivo é trabalhar com os meios de comunicação do país (e redes sociais) e em nível regional com meios de comunicação locais, como jornais ou emissoras de rádio locais. O guia recomenda o monitoramento das notícias sobre suicídio e propõe que pessoas de destaque compartilhem suas histórias bem-sucedidas de recuperação de desafios de saúde mental ou pensamentos suicidas. Propõe ainda a colaboração com empresas de redes sociais para aumentar a conscientização e melhorar os seus protocolos de identificação e remoção de conteúdos nocivos.

Desenvolver habilidades socioemocionais para a vida dos adolescentes é o objetivo principal das intervenções de promoção e prevenção em saúde mental para ajudar os adolescentes a prosperar (HAT, na sigla em inglês). A adolescência (10 a 19 anos) é um período crítico para a aquisição de habilidades socioemocionais. É também um período de risco para o surgimento de problemas de saúde mental. Em vez de se concentrarem explicitamente no suicídio, as diretrizes do HAT recomendam que os programas adotem uma abordagem positiva em relação à saúde mental. Outras recomendações incluem formação para educadores, iniciativas para garantir um ambiente escolar seguro (como programas *antibullying*), vinculação a serviços de apoio, políticas e protocolos claros para profissionais quando o risco de suicídio é identificado e aumentar a conscientização dos pais para a saúde mental e seus fatores de risco. É preciso conscientizar professores e cuidadores de que falar sobre suicídio com os jovens não aumentará o risco de suicídio, mas fará com que os adolescentes se sintam mais preparados para buscar apoio quando necessário. O bem-estar dos profissionais também deve ser assegurado.

Agir para identificar precocemente, avaliar, orientar e acompanhar qualquer pessoa com comportamentos suicidas. Esta recomendação destina-se a assegurar que as pessoas que estão em risco de suicídio, ou que tentaram suicídio, recebam o apoio e os cuidados de que necessitam. Aplica-se a profissionais de saúde e outras pessoas, incluindo familiares, que possam ter contato com alguém em risco. Também se aplica aos sistemas de saúde que precisam incorporar a prevenção do suicídio como um componente básico, a fim de intervir precocemente quando se constata que as pessoas estão em risco de suicidar-se. Além disso, deve-se oferecer apoio às pessoas que tentaram suicídio e às que

perderam um ente querido em decorrência deste ato. Visto que a prevenção do suicídio muitas vezes não é uma prioridade de saúde pública, este guia recomenda promover a prevenção do suicídio junto a legisladores e formuladores de políticas públicas, aumentando a conscientização da comunidade e fornecendo provas da efetividade e do custo-efetividade da prevenção.

Este guia contém quatro anexos: 1) uma lista de setores e partes interessadas relevantes para a prevenção do suicídio; 2) 30 quadros que descrevem diferentes atividades de diversos países para a prevenção do suicídio (além dos 43 quadros descritivos incorporados ao texto do guia); 3) um quadro de indicadores do VIVER A VIDA, que lista as metas, resultados e indicadores; e 4) listas de recursos da OMS e de terceiros sobre prevenção do suicídio, organizadas nas seguintes categorias: análise da situação; colaboração multissetorial; conscientização e defesa da causa; capacitação; financiamento; vigilância; monitoramento e avaliação; restringir o acesso aos meios de suicídio; interagir com a mídia para a divulgação responsável do suicídio; desenvolver habilidades socioemocionais para a vida dos adolescentes; e agir para identificar precocemente, avaliar, orientar e acompanhar qualquer pessoa com comportamentos suicidas.



© OMS / Volodymyr Shuvayev

INTRODUÇÃO

Antecedentes

Todos os anos, mais de 700 mil pessoas perdem a vida por suicídio. Pessoas de todas as origens socioeconômicas são afetadas. O suicídio é a quarta principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos e a terceira entre meninas de 15 a 19 anos. A maioria das mortes por suicídio (77%) ocorre em países de baixa e média renda².

Todo suicídio é uma tragédia, com repercussões significativas nas famílias, amigos e comunidades. Reduzir o número de mortes por suicídio é uma necessidade mundial, e foram estabelecidas metas globais para tal. Reduzir a taxa mundial de mortalidade por suicídio em um terço até 2030 é, ao mesmo tempo, um indicador e uma meta – a única para a saúde mental nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas³ e no Plano de Ação Integral de Saúde Mental da OMS para 2013-2030. O 13º Programa Geral de Trabalho (PGT) da OMS para 2019-2023⁴ inclui o mesmo indicador com redução de 15% até 2023.

Desde 2010, houve uma pequena redução na taxa global de suicídio padronizada por idade, mas a tendência mundial mascara as variações regionais e nacionais. Nem todos os países estão comprometidos com a prevenção do suicídio e alguns observaram um aumento em suas taxas. O mundo não está no caminho certo para atingir as metas de redução do suicídio até 2030. Isto significa que, a menos que se realizem esforços concentrados e sustentados para prevenir o suicídio, as metas globais não serão alcançadas e muito mais pessoas perderão a vida desnecessariamente.

É preciso fazer muito mais para reduzir o número de pessoas que morrem por suicídio. Por isso, a OMS elaborou este guia para apoiar os países na implementação de intervenções essenciais e eficazes baseadas em evidências, tendo como ponto de partida a abordagem VIVER A VIDA da OMS para prevenir o suicídio.

A OMS defende que os países tomem medidas para prevenir o suicídio, idealmente por meio de uma estratégia nacional integral de prevenção. Uma estratégia nacional integral, liderada pelo governo, é uma ferramenta poderosa que ajuda a assegurar que governos e outras partes interessadas se comprometam em prevenir o suicídio nos países, que seus esforços sejam coordenados e monitorados, que a prevenção seja colocada em posição de destaque na agenda política e que os recursos necessários sejam distribuídos para permitir a implementação das ações pertinentes. Embora tenha havido

progresso e alguns países tenham sido muito proativos na prevenção do suicídio, apenas 38 países possuíam uma estratégia nacional dedicada à prevenção do suicídio em 2018 (OMS, 2018a). Além disso, frequentemente os governos subestimam a importância de coordenar a implementação após a estratégia nacional ter sido adotada. No âmbito das doenças não transmissíveis (DNT), as lacunas na implementação de planos de ação nacionais já foram atribuídas ao financiamento insuficiente, à capacidade limitada, à inação entre setores e à falta de monitoramento e avaliação padronizados (Tuangratananon et al., 2018). De fato, faltam, em grande medida, avaliações das estratégias nacionais de prevenção do suicídio.

A ausência de uma estratégia nacional integral de prevenção do suicídio não deve impedir os países de implementarem intervenções. Em muitos países que não têm qualquer estratégia nesse sentido, um grande número de partes interessadas está envolvido em atividades de prevenção do suicídio, desde a organização de grupos de apoio aos sobreviventes até a conscientização e defesa das populações em risco. Partes interessadas da comunidade ([ver o Anexo 1 para uma lista de setores e partes interessadas](#)) se beneficiarão da implementação de qualquer um dos componentes do VIVER A VIDA. Sua implementação pode ser um caminho inicial para a prevenção do suicídio no país, ganhando impulso com potencial para se transformar em uma resposta de abrangência nacional. Desse modo, tanto os governos como as comunidades contribuem para a prevenção do suicídio ao implementarem o VIVER A VIDA, por meio de processos descendentes e ascendentes, respectivamente.

VIVER A VIDA é a abordagem da OMS para iniciar a implementação e promover a ampliação até o nível nacional de quatro intervenções essenciais de prevenção do suicídio baseadas em evidências, que são:

- restringir o acesso aos meios de suicídio, por exemplo, proibir pesticidas altamente perigosos;
- interagir com a mídia para a divulgação responsável do suicídio;
- desenvolver habilidades socioemocionais para a vida dos adolescentes; e
- agir para identificar precocemente, avaliar, orientar e acompanhar qualquer pessoa com comportamentos suicidas.

² WHO Global health estimates: leading causes of death. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>.

³ Marco de indicadores mundiais para los Objetivos de Desarrollo Sostenible y metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Nova York: Nações Unidas [consultado em 26 de outubro de 2023]. Disponível em: https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework%20after%202020%20review_Spa.pdf

⁴ Thirteenth General Programme of Work. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/about/what-we-do/thirteenth-general-programme-of-work-2019---2023>.

O sucesso da implementação e ampliação dessas intervenções essenciais necessita, como pré-requisito, de seis pilares transversais. São eles:

- análise da situação;
- colaboração multissetorial;
- conscientização e defesa da causa;
- capacitação;
- financiamento; e
- vigilância, monitoramento e avaliação.

Além de contribuir de forma independente para a redução do suicídio, a implementação combinada de todos os pilares e intervenções do VIVER A VIDA terá um efeito sinérgico, no qual diferentes componentes interagem para produzir benefícios adicionais (Harris et al., 2016; Yip & Tang, 2021). Por exemplo, um evento de conscientização pode aumentar a adesão à capacitação, levando, por sua vez, a um aumento na intervenção precoce em comportamentos suicidas.

É necessário trabalhar para a plena implementação do VIVER A VIDA em todos os países e contextos. VIVER A VIDA serve como ponto de partida para os países construírem outras intervenções baseadas em evidências e desenvolverem uma estratégia nacional integral de prevenção do suicídio. Todos os pilares e intervenções descritos neste guia são componentes de uma resposta nacional e, em geral, deveriam fazer parte da estratégia nacional de prevenção do suicídio. Os países que possuem uma estratégia nacional, ou nos quais a prevenção do suicídio já está integrada a planos de ação pertinentes

– como os destinados à saúde mental, álcool ou doenças não transmissíveis –, se beneficiarão ao assegurar que suas estratégias ou planos sejam aplicados dando-se prioridade à implementação destes componentes.

Para quem é este guia

Este guia se destina a:

- todos os países, tenham ou não uma estratégia nacional de prevenção do suicídio;
- pontos focais nacionais ou regionais para prevenção do suicídio, saúde mental, álcool ou doenças não transmissíveis;
- pessoas da comunidade com um interesse especial ou que talvez já estejam envolvidas na implementação de atividades de prevenção do suicídio.

O que este guia aborda?

O guia explica como estabelecer os pilares fundamentais e implementar as intervenções essenciais, eficazes e baseadas em evidências do VIVER A VIDA (Figura 1).

O guia aborda:

- *o que* é cada pilar e intervenção do VIVER A VIDA;
- *por que* é importante para a prevenção do suicídio;
- *onde* pode ser implementado;
- *quando* deve ser realizado;

Figura 1 – Fundamentos transversais do VIVER A VIDA e intervenções essenciais eficazes baseadas em evidências



- quem seria responsável pela implementação; e
- como pode ser implementado.

O guia também contém:

- quadros ao longo do texto com exemplos de ações de prevenção do suicídio em diferentes países, além de outros exemplos no Anexo 2; e
- dicas para implementação.

Além disso:

- o Anexo 1 fornece uma lista de setores e partes interessadas que podem participar do VIVER A VIDA;
- o Anexo 2 fornece mais exemplos de países e comunidades;
- o Anexo 3 fornece um quadro de indicadores que pode ser usado para monitorar a implementação do VIVER A VIDA; e
- o Anexo 4 fornece recursos para informações adicionais.

O que este guia não aborda?

- Este guia não aborda:
 - a elaboração de uma estratégia governamental nacional integral de prevenção do suicídio, nem exemplos de estratégias, pois ambos estão disponíveis em outras publicações da OMS (OMS, 2012; OMS, 2014; OMS, 2018a);
 - um passo a passo para engajar as comunidades na prevenção do suicídio, pois isso está disponível em outra publicação da OMS (OMS, 2018d) e no curso on-line correspondente sobre envolvimento comunitário;⁵
 - um modelo de saúde pública para a prevenção do suicídio ou fatores de risco e proteção – abrangendo questões sistêmicas, sociais, comunitárias, relacionais e individuais e refletindo um modelo ecológico –, que são tratados em outra publicação da OMS (OMS, 2014).

Quadro 1 – Formação de um comitê gestor e de grupos de trabalho

É necessário criar um comitê gestor (ou comitê de supervisão, ou força-tarefa) para proporcionar liderança e coordenação, bem como para estruturar o planejamento, a dotação de recursos, a implementação, o monitoramento e a avaliação do VIVER A VIDA.

Grupos de trabalho (subdivisões do comitê gestor) podem ser convocados para liderar a implementação de pilares e intervenções individuais. Um membro do comitê gestor deverá zelar pela coerência e facilitar a coordenação entre os grupos.

Em ambos os níveis, deve haver pessoas que representem a autoridade, a gestão e os conhecimentos técnicos. Idealmente, deve haver colaboração entre os grupos ou indivíduos públicos, privados e comunitários (ver o Anexo 1 para uma lista de setores e partes interessadas). Os grupos devem incluir:

- indivíduos em posições de liderança em setores pertinentes (por exemplo, atenção à saúde, educação, emprego, desenvolvimento social);
- indivíduos com experiência em prevenção do suicídio (por exemplo, especialistas acadêmicos, setor da saúde, organizações não governamentais [ONGs]);
- indivíduos com habilidades e experiências específicas relacionadas ao pilar ou intervenção em questão (por exemplo, um grupo de trabalho para a análise da situação deve incluir pessoas com habilidades na coleta e análise de dados, enquanto um grupo de trabalho para interagir com os meios de comunicação deve incluir pessoas de órgãos reguladores dos meios de comunicação ou ONGs com experiência na área); e
- pessoas com experiência direta (que tiveram a experiência de pensamentos suicidas, fizeram uma tentativa de suicídio, cuidaram de um ente querido durante uma crise suicida ou perderam alguém por suicídio).

Não se deve subestimar a importância de estabelecer lideranças claras no comitê gestor e nos grupos de trabalho. Da mesma forma, deve-se definir explicitamente os papéis e as responsabilidades dos membros do grupo para garantir a responsabilização pelas ações tomadas. Não é necessário ter dez grupos de trabalho, um para cada pilar ou intervenção do VIVER A VIDA, pois um grupo de trabalho pode abordar vários pilares ou intervenções, dependendo dos recursos e das limitações de tempo. Em última análise, os grupos de trabalho lideram o planejamento e a implementação do VIVER A VIDA, em coordenação com o comitê gestor. Os grupos de trabalho são responsáveis por monitorar a implementação dos pilares e das intervenções do VIVER A VIDA. Devem, por exemplo, elaborar um calendário com prazos de implementação das ações e reunir-se periodicamente para avaliar o progresso, a fim de resolver as dificuldades antecipadamente. Os grupos de trabalho devem estar preparados para informar o comitê gestor sobre os planos que foram postos em prática.

⁵ Engaging communities in preventing suicide; e-learning course. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://accesswho.campusvirtualsp.org/engaging-communities-preventing-suicide>.

Como usar este guia?

- Os países devem implementar **todos** os pilares fundamentais e intervenções essenciais do VIVER A VIDA.
- Embora todos os pilares e intervenções sejam necessários para a prevenção do suicídio, cada país pode adaptar a sua implementação à disponibilidade de recursos e ao contexto sociocultural.
- Os pilares fundamentais e as intervenções essenciais do VIVER A VIDA **não** foram criados para serem implementados em ordem cronológica. Não existe uma ordem específica estabelecida, embora o ideal seja começar com uma análise da situação e ter em mente que a vigilância e o monitoramento devem ser contínuos.
- Assim, embora os capítulos deste guia estejam interligados, cada um deles pode ser considerado um módulo independente. Dessa maneira, os países podem iniciar pelo módulo que seja mais pertinente à sua realidade. Esta

decisão será orientada pela análise da situação, que deve ser o primeiro passo.

- A implementação de todos os pilares e intervenções do VIVER A VIDA em âmbito nacional beneficiará a estratégia nacional de prevenção do suicídio ou tornar-se-á parte dela.
- Em contextos com recursos humanos e financeiros limitados, pode ser necessário implementar ou ampliar o VIVER A VIDA durante um período mais longo e adotar medidas segundo as prioridades do país.

O uso deste guia irá variar de acordo com o contexto e o estado atual da prevenção do suicídio. Se os pilares fundamentais já estiverem em vigor, pode-se abordar diretamente a aplicação das intervenções essenciais. Em outras circunstâncias, pode ser necessário começar preparando o terreno para a prevenção do suicídio, ou que as intervenções sejam aplicadas em pequena escala. De qualquer forma, deverão ser criados um comitê gestor e grupos de trabalho (ver Quadro 1). Para emergências de saúde pública ou outras situações emergenciais, foram compiladas algumas considerações, mas estas não são as únicas existentes (ver Quadro 2).

Quadro 2 – Prevenção do suicídio em situações emergenciais

As crises e emergências humanitárias (por exemplo, catástrofes naturais, conflitos armados, emergências de saúde pública) impõem uma série de barreiras à prevenção do suicídio, tais como mudanças estruturais na liderança e nos sistemas, mudanças nas prioridades, questões de segurança e restrições de recursos. Por outro lado, os fatores de risco para o suicídio, como dificuldades financeiras, desemprego e isolamento social, podem aumentar durante emergências. Por isso, os esforços de prevenção são vitais. Nestas circunstâncias, pode ser necessário concentrar-se em prioridades imediatas e viáveis para a prevenção do suicídio (Gunnell et al., 2020). Embora uma discussão mais abrangente sobre a prevenção do suicídio em situações de crise esteja fora do âmbito deste guia, algumas considerações importantes podem ser feitas:

- Os governos devem considerar o impacto da emergência nos fatores de risco de suicídio e implementar a mitigação por meio da colaboração multissetorial, trabalhando, por exemplo, com os setores laboral e social, o setor da saúde e agentes humanitários para apoiar indivíduos em dificuldades financeiras; restringir o acesso aos meios de suicídio (mediante, por exemplo, regulamentos ou diretrizes para comerciantes ou administradores de campos de refugiados); e facilitar o acesso à assistência em saúde mental e a outros serviços de apoio emocional e para situações de crise.
- Os governos que acolhem pessoas afetadas por emergências, incluindo refugiados e migrantes, devem considerar os fatores de risco e as necessidades específicas dessas pessoas como parte dos esforços de prevenção do suicídio.
- Identificar e proporcionar intervenções eficazes para populações em risco que possam ser particularmente afetadas durante uma emergência, como jovens ou idosos que tenham perdido ou estejam distantes do apoio familiar.
- Envolver os meios de comunicação para minimizar reportagens sensacionalistas sobre suicídios que ocorrem na comunidade afetada durante a emergência.
- Capacitar a força de trabalho da saúde e comunitária para atuar na identificação precoce, avaliação, orientação e acompanhamento do risco de suicídio. Os “guardiões da comunidade” e os trabalhadores da saúde não especializados devem sentir-se confiantes para identificar, apoiar e encaminhar indivíduos em risco de suicídio, o que inclui a implementação de intervenções psicológicas concebidas para serem adotadas em ambientes adversos (OPAS, 2022). Podem-se priorizar os serviços aos quais os indivíduos em risco costumam se apresentar, tais como unidades básicas de saúde e programas que têm como objetivo responder a questões sobre proteção (incluindo proteção infantil e violência de gênero).

- Quando o apoio presencial à saúde mental for limitado, estabelecer sistemas de apoio remoto (OMS, 2018c). Assegurar que a equipe receba treinamento e se sinta confortável em usar métodos virtuais de comunicação, especialmente ao gerenciar riscos⁶.
- Para assegurar que as necessidades sejam atendidas, é importante evitar que pessoas dedicadas à prevenção do suicídio e à saúde mental sejam remanejadas para a realização de tarefas não relacionadas com o suicídio.
- Fornecer à população afetada informações sobre autocuidado em saúde mental e serviços de saúde mental disponíveis.
- Trabalhar com agentes humanitários (por exemplo, na saúde, proteção, educação, nutrição, administração de campos de refugiados) para facilitar o encaminhamento de pessoas da população afetada que possam necessitar de apoio à saúde mental.
- Garantir que os socorristas tenham acesso a suporte em saúde mental.

Para mais informações, consulte os seguintes recursos:

- *Guia de Intervenção Humanitária mhGAP* da OMS (OMS, 2015).
- *Building Back Better: Sustainable Mental Health Care after Emergencies* (OMS, 2013).
- *Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias*. Genebra: Comitê Permanente Interagências⁷.



© OMS / Olivier Asselin

⁶ Considerações operacionais para programas multissetoriais de saúde mental e apoio psicossocial durante a pandemia de Covid-19. Genebra: Comitê Permanente Interagências [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2020-09/IASC%20Guidance%20on%20Operational%20considerations%20for%20Multisectoral%20MHPSS%20Programmes%20during%20the%20COVID-19%20Pandemic%20%28Portuguese%29.pdf>.

⁷ Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias. Genebra: Comitê Permanente Interagências [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: https://interagencystandingcommittee.org/system/files/iasc_mhps_guidelines_portuguese.pdf.

PARTE A

PILARES FUNDAMENTAIS DO VIVER A VIDA

As seções a seguir descrevem os pilares fundamentais da prevenção do suicídio. Estes pilares constituem a base que fortalece a implementação eficaz das principais intervenções baseadas em evidências que, em conjunto, contribuem para a prevenção do suicídio. Conheça os pilares:



análise da situação;



colaboração multissetorial;



conscientização e defesa da causa;



capacitação;



financiamento;



vigilância, monitoramento e avaliação.

Estes pilares são comuns a outras áreas da saúde pública. A implementação de cada um destes pilares é descrita abaixo no contexto da prevenção do suicídio.



© OMS/ Yoshi Shimizu



ANÁLISE DA SITUAÇÃO

O QUÊ?

A análise da situação fornece o contexto e perfil atual do suicídio e da prevenção do suicídio em um determinado país, com base em uma variedade de informações.

POR QUÊ?

A análise da situação é essencial para fundamentar o planejamento e a implementação de atividades de prevenção do suicídio. A análise da situação pode identificar onde há mais necessidades, onde existem lacunas ou onde o benefício será maior (por exemplo, quais os meios ou populações nos quais se concentrar). A análise pode evitar a duplicidade de esforços e identificar onde podem ser adotadas ações imediatas e viáveis.

ONDE?

A análise da situação pode ser realizada em nível nacional ou em um contexto regional ou local, tal como uma cidade ou outro contexto específico (por exemplo, um campo de refugiados ou uma escola). Na análise da situação de um país, deve-se dar especial atenção à coleta de informações de diferentes grupos sociodemográficos e regiões para identificar necessidades específicas de adaptação da implementação das intervenções do VIVER A VIDA. Por exemplo, a ingestão de pesticidas ocorre principalmente em áreas rurais de países de baixa e média renda; portanto, restringir o acesso a esse meio de suicídio pode ser menos aplicável às áreas urbanas.

QUANDO?

A análise da situação deve ser feita logo no início de qualquer trabalho de prevenção do suicídio, a fim de fundamentar o planejamento e a implementação.

QUEM?

Um grupo de trabalho específico deverá assumir a liderança na condução da análise da situação. Devem-se criar mecanismos para garantir a transparência e responsabilização. O grupo deve incluir pessoas com diversas competências, tais como:

- liderança e coordenação da análise da situação (por exemplo, o Ministério da Saúde) ou, para análises de situações contextuais específicas, liderança do setor competente (por exemplo, o setor da educação para a análise de programas de competências para a vida nas escolas);
- experiência na condução de análises de situação (por exemplo, meio acadêmico);
- experiência na condução de coleta e análise de dados (por exemplo, agência nacional de estatística);
- partes interessadas que possam fornecer dados relevantes (por exemplo, equipes dos sistemas de informação de saúde, médicos legistas, peritos criminais, serviços de emergência ou equipes hospitalares);
- partes interessadas da comunidade com conhecimento e experiência em um dado contexto (por exemplo, pessoas com vivência em suicídio, guardiões, representantes de subgrupos populacionais de interesse); e
- especialistas em prevenção do suicídio (por exemplo, do setor da saúde ou do meio acadêmico).



COMO?

1. Convoque um grupo de trabalho para planejar e implementar a análise (ver Quadro 1: Introdução)

- Crie o grupo de trabalho (ver “Quem?” página anterior). O grupo de trabalho também é responsável por obter as aprovações necessárias para acessar dados ou informações que subsidiarão a análise da situação.

2. Decida quais informações devem ser coletadas

- A decisão sobre quais informações coletar (Tabela 1) será influenciada pela cobertura geográfica (análise nacional ou regional), pelos recursos disponíveis e pelos prazos.
- Análises da situação que já tenham sido realizadas por países com populações e recursos semelhantes podem servir de orientação.

Tabela 1 – Exemplos de informações a serem incluídas na análise da situação

Exemplos de informações	Considerações
Número e taxa de suicídios	<ul style="list-style-type: none">• Obter dados de acordo com: a) contexto (por exemplo, nacional, regional, distrital, serviços de internação, campo de refugiados etc.); e b) grupos populacionais (por exemplo, população total, por gênero, grupos etários, grupos étnicos, grupos religiosos, condição de migrante, residência urbana x rural, estrato socioeconômico).• Calcular as taxas (mortes ou casos por 100 mil), além dos números, para identificar os subgrupos populacionais desproporcionalmente afetados.• Analisar dados plurianuais para identificar tendências.
Número e taxa de casos de autolesão	
Métodos de suicídio e autolesão	
Causas ou fatores precipitantes do suicídio e fatores de proteção	
Legislação ou política vigente sobre ou relacionada ao suicídio	<ul style="list-style-type: none">• Qual é o estatuto jurídico do suicídio e das tentativas de suicídio e quais são as consequências jurídicas para os indivíduos (por exemplo, persecução penal)?• Quando pertinente, qual é o escopo da descriminalização do suicídio, das tentativas de suicídio e de outros atos de autolesão?• Existe legislação ou política para a prevenção do suicídio (por exemplo, saúde mental, álcool, emprego, seguros, assistência social)?
Apuração do suicídio	<ul style="list-style-type: none">• Como e por quem os casos suspeitos de suicídio são investigados?• Considere de que forma a apuração pode afetar a notificação do suicídio e a qualidade dos dados disponíveis.
Registro de casos de suicídio e autolesão	<ul style="list-style-type: none">• Como e por quem o suicídio e a autolesão são registrados e notificados?• Quais variáveis são utilizadas para desagregar os dados?
Implementação e cobertura atuais dos pilares e intervenções essenciais do VIVER A VIDA	<ul style="list-style-type: none">• Qual é o escopo para iniciar ou melhorar a implementação de tais pilares e intervenções?• Foram avaliados?• Será necessária alguma adaptação ao contexto do país? (Considerar os fatores aceitabilidade, viabilidade e (custo-) efetividade.• Considerar quaisquer esforços prévios de prevenção do suicídio (e por que eles não estão mais ativos).



Exemplos de informações	Considerações
Serviços atuais	<ul style="list-style-type: none"> Serviços existentes (públicos e privados) no setor da saúde, na comunidade e em outros setores pertinentes. Considerar a disponibilidade, captação e qualidade dos serviços existentes. Quais são as lacunas dos serviços?
Recursos atuais	<ul style="list-style-type: none"> Recursos financeiros destinados à prevenção do suicídio. Potenciais recursos financeiros que poderiam ser garantidos. Quais os recursos humanos disponíveis e qual capacitação precisa ser feita para a implementação do VIVER A VIDA?
Setores e partes interessadas	<ul style="list-style-type: none"> Quais setores são necessários para a colaboração multissetorial?⁸ Quais ONGs interessadas no assunto são necessárias para a colaboração? Lacunas em matéria de liderança, pessoal ou colaboradores.
Conhecimento ou atitudes em relação ao suicídio, prevenção do suicídio, saúde mental e procura por ajuda	<ul style="list-style-type: none"> Barreiras enfrentadas pelas pessoas (incluindo subgrupos populacionais) na procura por ajuda. Barreiras enfrentadas pelos trabalhadores da saúde e ocupações relacionadas na identificação precoce, avaliação, orientação, e acompanhamento, bem como na notificação da autolesão.

3. Decida como estas informações podem ser coletadas

- Considere quais informações já existem e quais fontes de informação precisam ser acessadas (ver [Vigilância](#)). As informações devem ser as mais recentes, qualificadas e específicas possíveis em relação ao contexto.
- Se não estiverem disponíveis informações qualificadas (por exemplo, em países sem sistemas formais de informação sobre saúde), trabalhar com informações informais (por exemplo, pareceres de peritos, entrevistas com informantes-chave, discussões em grupos focais) é preferível à ausência de informação alguma.
- Se faltarem informações importantes, considere quais novas informações podem ser coletadas de forma viável (ou planeje abordar essa questão em uma análise de situação futura).
- Pense em quem pode contribuir para a obtenção das informações. Isto ajudará a decidir quem (ver o [Anexo 1 para uma lista de setores e partes interessadas](#)) deve participar da análise da situação. Certifique-se de incluir pessoas com vivência em suicídio e que sejam bem treinadas e apoiadas para que possam contribuir com sua experiência nas discussões.

- Os dados podem ter de ser coletados de múltiplas fontes para que se tenha um quadro completo da situação (por exemplo, certidões de óbito, dados dos serviços de emergência, unidades de saúde, dados policiais).
- Faça uma análise documental para identificar relatórios, políticas, legislação e informações sobre serviços e programas⁹. Pesquise publicações em periódicos de pesquisa no país.

4. Estabeleça um plano de ação e conduza a análise da situação

- Descreva as etapas a serem seguidas durante a análise da situação.
- No orçamento, considere os recursos necessários, como recursos físicos (por exemplo, tecnologia, locais de trabalho) e humanos.
- Defina quais partes interessadas serão responsáveis pela condução de cada etapa (por exemplo, algumas partes interessadas poderão concentrar-se na análise documental ou na coleta de dados de diferentes fontes).

⁸ Neste documento, "multissetorial" refere-se a múltiplos setores governamentais, e "partes interessadas" refere-se a qualquer outro grupo ou indivíduo não governamental que possa desempenhar algum papel na prevenção do suicídio.

⁹ Joint Action on Mental Health and Wellbeing. União Europeia; 2015 [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2017_depression_suicide_ehealth_en.pdf.



5. Elabore um relatório e compartilhe-o com as principais partes interessadas para fundamentar o planejamento da implementação

- Elabore um relatório escrito das conclusões, incluindo uma análise das informações obtidas, no qual se destaque a informação que falta ou de baixa qualidade e as formas de melhoria.
- Elabore recomendações a partir das conclusões e proponha metas específicas de curto, médio e longo prazo, bem como os recursos necessários para alcançá-las. Certifique-se de que pessoas com vivência em suicídio façam parte do processo de tomada de decisão.
- Certifique-se de que o relatório escrito seja acordado entre todas as partes interessadas.
- Compartilhe o relatório com os principais responsáveis pela tomada de decisão, pela formulação de políticas públicas e fontes de financiamento, de modo a influenciar a mobilização de recursos e/ou mandato de atuação (ver [Monitoramento e avaliação](#)).

Quadro 3 – Uma análise da situação de prevenção do suicídio (República Tcheca)

Em consonância com as recomendações da OMS (OMS, 2014), foi realizada uma análise da situação para o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (Kasal *et al.*, 2019). O trabalho foi dividido em quatro atividades realizadas simultaneamente e coordenadas pelo Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH, na sigla em inglês). A análise da situação é uma atividade fundamental na elaboração de uma política de prevenção do suicídio. Ao seguir as etapas, o NIMH pôde: 1) compreender plenamente a situação existente; 2) identificar problemas e necessidades do sistema, bem como capacidades e possibilidades; e estabelecer parcerias para implementação futura, envolvendo as principais partes interessadas (por exemplo, Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Juventude e Esporte, representantes de clínicos gerais, representantes do setor de saúde mental, pessoas com vivência de suicídio). A análise situacional incluiu o mapeamento da situação (etapas 1 e 2) e a identificação e seleção de intervenções adequadas (etapas 3 e 4).

Quatro fases da análise situacional na República Tcheca

Atividade	Identificar e analisar as fontes de dados existentes	Coletar novos dados e criar uma plataforma de partes interessadas	Identificar as possíveis intervenções adequadas ao contexto local	Selecionar potenciais intervenções mediante o consenso das partes interessadas
Propósito	Utilizar os dados existentes e identificar as lacunas de conhecimento	Preencher as lacunas de conhecimento com dados qualitativos	Basear-se em pesquisas publicadas anteriormente sobre intervenções eficazes de prevenção do suicídio	Determinar as prioridades entre intervenções pré-selecionadas
Ação	Identificar fontes de dados existentes, coletar e analisar os dados; envolver as instituições e garantir que os dados possam ser usados regularmente para fundamentar e avaliar continuamente novas etapas	Mapear, entrar em contato, entrevistar e envolver as partes interessadas Analisar e interpretar os dados obtidos	Buscar revisões sistemáticas e metanálises pertinentes, extrair informações sobre intervenções eficazes	Organizar reuniões presenciais ou on-line, facilitar a cooperação entre as partes interessadas, reunir todos os comentários relevantes e chegar a um consenso
Resultado	Análise preliminar, interpretação dos dados existentes, identificação das lacunas de conhecimento	Análise SWOT e plataforma especializada, que também pode estar envolvida em uma futura implementação do plano de prevenção do suicídio	Lista de intervenções baseadas em evidências pré-selecionadas	Consenso sobre as intervenções pré-selecionadas adequadas ao contexto-alvo entre as partes interessadas e prioridades claras para ações futuras na prevenção do suicídio



Quadro 4 – Estudo nacional sobre o suicídio (Namíbia)

As elevadas taxas de suicídio e a falta de informações baseadas em evidências sobre o assunto levaram o Ministério da Saúde e Serviços Sociais (MoHSS, na sigla em inglês) da Namíbia a realizar uma análise da situação do país, em 2018, para orientar estratégias de prevenção e tratamento.

O estudo se concentrou em uma série de resultados, entre eles:

- a prevalência de suicídios e tentativas de suicídio;
- a prevalência de ideação (pensamento) suicida;
- causas do suicídio;
- conhecimentos e atitudes em relação ao suicídio e aos esforços de prevenção e tratamento do suicídio; e
- disponibilidade e efetividade dos esforços de prevenção do suicídio.

Foi criado um grupo de trabalho formado por representantes do MoHSS, da Agência de Estatísticas da Namíbia e da Sustainable Development Africa (uma empresa de pesquisa socioeconômica da Namíbia). Foi feita uma reunião inicial para se chegar a um consenso sobre os objetivos e a metodologia do estudo. Assistentes sociais do MoHSS foram treinados como responsáveis pela coleta de dados e foi realizado um teste piloto antes de se iniciar a análise completa.

A análise foi conduzida em todo o país e envolveu métodos de pesquisa qualitativos e quantitativos, incluindo:

- revisão da pesquisa, das políticas e dos programas nacionais e internacionais;
- revisão dos registros de suicídio da Polícia da Namíbia;
- pesquisas quantitativas de indivíduos selecionados aleatoriamente em diferentes regiões do país; e
- entrevistas qualitativas com informantes-chave em nível nacional, regional e local (por exemplo, funcionários do governo, polícia, trabalhadores da saúde, assistentes sociais, líderes educacionais e espirituais); pessoas que já haviam tentado suicídio; e discussões em grupos focais com adultos e jovens selecionados aleatoriamente.

Os resultados do estudo geraram uma série de recomendações e foram utilizados para embasar a elaboração de um Plano Estratégico Nacional Quinquenal de Prevenção do Suicídio na Namíbia, além de uma política norteadora para a prevenção, tratamento, orientação e coordenação do suicídio (Ministério da Saúde e Serviços Sociais da Namíbia, 2018).



DICAS PARA IMPLEMENTAÇÃO

Tabela 2 – Dicas para a implementação de uma análise da situação

Problema	Dicas
Dados limitados	<ul style="list-style-type: none">• A análise da situação pode começar pelos dados atuais disponíveis e podem-se formular recomendações para melhorar os dados em análises de situação futuras.• Se necessário, análises de relatórios internacionais podem ser usadas para complementar a informação que falta no país.• A participação de partes interessadas da comunidade pode contribuir para a coleta de dados.
Recursos limitados	<ul style="list-style-type: none">• Concentre-se nos dados existentes e nas informações prioritárias para se adaptar às restrições de tempo e recursos. Utilize um modelo sucinto como pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças (análise SWOT).• Considere consultar especialistas nacionais e internacionais sobre documentos de referência e dados existentes.• Quando não houver recursos humanos disponíveis (por exemplo, especialistas para analisar dados), considere solicitar a colaboração de indivíduos ou organizações do meio acadêmico que trabalhem ou já tenham trabalhado anteriormente com análises da situação em outros cenários.
Segurança e confidencialidade dos dados	<ul style="list-style-type: none">• A principal questão ética a ser considerada no uso de dados sobre suicídio é proteger a privacidade dos indivíduos. Isto significa que nenhum dado pessoal deve ser divulgado de forma que a pessoa possa ser identificada.• A divulgação de informações sobre os meios ou locais habituais de suicídio representam um risco. As partes interessadas que têm acesso a dados sensíveis relacionados à análise da situação devem concordar em manter o sigilo desses dados e aderir a um plano de comunicação consensual para a divulgação de informações.



© OMS / Mark Nieuwenhof



COLABORAÇÃO MULTISSETORIAL

O QUÊ?

A prevenção do suicídio não pode ser responsabilidade apenas do setor da saúde, uma vez que os fatores de risco associados ao suicídio e à sua prevenção são transversais a muitas áreas. Para que a prevenção do suicídio seja eficaz, é fundamental uma abordagem multissetorial. Neste guia, a colaboração multissetorial refere-se a abordagens multissetoriais e multilaterais:

- As abordagens multissetoriais são, por vezes, descritas como “de todo o governo”, “intersectoriais” ou “transsectoriais”, ou seja, qualquer iniciativa que inclua mais de um setor governamental, como a saúde, a educação, o trabalho, os transportes, a agricultura, a justiça, o direito, a defesa, o desenvolvimento social.
- Já as abordagens multilaterais são, por vezes, descritas como abordagens de “toda a sociedade”. Ao contrário das abordagens multissetoriais, preveem a colaboração com organizações não governamentais (ONGs) ou trabalhadores comunitários, e também com setores governamentais.

A implementação do VIVER A VIDA requer essa colaboração. Por exemplo, para vedar o acesso aos meios de suicídio, será necessária a colaboração entre os setores relacionados com os meios em questão, como o Ministério da Agricultura, no caso de pesticidas altamente perigosos, e as partes interessadas, como comerciantes e agricultores. Outro exemplo seriam as intervenções nas escolas, onde a colaboração

incluiria o Ministério da Educação e as partes interessadas, tais como diretores de escolas, professores, estudantes, pais/responsáveis e associações de jovens.

É necessário trabalhar com vários departamentos governamentais para desenvolver políticas, legislação ou programas que tenham impacto no suicídio. Por exemplo, os departamentos responsáveis pela saúde, saúde mental, álcool¹⁰, prestação de serviços, legislação para prevenção da violência e bem-estar social ou políticas fiscais¹¹ precisam estar alinhados com a prevenção do suicídio. A legislação que criminaliza o suicídio ou as tentativas de suicídio tem impacto direto no suicídio. Ela tem repercussões sistêmicas, dificultando seriamente a implementação dos pilares e das intervenções do VIVER A VIDA.

¹⁰ Cerca de um quinto dos suicídios são atribuídos ao abuso de álcool como causa principal (OMS, 2018e).

¹¹ O investimento governamental em programas ativos para o mercado de trabalho entre 1970 e 2007 mitigou o impacto do desemprego na mortalidade por suicídio nos países da União Europeia (Stuckler *et al.*, 2009).



Quadro 5 – Descriminalização do suicídio (Irlanda)

O suicídio na Irlanda foi descriminalizado em 1993, um ato que precipitou as atividades de prevenção do suicídio no país. Nos anos anteriores à descriminalização do suicídio na Irlanda, houve um debate público crescente sobre o suicídio e sua prevenção, amparado por pesquisas emergentes conduzidas por um pequeno número de psiquiatras. Um membro do Parlamento irlandês (Dáil Éireann), apoiado por dois psiquiatras, apresentou várias moções ao governo para incentivar o debate sobre a descriminalização do suicídio. Até então, o suicídio era considerado um “tabu silencioso” na sociedade irlandesa. Em 1º de julho de 1993, a presidente Mary Robinson sancionou um projeto de lei para descriminalizar o suicídio e a tentativa de suicídio. A descriminalização do suicídio foi um dos primeiros passos da sociedade irlandesa para reconhecer que o suicídio e as condições de saúde mental são graves problemas de saúde pública. Foi o início de um longo caminho para acabar com o estigma do suicídio, da autolesão e das condições de saúde mental – um processo que ainda está em curso. A descriminalização do suicídio e a abertura do debate sobre a prevenção levaram à formação de ONGs que ajudassem a compreender a complexidade da saúde mental e do suicídio. Em 1995, foi criada a Fundação Nacional de Pesquisa sobre Suicídio. Em 1996, foi criada a Associação Irlandesa de Suicidologia, com o objetivo de fornecer informações precisas e aconselhamento sobre suicídio e autolesão a todos os envolvidos na prevenção e contenção dos danos decorrentes do suicídio e da autolesão. A descriminalização do suicídio facilitou a criação da primeira Força-Tarefa Nacional sobre Suicídio da Irlanda, em 1998, responsável por representar a primeira resposta coordenada ao suicídio. Seguiu-se a isso a primeira Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, *Reach Out*, 2005-2014, apoiada pela Secretaria de Saúde. Em 2015, foi lançada a segunda estratégia nacional da Irlanda para reduzir o suicídio, *Connecting for Life*, 2015-2020, tendo sido prorrogada por mais quatro anos, até 2024.

O envolvimento da comunidade é essencial para a colaboração multissetorial ([ver o Anexo 1 para uma lista de setores e partes interessadas](#)). Ajuda a construir pontes entre as necessidades locais e as políticas nacionais e a garantir que as iniciativas sejam adaptadas ao contexto local. O envolvimento da comunidade também é capaz de promover um sentimento

de participação e coletividade na prevenção do suicídio. A colaboração multissetorial, em todas as suas dimensões, não pode prosperar sem governança e liderança claras para fazer avançar o processo. Um exemplo de sucesso, que documenta uma cronologia de ações, desde o nível governamental até a participação dos interessados locais, vem do Sri Lanka (Pearson *et al.*, 2010; Pearson *et al.*, 2015).

Quadro 6 – A influência das circunstâncias nos esforços multissetoriais para prevenir o suicídio (Suriname)

Em resposta à elevada taxa de suicídio no país, foi criada uma força-tarefa chefiada pelo Comissário Distrital (o mais alto representante do governo), a quem o grupo se reportaria, e presidida pelo chefe do departamento de Psicologia Médica, com a coordenação prática a cargo de um especialista em saúde pública. Participaram os departamentos regionais dos Ministérios da Saúde, da Educação e da Agricultura, bem como organizações de base, médicos e associações de mulheres. Foram organizadas muitas atividades sociais e educativas. O grupo foi encarregado de desenvolver a primeira estratégia nacional de prevenção do suicídio, alinhada com o Plano de Ação Nacional em Saúde Mental de 2014-2020 que já havia sido elaborado. Em junho de 2016, foi publicada uma Estratégia Nacional que contou com o apoio do Conselho de Ministros. O ponto focal para a saúde mental teve um papel importante. A firmeza do ponto focal na manutenção das relações e sua persistência permitiram que a questão da prevenção do suicídio recebesse a atenção necessária. No entanto, logo após a publicação, o país mergulhou em uma profunda recessão econômica e o ponto focal, que havia sido fundamental para manter o interesse do governo na prevenção do suicídio, não pôde permanecer no cargo e não recebeu substituto. A recessão também afetou as infraestruturas criadas para a prevenção do suicídio, muitas das quais foram encerradas. Os antigos membros do grupo de trabalho perderam o entusiasmo e o poder executivo para implementar os aspectos mais importantes da estratégia. Formalmente, o grupo foi extinto. No entanto, passado algum tempo, o antigo presidente manifestou preocupação sobre o andamento da estratégia ao recém-nomeado Ministro da Saúde. Para alegria de todos, em 2018, foi nomeado um novo ponto focal para a saúde mental e os esforços para implementar a prevenção do suicídio no Suriname foram retomados.



POR QUÊ?

O suicídio é uma questão complexa. Portanto, os esforços para preveni-lo requerem ações coordenadas entre múltiplos setores e partes interessadas, com boa governança para facilitar o planejamento estratégico. A colaboração multissetorial permite o intercâmbio de conhecimentos, metodologias e lições aprendidas com trabalhos anteriores, com o compartilhamento de dados e pesquisas relacionadas ao suicídio (Kolves *et al.*, 2021), assim como a coordenação das mensagens sobre o suicídio. A colaboração multissetorial oferece oportunidades para a integração da prevenção do suicídio em outros programas (tais como saúde mental, álcool, DNT, violência de gênero e proteção infantil). Em países com recursos limitados, a colaboração cria um ponto de partida para que se possa aproveitar o que já está disponível. Uma maior coordenação entre os diferentes grupos que atuam na prevenção do suicídio e áreas relacionadas simplifica o trabalho, reduzindo a duplicidade de esforços e proporcionando o uso pragmático dos recursos.

A colaboração multissetorial promove a transparência e reforça a responsabilização dos parceiros envolvidos, ao mesmo tempo em que as comunidades se comprometem em garantir que as atividades de prevenção satisfaçam as necessidades de todos. A colaboração multissetorial não requer grandes recursos, mas uma boa comunicação sobre os objetivos compartilhados e a coordenação de esforços devem acelerar o progresso e melhorar a qualidade da prevenção do suicídio.

Quadro 7 – Integração da prevenção do suicídio na política de saúde mental e abuso de substâncias (Líbano)

O Programa Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde Pública do Líbano, apoiado pela OMS, lançou a primeira Estratégia Nacional para a Saúde Mental e Prevenção, Promoção e Tratamento do Uso de Substâncias, abrangendo o período de 2015-2020¹². Sendo a primeira estratégia deste tipo no Líbano, a prevenção do suicídio foi integrada à estratégia. O esforço para uma ação nacional foi em parte possível devido à crise humanitária, que criou uma oportunidade para iniciativas de recuperação da saúde mental. O sucesso da estratégia incluiu um forte processo de elaboração participativa de todas as principais partes interessadas, envolvendo ONGs locais, ONGs internacionais, agências da ONU, instituições acadêmicas e associações profissionais. Uma avaliação intermediária externa da estratégia mostrou que a implementação está de fato em curso, por meio de uma abordagem colaborativa que envolve todos os interessados.

Vários objetivos contribuem para a prevenção do suicídio em consonância com o VIVER A VIDA:

- Para melhorar a cobertura jornalística responsável, foi desenvolvido um guia para profissionais dos meios de comunicação sobre a forma como a saúde mental e o abuso de substâncias, incluindo o suicídio, são representados na mídia, em um processo que envolveu os profissionais da área¹³. Os profissionais receberam formação e será avaliado o potencial de integração deste guia nas grades curriculares das universidades. Foi realizada ainda uma mesa redonda sobre o papel da mídia na prevenção do suicídio, sendo mais um passo em direção à parceria com os profissionais de comunicação na promoção da saúde mental e na prevenção do suicídio no Líbano¹⁴.
- Para aumentar a conscientização e defesa da causa, foram realizadas campanhas nacionais anuais sobre saúde mental, incluindo o suicídio, como forma de conscientizar as pessoas e diminuir o estigma. Foi publicado um relatório em defesa de uma abordagem que abrangesse toda a sociedade¹⁵.
- Foi elaborado um marco nacional para a prevenção e vigilância do suicídio, em conformidade com os marcos da OMS.
- Uma ONG local, chamada Embrace, e o Programa Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde Pública instituíram conjuntamente uma linha telefônica de abrangência nacional para dar apoio emocional e ajudar na prevenção do suicídio.
- Foi desenvolvida uma estratégia interministerial de resposta ao abuso de substâncias, incluindo o álcool.

¹² Mental Health and Substance Use Strategy. Beirute: Ministério da Saúde Pública, Líbano; 2015 [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: https://www.moph.gov.lb/userfiles/files/Mental%20Health%20and%20Substance%20Use%20Strategy%20for%20Lebanon%202015-2020-V1_1-English.pdf.

¹³ Ministério da Saúde Mental, Líbano (2019). Practical Guide for Media Professionals on the Coverage of Mental Health and Substance Use. [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.moph.gov.lb/userfiles/files/Practical%20Guide%20for%20Media%20Professionals%20on%20the%20Coverage%20of%20Mental%20Health%20and%20Substance%20Use.pdf>.

¹⁴ Video from the National Mental Health Programme, Líbano [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.facebook.com/watch/?v=720642161857689>.

¹⁵ Preventing suicide in Lebanon (infographic). Beirute: Ministério da Saúde Pública, Líbano [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.moph.gov.lb/userfiles/files/Worls%20Suicide%20Prevention%20Day%202020-Advocacy%20brief-Eng.pdf>.



- Estamos trabalhando para intensificar as intervenções de prevenção baseadas em evidências que possam ajudar os jovens a desenvolver competências para lidar com as pressões da vida. Os programas de educação em competências para a vida, que visam a saúde mental e a prevenção do consumo nocivo de substâncias dentro e fora das escolas, foram adaptados ao contexto libanês em colaboração com o Ministério da Educação. Será realizado um estudo de viabilidade da sua integração às bases curriculares.
- A prestação de serviços de saúde mental ainda está sendo integrada à atenção primária à saúde. Além disso, estão sendo criados centros comunitários de saúde mental para aumentar a disponibilidade, a acessibilidade e oferecer um preço mais acessível nos atendimentos de saúde mental, a fim de facilitar a identificação precoce e a prevenção da autolesão ou do suicídio e de transtornos mentais prioritários. Esta ação inclui a capacitação dos profissionais da atenção primária à saúde por meio do guia de intervenção mhGAP da OMS (OMS, 2019b).
- É oferecida capacitação em saúde mental (incluindo suicídio) para recursos humanos em diferentes setores, entre eles:
 - » curso de formação em saúde mental de abrangência nacional, para promover o desenvolvimento de competências na identificação e gestão do risco de suicídio, para assistentes sociais e trabalhadores da linha de frente na proteção infantil e combate à violência de gênero;
 - » protocolo e formação em gestão de crises emocionais, incluindo o desenvolvimento de competências na identificação e gestão do risco de suicídio, para trabalhadores da linha de frente em qualquer setor de ação.
- A saúde mental está integrada à programação que busca combater a violência sexual e de gênero. Neste contexto, questões relacionadas com a identificação de transtornos mentais e risco de suicídio foram integradas às ferramentas de avaliação dos procedimentos operacionais de combate à violência sexual e de gênero desenvolvidas pelo Ministério dos Assuntos Sociais do país. Além disso, foi incorporado um protocolo claro para a gestão do risco de suicídio. O protocolo também contribui para a identificação e manejo precoces.





ONDE?

A colaboração multisetorial é necessária tanto para os pilares fundamentais como para as intervenções essenciais do VIVER A VIDA. A liderança deve partir do governo (geralmente do Ministério da Saúde) e ser complementada pela participação de setores e partes interessadas de todos os níveis, tais como autoridades nacionais e locais, administradores e indivíduos ou organizações comunitárias. Por exemplo, na República Islâmica do Irã, o governador de cada distrito conduz reuniões intersetoriais periódicas com os principais departamentos representados (saúde, agricultura, assistência social, polícia, medicina legal, filantropia, educação) para discutir conquistas e desafios.

Quadro 8 – Adaptações ao contexto e aos grupos populacionais prioritários locais

Em contextos em que as autoridades governamentais locais oferecem uma liderança eficaz, os planos de ação constituem um caminho que envolve desde uma estratégia nacional de prevenção do suicídio até a implementação personalizada e coordenada em contextos locais e populações prioritárias. Os planos devem ser adaptados às necessidades e aos recursos disponíveis da comunidade local, que podem ser diferentes daqueles identificados em nível nacional.

O Japão é um exemplo: com base no Plano Nacional de Ação para a Prevenção do Suicídio, os municípios e prefeituras locais são obrigados por lei a desenvolver planos regionais para a implementação de medidas de prevenção do suicídio. Esta abordagem foi recomendada como forma de acelerar os esforços de prevenção do suicídio no país, uma vez que as autoridades locais estão mais próximas dos residentes de uma determinada comunidade. As orientações fornecidas especificaram o papel das autoridades de cada prefeitura (que, no Japão, abrangem vários municípios) no apoio ao trabalho dos municípios. O governo e o Centro de Apoio para Medidas de Prevenção do Suicídio do Japão (JSSC, na sigla em inglês) apoiam o planejamento pelos governos locais, tanto financeira quanto tecnicamente.

A Agência de Saúde Pública da Inglaterra apoiou todas as regiões do país na elaboração de planos de prevenção do suicídio com a participação de diversos órgãos públicos. Todas as regiões tiveram seus planos implementado até abril de 2019. O Plano de Implementação de Serviços de Saúde Mental do Serviço Nacional de Saúde (NHS, na sigla em inglês) 2019/20-2023/24 prevê financiamento para apoiar a execução dos planos de prevenção do suicídio. Estes planos incluem todos os principais órgãos governamentais locais e o terceiro setor nos esforços contínuos de prevenção do suicídio. As estratégias e planos regionais descrevem ações específicas que serão tomadas pelos respectivos órgãos (com base na estratégia nacional inglesa, orientação do NHS England e NHS Improvement and Public Health England, além de dados nacionais e regionais) para reduzir os suicídios em todas as regiões da Inglaterra. Atribuiu-se o sucesso desta experiência à garantia de que planos detalhados fossem apresentados antes de se chegar a um acordo de financiamento para o apoio; o alinhamento dos planos locais com as orientações nacionais; e a oferta de jornadas de aprendizagem, durante as quais diferentes locais que se beneficiaram do financiamento puderam aprender uns com os outros e compartilhar experiências. Os esforços nacionais e regionais na prevenção do suicídio continuam sendo uma grande prioridade para o governo e, atualmente, está-se desenvolvendo um sistema nacional de vigilância do suicídio em tempo real, coordenado pela Agência de Saúde Pública da Inglaterra. O NHS England e o NHS Improvement lançarão o Programa de Melhoria da Segurança da Saúde Mental, com o objetivo de financiar o apoio à saúde mental para reduzir as taxas de suicídio de pessoas em contato com os serviços de saúde mental.

QUANDO?

A colaboração multissetorial deve ser considerada o quanto antes na implementação do VIVER A VIDA. Embora algumas colaborações possam ser temporárias para responder a uma necessidade específica, a colaboração multissetorial sustentada deve fazer parte de todas as atividades de prevenção do suicídio para viabilizar os benefícios apresentados anteriormente. Ao iniciar uma possível colaboração, pode ser útil considerar a disposição¹⁶ do governo e de potenciais parceiros.

Quadro 9 – Como o governo viabilizou a cooperação multissetorial (Butão)

Em 2015, o Butão conquistou apoio político para a prevenção do suicídio, como resultado de um relatório de análise da situação do suicídio no país apresentado aos parlamentares e membros do Gabinete presidido pelo Primeiro-Ministro. Tendo em conta a magnitude e a gravidade do problema, o governo instruiu a criação de um programa dedicado à prevenção do suicídio. Logo após, foi realizado um estudo sobre os casos de suicídio notificados. O estudo serviu de base para o Plano de Ação da Estratégia Nacional desenvolvido e implementado em 2016. Um programa nacional de prevenção do suicídio foi estabelecido no Ministério da Saúde para coordenar a prevenção em todo o país e manter as partes interessadas envolvidas na prestação de serviços de prevenção do suicídio. Como a prevenção é multidimensional, envolvendo vários intervenientes importantes, foi formado um Comitê Gestor Nacional para impulsionar a resposta multissetorial e manter o governo informado sobre os desafios, problemas e progressos da resposta ao suicídio. Agências de cooperação de vários departamentos foram chamadas para ajudar a implementar o plano de ação e criar uma plataforma para discutir o progresso, os desafios e os problemas, bem como o caminho a seguir. Entre as partes interessadas figuraram: o Ministério da Saúde; Ministério da Educação (Departamento da Juventude e Esporte); Ministério do Interior e Assuntos Culturais (Departamento do Governo Local); Polícia Real do Butão; Autoridade de Controle de Narcóticos do Butão (BNCA, na sigla em inglês); Comissão Nacional para Mulheres e Crianças (NCWC); a ONG RENEW (Respect, Educate, Nurture and Empower Women); os meios de comunicação (televisão, jornais nacionais, rádio); o Ministério da Agricultura; a Universidade Kheser Gyalpo de Ciências Médicas do Butão (KGUMSB); a Autoridade de Informação, Comunicação e Mídia do Butão (BICMA, na sigla em inglês); e a Comissão para os Assuntos Monásticos (Dratshang).



© OMS / Quinn Mattingly

¹⁶ Isto envolve o quanto um grupo está comprometido em mudar e a crença na sua capacidade de fazê-lo (Weiner, 2020).



QUEM?

Em atividades nacionais como o VIVER A VIDA, a liderança deve vir do governo, particularmente do Ministério da Saúde, para identificar e reunir partes interessadas que, de outra forma, não colaborariam (ver o Anexo 1 para uma lista de setores e partes interessadas). Contudo, as autoridades locais também podem assumir um papel de liderança na coordenação dos interessados regionais. Por exemplo, a LifeSpan é uma abordagem integrada de prevenção do suicídio na Austrália em que as redes de atenção primária à saúde realizam uma colaboração multissetorial para garantir que as iniciativas sejam lideradas pela comunidade¹⁷. Os principais parceiros incluem pessoas com experiência direta. Entre os exemplos que impulsionam a mudança figuram parcerias público-privadas e a participação dos mais altos níveis do governo.

Quadro 10 – Formando parcerias público-privadas (Estados Unidos da América)

A Action Alliance for Suicide Prevention (Aliança de Ação para a Prevenção do Suicídio) nos EUA é uma organização público-privada com mais de 250 parceiros, responsável por coordenar uma resposta nacional integral ao suicídio. Em 2012, a Action Alliance reuniu diversos interessados do setor público-privado, incluindo representantes governamentais, organizações nacionais sem fins lucrativos e grupos do setor público, especialistas em prevenção do suicídio, prestadores de cuidados de saúde e pessoas com experiência direta. O trabalho da Action Alliance tem por objetivo fomentar a Estratégia Nacional, priorizando três frentes de trabalho: o fortalecimento dos cuidados relacionados ao suicídio; o fortalecimento da prevenção do suicídio nas comunidades; e a mudança do debate nacional sobre o suicídio. O trabalho da Action Alliance foi possível graças a vários fatores. Primeiro, um líder do governo federal reconheceu a contribuição significativa que uma parceria público-privada poderia ter para a redução do suicídio em nível nacional e estava disposto a defender esse esforço conjunto. Em segundo lugar, diferentes órgãos federais foram chamados a participar da iniciativa, tornando-se parceiros em pé de igualdade. E, por último, o governo federal se dispôs a fazer um investimento inicial e a mantê-lo até que o financiamento privado também pudesse ser impulsionado. Quando a Action Alliance foi lançada, em 10 de setembro de 2010, o alto nível de colaboração foi claramente demonstrado pela presença do Ministro da Saúde e Serviços Sociais e do Ministro da Defesa, pela disposição do Ministro do Exército de ocupar o cargo de copresidente do setor público e pela disposição de um ex-senador dos Estados Unidos, que havia perdido seu próprio filho por suicídio, de desempenhar a função de copresidente do setor privado. A participação do alto escalão do governo federal também tornou possível o envolvimento de líderes do setor privado de várias áreas no apoio à iniciativa.

Historicamente, a participação dos altos escalões do governo tem tido impactos significativos na dinâmica de colaboração multissetorial para a prevenção do suicídio e, portanto, na implementação de medidas para salvar vidas. Uma abordagem liderada pelo governo sinaliza que a prevenção do suicídio exige que diferentes órgãos do governo trabalhem em conjunto e que a prevenção do suicídio não deve ser realizada apenas pelo setor da saúde. Tal influência foi observada pelo Grupo de Trabalho Presidencial para a prevenção do suicídio no Sri Lanka, pelo Governo do Japão e pela (primeira) nomeação de um ministro para a prevenção do suicídio no Reino Unido, que hoje coordena uma pasta que abrange prevenção do suicídio, saúde mental e segurança do paciente.



© OMS / Sebastian Oliel

¹⁷ Integrated Suicide Prevention, Lifespan [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.health.act.gov.au/about-our-health-system/office-mental-health-and-wellbeing/lifespan>.

Quadro 11 – A influência no mais alto nível (Austrália)

Desde 1997, a Austrália tem adotado uma abordagem nacional de prevenção do suicídio, impulsionada, principalmente, pelas pastas da saúde (nos níveis nacional e estadual). Ao reconhecer a necessidade de uma abordagem que envolvesse todo o governo, em 2019 foi nomeado o primeiro Conselheiro Nacional para a Prevenção do Suicídio, subordinado diretamente ao Primeiro-Ministro. Para apoiar o trabalho do Conselheiro Nacional de Prevenção do Suicídio, um grupo de trabalho foi criado em agosto de 2019, com governança conjunta do Ministério da Saúde e do Gabinete do Primeiro-Ministro e composto por servidores destacados de vários órgãos do governo. Um Comitê Interdepartamental Executivo de Prevenção do Suicídio foi criado com o objetivo de facilitar as contribuições e o assessoramento na elaboração de iniciativas de prevenção em todo o governo. Foi nomeado um Grupo Consultivo de Especialistas para garantir que o conselheiro recebesse assessoramento de pessoas com experiência em suicídio, especialistas em prevenção do suicídio, especialistas em prevenção do suicídio de aborígenes e ilhéus do Estreito de Torres e especialistas em políticas sociais e comunitárias associadas à prevenção do suicídio.

Quadro 12 – Inclusão de pessoas com experiência direta

Pessoas com vivência em suicídio devem ser incluídas em todos os aspectos do VIVER A VIDA. As percepções das pessoas com experiência direta são cruciais e ajudam a garantir que as atividades atendam às necessidades dos indivíduos em risco de suicídio. Envolver pessoas com vivência em suicídio garante que as necessidades reais daqueles que necessitam de apoio sejam atendidas. Sua experiência é fundamental para subsidiar, influenciar e melhorar todos os aspectos da prevenção do suicídio. Além disso, pessoas com vivência em suicídio podem servir de modelo e dar esperança àqueles afetados por comportamentos suicidas ou que perderam alguém por suicídio. Cada grupo de trabalho de cada pilar e intervenção deve incluir pessoas com experiência direta para participarem ativamente do planejamento, desenvolvimento, implementação e avaliação. Todos os grupos de trabalho devem seguir um processo participativo que leve igualmente em conta as vozes das pessoas com experiência direta.

Este envolvimento não é simbólico e as opiniões das pessoas com experiência direta devem ser ouvidas, valorizadas e integradas na concepção do programa, na reforma política e na melhoria ou reformulação dos serviços. Devem ser atribuídos tempo e recursos suficientes durante o planejamento das atividades do VIVER A VIDA para contar com a colaboração das pessoas com experiência direta. A participação pode ser emotiva e, por vezes, desafiadora para pessoas que tenham vivência em suicídio. Deve-se ainda ter cuidado ao tratar de alguns aspectos, como, por exemplo, detalhes sobre os métodos de suicídio. É preciso assegurar que os indivíduos recebam o apoio adequado durante a sua participação¹⁸ e tomar medidas para preservar o anonimato das pessoas.

No campo da prevenção do suicídio, o termo “pessoas com experiência direta” refere-se a pessoas que já se envolveram em comportamentos suicidas, ou que tiveram pensamentos suicidas, e pessoas que sofreram com a perda de um ente querido por suicídio, como familiares, amigos e colegas (também chamados de sobreviventes ou sobreviventes de perdas por suicídio). O LifeSpan Lived Experience Framework¹⁹ fornece uma estrutura para integrar a experiência direta em uma organização. Roses in the Ocean²⁰ fornece as melhores práticas sobre como realizar essa integração de forma eficaz e segura para pessoas com experiência direta. O Anexo 2 traz um exemplo de participação significativa na Escócia.

¹⁸ Storytelling for suicide prevention checklist. National Suicide Prevention Lifeline (EUA) [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://suicidepreventionlifeline.org/wp-content/uploads/2018/10/Lifeline-Storytelling-Checklist.pdf>.

¹⁹ LifeSpan lived experience framework. Black Dog Institute (Austrália) [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: https://www.blackdoginstitute.org.au/wp-content/uploads/2020/04/bdi_lived-experience-summit-2018_final.pdf.

²⁰ Roses in the Ocean (Austrália) [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://rosesintheocean.com.au/>.



COMO?

1. Forme um grupo gestor e desenvolva uma visão de colaboração (ver Quadro 1: Introdução)

- Identifique pessoas que desempenharão um papel-chave no desenvolvimento e monitoramento de colaborações. Decida qual liderança poderá convocar colaboradores e coordenar atividades. É fundamental envolver os responsáveis pelo orçamento e os líderes governamentais nacionais ou regionais.
- Considere os objetivos e o escopo da colaboração, compreenda o que se espera alcançar e defina o que pode ser considerada uma colaboração de sucesso (ver também Anexo 3 e Monitoramento e avaliação).
- Planeje o financiamento da colaboração, tendo em conta, por exemplo, prazos, transporte e atividades.

2. Identifique colaboradores e defina um método de engajamento

- Faça um mapeamento dos colaboradores (por exemplo, durante a análise da situação), considerando os seguintes fatores:
 - » função no VIVER A VIDA;
 - » envolvimento atual e atitudes em relação à prevenção do suicídio;
 - » possíveis razões para se engajar na prevenção do suicídio ou motivos para não querer participar (aversão);
 - » crenças culturais ou religiosas, circunstâncias sociais e econômicas e canais habituais de comunicação;
 - » relacionamentos com outros setores e partes interessadas;
 - » poder ou influência para garantir que haja envolvimento de todos os parceiros e que as mudanças recomendadas sejam postas em prática;
 - » possíveis contribuições para o esforço de colaboração (por exemplo, recursos, competências);
 - » benefícios que terão com a participação (que podem ser destacados na tentativa de engajá-los);
 - » quaisquer questões relacionadas com o seu envolvimento (possíveis conflitos, barreiras, limitações).
- Decida sobre as técnicas para engajar os colaboradores, como:
 - » memorandos de entendimento ou cooperação (por exemplo, entre departamentos governamentais);
 - » reuniões públicas;
 - » grupos focais;

- » oficinas;
- » reuniões ou entrevistas individuais;
- » eventos de conscientização;
- » internet (questionários, consultas, e-mails).

3. Envolve os colaboradores

- Ao interagir com os colaboradores, discuta os seguintes pontos:
 - » a importância da prevenção do suicídio;
 - » o papel dos colaboradores na prevenção do suicídio;
 - » possíveis benefícios de sua participação para si próprios e para a implementação do VIVER A VIDA;
 - » uso de linguagem apropriada;
 - » respeito pelas diferentes perspectivas;
 - » quaisquer preocupações que possam ter sobre sua participação.

4. Faça uma reunião de colaboração inicial

- Chegue a um consenso sobre os objetivos comuns da colaboração.
- Avalie o que cada parceiro pode contribuir (recursos, competências, relações ou áreas de influência) e se tem quaisquer exigências ou restrições a serem negociadas.
- Defina as funções e responsabilidades de cada colaborador.
- Defina diretrizes ou regras claras para a colaboração e procedimentos a serem seguidos caso estas não sejam cumpridas.
- Formule um plano de ação: identifique um conjunto de ações de curto e médio prazo que possam ser priorizadas inicialmente, com um cronograma para a conclusão no longo prazo. Inclua metas SMART²¹ e avalie como as ações serão financiadas.
- Estabeleça mecanismos de responsabilização para reforçar a transparência: um plano de ação e os compromissos das partes interessadas devem ser claramente definidos e disponibilizados publicamente.

5. Inicie a colaboração, monitore e avalie o progresso (ver Monitoramento e avaliação)

- Crie um calendário de reuniões periódicas com os colaboradores para avaliar o progresso do plano de ação, fazer ajustes e desenvolver novas ações. Defina um cronograma de acordo com o qual as ações devem ser concluídas.
- Discuta quaisquer desafios e lições aprendidas.
- Realize avaliações de rotina formais sobre a participação dos colaboradores; se possível, as avaliações devem ser feitas por entidades independentes.

²¹ Metas SMART são aquelas específicas, mensuráveis, atingíveis, relevantes e temporais (com prazo determinado). Veja <https://www.mindtools.com/pages/article/newL6141.html> [consultado em 28 de janeiro de 2021].



Quadro 13 – Salvando vidas, a comunidade no papel de líder (Índia)

Em Chennai, no sul da Índia, um edifício sem nada de especial localizado em uma rua estreita e arborizada abriga uma organização que salvou inúmeras vidas. Os próprios voluntários desta ONG, chamada SNEHA, não saberiam dizer quantas pessoas foram resgatadas do precipício do suicídio. Como estudantes de psiquiatria, tínhamos pouco a oferecer para outros transtornos, mas para algo tão evitável quanto o suicídio, ninguém estava fazendo nada e isso motivou a criação da SNEHA.

No início da SNEHA, em 1986, o suicídio era um assunto marcado pelo estigma social. No princípio, as coisas foram difíceis, pois o conceito de voluntariado, apoio emocional e prevenção do suicídio era deficiente. Tanto que foi difícil encontrar um lugar para alugar. De forma lenta e constante, o trabalho da SNEHA foi sendo reconhecido pelo público, pelos meios de comunicação e pelos profissionais de saúde mental. Ao longo das décadas, a SNEHA deixou de ser apenas uma linha telefônica de assistência a casos de suicídio e passou a trabalhar para conscientizar a comunidade, abordando questões de política e desenvolvendo intervenções comunitárias inovadoras para reduzir o número de suicídios. No início dos anos 2000, os voluntários da SNEHA começaram a notar que todos os anos, no mês de junho, o número de telefonemas aumentava. Os voluntários trabalhavam em turnos de 24 horas para atender aos pedidos de socorro de estudantes que se suicidavam devido à reprovação nos exames nesse período. A maioria dos estudantes que morreu por suicídio foi reprovada em apenas uma ou duas matérias. Porém, não bastava ouvir com compaixão, era necessário mudar a política para salvar vidas. Fizemos muita pressão junto ao governo do estado de Tamil Nadu para que fossem oferecidos exames complementares, que pudessem ser feitos em um prazo de dois meses, de modo que os estudantes não perdessem o ano letivo. Houve amplo apoio da mídia.

No final de 2002, o governo de Tamil Nadu anunciou que passaria a oferecer exames complementares para os estudantes que tivessem sido reprovados em até três disciplinas. A medida foi implementada em 2003, embora a nova política só tenha sido divulgada no final de 2004. Após o estado passar a conscientizar a população sobre os exames complementares, o número de suicídios de estudantes caiu em quase 50%. Só o fato de terem uma segunda chance pareceu fazer uma grande diferença. A esperança, ao que parece, fez maravilhas e vários outros estados seguiram o exemplo.

O número crescente de suicídios entre a população de refugiados do Sri Lanka que vive em Tamil Nadu levou outra ONG a procurar a SNEHA para enfrentar o problema. Foi elaborada uma intervenção por pares, de baixo custo, chamada Contact and Safety Planning (CASP). No final do primeiro ano, o comportamento suicida foi significativamente reduzido no campo de refugiados que recebeu a intervenção (Vijayakumar *et al.*, 2017). As estratégias de intervenção comunitária da SNEHA têm baixo custo, não exigem muita mão-de-obra e tem como princípio o apoio dos pares. Na prática, estas estratégias podem ser replicadas com sucesso em todo o mundo.

Em 2017, após décadas de pressão da SNEHA junto ao governo indiano sobre a necessidade de descriminalizar as tentativas de suicídio, a lei da era colonial foi finalmente revogada com a aprovação da Lei de Saúde Mental. A SNEHA também tem defendido incessantemente uma estratégia nacional de prevenção do suicídio ao alto escalão do governo, incluindo o Ministério da Saúde. Como resultado desses esforços, foi criado um comitê para elaborar um Plano de Ação Nacional. A história da SNEHA comprova a importância de não se ignorar a perda de vidas jovens por suicídio e a necessidade de que medidas imediatas e urgentes sejam tomadas para salvar vidas. Ainda demonstra o quão longe a ação comunitária pode chegar.



Quadro 14 – Força-tarefa presidencial para a prevenção do suicídio (Sri Lanka)

Em 1995, o Sri Lanka recebeu destaque na comunidade internacional por ter a maior taxa de suicídio do mundo. Assim, em 1997, o então Presidente nomeou uma força-tarefa presidencial para combater o suicídio no Sri Lanka. Um fator crucial para o sucesso do grupo de trabalho foi a autoridade do Presidente para nomeá-lo, o que fez com que todos os setores colaborassem.

O grupo de trabalho multissetorial era formado por representantes da saúde, educação, agricultura, desenvolvimento social, serviços sociais, universidades e ONGs que prestavam serviços comunitários. As principais razões para o sucesso desta colaboração multissetorial foram a composição do grupo de trabalho, o entusiasmo do seu presidente e a autoridade de quem o nomeou. Além disso, havia um equilíbrio entre as autoridades administrativas envolvidas, como o órgão responsável pelo registro de pesticidas, o diretor da autoridade Samurdhi (financiamento para o desenvolvimento do país) e o diretor do departamento de educação para a saúde, juntamente com especialistas técnicos, como sanitaristas, sociólogos e psiquiatras. O grupo de trabalho baseou suas recomendações em evidências e consenso.

Não só recomendou intervenções para prevenir o suicídio, mas também continuou a monitorar a implementação das recomendações localmente durante vários anos. Os principais elementos que levaram ao sucesso da implementação em nível comunitário incluíram a abordagem colaborativa entre o grupo de trabalho e as comunidades, um programa dedicado a analisar os determinantes do suicídio nas aldeias e o monitoramento e a avaliação.

No Sri Lanka, foi importante aproveitar os recursos da autoridade política para realizar o trabalho no momento oportuno. Em outros países com situações semelhantes ao Sri Lanka, os trabalhadores da saúde pública devem estar preparados para buscar apoio junto às autoridades, baseando as suas ações nas melhores evidências disponíveis adaptadas aos contextos culturais.

DICAS PARA IMPLEMENTAÇÃO

Tabela 3 – Dicas para a implementação de colaboração multissetorial

Problema	Dicas
A prevenção do suicídio não é uma prioridade para outros setores, partes interessadas e/ou lideranças nacionais. Acredita-se que a prevenção do suicídio diz respeito apenas ao setor da saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Use a promoção para demonstrar que a prevenção do suicídio vai além do setor da saúde e requer colaboração. • Reconheça a prevenção do suicídio como uma questão à parte com mérito próprio, o que permite que todos os fatores de risco subjacentes sejam considerados e não apenas os transtornos de saúde mental. • Participe de reuniões periódicas com outros setores e partes interessadas para enfatizar o valor ético, político e econômico da prevenção do suicídio e envolvê-los na conscientização. • Aumente o orçamento para a prevenção do suicídio em outros setores para permitir a sua participação. Reserve orçamentos específicos para pilares e intervenções específicos do VIVER A VIDA, de modo que possam receber recursos adequados, em vez de serem considerados uma atividade rotineira do setor em questão. • Dê feedback regularmente às partes interessadas sobre atividades de prevenção bem-sucedidas para manter o envolvimento e a dinâmica. • Considere incorporar a prevenção do suicídio em outras políticas e programas de saúde pública que sejam priorizados (por exemplo, saúde mental, álcool, prevenção da violência). • Quando houver estigma, envolva os parceiros em discussões de conscientização, forneça informações e desconstrua mitos sobre o suicídio. • Encontre defensores (isto é, pessoas que se preocupam muito com a prevenção do suicídio e estão dispostas a assumir um papel de liderança) que possam ajudar a engajar os parceiros. É recomendável ter mais de um defensor porque os papéis das pessoas mudam ao longo da implementação.



Problema	Dicas
Interesses conflitantes, tanto em termos de ações quanto de financiamento	<ul style="list-style-type: none">• Defina metas e objetivos comuns a serem almeçados.• Defina o papel dos colaboradores e desenvolva mecanismos de transparência e responsabilização para garantir que a sua contribuição esteja alinhada com esse papel. Isto deve incluir uma gestão transparente do orçamento.• Avalie regularmente a colaboração e resolva quaisquer problemas que surjam.• Garanta que os esforços dos colaboradores sejam plenamente reconhecidos nas comunicações internas e externas.• Procure identificar oportunidades de financiamento ou recursos compartilhados para garantir que as partes interessadas não compitam pelos mesmos recursos.
Ausência de trabalho em equipe e coordenação	<ul style="list-style-type: none">• Determine claramente o papel de cada parte interessada.• Organize reuniões periódicas para estabelecer relações e avaliar ações.• Estabeleça canais de comunicação entre as reuniões para os diferentes interessados e compartilhe informações em tempo útil para reduzir a duplicidade de esforços.• Identifique metas compartilhadas que podem servir para unir as pessoas em torno de conquistas conjuntas.• Desenvolva sistemas de governança e responsabilização; disponibilize os planos publicamente e chegue a um consenso sobre as ações a serem tomadas, caso as partes interessadas tenham dificuldades em cumprir com as suas responsabilidades.
Liderança ausente ou ineficaz	<ul style="list-style-type: none">• Aprenda a se comunicar e trabalhar com diversas partes interessadas.• Entenda as características da liderança eficaz e ineficaz para ajudar a evitar armadilhas e fortalecer as competências de liderança²².• Quando houver uma elevada rotatividade na liderança, considere mecanismos que ajudem a manter a continuidade, por exemplo, pessoas que possam desempenhar o papel em tempos de transição ou liderança conjunta.• Certifique-se de que o planejamento e as ações incluem contribuições de todos os níveis de colaboradores, em vez de depender de uma abordagem descendente.• Busque financiamento para vários anos, de modo que haja tempo hábil para que as iniciativas possam ser desenvolvidas e avaliadas.

²² Leadership and legacy wheel. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.sprc.org/grantees/core-competencies/leadership>; <https://www.sprc.org/resources-programs/legacy-wheel>.



© OMS / Hery Razafindralambo

CONSCIENTIZAÇÃO E DEFESA DA CAUSA

O QUÊ?

A conscientização e defesa da causa são atividades cruciais para problemas de saúde pública frequentemente negligenciados, como a prevenção do suicídio. A conscientização em saúde pública é um processo organizado de comunicação dirigida ao público para aumentar o conhecimento e mudar atitudes, crenças ou comportamentos sobre um tema importante. A defesa da causa pode ser combinada com a conscientização para promover as mudanças necessárias com o objetivo de resolver um problema. Com a melhora da conscientização, tanto as comunidades como os países observarão um aumento na procura de serviços e apoio. Isto significa que as pessoas que lideram os esforços de conscientização devem estar preparadas para esse aumento (ver [Agir para identificar precocemente, avaliar, orientar e acompanhar e Capacitação](#)).

A conscientização chama a atenção para a prevenção do suicídio com mensagens como:

- O suicídio é um problema grave de saúde pública.
- As pessoas afetadas podem procurar ajuda.
- Como identificar e apoiar alguém em risco de suicídio.
- Como iniciar uma conversa sobre suicídio e responder de forma adequada se alguém correr risco de suicidar-se.

A defesa da causa procura provocar mudanças, geralmente em nível de políticas públicas, em defesa de:

- mais financiamento para medidas de prevenção do suicídio;
- mudanças na legislação, como a descriminalização;

- integração da prevenção do suicídio nas escolas, locais de trabalho e sistemas de saúde;
- uma estratégia nacional de prevenção do suicídio;
- sistemas aprimorados de vigilância de suicídios e autolesão; e
- recursos e apoio a grupos de risco.

É importante notar que a linguagem utilizada na conscientização não normaliza nem estigmatiza o suicídio (ver [Recursos para orientações sobre o uso da linguagem](#)). Embora reconheça-se que pensamentos suicidas podem ocorrer ao longo da vida, é necessário enfatizar a importância de fornecer e procurar apoio. Considere não apenas **o que** você comunica, mas também **como** comunica. Certifique-se de que as mensagens abordem mitos e equívocos e que utilizem uma linguagem que não seja sensacionalista nem inflamatória.

POR QUÊ?

A conscientização e a defesa da causa são ações estratégicas que contribuem para os esforços globais de prevenção do suicídio, influenciando as autoridades e a opinião pública, as atitudes e os comportamentos.

Para os responsáveis pelas decisões, a defesa da causa pode:

- contribuir para um maior compromisso político e distribuição de recursos para medidas de prevenção do suicídio; e
- ser usada para influenciar as partes interessadas, que não sejam trabalhadores da saúde, sobre o seu papel na prevenção do suicídio, incluindo, entre outros, setores como agricultura, transportes, sistema judiciário, trabalhista, empresas privadas e a comunidade em geral.



Para o público, a conscientização pode:

- informar que o suicídio é um problema grave de saúde pública que merece atenção;
- reduzir o estigma, dissipando mitos ou conceitos errados e abordando atitudes ou crenças sobre saúde mental e suicídio, incluindo atitudes em relação a pessoas que tentaram suicídio e familiares que perderam um ente querido;
- aumentar a conscientização sobre o papel dos indivíduos no apoio às pessoas em risco;
- incentivar a ajuda e comportamentos de busca de ajuda; e
- fornecer conhecimento e informações sobre onde procurar ajuda.

Quadro 15 – A conscientização cria demanda por serviços (Quênia)

A ausência de uma estratégia nacional para a prevenção do suicídio fez com que Befrienders Kenya tivesse um interesse especial na prevenção do suicídio. Por meio da prestação de serviços de escuta a pessoas em situação de grande sofrimento, da coordenação dos esforços no Dia Mundial da Prevenção do Suicídio, do trabalho com os meios de comunicação e da formação de guardiões, a Befrienders Kenya observou um aumento nos pedidos de sessões de conscientização e formação. Os pedidos são uma indicação clara do interesse gerado pelos esforços da Befrienders Kenya na conscientização e prevenção do suicídio. Em resposta, a Befrienders Kenya oferece formação, como a dirigida a guardiões na comunidade, para dotar grupos comunitários específicos de conhecimentos e competências necessários à redução do estigma e à promoção de comportamentos que incentivem a procura de ajuda, contribuindo, assim, para os esforços de prevenção do suicídio. A conscientização realizada pela Befrienders Kenya também cria uma plataforma para a promoção da prevenção do suicídio no país.

ONDE?

A conscientização e a defesa da causa da prevenção do suicídio podem variar desde eventos realizados em um único local da comunidade (como uma aldeia ou local de trabalho) até campanhas públicas de abrangência nacional. A promoção da mudança pode ser integrada à conscientização, por meio de reuniões conjuntas com o governo e ONGs, por exemplo. As mensagens podem ser disseminadas por meio de um canal amplamente acessado por uma determinada comunidade (como uma transmissão de rádio, ou um encontro comunitário ou religioso), ou por meio de múltiplos canais para atingir públicos diversos e melhorar o alcance geográfico em um dado país (como as redes sociais, mídia impressa, televisão, rádio, coletivas de imprensa, conferências ou oficinas, anúncios impressos ou outdoors).

QUANDO?

A conscientização pode ser implementada de forma contínua com métodos de comunicação estáticos, como outdoors, notícias impressas, anúncios ou cartazes em locais comunitários aos quais têm acesso pessoas que procuram ajuda ou que possam estar em risco de suicídio (por exemplo, em escolas, delegacias de polícia, transportes públicos, serviços de saúde). É importante que o impacto dos esforços seja avaliado e divulgado aos responsáveis pela tomada de decisão para demonstrar o benefício de se obter recursos para a continuidade das atividades. Os pontos focais locais ou nacionais para a prevenção do suicídio podem continuar promovendo a prevenção do suicídio em pautas relacionadas.

Quadro 16 – Mês nacional da conscientização sobre o suicídio (Japão)

Para concentrar esforços e recursos, os países podem optar por dedicar um período específico à conscientização. Por exemplo, em 2010, o Japão escolheu o mês de março como o Mês Nacional da Conscientização sobre a Prevenção do Suicídio. Março foi o período escolhido devido ao aumento da taxa de suicídio observado neste mês no Japão²³. Mais recentemente, cartazes foram usados nos sistemas de transporte no Japão para aumentar a conscientização.

²³ Japan turning a corner in suicide prevention [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/japan_story/en/.



Os países e as comunidades podem aproveitar a oportunidade dos dias mundiais de saúde pública para ampliar os esforços de conscientização por meio de campanhas. Tais campanhas podem ser destinadas a uma população inteira e/ou ser utilizadas como oportunidades para grupos selecionados.

As principais datas anuais de prevenção do suicídio são:

- 10 de setembro: Dia Mundial da Prevenção do Suicídio.
- 10 de outubro: Dia Mundial da Saúde Mental.
- Novembro (data variável todos os anos): Dia Internacional dos Sobreviventes do Suicídio.

A vantagem de aderir a essas datas mundiais é que esforços em grande escala são direcionados ao desenvolvimento de recursos que podem ser compartilhados e reaproveitados por outras instituições. O Dia Mundial da Prevenção do Suicídio é organizado pela Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio (IASP, na sigla em inglês). Os esforços dos países são apoiados pela IASP por meio da coleta, compartilhamento e fornecimento de recursos materiais e atividades. Centenas de atividades em mais de 70 países foram realizadas neste dia desde a sua criação em 2003. Isso inclui eventos educativos e comemorativos, coletivas de imprensa, conferências e ampla cobertura nas redes sociais²⁴. As atividades de seguimento (por exemplo, durante duas semanas após estas datas mundiais) podem ser uma forma eficaz de reforçar a sustentabilidade das mensagens dos dias de campanha.

QUEM?

A conscientização e a promoção exigem colaboração entre múltiplas partes interessadas. Em nível nacional, a liderança pode vir de uma colaboração entre o Ministério da Saúde e os meios de comunicação. Os meios de comunicação são um parceiro crucial na conscientização. Uma parceria com a mídia deve ser vista como um componente-chave dos esforços contínuos de conscientização e defesa da causa ([ver Interagir com a mídia para a divulgação responsável do suicídio](#)).

Em nível comunitário, a liderança pode vir de indivíduos ou organizações com interesse na prevenção do suicídio. Os interessados podem incluir pessoas com experiência de tentativa de suicídio, representantes do público-alvo ou ONGs. Devem ser incluídas pessoas com experiência em conscientização (por exemplo, em outras áreas da saúde pública).

Quadro 17 – See Me: combatendo o estigma (Escócia)

Um dos principais objetivos estratégicos do plano de ação de prevenção do suicídio do Governo da Escócia é garantir que o suicídio deixe de ser estigmatizado. Esforços mais amplos para reduzir o estigma e a discriminação em torno da saúde mental apoiam esse objetivo, bem como dois outros objetivos estratégicos: que as pessoas em risco de suicídio se sintam capazes de pedir ajuda e que as pessoas afetadas pelo suicídio não estejam sozinhas. A eliminação do estigma em torno do pedido de ajuda para um problema de saúde mental, ou quando se está sofrendo, é vital para garantir que as pessoas possam falar sobre como se sentem antes de chegarem a um ponto em que o suicídio pareça a única opção. See Me, o programa da Escócia para acabar com o estigma e a discriminação na saúde mental, concentra o seu trabalho na redução das desigualdades e em uma abordagem de inclusão da saúde mental em três esferas principais. Na educação, os jovens e os adultos que fazem parte das suas vidas aprendem a “falar a mesma língua” sobre saúde mental para que os jovens não tenham medo de falar sobre o assunto. Nos locais de trabalho, os empregadores trabalham com a See Me para melhorar políticas e práticas que podem causar discriminação, bem como mudar a cultura da empresa, de modo que os funcionários se sintam capazes de dizer que estão atravessando dificuldades e que as empresas possam fazer ajustes razoáveis para apoiá-los. Na atenção à saúde, a See Me tem trabalhado para incentivar que pessoas com experiências de sofrimento estejam envolvidas na formação dos trabalhadores da saúde, de modo que estes se sensibilizem para a repercussão negativa que uma resposta sem compaixão e indiferente pode ter. Este trabalho conta com o apoio de parceiros locais, parceiros intersetoriais e daqueles que trabalham com grupos de alto risco que, juntamente com um movimento social crescente de pessoas em toda a Escócia, estão mudando a cultura em torno da saúde mental no país para que as pessoas não se sintam sozinhas e possam pedir ajuda quando estiverem sofrendo.

Defensores ou embaixadores da prevenção do suicídio podem acelerar os esforços de conscientização e defesa da causa de prevenção. Essas pessoas podem ser membros influentes ou reconhecidos de uma comunidade (como um líder religioso ou político local) ou celebridades nacionais ou mundiais que tenham demonstrado compromisso e interesse na saúde mental e na prevenção do suicídio – como a iniciativa Heads Together liderada pela Real Fundação do Duque e da Duquesa

²⁴ Suggested activities by the International Association for Suicide Prevention (IASP) [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.iasp.info/wspd2019/suggested-activities/>.



de Cambridge no Reino Unido. Encontrar promotores com experiência de tentativa de suicídio pode ajudar a chamar a atenção da população ou impulsionar significativamente o número de iniciativas de prevenção do suicídio, como a lei em memória de Garrett Lee Smith²⁵ nos Estados Unidos. Esta lei forneceu posteriormente subsídios para a prevenção do suicídio de jovens a todos os estados dos EUA, incluindo instituições acadêmicas e mais de 50 tribos indígenas. Pesquisas mostraram que as áreas que receberam financiamento para as atividades registraram diminuição nas taxas de suicídio entre jovens (Godoy Garraza *et al.*, 2019).

Os embaixadores da conscientização e da defesa da causa também podem incluir pessoas ou organizações com interesse na prevenção do suicídio, tais como ONGs ou líderes em saúde, assistência social e ciência, ou defensores da causa da prevenção do suicídio, incluindo pessoas que perderam familiares para o suicídio.



© OMS / Yoshi Shimizu

Quadro 18 – Defensores determinados e comprometidos (Estados Unidos da América)

Em 1996, as Nações Unidas emitiram um documento intitulado *Prevenção do suicídio: diretrizes para a formulação e implementação de estratégias nacionais*. O documento instava os governos a formularem estratégias nacionais de prevenção do suicídio e criarem um órgão de coordenação responsável pela prevenção do comportamento suicida. Este chamado à ação foi ouvido por Jerry e Elsie Weyrauch, de Marietta, no estado da Geórgia, que perderam a filha Terri, uma médica de 34 anos, por suicídio. O casal liderou um movimento de sobreviventes de perdas por suicídio e aliados e criou uma organização sem fins lucrativos chamada Suicide Prevention Advocacy Network USA (SPAN-USA), que mudou a resposta ao suicídio nos EUA. Os esforços desse casal da Geórgia e de inúmeros outros que se juntaram à sua cruzada foi fundamental para a elaboração da primeira estratégia nacional dos Estados Unidos. Ao chamar a atenção dos legisladores nacionais para o suicídio, envolvendo as vozes destes muitos sobreviventes, a dor transformou-se em ação, o luto em promessa e o sofrimento em esperança. Em 1997, depois que o senador norte-americano Harry Reid compartilhou sua própria história de ter perdido seu pai por suicídio, muitos anos antes, os Weyrauch contataram seu gabinete para pedir apoio no encaminhamento de uma Resolução (S.Res.84) que reivindicava o reconhecimento do suicídio como um problema que justificaria uma resposta nacional e apelava à criação de uma Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio. Esta resolução foi aprovada por unanimidade no dia em que foi apresentada, por todos os 100 senadores dos Estados Unidos. A partir dela, foi lançado o movimento atual do país para abordar o suicídio como uma das principais causas de morte. Em 1998, foi realizado um encontro nacional em Reno, no estado de Nevada, que reuniu sobreviventes, acadêmicos, responsáveis pela formulação de políticas públicas e médicos, entre outros interessados, para lançar as bases da primeira estratégia nacional de prevenção do suicídio. Após um chamado à ação inicial, em 1999, a primeira estratégia foi lançada em 2001 (revisada em 2012) e um órgão de coordenação foi criado em 2010. Como disse certa vez Margaret Mead: “Nunca duvide que um pequeno grupo de cidadãos conscientes e comprometidos possa mudar o mundo; na verdade, foi sempre assim que o mundo mudou.” Foram ações como a do Senador Harry Reid, de Jerry e Elsie Weyrauch e do Senador Gordon Smith e de sua esposa que levantaram o véu do silêncio envolto no suicídio e levaram uma nação a tomar medidas fundamentais para o comprometimento e o enfrentamento deste desafio de saúde pública. Graças aos seus esforços incansáveis e serviço altruísta, foi criada uma estratégia nacional de prevenção do suicídio, um órgão de coordenação para supervisionar a sua implementação, um centro nacional de recursos para a prevenção, uma linha telefônica de assistência e uma infraestrutura para abordar o suicídio em todo o país, além de financiamentos para ajudar as comunidades a enfrentar o suicídio em suas regiões. Estas pessoas serão sempre lembradas pelos seus esforços catalisadores, motivados por suas próprias perdas, para garantir que o país enfrentasse o desafio de saúde pública que o suicídio representa.

²⁵ Infelizmente, o impacto da tragédia trouxe mudanças na prevenção do suicídio. Garrett Lee Smith, filho do senador Gordon e de Sharon Smith, suicidou-se em 2003, o que levou à aprovação da lei *Garrett Lee Smith Memorial Act*.



Quadro 19 – Transformando a dor em ação contra o suicídio (Iraque)

Algumas pessoas dizem que o tempo cura todas as feridas. Acreditamos que é o tempo e a ação que nos ajudam a curar nossas dores após uma perda. Em meio à dor que enfrentamos depois de perder o nosso filho mais novo, Taba, por suicídio, começamos a contatar outros sobreviventes – pessoas que sofrem após a perda de um ente querido por suicídio como nós. Esforçamo-nos em dar-lhes todo o apoio que podíamos, mesmo que limitado, a fim de guiá-los em sua jornada pelo luto e em seus esforços para combater o estigma social, ao mesmo tempo que os lembramos de que não estão sozinhos.

A morte do Taba nos transformou completamente. Percebemos que, ao compartilhar nossa própria experiência, poderíamos ajudar aqueles que passaram por uma perda semelhante à nossa, mostrando-lhes que não estavam sozinhos ou abandonados. Rapidamente, aprendemos, através da pesquisa e da reflexão, que, ao contrário do discurso predominante em nossa região, o suicídio é de fato evitável. Na ausência de ajuda governamental especializada e de ONGs voltadas para a prevenção sistemática do suicídio e apoio aos sobreviventes, decidimos agir por conta própria e fundamos a Azhee.

Poucos meses após o registro oficial da Azhee como ONG sem fins lucrativos, em 2019, com o apoio da Organização Internacional para as Migrações (OIM), organizamos uma conferência nacional que coincidiu com o Dia Mundial da Prevenção do Suicídio. A conferência contou com a participação de aproximadamente 100 sobreviventes do suicídio, acadêmicos, ONGs nacionais e internacionais, diplomatas, representantes governamentais e agências das Nações Unidas. A conferência conseguiu cumprir seu objetivo, que era o de chamar a atenção dos meios de comunicação e acadêmicos para a questão do suicídio e para a extrema urgência de se adotar esforços de prevenção. Durante o evento, reafirmamos a importância de finalizar um projeto muito necessário, mas arquivado, da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio.

Para marcar o Dia Mundial da Prevenção do Suicídio desse ano, organizamos um curso remoto para lançar o processo de revisão destinado a finalizar a proposta de estratégia para aprovação do governo. A partir do trabalho da Azhee, em novembro de 2019, a Secretaria do Conselho de Ministros iraquiano e a OIM receberam a Azhee e altos representantes ministeriais em uma conferência de dois dias, em Bagdá, para consolidar nossos esforços de conclusão da estratégia de prevenção do suicídio. Embora tenhamos feito progressos desde a nossa fundação, continuamos enfrentando desafios, como o estigma em nível pessoal e comunitário e a falta de recursos em nível institucional, mas continuamos empenhados em superá-los nos próximos anos.

A história do nosso filho terminou, mas a nossa não. Fundamos a Azhee (uma palavra curda que significa ele/ela vive) porque estamos aqui celebrando a vida dos entes queridos que perdemos por suicídio e honrando o tempo que passaram conosco. Queremos que as pessoas apreciem e valorizem as suas vidas, vivam com felicidade e usem o seu tempo neste planeta para fazer o bem a si próprios e aos outros. Como fundadores da Azhee²⁶, defendemos, em nome do nosso amor por Taba e por inúmeros outros, a ampliação da compreensão e do reconhecimento por parte da sociedade da importância da saúde mental.

COMO?

1. Convoque um grupo de trabalho (ver Quadro 1,

Introdução)

- » Crie o grupo (ver “Quem?” página anterior).
- » Garanta que as partes interessadas (ver o Anexo 1 para uma lista de setores e partes interessadas) participem de todo o processo de planejamento e implementação, uma vez que eles e os seus parceiros serão fundamentais para os esforços de disseminação.

2. Determine qual é o objetivo

- » Avalie os objetivos e se eles apoiam outras intervenções e pilares do VIVER A VIDA. Um exemplo poderia ser chamar a atenção para o suicídio como um grave problema de saúde pública ou aumentar a conscientização para os serviços de apoio disponíveis, ou ainda defender a alocação de recursos para intervenções específicas de prevenção.
- » Decida quem é o público-alvo. Para a conscientização, faça uma análise da situação atual ou utilize uma fonte de informação relacionada para identificar grupos prioritários, ou seja, aqueles com taxas desproporcionalmente elevadas de suicídio ou com

²⁶ Ver: www.azhee.org, [consultado em 28 de janeiro de 2021].



baixa procura de ajuda. Para a defesa da causa de prevenção, considere os responsáveis pela tomada de decisão ou financiadores mais adequados para que o objetivo da defesa da causa seja alcançado. As comunicações são mais eficazes quando se destinam a públicos específicos (por exemplo, responsáveis por elaborar políticas públicas, adolescentes etc.). Quando as comunidades têm opiniões muito firmes sobre o suicídio, é importante que sejam realizadas discussões com as principais partes interessadas, a fim de estabelecer parcerias antes de serem adotadas medidas.

- » Decida o momento da implementação. As opções incluem iniciativas contínuas, uma campanha, um mês destinado à conscientização com abrangência nacional, um dia de conscientização em nível mundial ou outras datas importantes (por exemplo, momentos de grande estresse, como exames escolares ou universitários). Certifique-se de que os objetivos possam ser alcançados dentro do cronograma.
- » Avalie se os objetivos podem ser alcançados com os recursos disponíveis. Avalie se os esforços e recursos podem ser integrados a atividades de conscientização relacionadas a outras questões de saúde pública.
- » Determine como o impacto será avaliado e divulgado. Devem-se planejar, antecipadamente, mecanismos para monitorar e avaliar o impacto da conscientização ou da defesa da causa (ver ponto 5 a seguir também **Monitoramento e avaliação**).

3. Decida quais serão as modalidades de entrega e as mensagens para as atividades ou comunicações

- » Avalie qual modalidade: 1) alcançará os objetivos; 2) será adequada ao público-alvo; e 3) garantirá impacto e cobertura suficientes para o esforço de investimento.
- » Certifique-se de que o conteúdo informativo seja baseado em evidências²⁷.
- » Adapte as modalidades e as mensagens à população-alvo. Considere grupos etários (por exemplo, os adolescentes podem preferir métodos de comunicação diferentes de outros grupos), gênero (por exemplo, pode ser necessário adaptar a linguagem ou as imagens), composição sociodemográfica de uma comunidade (por exemplo, mensagens nos idiomas predominantes; imagens e linguagem que representem a comunidade em termos de etnia, condição de migrante, religião etc.); alfabetização da população (por exemplo, mensagens verbais ou com o uso de imagens); contexto (por exemplo, deve-se privilegiar o rádio ou eventos comunitários quando não há acesso à internet).

- » Planeje modalidades variadas de entrega e múltiplas mensagens, especialmente para populações com diferentes origens socioculturais.

4. Verifique a aceitabilidade, compreensão e viabilidade das modalidades de entrega e mensagens

- » Envolve as partes interessadas para testar a aceitabilidade e o possível impacto da iniciativa em uma pequena amostra do público-alvo.
- » Pode ser também necessário determinar se a promoção dirigida aos responsáveis pela tomada de decisão será bem aceita e terá o impacto pretendido.
- » Reavalie, se necessário, e prepare as partes interessadas para a fase de divulgação.

5. Implemente a iniciativa e avalie a sua efetividade (ver também **Monitoramento e avaliação**)

- » Pense em como avaliar se a conscientização foi bem-sucedida. Pense nos objetivos. Se possível, faça uma pesquisa inicial para determinar conhecimentos, atitudes e comportamentos do público-alvo antes de realizar o trabalho de conscientização.
- » Use as lições aprendidas para embasar mudanças na próxima iniciativa.
- » Divulgue um relatório de avaliação da iniciativa a todas as partes interessadas e aos responsáveis pela tomada de decisão. Esse relatório pode servir como uma forma de defesa da causa, destacando o impacto da conscientização.

²⁷ Ver, por exemplo, o folheto informativo da OMS [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.



DICAS PARA IMPLEMENTAÇÃO

Tabela 4 – Dicas para a implementação, conscientização e defesa do VIVER A VIDA

Problema	Dicas
Falta de tempo para planejar	<ul style="list-style-type: none"> • Reduza o número de atividades e mensagens para que caibam no cronograma com um prazo razoável. Guarde as ideias para outra data de divulgação. • Priorize as mensagens para o grupo-alvo e o cronograma. • Use metas SMART²⁸ para planejar.
Preocupações sobre como abordar o suicídio em contextos em que há estigma e/ou falta de serviços de apoio	<ul style="list-style-type: none"> • A conscientização deve abordar o tema do estigma. O apoio deve estar disponível para quem precisa. • Envolve o público na criação de conteúdos de conscientização. Por exemplo, crie um desafio on-line ou local em que o público relate como cuida da sua saúde mental²⁹.
Financiamento e/ou recursos limitados que afetam a cobertura e as atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Se não for possível obter mais financiamento, procure trabalhar dentro do orçamento disponível. • Reduza a cobertura geográfica e o número de atividades. • Priorize uma determinada população (para reduzir a necessidade de métodos variados de entrega e criação de múltiplas adaptações de mensagens). • Priorize os métodos de entrega mais custo-efetivos e os que terão o impacto pretendido para o objetivo. • Avalie se é possível obter recursos com as partes interessadas ou se a conscientização para a prevenção do suicídio pode ser integrada a campanhas relacionadas (por exemplo, de saúde mental). • Considere aproveitar outras iniciativas ou fazer parcerias com partes interessadas locais para que incluam mensagens de prevenção do suicídio em seus eventos e comemorações. • Interaja com meios de comunicação que possam doar espaços publicitários vazios que precisem preencher. • Divulgar a avaliação de uma única campanha a potenciais financiadores pode ajudar a garantir recursos financeiros futuros.
Ausência de resultados claros	<ul style="list-style-type: none"> • As iniciativas devem ter um foco claro e fazer um chamado à ação (como conectar as pessoas aos serviços de apoio) em vez de abordar apenas o suicídio como tema geral.

²⁸ As metas SMART são aquelas específicas, mensuráveis, atingíveis, relevantes e com prazo determinado.

²⁹ Ver a campanha Change Direction [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.changedirection.org/a-week-to-change-direction/>.



© OMS / Colin Cosier

CAPACITAÇÃO

O QUÊ?

A capacitação para a prevenção do suicídio é estrategicamente dirigida a qualquer pessoa que implemente os pilares ou intervenções do VIVER A VIDA (ver Tabela 5). Isto significa formação para aprimorar os conhecimentos e competências das pessoas dentro e fora do setor da saúde.

Tabela 5 – Exemplos de capacitação para intervenções e pilares do VIVER A VIDA

Intervenções e pilares do VIVER A VIDA	Exemplos de capacitação
Análise da situação	Pessoas que se ocupam destas tarefas: análise documental, entrevistas, interpretação de análises quantitativas e qualitativas
Colaboração multissetorial	Partes interessadas: construção de parcerias, liderança
Conscientização e defesa da causa	Pessoas que se ocupam destas tarefas: competências de comunicação
Financiamento	Pessoas que se ocupam destas tarefas: elaboração proposta ou orçamento para financiamento
Vigilância, monitoramento e avaliação	Responsáveis pela coleta de dados, analistas de dados, equipe médico-legal, médicos legistas Capacitação para aumentar e fortalecer a pesquisa em países de baixa e média renda (Chibanda <i>et al.</i> , 2020)
Vedar o acesso aos meios do suicídio	Responsáveis pelo registro e pela regulamentação de pesticidas; legisladores na área de controle de armas de fogo; juízes; arquitetos
Interagir com a mídia para a divulgação responsável do suicídio	Profissionais dos meios de comunicação: jornalistas, cineastas, atores de teatro, cinema e televisão Estudantes de profissões relacionadas aos meios de comunicação
Desenvolver competências socioemocionais em adolescentes	Trabalhadores da saúde, educadores ou facilitadores (para oferecer programas de habilidades socioemocionais nas escolas)
Agir para identificar precocemente, avaliar, orientar e acompanhar	Trabalhadores da saúde (também no manejo clínico da ingestão aguda de pesticidas, se for o caso) Guardiões da comunidade



POR QUÊ?

A capacitação é importante para que as pessoas possam receber, aprimorar e reter as competências e os conhecimentos necessários para realizar o seu trabalho de maneira eficaz. Os serviços de saúde são, muitas vezes, o ponto de entrada para pessoas em perigo, onde são prestados cuidados de manejo e acompanhamento. A cobertura universal de saúde prevê que todas as pessoas tenham acesso aos serviços de saúde de que necessitam, quando e onde necessitarem, sem ter de enfrentar dificuldades financeiras³⁰. Visto que muitas pessoas não têm o acesso necessário aos serviços de saúde (OMS, 2018b), é também importante capacitar os guardiões locais, cujo conhecimento e proximidade com a comunidade lhes permite identificar indivíduos em risco e mobilizar apoio.

Quadro 20 – Ampliação do treinamento multissetorial dos guardiões (Malásia)

Na última década, lideranças governamentais, parcerias público-privadas nacionais e internacionais, voluntários de ONGs e grupos de defesa de pacientes contribuíram para o aumento da formação de guardiões da prevenção do suicídio entre os trabalhadores da saúde da linha da frente, educadores e o público em geral em nível regional e nacional. A base de evidências está se expandindo gradualmente no que diz respeito a uma maior conscientização para a prevenção do suicídio a curto prazo (Siau *et al.*, 2018). É necessário ainda trabalhar para estabelecer e avaliar modelos sustentáveis de formação de guardiões a longo prazo em populações específicas da comunidade.

ONDE?

A capacitação pode ser coordenada em nível nacional (por exemplo, formação de profissionais de saúde, educadores, policiais) ou realizada na comunidade (por exemplo, formação coordenada por um órgão local e dirigida a partes específicas da comunidade). A formação pode ser realizada presencialmente ou digitalmente, por meio de cursos remotos sobre prevenção de suicídio disponíveis no campus virtual

da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)^{31,32} ou o aplicativo e-mhGAP da OMS para trabalhadores da saúde não especializados na avaliação e manejo de autolesão ou suicídio³³.

QUANDO?

Este trabalho deve ser contínuo durante toda a implementação do VIVER A VIDA. Podem surgir momentos estratégicos para a capacitação, tais como a inclusão da prevenção do suicídio na formação inicial ou continuada dos trabalhadores da saúde, que é reavaliada periodicamente durante o vínculo empregatício. A capacitação também pode ser ministrada quando surgirem problemas, tais como elevadas taxas de suicídio em um setor ocupacional específico (como a construção civil) ou estigma no poder judiciário.

Antes de implementar iniciativas, deve-se estabelecer um caminho de cuidados para o manejo e acompanhamento contínuos (ver *Agir para identificar precocemente, avaliar, orientar e acompanhar pessoas com comportamentos suicidas*). A capacitação deve ser sustentável, em vez de se ter uma formação isolada, cujos efeitos podem diminuir após algum tempo. Modelos sustentáveis são aqueles que incluem a formação de multiplicadores, a supervisão dos trabalhadores da saúde ou o planejamento de uma formação que se repita regularmente na comunidade.

³⁰ Cobertura sanitária universal. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 17 de fevereiro de 2021]. Disponível em: https://www.who.int/es/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1.

³¹ Prevención de la autolesión y el suicidio: empoderamiento de los profesionales de atención primaria de salud. Washington, DC: Organización Pan-Americana da Saúde. [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.campusvirtualsp.org/en/course/preventing-self-harmsuicide-empowering-phc-providers>.

³² Engaging communities in preventing suicide. Washington, DC: Organización Pan-Americana da Saúde [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.campusvirtualsp.org/en/course/virtual-course-engaging-communities-preventing-suicide-2020?language=es>.

³³ Ver: Aplicativo mhGAP-IG 2.0 (e-mhGAP) [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://apps.apple.com/gb/app/mhgap-ig-2-0-app-e-mhgap/id1291414206>.



Quadro 21 – Capacitação para juízes (Gana)

Em Gana, sentiu-se a necessidade de oferecer formação para juízes quando os meios de comunicação noticiaram que os tribunais estavam punindo os sobreviventes de tentativas de suicídio. Em resposta, o Centro de Investigação sobre Suicídio e Violência (CSVR, na sigla em inglês) organizou reuniões com as partes interessadas para avaliar a necessidade de ampliar a conscientização e o conhecimento sobre o suicídio entre os trabalhadores do sistema judiciário e dos serviços de segurança relacionados. Para incentivar a participação do poder judiciário, o CSVR aliou-se à Autoridade de Saúde Mental de Gana para planejar um programa de formação. Uma conexão pessoal facilitou o acesso e a adesão do poder judiciário, que logo se juntou às discussões de planejamento. Os preparativos logísticos para a formação foram feitos de forma colaborativa. O conteúdo da formação incluiu educação sobre suicídio, sinais de alerta, estigma e a necessidade de descriminalizar a tentativa de suicídio.

QUEM?

Devem-se considerar as partes interessadas na capacitação tendo-se em conta: 1) as pessoas que vão desenvolver e/ou ministrar a capacitação; e 2) o público-alvo.

Por exemplo, a capacitação para a identificação precoce, avaliação, orientação e acompanhamento pode ser direcionada a:

- trabalhadores da saúde, incluindo profissionais de saúde mental e não especialistas (como médicos de pronto-socorro, médicos de clínica geral, enfermeiros, trabalhadores comunitários de saúde ou assistentes sociais);
- trabalhadores de atendimentos de emergência (como polícia, bombeiros, equipes de ambulâncias ou atendentes de linhas telefônicas para situações de crise);
- aqueles que trabalham com:
 - » jovens (por exemplo, professores, profissionais que trabalham em atividades voltadas para os jovens);
 - » pessoas idosas (por exemplo, cuidadores de lares de idosos, pessoal de serviços de previdência para aposentados);
 - » sistema judiciário (por exemplo, agentes penitenciários, juízes etc.);
 - » beneficiários de assistência social;
 - » pessoas no ambiente de trabalho (por exemplo, grupos profissionais com elevadas taxas de suicídio);

- outros guardiões da comunidade (pessoas que podem entrar em contato com indivíduos em risco ou com influência em uma determinada comunidade – ver o Anexo 1 para uma lista de setores e partes interessadas). Alguns outros exemplos específicos regionais incluem:
 - » em Gana, Rainhas Mães, que têm grande influência na comunidade;
 - » no Reino Unido, trabalhadores do transporte público, para identificar indivíduos em risco por estarem próximos de locais de salto;³⁴
 - » na Irlanda, taxistas que podem passar por locais de salto;
 - » na Escócia, pessoal administrativo da saúde, que é frequentemente o primeiro ponto de contato com os pacientes;
 - » no Reino Unido, cabeleireiros e barbeiros, que têm oportunidade de conversar com os seus clientes, especialmente homens;
 - » nos EUA, bartenders, que provavelmente terão contato com homens em risco;³⁵
 - » nos Países Baixos, agentes financeiros e cobradores de dívidas, que provavelmente terão contato com pessoas com problemas financeiros.

COMO?

1. Convoque um grupo de trabalho (ver Quadro 1: Introdução)

- Crie o grupo (ver “Quem” ao lado e o Anexo 1 para uma lista de setores e partes interessadas). É provável que a capacitação envolva a colaboração entre o setor da saúde, as autoridades locais e as partes interessadas da comunidade.
- Determine onde há necessidade de fortalecer capacidades e qual será o objetivo da capacitação. Em contextos com recursos limitados, avalie onde a formação em prevenção do suicídio terá o maior impacto. A necessidade de capacitação deve ser identificada em colaboração com as partes interessadas. A análise da situação pode revelar lacunas nas capacidades e nas necessidades de formação.
- Determine quem desenvolverá ou ministrará a formação. A formação deve ser desenvolvida e ministrada por pessoas com experiência em prevenção do suicídio e qualificadas em métodos de formação.
- Determine de que forma a formação será ministrada. Pode ser presencial ou virtual, ou ministrada por meio de métodos digitais, como videoconferência on-line.

³⁴ Suicide prevention on the railway. Londres: NetworkRail [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.networkrail.co.uk/communities/safety-in-the-community/suicide-prevention-on-the-railway/>.

³⁵ Bartenders as gatekeepers. Ventura County (CA): NotAlone [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.notalonevc.org/bartenders-as-gatekeepers/>.



- Planeje a continuidade e sustentabilidade da formação. Para os trabalhadores da saúde, a supervisão contínua é importante; para as partes interessadas que não necessitam de supervisão clínica contínua, planeje repetir as sessões de treinamento e atualização. Avalie se um modelo de formação de multiplicadores pode ser usado.
- Considere a inserção da capacitação para a prevenção do suicídio nas grades curriculares dos cursos de formação profissional.

2. Elabore ou selecione e adapte um conjunto de atividades de formação

- Para trabalhadores da saúde não especializados e trabalhadores comunitários de saúde, pode-se utilizar o módulo de autolesão e suicídio do Guia de Intervenção mhGAP da OMS (OMS, 2019b) e materiais de formação relacionados³⁶.
- Para os guardiões, a formação deve ser baseada em evidências e adaptada às suas necessidades. A conscientização e a diminuição do estigma devem ser incorporadas em todas as capacitações de prevenção do suicídio. A formação deve assegurar que os guardiões saibam o que fazer quando o risco for identificado (por exemplo, encaminhamento).
- A formação deve proporcionar aos multiplicadores oportunidades de praticarem as competências que aprenderam (por exemplo, por meio de encenações). Após a formação, devem ser implementados sistemas contínuos de supervisão e atualização para facilitar a aprendizagem e criar oportunidades para o debate de questões que venham a surgir.
- O conteúdo da formação pode exigir adaptação cultural para ser ministrado em um novo contexto. Os encarregados de elaborar a formação podem indicar a melhor forma de fazer adaptações sem afetar a efetividade.

3. Treine a força de trabalho e forneça supervisão contínua ou planeje cursos de atualização

- A supervisão deve ser vista como um componente essencial da formação para assegurar uma mudança sustentada, especialmente para os trabalhadores da saúde.
- Devem ser planejadas sessões regulares de supervisão para reforçar a transferência de conhecimentos à prática e para dar aos multiplicadores a oportunidade de resolver os problemas que enfrentam.

- Planeje cursos de atualização para guardiões ou outras pessoas que não façam parte da área da saúde.

4. Avalie a formação

- Planeje com antecedência como os programas de formação serão monitorados e avaliados (ver [Monitoramento e avaliação](#)).
- Para os cursos de capacitação, analise e avalie as competências dos multiplicadores, ou seja, sua capacidade de aplicar os conhecimentos e competências aprendidos. Para prestadores não especializados de intervenções psicossociais, pode-se utilizar o instrumento de avaliação Enhancing Assessment of Common Therapeutic Factors (ENACT) [Melhoria da avaliação de fatores terapêuticos comuns]. Uma versão digital do ENACT está disponível (em vários idiomas) na Plataforma Equip da OMS³⁷.
- Avalie a confiança e as experiências qualitativas dos multiplicadores e formadores. Não é suficiente reportar apenas o número de pessoas que recebem formação, pois isso não indica se os multiplicadores adquiriram competências ou conhecimentos, ou se houve mudança de comportamento.
- Para avaliar o impacto da formação na rotina de trabalho dos multiplicadores, os indicadores podem incluir o número de contatos com pessoas em risco e o número de encaminhamentos efetuados.
- Monitore a proporção e distribuição de trabalhadores da saúde capacitados como multiplicadores e que tenham adquirido as competências necessárias. Procure aumentar a abrangência da formação.



© OMS / Hery Razafindralambo

³⁶ mhGAP training manuals. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/mhgap/training_manuals/en/.

³⁷ EQUIP: Ensuring Quality In Psychological Support. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/emergencies/equip/en/.



Quadro 22 – Como fortalecer os trabalhadores da saúde para prevenir o suicídio (Guiana)

Motivado por uma das taxas de suicídio mais altas do mundo, o governo da Guiana fez da prevenção do suicídio uma prioridade. Com o apoio técnico da OPAS/OMS, o Plano Nacional de Ação de Saúde Mental 2015-2020 e o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2015-2020 foram desenvolvidos e publicados em 2014. Em maio de 2016, o Ministério da Saúde criou uma unidade de saúde mental para liderar a implementação de ambos os planos e organizar a prestação de serviços em saúde mental. Uma das quatro áreas estratégicas do plano é abordar a resposta do sistema de saúde ao comportamento suicida.

O mhGAP, elaborado pela OMS para países de baixa e média renda, visa ampliar os serviços para pessoas com problemas de saúde mental, distúrbios neurológicos e que façam uso abusivo de substâncias. O módulo mhGAP sobre suicídio e autolesão tem o objetivo de formar profissionais de saúde em geral – como os trabalhadores da atenção primária à saúde – na identificação e manejo do risco de suicídio e na prestação de cuidados de acompanhamento adequados. Em 2015, a Unidade de Saúde Mental da OPAS/OMS implementou o curso on-line “Integração da saúde mental na atenção primária” baseado no *Guia de intervenção mhGAP*, disponibilizado na plataforma Campus Virtual de Saúde Pública da OPAS. Sete médicos da Guiana concluíram com sucesso o primeiro curso on-line. Um dos multiplicadores do mhGAP relatou ser “capaz de tratar melhor a depressão, utilizando não só medicação, mas também psicoeducação”. Isso incluiu saber identificar e compreender o estresse que seus pacientes estavam enfrentando e explorar seu sistema de apoio social. Desde então, mais de 300 profissionais de saúde receberam formação para avaliar, orientar e acompanhar condições comuns de saúde mental e suicídio ou autolesão. Mais de 100 destes profissionais são médicos da atenção primária à saúde. Além disso, 70 pessoas também receberam formação no módulo sobre o uso de substâncias, uma vez que o abuso de substâncias e do álcool são os principais fatores de risco para o suicídio na Guiana. Da mesma forma, professores estão sendo treinados para reconhecer problemas de saúde mental em crianças e adolescentes e fazer o encaminhamento adequado. As próximas aspirações da Guiana para a formação de seus guardiões incluem um programa para envolver pessoas que não são da área da saúde na prevenção do suicídio.

Quadro 23 – Capacitação para a prevenção do suicídio no ambiente de trabalho (Austrália)

O programa MATES in Construction (MATES) foi criado no estado de Queensland, na Austrália, em 2007. O programa foi estabelecido com capital inicial do Building Employees Redundancy Trust (BERT), um fundo conjunto pertencente a associações de empregadores da construção civil e sindicatos de trabalhadores. A decisão de criar um programa de prevenção do suicídio na indústria surgiu a partir de um relatório elaborado por um centro de colaboração da OMS na cidade de Brisbane – o Instituto Australiano de Investigação e Prevenção do Suicídio – que revelou taxas de suicídio significativamente elevadas entre os trabalhadores da indústria da construção civil de Queensland (Heller, Hawgood & De Leo, 2007).

A MATES é uma instituição filantrópica vinculada à indústria, mas independente, que tem como propósito reduzir a taxa de suicídio entre os trabalhadores da construção civil. É um programa multimodal (Gullestrup, Lequertier & Martin, 2011) baseado em quatro princípios:

- conscientizar os trabalhadores;
- desenvolver resiliência no ambiente de trabalho;
- vincular os trabalhadores à ajuda e ao apoio; e
- informar a indústria sobre as melhores práticas em parceria com pesquisadores.

O programa MATES baseia-se em um modelo de desenvolvimento comunitário de melhoria contínua. A MATES não fornece atendimento clínico, mas procura conectar os trabalhadores aos recursos certos no momento certo. O programa MATES oferece:

- Formação Geral de Conscientização (GAT, na sigla em inglês): programa de uma hora concebido para envolver os trabalhadores na prevenção do suicídio e oferecido a todos os trabalhadores no ambiente de trabalho. Os trabalhadores recebem um adesivo branco no capacete.



- Conectores: programa de quatro horas de formação que tem como objetivo treinar os trabalhadores para que conectem seus colegas de trabalho a serviços de apoio. O programa é oferecido a voluntários no ambiente de trabalho. Os conectores são reconhecidos por um adesivo verde no capacete.
- Trabalhadores ASIST: programa de 16 horas de formação que tem como objetivo preparar os trabalhadores para que intervenham no caso de um colega de trabalho estar em risco de suicídio. Recebem formação como trabalhadores ASIST e são reconhecidos por um adesivo azul no capacete.
- Acreditação do local: os locais de trabalho que atendem aos requisitos mínimos de formação são acreditados.

Além disso, o programa também inclui: 1) promoção de material informativo nos locais para maior o engajamento (por exemplo, no Dia Mundial da Prevenção do Suicídio); 2) agentes de campo para apoiar a rede de voluntários; 3) voluntários que informam a gerência do local sobre a saúde mental e o risco de suicídio entre os trabalhadores; 4) manejo de casos; 5) uma linha telefônica de assistência 24 horas por dia, 7 dias por semana; e 6) promoção de políticas nacionais, como o Plano Australiano da Indústria da Construção Civil para a Saúde Mental e Prevenção do Suicídio, endossado por todos os principais sindicatos da construção civil e associações de empregadores da Austrália.

A MATES já atendeu mais de 220 mil trabalhadores em toda a Austrália e conta com mais de 18 mil conectores e 2.500 trabalhadores ASIST em mais de mil canteiros de obras no país. O programa recebe aproximadamente 30% do seu financiamento do governo e 70% da indústria. Está disponível gratuitamente para empregadores e trabalhadores. Demonstrou ter grande relevância social na indústria da construção civil, melhorando a oferta e a procura por ajuda e reduzindo o estigma. Um estudo sobre a economia gerada na saúde demonstrou um retorno sobre o investimento de 4,60 dólares australianos por cada dólar australianos investido, principalmente para o governo (Doran *et al.*, 2016).





DICAS PARA IMPLEMENTAÇÃO

Tabela 6 – Dicas para a implementação de capacitação

Problema	Dicas
Financiamento	<ul style="list-style-type: none">• Utilize módulos de formação existentes, baseados em evidências e disponíveis gratuitamente, como o mhGAP da OMS (OMS, 2019b).• Enfatize para os responsáveis pela tomada de decisão que a capacitação é benéfica onde os recursos são escassos, porque melhora as competências da força de trabalho existente.• Integre a prevenção do suicídio a outros programas de formação existentes (por exemplo, manejo de casos de violência de gênero ou formação inicial e continuada de trabalhadores da saúde).
Recursos humanos limitados e/ou grande alcance geográfico	<ul style="list-style-type: none">• Adote um modelo de formação de multiplicadores para aumentar os recursos humanos disponíveis para ministrar a formação.• Os potenciais multiplicadores podem ser selecionados estrategicamente, como aqueles que trabalham em áreas geográficas de alto risco ou pessoas que possam fornecer capacitação em áreas rurais ou de difícil acesso.
Os trabalhadores da saúde podem não estar preparados ou qualificados para identificar e lidar com comportamentos suicidas. Além disso, a qualidade dos cuidados prestados pode ser inadequada e inconsistente	<ul style="list-style-type: none">• Ofereça formação aos trabalhadores da saúde especializados e não especializados na avaliação, manejo e acompanhamento de comportamentos suicidas e transtornos mentais, distúrbios neurológicos e abuso de substâncias e certifique-se de que adquiriram as competências necessárias.• A participação dos trabalhadores da saúde na adaptação da formação ao contexto local pode aumentar a motivação e a efetividade da formação.• Compreenda os fatores contextuais específicos que dificultam o manejo de comportamentos suicidas, permitindo assim que a formação seja modificada para que os profissionais possam estar preparados para lidar com tais desafios.
O estigma ou o estatuto legal do suicídio pode fazer com que os multiplicadores relutem em participar	<ul style="list-style-type: none">• A capacitação deve ser acompanhada de conscientização (ver Conscientização e defesa da causa). Ao planejar programas de formação, é importante capacitar e envolver as comunidades no debate sobre a prevenção do suicídio.
O conteúdo da formação dos guardiões nem sempre corresponde ao nível de conhecimento ou à disposição dos guardiões para mudar	<ul style="list-style-type: none">• Certifique-se de que a formação seja adaptada ao público-alvo e amplie as seções introdutórias da formação para reforçar o conhecimento sobre o suicídio e sua prevenção.• Certifique-se de que a formação está adaptada ao contexto sociocultural.• Inclua atividades interativas para abordar a disposição para mudar ou abandonar crenças sobre o suicídio.• Faça exercícios que incluam a vivência das pessoas, como encenações, para garantir que os participantes se sintam confiantes para enfrentar uma série de situações.• Após a formação, certifique-se de que os participantes se sentem suficientemente apoiados pela supervisão.



© OMS/Yoshi Shimizu



FINANCIAMENTO

O QUÊ?

O financiamento permite que os pilares e as intervenções do VIVER A VIDA sejam traduzidos em ações por meio da alocação de recursos. O financiamento pode vir de diversas fontes públicas e privadas, tais como financiamento governamental ou subvenções filantrópicas de indivíduos, fundações, grupos comunitários ou empresas.

POR QUÊ?

Infelizmente, o financiamento dedicado à prevenção do suicídio é escasso. Fatores como condições econômicas precárias, a falta de priorização do suicídio como um grave problema de saúde pública e de reconhecimento de que os suicídios são evitáveis resultam na crença de que o financiamento para outras áreas é mais importante para a sociedade ([ver Conscientização e defesa da causa](#)). Não se deve desanimar com isto, mas sim adotar uma abordagem centrada na solução, adaptando as atividades de prevenção do suicídio às realidades das condições de financiamento. Pode-se adotar uma abordagem integrada (com a saúde mental ou outros setores) com o intuito de cumprir os requisitos de financiamentos multissetoriais e aumentar a probabilidade de captação de recursos. É possível também concentrar esforços em intervenções custo-efetivas e de amplo alcance, como as proibições de pesticidas altamente perigosos em nível nacional (Lee *et al.*, 2020). Além disso, o financiamento deve ser conceitualizado de modo a priorizar a elaboração e implementação de políticas, estratégias e planos, e não apenas

a criação de serviços. Isto é vital porque o VIVER A VIDA inclui pilares estruturais e intervenções que se prestam à política e regulamentação nacional (como a restrição de meios), bem como à criação de serviços (como a identificação precoce, avaliação, orientação e acompanhamento).

ONDE?

O financiamento para a prevenção do suicídio pode ser fornecido para a implementação em:

- *nível geográfico*: financiamento em nível nacional (por exemplo, para campanhas nacionais) ou financiamento em nível local (por exemplo, para prestação de serviços de saúde mental em uma região específica);
- *nível de partes interessadas*: financiamento direcionado a populações específicas em risco ou a setores ou prestadores específicos (como escolas, agricultura, guardiões comunitários);
- *nível de sistemas*: financiamento dirigido a atividades abrangentes que constroem o conhecimento, a capacidade e a infraestrutura do setor em geral (como pesquisa, tecnologia e capacitação).

As abordagens dos financiadores também podem envolver uma combinação de níveis, como o financiamento de pesquisas em nível estadual sobre prevenção do suicídio nas escolas. Em última análise, os responsáveis por implementar o VIVER A VIDA devem entender as várias fontes de financiamento disponíveis e promover, junto aos financiadores, o alinhamento dos valores compartilhados entre aqueles que implementam e financiam.



QUANDO?

As necessidades de financiamento e os orçamentos devem ser claramente definidos muito antes de se chegar à fase de implementação de um pilar ou intervenção de prevenção do suicídio. O ideal é que os responsáveis pela implementação criem, inicialmente, planos estratégicos de alto nível (para articular objetivos e prioridades de ação), seguidos de planos operacionais detalhados (para especificar as intervenções a serem realizadas, os custos e o processo para garantir recursos), captação ou alocação de recursos e, por último, implementação. A ausência de planos bem definidos pode potencialmente levar a uma percepção de que o trabalho não é estratégico, produzindo resultados pouco satisfatórios na captação de recursos, quer sejam do governo ou de outras fontes.

Embora a captação de recursos possa ser uma atividade contínua, muitos financiadores têm ciclos de subvenção fixos: períodos em que selecionam os beneficiários e desembolsam os recursos. Para as entidades empresariais que doam uma parte de suas receitas para ações sociais, o final do ano fiscal é normalmente o momento em que avaliam os programas para os quais direcionam a verba. Com relação às fundações, os ciclos de doações podem variar e devem ser consultados nos seus respectivos sites. Da mesma forma, cada governo tem os seus próprios ciclos de dotação orçamentária. A captação de recursos não deve ser um esforço isolado ou estático. Uma vez garantido o financiamento inicial, os responsáveis pela implementação podem aproveitar essa dinâmica para mobilizar recursos adicionais de uma gama mais ampla de financiadores. Não existe uma abordagem única para a captação de recursos. Cada financiador tem o seu próprio processo, estrutura e diretrizes que devem ser pesquisados e compreendidos individualmente.

QUEM?

O financiamento dos pilares e das intervenções do VIVER A VIDA pode vir de várias partes interessadas públicas e privadas. Os governos nacionais, bem como os governos estaduais ou municipais, costumam alocar uma parte do seu orçamento para programas de saúde mental, dos quais a prevenção do suicídio pode ser um componente. As fundações muitas vezes preferem financiar projetos inovadores e disponibilizar capital flexível e de longo prazo. Muitas fundações familiares ou filantropos que concentram suas doações na prevenção do suicídio são motivados pela experiência pessoal. O financiamento privado inicial pode ser utilizado para demonstrar a efetividade de uma intervenção inovadora, que pode então ser aproveitada para convencer o governo a adotar e ampliar o programa.

COMO?

1. Defina o orçamento e deixe clara a necessidade de financiamento

- O comitê gestor nacional, ou equivalente, será o órgão responsável [ver [Quadro 1, Introdução](#)].
- Elabore um plano operacional ou de implementação que detalhe as intervenções a serem implementadas, o cronograma de trabalho e os marcos do programa, além dos recursos humanos e fundos necessários para a realização do trabalho (ver o [Anexo 3](#)).
- Determine se os recursos financeiros disponíveis irão atender às necessidades e, em caso negativo, quanto financiamento precisa ser captado e durante quanto tempo.
- Ao planejar o orçamento, defina claramente os custos com pessoal (salários) e os custos do programa (viagens, equipamento etc.) com valores objetivos e realistas. Considere também definir não apenas os custos diretos do programa, mas também os custos indiretos ou as despesas gerais (serviços públicos como água e luz, aluguel etc.), quando apropriado.

2. Pesquise o panorama de financiadores

- Pesquise qual setor governamental ou quais financiadores nacionais e internacionais apoiam o trabalho de prevenção do suicídio. Mapeie os financiadores que apoiam trabalhos relacionados (por exemplo, cuidados de saúde mental, juventude, programas relacionados com pesticidas). Muitos desses financiadores podem não se apresentar claramente como financiadores do trabalho de prevenção do suicídio, mas podem estar interessados em financiar tais programas.
- Contate consultores em filantropia ou organizações intermediárias que possam ajudá-lo a explorar o panorama de financiadores da prevenção do suicídio ou de trabalhos relacionados.
- Descubra como funciona o financiamento do seu governo. Os orçamentos governamentais para a prevenção do suicídio ficam a cargo dos governos federais, estaduais ou municipais, e dentro de quais departamentos?
- Fale com organizações sem fins lucrativos e outros responsáveis pela implementação para entender como conseguiram financiamento.
- Crie um banco de dados de possíveis financiadores a partir de sua pesquisa.



3. Busque financiamento governamental ou financiadores adequados

- Identifique o departamento do governo e o detentor do orçamento, ou defina o tipo de financiador que seria mais adequado segundo a natureza da intervenção.
- Identifique quais financiadores se alinham mais fortemente com a sua visão, os seus objetivos e as suas prioridades. Por exemplo, se você deseja financiamento para a prevenção do suicídio em adolescentes, busque financiadores que priorizem o bem-estar dos adolescentes e que tenham um histórico de fomento de programas semelhantes, ou identifique quem é o titular do orçamento no ministério ou departamento governamental relacionado à educação.
- Verifique o alinhamento dos financiadores através de seus respectivos sites e conversas. Certifique-se de verificar possíveis conflitos de interesse.
- Entenda o volume aproximado da doação que o financiador estaria disposto a fazer. Isto pode ser avaliado por meio de pesquisa sobre financiamentos anteriores ou de uma conversa inicial com o financiador.
- Identifique e priorize financiadores com os quais você já tenha estabelecido uma relação ou conexão profissional.
- Diversifique seus esforços para atrair financiadores de vários tipos.

4. Elabore propostas

- Com base nos requisitos do financiador, pode ser necessário usar um modelo fixo fornecido por ele ou ter a flexibilidade de criar o seu próprio formato de proposta.
- A proposta deve incluir: 1) informações sobre você e sua organização ou departamento governamental; 2) o “por quê” (ou seja, o contexto do problema que você está tentando resolver e por que ele é importante); 3) o “o quê” (ou seja, objetivos, intervenções e atividades propostas); 4) o “como” (ou seja, orçamento do programa, prazos e marcos principais); 5) o “quem” (ou seja, a equipe e os parceiros que liderarão e implementarão o trabalho); 6) resultados esperados da intervenção com indicadores de resultados específicos e mensuráveis a curto, médio e longo prazo; e 7) o pedido de financiamento (ou seja, o valor do financiamento, para qual aspecto do trabalho e a duração).
- Adapte a linguagem e o posicionamento da sua proposta para alinhá-la o máximo possível às prioridades dos financiadores.
- Se já conseguiu algum financiamento, compartilhe esta informação de forma transparente com o financiador. Os financiadores muitas vezes valorizam o investimento em programas e intervenções que recebem recursos de outras fontes.

- Preferencialmente, envie a proposta ao representante responsável pela tomada de decisão, e não para um endereço postal genérico.

Quadro 24 – Lista de verificação: como solicitar financiamento dos orçamentos nacionais e regionais

- Identifique o principal responsável pela tomada de decisão.
- Identifique os agentes ou sistemas responsáveis pela implementação das decisões sobre políticas públicas.
- Marque uma reunião em local e horário apropriados.
- Mantenha a interação focada e precisa, com uma mensagem clara, concisa e contextualizada, que fale diretamente sobre prevenção (não aborde apenas o problema do suicídio). Destacar o peso do suicídio em comparação com outros problemas (por exemplo, lesões causadas por acidentes viários), cujo investimento pode ser significativamente maior, pode ajudar a chamar a atenção para a necessidade de um maior investimento na prevenção do suicídio.
- Os responsáveis pela formulação de políticas públicas geralmente têm tempo limitado e diversas prioridades que rivalizam entre si. Para chamar sua atenção, não faça uma proposta longa com páginas e páginas de dados. Apresente um documento compreensível e breve (máximo de duas páginas) com mensagens claras e focadas em resultados concretos.
- Ofereça sua experiência e conhecimento na prevenção do suicídio.
- Seja persistente e faça contatos periódicos.
- Defina os custos envolvidos e destaque as vidas e os custos poupados.
- As mensagens devem conter dados científicos e histórias de pessoas com experiência de vida em suicídio
- A mensagem deve enfatizar a relevância intersectorial da prevenção do suicídio e destacar como ela está associada à saúde física e mental, à educação, à economia e a outras áreas.

5. Apresente a sua proposta aos financiadores

- Certifique-se de que os membros da equipe que podem falar de maneira efetiva e detalhada sobre o trabalho de implementação estejam presentes na reunião com o financiador.
- Planeje os principais pontos a serem abordados e estruture sua apresentação para que seja sucinta, específica e inspiradora, com recursos visuais e dados. Os responsáveis por formular políticas públicas têm frequentemente tempo limitado e outras prioridades; por isso, é importante uma fala bem ensaiada, envolvente e concisa.
- Concentre-se não apenas nos detalhes do programa ou da intervenção, mas também na razão pela qual



considera que esta é uma oportunidade importante e alinhada com a missão, para que o financiador apoie o trabalho. Destaque também seu histórico de sucesso na prevenção do suicídio.

- Use um tom coloquial, estimule o financiador a dar sua opinião e construa uma relação ao longo da apresentação.

6. Mantenha uma boa relação com os financiadores, independentemente de sua decisão de financiar ou não

- Se você conseguiu o financiamento, não suponha que o trabalho duro terminou; na verdade, apenas começou. Para aumentar as chances de o financiador fazer novas doações no futuro, e para aumentar a credibilidade entre outros potenciais financiadores, estabeleça uma relação de confiança por meio de uma comunicação frequente, transparente e respeitosa. Isto pode ser feito com reuniões periódicas, telefonemas, relatórios ou atualizações de progresso que avaliam a implementação, como forma de demonstrar os efeitos positivos do financiamento.
- Se você não conseguiu o financiamento, converse com o financiador sobre o que pode ser melhorado em uma proposta futura. Mantenha contato com o financiador, fornecendo atualizações regulares sobre o seu trabalho e continue buscando novas oportunidades. Só porque você não conseguiu o financiamento desta vez não quer dizer que não irão financiá-lo no futuro.

Quadro 25 – Lista de verificação: como solicitar financiamento dos orçamentos nacionais e regionais

O suicídio é estigmatizado em Gana e continua sendo considerado crime. Consequentemente, o Centro de Investigação sobre Suicídio e Violência (CSVR, na sigla em inglês) de Gana teve dificuldades para obter financiamento de fontes oficiais para apoiar as suas atividades educativas sobre a prevenção do suicídio. Um dos principais membros da equipe do CSVR foi presença constante nos meios de comunicação, a fim de reforçar a conscientização e a promoção da prevenção do suicídio, e notou que uma organização filantrópica vinha acompanhando os seus esforços. Persistente e determinado, o CSVR submeteu repetidas vezes o seu orçamento à organização na esperança de obter apoio. Embora o centro nem sempre tenha tido sucesso, sua persistência rendeu frutos, e os filantropos perceberam a importância do trabalho de capacitação promovido pelo CSVR. Como ponto crucial para manter a relação, o CSVR continua fornecendo relatórios aos filantropos sobre o impacto que o financiamento teve na capacitação em prevenção de suicídios no país.

Quadro 26 – Estudo Nacional de Prevenção do Suicídio (Austrália)

O Estudo Nacional de Prevenção do Suicídio (NSPT, na sigla em inglês) é uma iniciativa do governo australiano e do Ministério da Saúde do país. Um total de 60 milhões de dólares australianos foi doado a 12 locais de pesquisa identificados em toda a Austrália para o estudo NSPT, ao longo de cinco anos, entre 2016-2017 e 2020-2021. Este financiamento foi fornecido nas redes de atenção primária (PHNs, na sigla em inglês) como organizações parceiras, chegando a 5 milhões de dólares australianos por local.

As PHNs foram criadas em julho de 2015 para aumentar a eficiência e a efetividade dos serviços médicos, especialmente para pacientes com risco de desfechos adversos de saúde, e melhorar a coordenação dos serviços de saúde, garantindo, assim, que os pacientes recebessem os cuidados certos, no lugar certo e na hora certa. Como órgãos de planejamento e comissionamento regionais, as PHNs foram selecionadas para liderar o experimento e garantir que as necessidades locais fossem atendidas.

Objetivo

O governo australiano financiou o NSPT para reunir evidências sobre atividades de prevenção do suicídio em regiões da Austrália e melhorar a compreensão das estratégias mais eficazes na prevenção do suicídio localmente e em populações em risco. Mais especificamente, o objetivo era fornecer evidências de como uma abordagem sistêmica de prevenção do suicídio poderia ser satisfatoriamente implementada na Austrália e identificar novos conhecimentos acerca da prevenção do suicídio em populações em risco.

O NSPT foi concebido para permitir que os centros de pesquisa fossem flexíveis. Cada centro foi obrigado a selecionar, no mínimo, um ou mais grupos da população-alvo na sua região, a testar uma abordagem sistêmica baseada em evidências e a participar da avaliação.

Populações em foco

Sete dos 12 centros concentraram-se nos povos aborígenes e das ilhas do Estreito de Torres como população-alvo. Seis centros concentraram-se em homens, dois em jovens, dois em pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transgênero e intersexuais (LGBTI), um em ex-integrantes das Forças Armadas e um em pessoas idosas. Alguns concentraram-se em subgrupos específicos da população-alvo escolhida (por exemplo, pescadores, agricultores e mineiros, jovens LGBTI e jovens aborígenes e das ilhas do Estreito de Torres).



Quadro 26 – Estudo Nacional de Prevenção do Suicídio (Austrália) continuação

Abordagens sistêmicas

As abordagens sistêmicas de prevenção do suicídio podem implementar um conjunto de intervenções destinadas a diferentes elementos do sistema para reduzir o suicídio e o comportamento suicida.

Os centros de pesquisa basearam-se em uma série de evidências e enquadramentos para determinar a sua abordagem de prevenção do suicídio. Oito dos 12 centros de pesquisa optaram por implementar o modelo LifeSpan e dois escolheram o modelo da Aliança Europeia Contra a Depressão (EAAD, na sigla em inglês). Adaptações foram feitas, quando necessário, para atender às necessidades do centro.

Dois centros, que se concentravam exclusivamente nos povos aborígenes e das ilhas do Estreito de Torres, adotaram uma abordagem orientada pelos princípios estabelecidos no Projeto de Avaliação da Prevenção do Suicídio dos Aborígenes e Ilhéus do Estreito de Torres (ATSISPEP, na sigla em inglês). O ATSISPEP descreve um conjunto de princípios ou fatores de sucesso para a prevenção do suicídio, fundamentados em uma abordagem de bem-estar social e emocional.

Exemplos de atividades

Os centros de pesquisa implementaram uma vasta gama de serviços individuais e atividades comunitárias. Estes incluíam:

- atendimento pós-tratamento para pessoas que tentaram suicídio ou que apresentaram crise suicida;
- conscientização para o suicídio e a saúde mental, por meio de campanhas nos meios de comunicação e nas redes sociais e eventos comunitários;
- atividades de valorização cultural para os povos aborígenes e das ilhas do Estreito de Torres;
- formação para capacitar os membros da comunidade e recursos de formação para clínicos gerais e outros prestadores de serviços sobre a prevenção do suicídio e o apoio culturalmente seguro;
- atividades escolares para jovens, incluindo programas específicos para jovens aborígenes e das ilhas do Estreito de Torres e jovens LGBTI;
- pequenos programas de subsídio para atividades comunitárias locais;
- atividades de colaboração, como cursos, acampamentos e eventos específicos;
- elaboração de protocolos de prevenção de autolesão e suicídio e de resposta pósvenção;
- trabalho entre pares e programas de mentoria;
- apoio a pesquisas específicas (por exemplo, sobre medição de resultados para os povos aborígenes e das ilhas do Estreito de Torres; sobre apoio de pares para pessoas LGBTIQ; e pesquisas relacionadas a traumatismo cranioencefálico em veteranos de guerra).

Próximas etapas

O financiamento do NSPT encerrou em 30 de junho de 2021. Foi concluída uma avaliação do NSPT, que está sendo analisada pelo governo australiano.

O governo australiano também está financiando um projeto que analisa as conclusões da avaliação do NSPT juntamente com avaliações de outros estudos de prevenção do suicídio em todo o país, incluindo o LifeSpan e estudos de prevenção do suicídio baseados em outras regiões da Austrália (estado de Victoria).

Juntas, as conclusões destes projetos construirão a base de evidências sobre abordagens sistêmicas de prevenção do suicídio na Austrália.



DICAS PARA IMPLEMENTAÇÃO

Tabela 7 – Dicas para a implementação de financiamento

Problema	Dicas
Limitação de recursos	<ul style="list-style-type: none">• Tente encontrar abordagens que possam funcionar com estruturas governamentais já existentes. Isto pode ser particularmente importante quando não há recursos disponíveis para se estabelecer novas instituições ou departamentos para realizar o trabalho.
Falta de reconhecimento entre os financiadores de que os suicídios podem ser evitados e que a prevenção do suicídio é uma prioridade	<ul style="list-style-type: none">• Participe da conscientização e da defesa da causa, apresentando dados que revelem a magnitude do problema e demonstrem que, com os investimentos certos, os suicídios são evitáveis.• Compartilhe histórias que demonstrem os efeitos de intervenções de prevenção do suicídio que tenham recebido financiamento adequado, envolvendo profissionais, pessoas com experiência vivida e defensores da causa para tornar sua mensagem atraente.• Arrecade doações menores de um maior número de financiadores, implementando um modelo de financiamento conjunto ou colaborativo.• Considere a possibilidade de mobilizar recursos de programas relacionados (por exemplo, para saúde mental, educação etc.).





VIGILÂNCIA

O QUÊ?

É essencial que os sistemas de vigilância de suicídio e autolesão tenham dados atualizados para embasar os pilares e as intervenções do VIVER A VIDA. Os dados sobre o número de suicídios e os casos de autolesão devem ser desagregados, no mínimo, por gênero, idade e método (OMS, 2011; OMS, 2016a).

Esses dados podem ser coletados de diversas fontes, tais como:

- **Sistema de registro civil e estatísticas vitais:**³⁸ muitos países têm um sistema de registro civil e estatísticas vitais que registra formalmente a ocorrência e as características das mortes (e nascimentos). Este sistema fornece dados contínuos e comparáveis, embora forneça menos detalhes sobre as circunstâncias da morte.
- **Registros de saúde e policiais:** envolve a coleta de dados de registros hospitalares e de necrotérios e/ou registros policiais, forenses e judiciais. Em alguns contextos, isto terá de ser feito manualmente (por exemplo, por meio da análise de prontuários médicos). Embora essa abordagem exija tempo e dinheiro, ela pode fornecer dados precisos. Onde for possível utilizar dados coletados rotineiramente, este sistema pode ser relativamente barato e fornecer informações contínuas e detalhadas.
- **Autópsia verbal:**³⁹ estes dados podem ser coletados mediante sistemas de notificação comunitários, através dos quais os profissionais de saúde fazem perguntas aos familiares e amigos sobre as circunstâncias da morte. Isto é particularmente útil quando o sistema de registro civil ou o acesso ao atendimento médico formal é limitado. Também pode ser utilizada para validar informações coletadas de outras fontes de dados e para fornecer informações mais detalhadas. A vigilância comunitária deve possuir um sistema pelo qual os membros da comunidade possam notificar comportamentos suicidas. Também pode ser usado para a coleta de informações sobre áreas geográficas definidas ou avaliações de uma intervenção específica. No entanto, é necessário padronizar suficientemente, ou pode haver risco de viés.
- **Pesquisas populacionais:** podem ser realizadas pesquisas representativas em nível nacional especificamente sobre comportamentos suicidas ou podem ser incorporadas a pesquisas nacionais ou internacionais

³⁸ Ver: Civil registration and vital statistics. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: [https://www.who.int/data/data-collection-tools/civil-registration-and-vital-statistics-\(crvs\)](https://www.who.int/data/data-collection-tools/civil-registration-and-vital-statistics-(crvs)).

³⁹ Verbal autopsy standards: ascertaining and attributing causes of death. Genebra; Organização Mundial da Saúde [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/standards/classifications/other-classifications/verbal-autopsy-standards-ascertaining-and-attributing-causes-of-death-tool>.



de maior abrangência⁴⁰. Embora as pesquisas (incluindo as realizadas em uma área de captação ou comunidade específica) também registrem tentativas de suicídio e autolesão que ocorrem fora dos ambientes hospitalares (por exemplo, porque não foi procurado atendimento médico), podem ser limitadas pelo viés da falta de respostas ou de notificação por medo da estigmatização, e não fornecem dados contínuos.

A vigilância integral pode combinar dados coletados de diversas fontes, embora em locais com recursos limitados seja

geralmente mais viável começar pelas áreas existentes de coleta de dados de rotina (por exemplo, registro civil, registros hospitalares). Na Índia, foi desenvolvido um sistema de vigilância integral para registrar suicídios e tentativas de suicídio nas zonas rurais, que utiliza dados de sistemas de vigilância comunitários, registros hospitalares e policiais (Vijayakumar *et al.*, 2020).

A forma como a vigilância será implementada também dependerá do estágio atual da prevenção do suicídio no país.

Tabela 8 – Implementação da vigilância com base no contexto do país

Problema	Dicas
Países onde atualmente não existe vigilância ou ela é mínima	Pode ser útil começar a desenvolver a coleta de dados em locais representativos ou de teste (por exemplo, em uma determinada região ou município), priorizando informações essenciais (por exemplo, dados de mortalidade por suicídio, idade, sexo, métodos de suicídio), realizar análises básicas (por exemplo, taxa de suicídio) e trabalhar para ampliar a estratégia a todo o país e ter um sistema de registro civil e estatísticas vitais.
Países onde já existe alguma vigilância	Os sistemas podem ser ampliados para monitorar o suicídio (por meio do registro civil) ou a autolesão em nível nacional (por exemplo, registro nacional de autolesão com dados de hospitais ^{41,42}) e pode incluir informações mais detalhadas e análises mais amplas (por exemplo, alterações nos fatores de risco, informações sobre autolesão repetitiva). A prioridade deveria ser começar a monitorar a mortalidade por suicídio e depois incorporar a vigilância da autolesão. Nos países que possuem centros de informação e assistência toxicológica, incentivar o compartilhamento de dados sobre casos de intoxicação intencional pelos diferentes centros para um ponto de coleta unificado pode ser vantajoso para: 1) certos métodos de suicídio; e 2) identificar tendências e novos métodos que possam ser passíveis de restrição de meios. A análise da situação pode ser usada para avaliar a qualidade atual da vigilância e as áreas que podem ser melhoradas [ver Análise da situação].
Países que possuem um sistema de vigilância integral e de registro civil e estatísticas vitais	É importante monitorar atributos-chave como a qualidade dos dados, cobertura, oportunidade e os custos do sistema de vigilância, a fim de implementar melhorias. Em contextos com uma forte infraestrutura de vigilância, pode-se introduzir a vigilância em tempo real, na qual os dados são disponibilizados para análise imediatamente após o registro de um caso de suicídio ou autolesão.

⁴⁰ STEPwise approach to surveillance (STEPS) mental health/suicide module. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/riskfactor/STEPS_Mental_Health_Suicide_module.pdf.

⁴¹ National Self-harm Registry Ireland. Dublin: National Suicide Research Foundation [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.nsr.ie/our-research/our-systems/national-self-harm-registry-ireland/>.

⁴² Multi-Centre Study of Self-harm in England. Oxford: Universidade de Oxford [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.psych.ox.ac.uk/research/csr/ahoj>.



POR QUÊ?

Os sistemas de vigilância ajudam a fundamentar a implementação do VIVER A VIDA, por exemplo, ao destacar tendências no comportamento suicida, subgrupos populacionais em risco, grupos de casos ou o surgimento de novos métodos ou métodos de contágio de suicídio que demandariam ação imediata (Thomas, Chang & Gunnell, 2011). Os dados sobre suicídio e autolesão também servem de base à prestação de serviços, distribuição de recursos e orientações para o manejo do comportamento suicida, garantindo, por exemplo, que as equipes médicas em locais específicos estejam preparadas para lidar com os efeitos de certos meios de suicídio (como os pesticidas) ou empregando enfermeiros especializados em áreas onde ocorrem muitos suicídios. Os dados são usados para monitorar o progresso (por exemplo, indicadores de redução das taxas de suicídio) e contribuir para a avaliação e investigação de estratégias e intervenções de prevenção em curso, tais como os estudos de coorte a longo prazo de casos de autolesão atendidos em hospitais em Oxford, no Reino Unido⁴³.

Quadro 27 – Vigilância (Sri Lanka)

A Colaboração para Pesquisa em Toxicologia Clínica do Sul da Ásia (SACTRC, na sigla em inglês) estabeleceu uma coorte prospectiva de longo prazo de pacientes com intoxicação intencional autoinfligida em 2002, com foco no envenenamento por pesticidas. A equipe atendeu todos os pacientes envenenados durante a internação nos hospitais incluídos no estudo e teve como objetivo identificar o veneno usado, testar tratamentos e registrar resultados. O pesticida era normalmente identificado a partir do histórico. Em uma amostra casada, utilizou-se a espectrometria de massa em laboratório para verificar a precisão da identificação com base apenas no histórico (>80%). A coorte conta agora com mais de 80 mil casos, dos quais 35 mil ingeriram pesticidas, e forneceu novos dados sobre a toxicidade relativa de vários pesticidas em humanos (Buckley *et al.*, 2021). Como resultado da coorte, três pesticidas particularmente tóxicos (Dawson *et al.*, 2010) foram identificados e os dados apresentados às autoridades responsáveis por registrar e regulamentar o uso de pesticidas e ao Comitê Consultivo Técnico de Pesticidas. Esses pesticidas foram banidos da agricultura em 2008-2011, contribuindo para a redução contínua do número total de suicídios e de suicídios por pesticidas no Sri Lanka (Knipe *et al.*, 2017).

ONDE?

O ideal seria que os países coletassem os dados em nível nacional para entender melhor o comportamento suicida da população. Contudo, deve-se dar preferência à obtenção de dados de alta qualidade provenientes de diferentes locais representativos, em vez de dados de baixa qualidade de todo o país. A vigilância pode começar com conjuntos de dados menores que sejam representativos da população do país (por exemplo, em alguns hospitais importantes) e que mais tarde possam ser ampliados a partir das lições aprendidas. Isto pode ser particularmente útil em países grandes ou onde os dados são coordenados em nível federal ou regional. A coleta de dados pode ocorrer em um registro específico para autolesão ou fazer parte de um sistema mais abrangente de dados nacionais sobre mortalidade ou lesões. Quando os dados são coletados em nível nacional, é importante buscar consistência entre as regiões ou localidades de onde foram coletados e como são notificados.

QUANDO?

A vigilância sustentada deve ser priorizada e estabelecida antes ou no início da implementação do VIVER A VIDA, uma vez que permitirá aos países avaliar a efetividade das intervenções. Os dados têm de ser coletados de forma contínua e a longo prazo, a fim de fornecer informações oportunas e atualizadas (ou, sempre que possível, em tempo real) sobre comportamentos suicidas, além de permitir a identificação de mudanças de padrões em pessoas em risco de atos repetitivos de autolesão. No entanto, onde os recursos são escassos, a vigilância pode começar como um estudo individualizado do comportamento suicida durante um período limitado em uma área ou população específica, que pode então ser ampliado para coletar dados continuamente.

QUEM?

Independentemente de o sistema de vigilância ser nacional ou local, devem participar representantes do Ministério da Saúde, bem como pessoas de outros serviços relevantes, tais como o serviço nacional de estatística ou o serviço responsável pelo registro civil e pelas estatísticas vitais, que possam ajudar a fornecer orientação e recursos para a sustentabilidade da vigilância no longo prazo. As partes interessadas devem incluir

⁴³ The Oxford Monitoring System for Self-Harm. Oxford: Universidade de Oxford [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.psych.ox.ac.uk/research/csr/research-projects-1/the-oxford-monitoring-system-for-self-harm>.



organizações ou indivíduos que estejam em melhor posição para coletar e processar dados específicos (por exemplo, médicos, trabalhadores de necrotérios, policiais, profissionais da saúde locais) e aqueles com competências para planejar e implementar o sistema (por exemplo, especialistas em sistemas de informação de saúde e acadêmicos da saúde pública, incluindo epidemiologistas, estatísticos, gestores de sistemas de dados e analistas de dados). Também pode ser útil envolver acadêmicos que já trabalhem com dados de coorte relevantes na população-alvo.

Quadro 28 – Vigilância contra a autolesão (Federação Russa)

A Rússia é um dos países da Região Europeia da OMS nos quais as autoridades nacionais reconhecem o suicídio como um importante problema de saúde pública. Para enfrentar esse desafio e melhorar o monitoramento e a prevenção do suicídio no sistema de saúde mental, os principais especialistas em saúde da Rússia iniciaram uma colaboração com o Escritório Regional da OMS para a Europa e o Escritório Nacional da OMS na Federação Russa, cujos resultados podem ser benéficos para outros países da porção oriental da região europeia. A abordagem de vigilância para autolesão da OMS já foi implementada em vários países de língua inglesa, como a Irlanda, onde demonstrou a sua efetividade na identificação de populações vulneráveis e na melhoria do acesso aos serviços de saúde necessários. O projeto-piloto conduzido na Federação Russa visa analisar práticas positivas em nível nacional e, paralelamente, aperfeiçoar e adaptar o instrumento e a metodologia.

Como parte da OMS, a colaboração da Federação Russa no âmbito da Estratégia de Colaboração com os Países (ECP) está em consonância com os objetivos de se criar um ambiente abrangente para a prevenção e promoção da saúde, por meio de uma abordagem ao longo da vida e o fortalecimento da capacidade de cooperação global e regional em saúde. Em consulta com o Centro Serbsky, reconhecido como a principal instituição de saúde mental da Federação Russa e sob a coordenação do Ministério da Saúde, em 2018, especialistas de três regiões do país (Distrito Federal dos Urais, Distrito Federal do Cáucaso Norte e Distrito Federal do Extremo Oriente) compartilharam suas experiências e manifestaram sua disponibilidade em apresentar locais de teste para demonstrar como adaptam e utilizam um instrumento

e o manual da OMS para melhorar os sistemas de monitoramento e vigilância de autolesão e tentativas de suicídio em hospitais⁴⁴. O instrumento baseia-se em um conjunto de procedimentos recomendados pela OMS que um profissional de saúde capacitado pode adotar para identificar casos de autolesão em hospitais e instituições de saúde especializadas. A iniciativa visa criar um sistema de vigilância multicêntrico com base na versão russa do instrumento da OMS a ser aplicado em uma plataforma de monitoramento on-line que possa ser utilizada para a coleta e análise de dados de alta qualidade sobre autolesão e tentativas de suicídio. Atualmente, profissionais de saúde de Stavropol Krai, Distrito Federal do Cáucaso Norte, estão trabalhando em modificações no software. A criação de tal sistema de monitoramento pode servir como um passo fundamental para o fortalecimento da prevenção do suicídio em qualquer sistema de saúde.

Outro resultado da colaboração entre o Escritório Regional da OMS para a Europa e profissionais de saúde russos foi a criação de cursos de formação para facilitadores do sistema de vigilância e monitoramento. A utilização dos materiais facilitará a formação de profissionais de saúde e de analistas de dados necessários para ampliar a iniciativa em todo o país e internacionalmente. Este conjunto de instrumentos recomendado pela OMS está harmonizado com as normas dos serviços de saúde russos em nível subnacional e tem capacidade para ser ampliado ainda mais. Esta iniciativa deve passar a integrar a infraestrutura de prevenção do suicídio e da autolesão na região da Europa, ajudando a melhorar o acesso à saúde mental e a outros serviços para pessoas em risco de comportamentos suicidas. O sucesso da iniciativa é atribuído ao empenho e à motivação de todos os participantes, à boa colaboração entre parceiros e ao compromisso com a prevenção de suicídios como um elemento importante da Agenda de Desenvolvimento Sustentável.

⁴⁴ Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2016 [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/208895>.



COMO?

1. Convoque um grupo de trabalho (ver Quadro 1:

Introdução)

- Crie o grupo (ver “Quem” na página anterior e o Anexo 1 para uma lista de setores e partes interessadas).
- Considere criar um comitê gestor para prestar apoio contínuo; um grupo consultivo técnico para fornecer orientação sobre planejamento, implementação e avaliação; e uma equipe de gestão para realizar a vigilância.
- Informe as principais partes interessadas sobre a necessidade de vigilância do suicídio e da autolesão e apoio contínuo para manter o sistema.

2. Planeje o sistema de vigilância

- Defina as metas, os objetivos e o escopo do sistema. Determine, por exemplo, quais informações precisam ser coletadas, como as informações serão usadas para a prevenção, se existem sistemas pré-existentes que coletam informações semelhantes e onde o sistema deve estar hospedado.
- Avalie a possibilidade de implementação gradual, iniciando com uma fase de testes, e depois a ampliação em escala nacional.
- Elabore um orçamento realista dos custos e recursos necessários (por exemplo, com pessoal, equipamentos, formação, manutenção) e atribua opções de financiamento primário e secundário para sustentar o sistema ao longo do tempo.
- Identifique processos para coleta, gestão e análise de dados. Determine, por exemplo, quais dados serão coletados, por quem, e onde e como os dados serão armazenados. Desenvolva procedimentos operacionais padronizados para manter a consistência.
- Com relação a dados como mortalidade por suicídio, almeje estabelecer um sistema de registro civil e estatísticas vitais. No caso de autolesão, o objetivo deve ser inclui-la nos registros médicos de rotina. Se necessário, obtenha a aprovação de um conselho de ética (por exemplo, da administração do hospital) para a coleta de dados de fontes relevantes. Implemente salvaguardas para manter a confidencialidade, ou seja, que os dados divulgados não sejam identificáveis.

3. Prepare os recursos

- Elabore um formulário de registro ou sistema eletrônico de dados, utilizando codificação de dados e permitindo o registro por evento ou por pessoa que tenha tentado suicídio. Inclua um espaço para detalhes demográficos para permitir a identificação de grupos de risco.

- Elabore um manual para orientar a coleta de dados e garantir a consistência ao longo do tempo.
- Ofereça treinamento aos responsáveis pela coleta de dados, destacando a importância de se ter definições consistentes de comportamentos suicidas e da codificação e do registro de dados (especialmente quando as informações disponíveis possam ser ambíguas).
- Reúna-se com as pessoas que fornecerão os dados (por exemplo, gestores de cuidados de saúde) para incentivar a avaliação e o registro em prontuário detalhados quando estiverem tratando de pessoas com comportamento suicida.

4. Faça um teste piloto e implemente o sistema

- Faça um teste de registro e coleta de dados em um ou dois locais para identificar e resolver quaisquer problemas.
- Implemente o uso do sistema em mais locais.
- Analise os dados periodicamente (de preferência trimestralmente) para facilitar a elaboração de resumos atualizados.

5. Divulgue as descobertas

- Redija, publique e divulgue relatórios anuais ou resumos de evidências menores regularmente. Planeje a divulgação de relatórios anuais em momentos estratégicos para dar mais visibilidade, como em dias nacionais ou internacionais de prevenção do suicídio.
- Ao elaborar os relatórios de dados, considere as necessidades das partes interessadas e os objetivos do sistema de vigilância. Avalie que tipo de relatório deve ser gerado, com que frequência devem ser redigidos e quem deve recebê-los. As partes interessadas podem incluir os responsáveis pela formulação de políticas públicas, os serviços de saúde, o público em geral e os meios de comunicação (embora seja necessário ter cautela ao fazer reportagens nos meios de comunicação; ver [Interagir com a mídia para a divulgação responsável do suicídio](#)).
- Divulgue as principais conclusões, incluindo taxas e tendências específicas de suicídio e autolesão, e forneça recomendações para fundamentar a prevenção.

6. Revise e avalie

- Crie um calendário para reuniões periódicas de supervisão para garantir que a coleta de dados seja conduzida de acordo com os procedimentos operacionais. É importante oferecer apoio emocional aos responsáveis pela coleta de dados, que serão expostos a informações emotivas ou imagens fortes sobre suicídio.



- Além do monitoramento contínuo, deve-se realizar periodicamente uma avaliação detalhada para determinar até que ponto o sistema está cumprindo os objetivos, a exatidão dos dados e a qualidade e utilidade dos relatórios (ver [Monitoramento e avaliação](#)). O monitoramento pode incluir exercícios de controle de qualidade para comparar a consistência da coleta de dados entre diferentes locais ou coletores.
- Com base na avaliação, faça alterações nos procedimentos operacionais, se necessário.
- Recomenda-se que o sistema de vigilância também seja reavaliado de forma independente para melhorar a qualidade e eficiência.
- Amplie o sistema de vigilância para incluir outros locais ou regiões, a fim de construir um sistema de vigilância de abrangência nacional.
- Reavalie regularmente o orçamento e as fontes de financiamento para garantir a sustentabilidade do sistema.

Quadro 29 – Sistema de registro de autolesão e suicídio (República Islâmica do Irã)

A República Islâmica do Irã possui um sistema nacional de registro de autolesão e suicídio bem estabelecido, coordenado pelo Ministério da Saúde e da Educação Médica. De acordo com os requisitos do sistema, todas as universidades de medicina em todo o país são responsáveis por coletar e registrar dados sobre autolesão e suicídio relacionados com os seus distritos e áreas de influência. Em 2009, o Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias do Ministério da Saúde criou o sistema com o objetivo padronizar a coleta de dados sobre autolesão e suicídio. O sistema foi modificado em 2017, com base no *Manual prático* da OMS para estabelecer e manter sistemas de vigilância para tentativas de suicídio e autolesão (OMS, 2016a).

Em 2009, um especialista em saúde mental de cada universidade participou de uma reunião nacional de capacitação. Posteriormente, os dados foram coletados nas universidades de medicina após um agente de saúde de cada universidade ter recebido formação. Elaborou-se então um questionário de relato de caso disponibilizado em um software (com manual do usuário) para garantir a coleta sistemática e padronizada de dados no portal. Foram abordados os correlatos epidemiológicos mais importantes para a concepção de intervenções de prevenção do suicídio. O questionário incluiu características demográficas dos sujeitos, como sexo, idade, estado civil, situação ocupacional e escolaridade, histórico prévio de transtornos mentais e físicos, método de suicídio e seu desfecho (adotado de estudos anteriores relacionados). As principais fontes de dados sobre autolesão e suicídio são registros médicos oficiais de hospitais gerais e unidades de saúde ambulatoriais nas cidades e também de casas de saúde e centros de saúde pública nas aldeias. Nas zonas rurais, alguns casos podem basear-se em relatos de profissionais de saúde locais que têm conhecimento sobre a ocorrência de suicídios na região, embora estes não sejam notificados oficialmente. Os dados destas fontes são coletados nos centros de saúde distritais, que são centros universitários da faculdade de medicina com áreas de captação definidas em cada província.

Cada universidade tem acesso apenas aos dados dos seus próprios centros de saúde, enquanto os dados nacionais só podem ser obtidos pelo Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias do Ministério da Saúde, que tem a responsabilidade de monitorar a inserção dos dados. Segundo relatórios oficiais, alguns casos de suicídio podem não ser encaminhados para os centros de saúde ou médicos. Nestes casos, os cadáveres são encaminhados para o instituto médico legal da cidade para que se possa averiguar a causa da morte, e os dados são então compilados e divulgados oficialmente às universidades de medicina. Estes também são adicionados aos dados do Ministério da Saúde de forma sazonal.



Quadro 30 – Vigilância, Tribo Apache da Montanha Branca (EUA)

Atualmente, as comunidades de povos nativos americanos enfrentam as taxas mais altas de suicídio de qualquer grupo étnico dos EUA, especialmente entre os jovens de 15-24 anos. Em resposta a este problema de saúde pública, a Tribo Apache da Montanha Branca (WMAT, na sigla em inglês) desenvolveu um método inovador para promover a saúde mental e a resiliência. Impulsionado pela força de trabalho local de especialistas comunitários em saúde mental da própria tribo, o modelo Celebrating Life integra encaminhamento, vigilância, prevenção, cuidados em momento de crise e manejo de casos (Cwik *et al.*, 2014; Cwik *et al.*, 2016).

A vigilância tem sido recomendada como parte da Estratégia Nacional dos EUA para a Prevenção do Suicídio, mas muitos desafios impediram a implementação da notificação de forma abrangente e oportuna. A WMAT, com o apoio técnico do Johns Hopkins Center for American Indian Health, é a primeira comunidade a estabelecer e implementar um sistema capaz de resolver estas limitações, podendo servir de modelo para outras comunidades.

O governo da WMAT aprovou uma resolução tribal em 2001 determinando que qualquer incidente suicida ocorrido na Reserva Indígena Forte Apache, incluindo ideação suicida e tentativas de suicídio, deveria ser notificado a um sistema tribal de vigilância de suicídio (episódios de autolesão não suicida e abuso de substâncias foram posteriormente adicionados como incidentes de notificação compulsória).

O Johns Hopkins Center for American Indian Health trabalhou com a WMAT para revisar o formulário de encaminhamento, elaborar um formulário de acompanhamento presencial, projetar um sistema informatizado de coleta de dados e empregar e treinar a equipe Celebrating Life, força de trabalho local de membros da tribo especializados em saúde mental na comunidade. A equipe do Celebrating Life rastreia, monitora e mantém o sistema de vigilância. O sistema recebeu prêmios da Academia Americana de Psiquiatria, do Serviço de Saúde para Povos Indígenas e da Administração de Serviços de Saúde Mental e de Prevenção de Abuso de Substâncias (SAMHSA, na sigla em inglês). Além disso, a equipe do Celebrating Life ajuda a analisar os dados e fornece relatórios periódicos aos líderes da WMAT sobre as tendências da comunidade.

Nas últimas duas décadas, o sistema de vigilância comunitária serviu de base para a programação e avaliação da prevenção. Embora as taxas nacionais tenham permanecido estáveis ou aumentado ligeiramente, as taxas totais de mortalidade por suicídio dos apaches da Montanha Branca diminuíram enquanto o seu sistema de vigilância de suicídio e a sua programação abrangente estiveram ativos. As tentativas de suicídio também diminuíram 53% e a proporção de indivíduos em risco que procuram tratamento quase duplicou, de 39% para 71%.





DICAS PARA IMPLEMENTAÇÃO

Tabela 9 – Dicas para a implementação da vigilância

Problema	Dicas
Subnotificação	<ul style="list-style-type: none">• Devido ao estigma associado ao suicídio em muitos países, muitos suicídios e tentativas de suicídio não são notificados ou são reclassificados. A conscientização e as mudanças no estatuto legal do suicídio, isto é, a descriminalização, são fundamentais para combater o estigma. É essencial que os sistemas de vigilância mantenham a confidencialidade dos dados e promovam a confiança.• A subnotificação também pode ser consequência do acesso limitado ao atendimento médico e das restrições à cobertura do seguro de saúde, limitando, assim, o número de pessoas que procuram apoio em razão de uma tentativa de suicídio. A cobertura universal de saúde é vital para enfrentar esta barreira em particular e para a prevenção do suicídio em geral.
Dados incompletos e imprecisos	<ul style="list-style-type: none">• Em ambientes com poucos recursos, os dados podem não estar facilmente acessíveis. Será importante recorrer a outras fontes de informação (por exemplo, autópsia verbal ou vigilância comunitária) e implementar um sistema básico de registro da mortalidade por suicídio (por exemplo, trabalhando com pessoas que registram mortes na comunidade, como a polícia e os centros médicos).• Em muitos países, a vigilância dos dados da atenção à saúde é deficiente. A promoção de melhorias nos sistemas de informação da saúde é uma parte importante da conscientização.• O registro e a classificação do comportamento suicida são complexos e exigem formação, prática e monitoramento contínuo para apoiar os responsáveis pela coleta de dados. A promoção e a conscientização entre aqueles que notificam suicídios (como a polícia e os socorristas) são importantes para evitar relatos incorretos. É fundamental que os trabalhadores destes serviços recebam treinamento em como manter registros detalhados e avaliar a intenção suicida.• Quando mais de uma organização é responsável pela coleta de dados sobre suicídio, diferenças nas práticas podem levar a discrepâncias. É importante que representantes de diferentes organizações sejam incluídos no planejamento e que sejam elaboradas diretrizes comuns para orientar a coleta e o registro de dados em diferentes áreas.• Sempre que possível, devem-se desenvolver orientações nacionais sobre a coleta de dados para permitir o agrupamento de dados de diferentes jurisdições.
A falta de dados e informações dificulta a priorização e distribuição de recursos pelos responsáveis pela tomada de decisão. A coleta inadequada de dados ao longo do processo de implementação pode levar ao desperdício de recursos em intervenções ineficazes	<ul style="list-style-type: none">• Estabeleça e fortaleça sistemas de vigilância do suicídio e da autolesão. A vigilância é um pilar central da prevenção do suicídio.• Monitore a efetividade dos resultados principais com uma coleta de dados exatos, permitindo, assim, que sejam feitos ajustes posteriormente para melhorar a efetividade.• Trabalhe em parceria com acadêmicos interessados em criar sistemas de vigilância que possam orientar políticas públicas.
Sensibilidade dos dados	<ul style="list-style-type: none">• Certifique-se de que existem salvaguardas para manter a confidencialidade dos dados (por exemplo, utilizar números identificadores de casos e não utilizar informações que possam ser identificadas).• Deve-se ter cautela no uso dos dados, na sua disponibilidade e na forma como são divulgados. Inclua considerações sobre o impacto que os dados sobre suicídio podem ter nas pessoas em risco (ver Interagir com a mídia para a divulgação responsável do suicídio).



© OMS / Volodymyr Shuvayev



MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O QUÊ?

O monitoramento e a avaliação são essenciais para medir se a prevenção do suicídio está dando resultado. O monitoramento envolve a medição planejada e contínua ou regular de informações que ajudarão a avaliar o progresso da implementação do VIVER A VIDA. O monitoramento deve ser seguido de uma avaliação, que nada mais é que uma revisão periódica para verificar se o VIVER A VIDA alcançou os resultados desejados. O monitoramento e a avaliação devem fazer parte de todas as intervenções, e as informações podem ser combinadas para avaliar a efetividade global do VIVER A VIDA.

A avaliação deve considerar o seguinte:

- **Efetividade.** A intervenção proporciona o resultado desejado? Cumpriu o que se propôs a fazer? Pode ser proveitoso trabalhar em parceria com acadêmicos para conceber e interpretar estudos robustos sobre a efetividade das intervenções antes de aplicá-las em grande escala (Kolves *et al.*, 2021). É possível que tais estudos precisem ser muito abrangentes para fornecer evidências claras e relevantes para embasar as decisões sobre políticas.
- **Implementação.** Os serviços foram prestados conforme pretendido e qual o nível de satisfação com eles? O que teve um impacto positivo na implementação e quais foram os obstáculos ou desafios encontrados?
- **Eficiência (custo-efetividade).** A intervenção provê valor suficiente frente aos custos? Os custos são sustentáveis? Como poderão ser sustentados no futuro?

O principal objetivo de todas as atividades de prevenção do suicídio é a redução nas taxas de suicídio e autolesão [ver

[Vigilância](#)]. Contudo, ainda é um desafio detectar alterações nas taxas de suicídio que possam ser atribuídas às atividades de prevenção, pois os resultados só poderão ser avaliados a longo prazo.

Tendo em conta esses desafios, é importante que outros indicadores de progresso sejam monitorados e avaliados. Os indicadores precisam ter uma relação clara e direta com o objetivo principal. Por exemplo:

- fiscalização da restrição do acesso a meios de suicídio;
- reportagens mais responsáveis sobre suicídio nos meios de comunicação;
- mais jovens treinados em habilidades socioemocionais para a vida;
- um número crescente de pessoas que utilizam e têm acesso a apoio e serviços de atendimento e prevenção;
- melhor conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais de saúde em relação às pessoas que se envolvem em comportamentos suicidas.

A mensuração do progresso deve ser planejada antecipadamente, utilizando-se indicadores específicos, atingíveis, relevantes e com prazos definidos ([ver o Anexo 3 para indicadores do VIVER A VIDA](#)). Este processo deve ser fundamentado pelas evidências existentes sobre os fatores que influenciam o comportamento suicida na população-alvo. Os indicadores podem ser medidos utilizando-se diversas fontes ([ver Vigilância](#)), incluindo dados coletados rotineiramente (por exemplo, registro civil e estatísticas vitais, dados de frequência de atendimentos, dados demográficos dos pacientes, fontes de encaminhamento) e a coleta de dados para fins específicos (por exemplo, entrevistas com partes interessadas e trabalhadores do projeto, levantamentos demográficos, grupos focais, estudos de pesquisa).



POR QUÊ?

O monitoramento e a avaliação são necessários para averiguar se o VIVER A VIDA está alcançando os resultados desejados de redução do suicídio e da autolesão. O monitoramento e a avaliação podem indicar se o VIVER A VIDA está dando resultado no contexto do país, quais intervenções têm maior impacto e onde são necessárias mudanças. É importante que, além de identificar áreas de melhoria, as avaliações considerem fatores que podem ter tido um impacto positivo ou negativo na implementação (por exemplo, questões de concepção, mudanças no financiamento, envolvimento da comunidade, condições econômicas), a fim de produzir recomendações úteis para melhoria.

A apresentação das constatações das avaliações garante que as informações e lições aprendidas com o processo sejam compartilhadas e serve de base para outros serviços ou áreas que planejam adotar intervenções semelhantes. Informar as principais partes interessadas e o público sobre o progresso também pode ajudar a promover a responsabilização e o apoio da comunidade. Esses dados podem ser uma ferramenta poderosa para buscar e garantir recursos adicionais para apoiar o trabalho em curso.

ONDE?

Além do monitoramento e da avaliação em nível nacional, também devem-se incluir dados de nível local (por exemplo, dados sobre a prestação de serviços, feedback das equipes envolvidas).

QUANDO?

O monitoramento e a avaliação precisam ser planejados e acordados previamente para garantir a participação de todas as partes interessadas. Inclua as contribuições das pessoas envolvidas na implementação das intervenções, bem como comentários dos usuários dos serviços e da população em geral. Isto deverá formar um ciclo contínuo de feedback, o que permitirá o refinamento das intervenções à medida que são implementadas.

QUEM?

Recomenda-se que um grupo dedicado seja exclusivamente responsável pelo monitoramento e pela avaliação do VIVER A VIDA. O grupo deve incluir pessoas com competências para planejar e implementar o monitoramento e a avaliação (por exemplo, epidemiologistas, estatísticos, responsáveis pela coleta de dados). Também pode ser útil estabelecer parcerias

com instituições acadêmicas, sempre que possível, para apoiar a coleta, análise e validação dos dados.

COMO?

1. Convoque um grupo de trabalho dedicado ao planejamento, monitoramento e à avaliação (ver Quadro 1, Introdução)

- Crie o grupo (ver “Quem” ao lado e o Anexo 1 para uma lista de setores e partes interessadas).
- Inclua pessoas com competências para planejar e implementar o monitoramento e a avaliação.
- Atribua funções e responsabilidades aos membros do grupo e planeje um calendário de reuniões periódicas.

2. Planeje como mensurar o objetivo principal

- O foco principal da prevenção do suicídio é a redução das taxas de suicídio e autolesão (ver Vigilância).

3. Identifique os resultados desejados

- Com base na análise da situação, identifique os resultados desejados e o que se espera que a implementação das intervenções alcance. Esses resultados devem contribuir para o objetivo principal, que é reduzir a taxa de suicídio (ver o Anexo 3).

4. Determine indicadores para cada resultado

- Determine indicadores que podem ser usados para avaliar cada resultado. Por exemplo, se um dos resultados desejados é o de que os meios de comunicação apresentem a informação de maneira responsável, os indicadores podem incluir o número de empresas de comunicação que oferecem formação no assunto e a qualidade das reportagens sobre suicídio.

5. Planeje a coleta de dados

- Planeje a forma como os dados serão coletados para cada indicador (por exemplo, uma pesquisa com os meios de comunicação para identificar quem recebeu treinamento e a avaliação de uma amostra aleatória de reportagens).
- Ao planejar intervenções, solicite que as pessoas envolvidas forneçam relatórios periódicos do progresso com dados atualizados.

6. Colete os dados

- Sempre que possível, colete dados de forma constante para obter feedback contínuo.
- Procure resumir os dados periodicamente, de preferência trimestralmente, por meio de relatórios de monitoramento para embasar as atividades em curso.



7. Valide os dados

- Valide os dados periodicamente, de preferência a cada 1 ou 2 anos, e avalie se as intervenções alcançaram os resultados desejados.

8. Divulgue as constatações e aproveite as lições aprendidas

- Produza relatórios das conclusões adequados a diferentes públicos. As partes interessadas podem incluir responsáveis por formular políticas públicas, outros serviços que poderiam adotar a intervenção e o público em geral.
- Divulgue as principais conclusões, incluindo a efetividade das diferentes intervenções, facilitadores e barreiras à implementação, além das recomendações de melhorias.

- Aproveite as lições aprendidas para melhorar a concepção e implementação das intervenções, sempre que necessário, ou para ampliá-las.

9. Reavalie e planeje melhorias no monitoramento e na avaliação

- Crie um calendário de reuniões periódicas do grupo de trabalho para avaliar o progresso.
- Provavelmente, um dos objetivos do monitoramento e da avaliação será melhorar os dados sobre suicídio. Esses dados podem ser usados para monitorar o progresso periodicamente e identificar áreas onde a disponibilidade ou qualidade dos dados poderia ser aprimorada e onde indicadores adicionais podem ser relevantes.
- Com base nessa revisão, faça as alterações necessárias no monitoramento e na avaliação.

Quadro 31 – Monitoramento e avaliação de uma estratégia nacional de prevenção (Irlanda)

Em 2014, o Departamento de Saúde e o Gabinete Nacional para a Prevenção do Suicídio da Irlanda começaram a elaborar uma nova estratégia de prevenção do suicídio: *Connecting for Life* (2015-2020; prorrogada até 2024)⁴⁵. Em um primeiro momento, a estratégia se concentrou nos resultados, com a visão de que poderiam ser feitas melhorias mensuráveis em relação à incidência de suicídio e autolesão e, a partir disso, o impacto da estratégia e de seus componentes poderia ser avaliado.

Iniciou-se então um amplo processo de consulta e participação para captar as vozes e opiniões de várias partes interessadas, incluindo prestadores de serviços, o público em geral, pessoas afetadas pelo suicídio, departamentos governamentais e órgãos estatais. Uma grande variedade de evidências e dados foram examinados durante a elaboração da estratégia, a fim de identificar fatores de risco e de proteção que impactam grupos específicos da população, além do desenvolvimento de iniciativas eficazes para os apoiar.

Com base nessas informações, foram estabelecidos vários objetivos e resultados imediatos e intermediários. Os resultados foram estruturados em um quadro para permitir o acompanhamento do progresso e a mensuração objetiva do impacto da estratégia em relação aos indicadores de referência⁴⁶. A partir disso, foi elaborado um plano para realizar avaliações proporcionais de todas as principais atividades realizadas sob a égide do *Connecting for Life*, divulgar as conclusões e compartilhar as lições aprendidas com os profissionais e parceiros do programa. Além de medir indicadores de resultados imediatos e intermediários, foram também planejadas avaliações da qualidade da implementação das principais atividades para facilitar a compreensão dos elementos que contribuíram para os sucessos e fracassos da estratégia.

⁴⁵ Connecting for Life. Dublin: Health Service Executive [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/connecting-for-life/>.

⁴⁶ Implementation progress reports. Dublin: Health Service Executive [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/connecting-for-life/strategy-implementation/implementation-progress-reports/>.



DICAS PARA IMPLEMENTAÇÃO⁴⁷

Tabela 10 – Dicas para a implementação do monitoramento e da avaliação

Problema	Dicas
Ausência de planejamento	<ul style="list-style-type: none">• O monitoramento e a avaliação devem ser incluídos como parte fundamental do planejamento inicial e devem acontecer simultaneamente com a implementação das intervenções.• Durante o planejamento, é fundamental definir os objetivos das intervenções, quais indicadores serão usados para avaliar o progresso e como estes podem ser medidos (ver o Anexo 3).
Dados insuficientes para avaliação	<ul style="list-style-type: none">• Incorpore o monitoramento e a avaliação como um objetivo principal do VIVER A VIDA. A partir da análise da situação, que informa sobre o estado atual dos dados relacionados ao suicídio, elabore um plano para melhorar a disponibilidade, abrangência e qualidade dos dados.• Apresente relatórios periódicos do progresso como parte do processo de financiamento das intervenções.• Estabeleça e fortaleça sistemas de vigilância do suicídio e da autolesão (ver Vigilância).
Ausência de financiamento e recursos	<ul style="list-style-type: none">• Destaque a importância de monitoramento e avaliação eficazes nas conversas sobre prevenção do suicídio com as principais partes interessadas.• Inclua os fundos e recursos necessários para o monitoramento e a avaliação no planejamento de todas as atividades de prevenção.• Estabeleça parcerias com instituições acadêmicas que possam ter acesso aos dados ou que possam ajudar na coleta, pesquisa, análise e interpretação dos dados.
Falta de capacidade (as pessoas que trabalham na prevenção do suicídio podem não ter experiência ou conhecimento em monitoramento e avaliação)	<ul style="list-style-type: none">• Envolver pessoas com experiência no monitoramento, na avaliação e no planejamento da coleta de dados (como especialistas em saúde pública ou desenvolvimento comunitário), particularmente na identificação de indicadores que possam ser mensurados.

⁴⁷ Outros desafios e recomendações específicos aos diferentes tipos de intervenções são discutidos aqui: <http://www.sprc.org/sites/default/files/resource-program/ChallengesRecommendationsEvaluatingSPPPrograms.pdf> [consultado em 28 de janeiro de 2021].

PARTE B

VIVER A VIDA: INTERVENÇÕES ESSENCIAIS EFICAZES PARA A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

As seções a seguir apresentam as quatro intervenções essenciais baseadas em evidências para a prevenção do suicídio.^{48,49}



Restringir o acesso aos meios de suicídio.



Interagir com a mídia para a divulgação responsável do suicídio.



Desenvolver habilidades socioemocionais para a vida dos adolescentes.



Agir para identificar precocemente, avaliar, orientar e acompanhar qualquer pessoa com comportamentos suicidas.

Os pilares fundamentais transversais devem ser estabelecidos paralelamente à implementação destas intervenções-chave (VIVER A VIDA).

⁴⁸ Evidence-based recommendations for management of self-harm and suicide in non-specialized health settings. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/suicide/en/.

⁴⁹ Directrices sobre las intervenciones de promoción y prevención en materia de salud mental destinadas a adolescentes: Estrategias para ayudar a los adolescentes a prosperar. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/guidelines-on-mental-health-promotive-and-preventive-interventions-for-adolescents>.



© OMS / Simon Lim



RESTRINGIR O ACESSO AOS MEIOS DE SUICÍDIO

O QUÊ?

Restringir o acesso a meios de suicídio é uma intervenção universal baseada em evidências para a prevenção do suicídio. Essa intervenção envolve:

- restringir o acesso aos meios (por exemplo, limitar, proibir ou regular o acesso aos meios por meio de legislação e políticas nacionais) mediante:
 - » proibição de pesticidas extremamente tóxicos e altamente perigosos na exposição aguda, como tem sido feito com êxito em Bangladesh, Jordânia, República da Coreia, Sri Lanka (Gunnell *et al.*, 2017) e Índia (Bonvoisin *et al.*, 2020);
 - » restrição e regulamentação de armas de fogo, como acontece na Austrália (Chapman *et al.*, 2006), Israel (Lubin *et al.*, 2010), Suíça (Reisch *et al.*, 2013) e Reino Unido (Haw *et al.*, 2004);
 - » instalação de barreiras em possíveis locais de salto (por exemplo, pontes ou locais de transporte ferroviário), como acontece na Austrália, na Gateway Bridge, onde foram introduzidas barreiras (Law *et al.*, 2014), e na República da Coreia, após a instalação de telas nas estações de metrô (Chung *et al.*, 2016);
 - » limitar o acesso a ou modificar pontos de enforcamento, em locais de detenção ou outros ambientes institucionais (por exemplo, presídios, sanatórios etc.); e
 - » restringir a prescrição de medicamentos de alta toxicidade, especialmente aqueles para os quais há alternativas mais seguras, como barbitúricos (Oliver & Hetzel, 1972) e o co-proxamol (associação em dose fixa de paracetamol e dextropropoxifeno) (Hawton *et al.*, 2009).

- reduzir a disponibilidade dos meios:
 - » limitar a prescrição e venda individual de medicamentos e outras substâncias tóxicas, com a redução do tamanho das embalagens e o uso de embalagens do tipo *blister*, que dificultam o acesso a cada cápsula, comprimido ou drágea de medicamento, como é feito no Reino Unido (Hawton *et al.*, 2001).
- reduzir a letalidade dos meios (por exemplo, aumentando a disponibilidade de alternativas de baixo risco):
 - » disponibilizar gás natural nas residências, com menos monóxido de carbono tóxico em comparação com o carvão, como é feito no Reino Unido (Kreitman, 1976);
 - » reduzir a letalidade dos pesticidas;
- aumentar a disponibilidade e efetividade dos antídotos e melhorar o manejo clínico após intoxicação aguda ou lesão relacionada com meios de suicídio habitualmente utilizados (OMS, 2008).

A total eliminação de um meio de suicídio terá maior impacto, embora as partes interessadas possam oferecer maior resistência.

A restrição eficaz de meios deve se concentrar em métodos que:

- » causam a maioria das mortes e/ou têm uma elevada letalidade (os meios mais letais);
- » são mais comumente usados.



Deve-se considerar dar preferência a meios com maior letalidade, pois a eliminação de meios comuns que são menos letais pode levar os indivíduos a procurar meios mais letais.

Os métodos variam geograficamente e entre diferentes grupos sociodemográficos (por exemplo, urbano versus rural, idade, sexo) e podem mudar ao longo do tempo. A vigilância é necessária para identificar os meios utilizados pela população ou subgrupos populacionais e quaisquer meios que venham a surgir. Inicialmente, isto pode ser verificado mediante análise da situação ([ver Análise da situação](#)).

Esta seção concentra-se no exemplo dos pesticidas, que se estima serem responsáveis por um quinto de todos os suicídios no mundo, particularmente em países com uma grande proporção de residentes de áreas rurais e agricultores (Mew *et al.*, 2017). Estima-se que os pesticidas tenham matado prematuramente cerca de 14 milhões de pessoas desde que foram introduzidos nas comunidades rurais pobres durante a Revolução Verde na agricultura (Karunarathne *et al.*, 2020). Os pesticidas variam significativamente em relação à sua toxicidade, sendo alguns altamente tóxicos quando ingeridos, enquanto outros têm muito menos probabilidade de serem letais. A intervenção tem por objetivo combater os pesticidas altamente tóxicos e perigosos, ou seja, aqueles que apresentam um risco mais agudo para a saúde, e não restringir o acesso a todos os pesticidas usados na agricultura.

As principais ações incluem a proibição da venda e do uso de pesticidas altamente tóxicos e perigosos, facilitando, ao mesmo tempo, o uso de alternativas de baixo risco, incluindo pesticidas orgânicos ou não químicos; o incentivo à pesquisa sobre alternativas de baixo risco; o aumento da regulamentação de produtos; e o incentivo ao descarte adequado de produtos perigosos (Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO, na sigla em inglês) e OMS, 2016; OMS e FAO, 2019). Medidas para facilitar o armazenamento seguro de pesticidas, como cofres domésticos e instalações de armazenagem comunitária, não mostraram evidências claras de efetividade (Pearson *et al.*, 2017; Reifels *et al.*, 2019).

POR QUÊ?

A OMS defende a proibição de pesticidas altamente perigosos como uma intervenção custo-efetiva para reduzir a mortalidade por suicídio em países onde os pesticidas são um meio comum de autolesão e suicídio (OMS, 2021). A redução estimada

na mortalidade por suicídio após a proibição de pesticidas altamente perigosos equivale a um progresso de 20% em direção ao ODS 3.4 da ONU (Lee *et al.*, 2020).

Restringir o acesso aos meios não só reduz o suicídio relacionado com esses meios, mas também as taxas totais de suicídio em alguns países (indicando que a substituição do método de suicídio não afeta a redução primária, à medida que as pessoas passam a usar alternativas menos letais). A maioria das pessoas que se envolve em comportamento suicida apresenta ambivalência sobre querer viver ou morrer, e muitos suicídios acontecem de forma impulsiva, como resposta a estressores agudos (muitas vezes depois de menos de 30 minutos de reflexão). Restringir a disponibilidade dos meios letais de suicídio pode dar o tempo necessário aos indivíduos em sofrimento para que a crises aguda passe antes de tentarem tirar a própria vida. Uma tentativa de suicídio pode ser a primeira vez que outras pessoas se dão conta que alguém está passando por momentos de angústia, e a sobrevivência permite que o suicida receba o apoio necessário. A eliminação de pesticidas altamente perigosos da prática agrícola (para que as pessoas ingiram pesticidas que são muito menos tóxicos) e a melhoria no manejo clínico da ingestão de pesticidas reduzem o número de pessoas que morrem, independentemente do seu nível de intenção.

Quadro 32 – Proibição de pesticidas altamente perigosos (Sri Lanka)

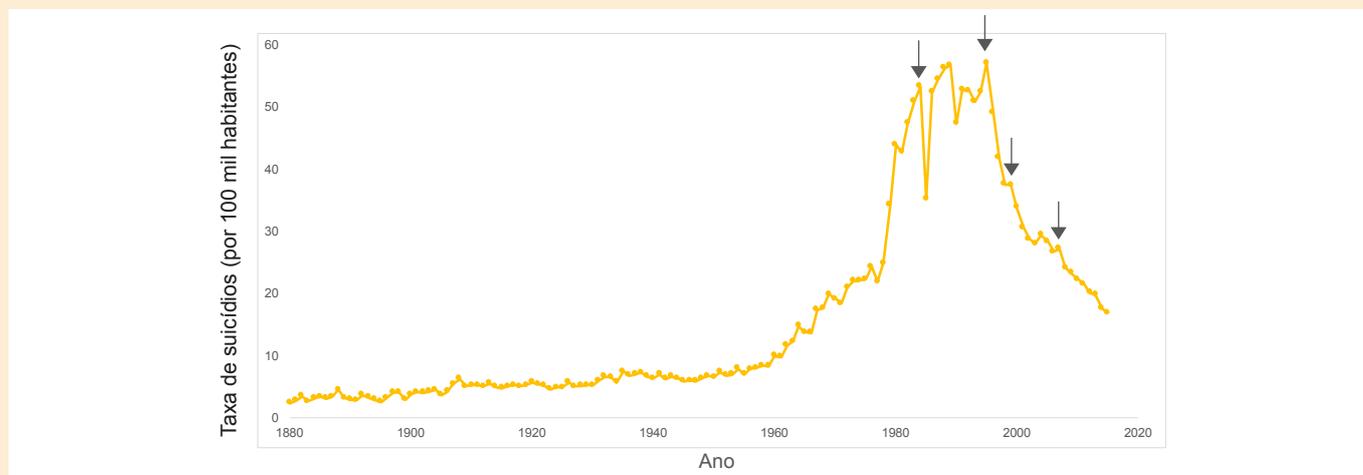
Em 1980, o Sri Lanka era conhecido por ter uma das taxas de suicídio mais altas do mundo, predominantemente por ingestão de pesticidas. A agência responsável pelo registro de pesticidas, à época, reconheceu o problema e, em 1983, tendo em conta os recursos limitados, priorizou a prevenção proibindo dois pesticidas muito usados na autolesão: os inseticidas organofosforados (OP) paration e metil paration. Dez anos mais tarde, a agência proibiu todos os pesticidas altamente perigosos segundo a classe I da OMS, mais especificamente o monocrotofós e o metamidofós, resultando em uma queda significativa no número total de suicídios a partir de 1995. Nos 20 anos seguintes, com outra proibição em 2008-2011, do paraquat e de mais dois inseticidas OP, a taxa total anual de suicídio caiu de 57 por 100 mil pessoas com mais de 8 anos de idade, em 1995, para 17 por 100 mil em 2016, uma redução de 70%. Estima-se que as proibições tenham salvado 93 mil vidas, a um custo direto por parte do governo de 50 dólares por vida salva (Knipe, Gunnell & Eddleston, 2017), sem afetar a produção agrícola (Manuweera *et al.*, 2008).



Quadro 32. Proibição de pesticidas altamente perigosos (Sri Lanka)

A substituição de métodos tem sido modesta (Gunnell *et al.*, 2007). Este trabalho se beneficiou do interesse do Presidente do país pela questão, tendo sido fundamental para a colaboração interagências e a sustentabilidade do programa, bem como as interações ativas entre reguladores, acadêmicos, agricultura e indústria (Pearson, Anthony, & Buckley, 2010; Pearson *et al.*, 2015). Foram feitos esforços para enfrentar o suicídio como uma questão de interesse nacional, na qual a indústria poderia ser parte da solução. Transparência, abertura, consistência, previsibilidade e inclusão foram os principais ingredientes para a participação das partes interessadas. Desde 1983, o processo e o progresso têm sido iterativos, evoluindo ao longo do tempo com cada proibição bem-sucedida.

Figura 2. Incidência de suicídio no Sri Lanka, 1880-2015



As setas para baixo mostram o momento da proibição de pesticidas (1984: paration, metil paration; 1995: todos os outros pesticidas de classe I da OMS, incluindo metamidofós e monocrotofós; 1998: endosulfan; 2008: dimetoato, fention, paraquat). Dados sobre o suicídio obtidos de registros policiais.

Fonte: Knipe, Gunnell & Eddleston, 2017.

ONDE?

Uma resposta nacional é fundamental para a regulamentação eficaz de meios como os pesticidas, especialmente em países com uma elevada taxa de suicídios relacionados com essas substâncias. A colaboração regional também pode ser necessária para a implementação de regulamentos regionais e para encontrar soluções eficazes de proteção das culturas em países com agricultura semelhante.

QUANDO?

Quando a autointoxicação exógena por pesticidas é identificada como um dos métodos mais comuns e/ou letais de suicídio (por meio da análise da situação, vigilância ou outra investigação específica no país), é necessário um monitoramento contínuo para identificar mudanças ou tendências ao longo do tempo – isto é, quais pesticidas estão sendo utilizados e em quais comunidades.

QUEM?

A restrição do acesso aos pesticidas requer uma colaboração multissetorial entre todas as partes interessadas, incluindo os ministérios e as secretarias de saúde, da agricultura, agências reguladoras e de registro. A restrição de meios pode ser considerada invasiva pelas comunidades agrícolas. A colaboração e o apoio dos líderes comunitários (agricultores) são essenciais para aumentar a adesão, a conscientização para os problemas associados às substâncias altamente tóxicas e a disponibilidade e os benefícios de alternativas de baixo risco. Os meios de comunicação podem ser um parceiro importante na conscientização e na veiculação de reportagens responsáveis para limitar os efeitos de contágio ([ver Interagir com a mídia para a divulgação responsável do suicídio](#)).

O mesmo princípio de uma abordagem nacional multissetorial aplica-se a outros meios de suicídio, por exemplo, o setor de transportes e a necessidade de se instalar barreiras. As comunidades podem desempenhar um papel fundamental na defesa da restrição dos meios que afetam uma determinada



comunidade. A implementação de restrições de meios em nível comunitário é também uma opção sempre que for viável e eficaz (por exemplo, implementação regional de proibições nacionais). Em nível pessoal, pode-se solicitar que os membros da família retirem os meios de suicídio (por exemplo, pesticidas, armas de fogo, facas, medicamentos) do alcance de uma pessoa que esteja em risco de suicídio.

COMO?

1. Convoque um grupo de trabalho (ver Quadro 1, Introdução)

- Crie o grupo (ver “Quem” anterior).

2. Determine os meios mais comuns e letais em uma população

- Determine, por meio da vigilância, do monitoramento ou de pesquisas existentes, os meios mais comuns e letais de suicídio e tentativas de suicídio em uma população.
- Determine se existem diferenças entre diferentes grupos sociodemográficos (ex. entre áreas rurais e urbanas).
- No caso de pesticidas, verifique quais deles contribuem para a maioria das mortes. Pode ser difícil verificar isto a partir dos registros médicos, exigindo levantamentos específicos sobre mortes por suicídio ou casos de intoxicação por pesticidas de pessoas que procuram os hospitais. Sempre que possível, busque a colaboração de laboratórios de toxicologia forense para identificar os pesticidas mais importantes para restrição.
- É importante que os meios letais sejam o foco da restrição, pois existe o perigo de que a restrição de métodos comuns de baixa letalidade possa levar as pessoas a utilizarem alternativas de maior letalidade.

3. Colabore com setores governamentais e outras partes interessadas relacionados aos meios de suicídio

- A restrição dos meios exigirá a colaboração com setores relacionados com o método identificado no ponto 2 acima.
- No caso dos pesticidas, isto envolverá os setores da saúde e da agricultura e as agências reguladoras ou responsáveis pelo registro dos pesticidas.
- Use dados para promover a causa junto ao setor pertinente (por exemplo, o número de mortes por suicídio ou o número de tentativas de suicídio relacionadas com pesticidas).
- Esteja ciente dos diferentes interesses das partes envolvidas da indústria e entre os usuários de pesticidas (OMS e FAO, 2019).
- Muito provavelmente, será preciso adotar ações de defesa da causa durante um tempo.
- Incentive o debate bilateral: procure entender melhor as preocupações que o setor ou as partes interessadas

têm para não quererem adotar medidas para proibir pesticidas altamente perigosos. Use essas informações para adaptar os esforços de defesa da causa. Por exemplo:

- » se houver preocupação de que a proibição de pesticidas possa reduzir o rendimento das culturas, apresente evidências que mostram que este não é o caso e indique métodos agrícolas alternativos para a proteção das culturas (Gunnell *et al.*, 2017; Manuweera *et al.*, 2008);
- » chame a atenção do país para a questão em colaboração com os meios de comunicação, gerando esforços de defesa da causa através da pressão da opinião pública.
- Para outros métodos de suicídio, considere as seguintes partes interessadas:
 - » (para armas de fogo) legisladores, comerciantes de armas de fogo, locais ou ocupações onde armas de fogo são usadas (por exemplo, clubes de tiro, exército, polícia);
 - » (para medicamentos ou substâncias tóxicas) agências reguladoras, autoridades responsáveis pela dispensação ou prescrição, o ministério responsável por combustíveis tóxicos, como alguns gases. Também é importante considerar a regulamentação das vendas (on-line) de tais produtos;
 - » (para locais de salto como pontes, edifícios altos, ferrovias, metrô) ministérios e agências de transporte e construção civil;
 - » (para pontos de enforcamento) ministério da justiça, penitenciárias e centros de detenção e outras instituições (como instituições de longa permanência).

4 Chegue a um acordo sobre as políticas ou ações legislativas necessárias para vedar ou restringir o acesso aos meios de suicídio

- No caso de pesticidas, pode incluir as seguintes ações:
 - » análise dos pesticidas atualmente em uso, para identificação de pesticidas altamente perigosos e retirada destes de circulação (FAO e OMS, 2016);
 - » ações regulatórias para proibir a venda e o uso de pesticidas altamente tóxicos e perigosos, incluindo sanções para a importação de pesticidas letais e violação dos regulamentos sobre pesticidas;
 - » avaliações de risco para o registro de novos produtos;
 - » fortalecimento da inspeção e controle do uso de pesticidas;
 - » facilitação do registro e uso de pesticidas de baixo risco;
 - » aumento do financiamento e oportunidades de pesquisas para alternativas de menor risco; e
 - » apoio à agricultura sem pesticidas e agroecologia.
- Deve-se também considerar a aceitabilidade das ações políticas e adotar medidas para conquistar o apoio



da opinião pública. No caso dos pesticidas, deve-se trabalhar com as partes interessadas (agricultores ou comerciantes de pesticidas) para aumentar a conscientização para a necessidade de regulamentação e alternativas viáveis.

5. Pactue as ações comunitárias necessárias para restringir o acesso aos meios de suicídio

- Será necessária a colaboração com as autoridades locais para monitorar e fazer cumprir os regulamentos e as políticas nacionais.
- No caso dos pesticidas, isso pode envolver a colaboração com as autoridades agrícolas locais (particularmente os serviços de extensão agrícola) para reforçar a inspeção e o controle, bem como trabalho em estreita colaboração com os agricultores e comerciantes de pesticidas para instruir sobre a retirada de circulação de produtos e os benefícios do uso de alternativas.
- Certifique-se de que o setor da saúde tenha capacidade e orientações para o manejo clínico e a notificação de intoxicação por pesticidas (OMS, 2008a).

6. Avalie a efetividade das iniciativas (ver Monitoramento e avaliação)

- Monitore o impacto da restrição dos meios nas taxas de suicídio, revise as informações coletadas durante as inspeções e programe revisões periódicas das iniciativas com as partes interessadas nacionais e regionais. Sobretudo, identifique qualquer substituição por métodos de maior letalidade ou alterações nos pesticidas que contribuem para a maioria das mortes.
- Use as lições aprendidas para embasar futuras mudanças nas políticas e nas iniciativas locais. Por exemplo, se a inspeção revelar que os pesticidas proibidos continuam em uso, poderão ser convocados grupos focais para entender as razões e elaborar soluções mais eficazes.
- As avaliações podem ser divulgadas às partes interessadas para encorajar maiores restrições de meios e a implementação das lições aprendidas.

7. Garanta que haja uma boa vigilância para avaliar mudanças nos meios e no suicídio

- É importante garantir que seja realizado um monitoramento contínuo dos métodos e das tentativas de suicídio e que as intervenções respondam às mudanças nos padrões dos meios de suicídio.

Quadro 33 – Uma história de sucesso (República da Coreia)

A mortalidade por suicídio na República da Coreia tem se mantido elevada em comparação com outros países desenvolvidos e países da região do Pacífico Ocidental em geral. Os suicídios por pesticidas representaram cerca de um quinto de todos os suicídios na República da Coreia durante 2006-2010. Os esforços para controlar e minimizar os efeitos nocivos dos pesticidas no país antes de 2011 não tiveram um impacto significativo, uma vez que os pesticidas que causaram a maioria das mortes não foram controlados adequadamente.

Em 2011, a República da Coreia promulgou a Lei de Prevenção do Suicídio, cancelando novo registro do paraquat e proibindo sua venda em 2012. Essas ações resultaram em um declínio imediato dos suicídios por envenenamento com pesticidas e contribuíram para uma redução geral nas taxas de suicídio. A intervenção pareceu reduzir as taxas entre todos os grupos populacionais, incluindo homens, mulheres, todas as faixas etárias e pessoas que vivem em áreas urbanas e rurais.

Mais da metade da redução geral na taxa de suicídio entre 2011 e 2013 pode ser atribuída à proibição do paraquat. Cabe destacar que isto foi alcançado sem qualquer impacto no rendimento das culturas. Dada a magnitude do suicídio por autointoxicação exógena com pesticidas em todo o mundo, dezenas de milhares de vidas poderiam ser salvas todos os anos se uma regulamentação eficaz dos pesticidas fosse aplicada em nível mundial. Para garantir um acesso mais seguro aos pesticidas, será necessária uma abordagem intersectorial, incluindo proibições de pesticidas e outras políticas relacionadas, bem como intervenções comunitárias, melhores cuidados de saúde e atividades de formação e vigilância. A abordagem bem-sucedida adotada pela República da Coreia constrói um modelo encorajador para outros países que pretendem reduzir as mortes por suicídio.



DICAS PARA IMPLEMENTAÇÃO

Tabela 11 – Dicas para a implementação de restrições de acesso aos meios de suicídio

Problema	Dica
As partes interessadas podem relutar em investir na restrição de meios devido à preocupação de que a população opte por outro método e que as pessoas determinadas a se suicidarem não possam ser impedidas	<ul style="list-style-type: none"> • Compartilhe informações com as partes interessadas sobre as evidências disponíveis: <ul style="list-style-type: none"> » Informe as partes interessadas que a restrição a um método de suicídio não leva inevitavelmente ao aumento no uso de outros (Yip <i>et al.</i>, 2012). » Onde a substituição foi observada, muitas vezes os indivíduos usaram pesticidas menos tóxicos, resultando em taxas mais baixas de mortalidade e uma redução na taxa total de suicídios (Gunnell <i>et al.</i>, 2007). » A maioria das pessoas que se envolve em comportamento suicida apresenta ambivalência sobre querer viver ou morrer. A restrição do acesso aos meios pode dar o tempo necessário para que a crise aguda passe antes que a pessoa tire a própria vida.
Resistência das partes interessadas devido à conveniência ou implicações financeiras associadas aos meios	<ul style="list-style-type: none"> • Amplie o reconhecimento dos problemas associados a meios específicos com informação e mitigação de preocupações. Por exemplo, informe as partes interessadas sobre os benefícios das alternativas de baixo risco e defenda que o uso de alternativas de baixo risco não tem impacto negativo no rendimento das culturas (OMS & FAO, 2019).
Um dos principais métodos de suicídio envolve a ingestão de pesticidas; no entanto, em muitos contextos isto não é reconhecido e pouca ou nenhuma ação é tomada	<ul style="list-style-type: none"> • Incentive os centros de toxicologia existentes a compartilhar dados sobre casos de envenenamento intencional por pesticidas, a fim de identificar a magnitude do problema. • Monitore o uso de pesticidas no suicídio ou tentativa de suicídio para compreender o problema; envolva as agências reguladoras e os setores governamentais pertinentes, como a agricultura, na regulamentação nacional do acesso aos pesticidas. • Organize uma forte campanha de conscientização e defesa da causa dirigida às partes interessadas ligadas aos meios de suicídio. • Trabalhe para descriminalizar o suicídio e as tentativas de suicídio e para reduzir as barreiras à notificação de casos de envenenamento como tentativas de suicídio ou suicídio.
O meio de suicídio mais comumente utilizado não é facilmente passível de restrição (por exemplo, enforcamento em ambientes institucionais fechados na comunidade; autoimolação)	<ul style="list-style-type: none"> • Garanta que os esforços continuem focados na restrição do acesso aos meios de suicídio em ambientes institucionais; reduza a probabilidade de imitação destes meios mediante colaboração com os meios de comunicação (não descrever o método ao noticiar um suicídio); melhore a capacidade de manejo clínico do quase-enforcamento ou de queimaduras; melhore as condições para que as pessoas possam procurar de ajuda na comunidade (Gunnell <i>et al.</i>, 2005); melhore a identificação precoce de pessoas em risco de suicídio (ver Agir para identificar precocemente, avaliar, orientar e acompanhar).
A coleta inadequada de dados pode dificultar as tentativas de identificar os meios de suicídio que devem receber intervenções	<ul style="list-style-type: none"> • Estabeleça ou fortaleça sistemas de vigilância de suicídio e autolesão que registrem com precisão o método utilizado e sejam tão oportunos quanto possível. Pode envolver treinamento para encorajar a notificação de suicídios e tentativas de suicídio.



© OMS / Christopher Black



INTERAGIR COM A MÍDIA PARA A DIVULGAÇÃO RESPONSÁVEL DO SUICÍDIO

O QUÊ?

Há evidências de que a divulgação de suicídios pela imprensa pode levar a um aumento no número de suicídios por imitação, principalmente em casos de suicídio de celebridades e quando são descritos os métodos de suicídio (Niederkröthaler *et al.*, 2020). Por outro lado, histórias que relatam a procura por ajuda em circunstâncias adversas e que incluem informações sobre onde procurar ajuda contribuem para a prevenção do suicídio (Niederkröthaler *et al.*, 2014). Os meios de comunicação e seus profissionais (por exemplo, jornalistas, cineastas) desempenham um papel importante na formação da opinião e das atitudes públicas e são essenciais para a conscientização e redução do estigma do suicídio. O trabalho com os meios de comunicação pode incluir colaborar na elaboração de diretrizes (como aconteceu recentemente na Índia; Vijayakumar, 2019) e na regulamentação da cobertura responsável do suicídio, o que pode incluir a colaboração com o setor de tecnologia para identificar notícias que não cumpram as diretrizes de divulgação⁵⁰. As interações devem incluir a capacitação dos profissionais dos meios de comunicação para noticiarem o suicídio de forma responsável. Podem também incluir políticas para monitorar o conteúdo do usuário em plataformas de mídia digital.

POR QUÊ?

A cobertura repetitiva e glamourizada de casos de suicídio de celebridades pode incluir descrições detalhadas do ato, e representações fictícias que não representam com exatidão a

realidade influenciam as taxas de suicídio (OMS, 2017). Isto contribui para que o público tenha crenças erradas sobre o suicídio, dificultando uma prevenção eficaz. O uso crescente das mídias digitais dificulta o monitoramento desses problemas, uma vez que a informação pode ser difundida rapidamente entre os usuários. No entanto, as representações do suicídio escritas de acordo com as diretrizes demonstram potencial para ajudar a prevenir o suicídio.

Quadro 34 – Monitoramento dos meios de comunicação (Lituânia)

O principal objetivo do monitoramento dos meios de comunicação é chegar a um entendimento comum com a imprensa sobre a divulgação responsável de suicídios e tentativas de suicídio. O Departamento de Prevenção do Suicídio analisa cerca de 700 relatos de suicídio ou tentativas de suicídio na mídia on-line de segunda a sexta-feira. Para isso, utilizam-se palavras-chave especialmente selecionadas e um mecanismo de busca de monitoramento de mídia. São analisados o título, o texto, os vídeos e o material fotográfico. A análise baseia-se no folheto de recursos da OMS para profissionais dos meios de comunicação (OMS, 2017) e nas orientações da Associação de Psicólogos da Lituânia. Caso o Código de Ética para Informação Pública seja violado pela publicação, contata-se o editor da mídia on-line para solicitar a correção da publicação. O Departamento de Prevenção do Suicídio também oferece seminários de curta duração para profissionais dos meios de comunicação sobre como noticiar suicídios e tentativas de suicídio de forma responsável.

⁵⁰ Consulte a versão beta de um instrumento de ciência de dados desenvolvido para analisar um texto automaticamente a fim de determinar o cumprimento das diretrizes para a divulgação do suicídio [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://reportingonsuicide.cisco.com>.



ONDE?

O ideal é que a colaboração com os meios de comunicação seja mediada por um órgão de comunicação nacional, incluindo reguladores dos meios de comunicação. Caso isso não seja possível, pode-se estabelecer colaboração com meios de comunicação locais ou mais especializados que possam ter acesso a grupos geográficos ou sociodemográficos específicos. No caso de meios de comunicação internacionais, como as redes sociais ou digitais, pode ser necessária a colaboração da sede (internacional) e em nível nacional para facilitar uma abordagem específica a cada país na gestão de conteúdos on-line relacionados com o suicídio. A colaboração também é necessária no teatro e no cinema.

QUANDO?

O trabalho com os meios de comunicação pode começar a qualquer momento. Pode ser desencadeado por uma cobertura midiática nociva que exija uma resposta. De preferência, contudo, a colaboração deve começar preventivamente, para que uma cobertura nociva seja evitada. Construir boas relações com as partes interessadas nos meios de comunicação, por meio da participação ativa na conscientização, pode ajudar a criar uma relação mais cordial para a formação ou elaboração de políticas sobre divulgação responsável e seu monitoramento. A formação pode ser ministrada em momentos estratégicos. Pode ser incluída na grade curricular das faculdades de comunicação ou no início dos ciclos de recrutamento. Podem-se utilizar oportunidades de defesa da prevenção do suicídio para incentivar a colaboração, como no Dia Mundial da Prevenção do Suicídio ou no Dia Mundial da Saúde Mental.

QUEM?

Este trabalho requer colaboração entre várias partes interessadas. Em nível nacional, a liderança pode vir da colaboração entre o Ministério da Saúde e os ministérios relacionados com os meios de comunicação, a mídia, os reguladores dos meios de comunicação (por exemplo, ombudsman da imprensa) e organizações internacionais, como as empresas de mídias sociais. Na comunidade, a liderança também pode vir de partes interessadas na prevenção do

suicídio (e que podem ter experiência ou vínculo de trabalho com a mídia). As ONGs podem influenciar na interação com os meios de comunicação. Por exemplo, os Samaritans (Reino Unido) e a SAVE (EUA) elaboraram diretrizes e cursos de formação sobre a cobertura responsável do suicídio, além de prestarem consultoria aos jornalistas que noticiam suicídios^{51,52,53}.



⁵¹ Guest Blog: Samaritans Media Advisory Service and guidelines. Londres: Independent Press Standards Organisation [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.ipso.co.uk/news-press-releases/blog/guest-blog-samaritans-media-advisory-service-and-guidelines/>.

⁵² Samaritans' media guidelines. Epsom: UK Samaritans [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.samaritans.org/about-samaritans/media-guidelines/>.

⁵³ Journalist and media training. Bloomington (MN): Suicide Awareness Voices of Education (SAVE) [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://save.org/what-we-do/training/journalists-and-media/>.



Quadro 35 – Monitoramento dos meios de comunicação (Lituânia)

A divulgação e aplicação das diretrizes sobre a cobertura do suicídio por parte dos meios de comunicação são uma história de sucesso na prevenção do suicídio, tanto em nível nacional quanto internacional. Também foi demonstrado que a forma como o suicídio é noticiado não só evita imitações (o “efeito Werther”), como pode prevenir o suicídio (o “efeito Papageno”). O efeito Papageno refere-se ao personagem Papageno da ópera *A Flauta Mágica* de Mozart. Na ópera, Papageno consegue superar seus pensamentos suicidas com a ajuda de outras pessoas. Na Áustria, o Conselho Austríaco de Imprensa incluiu a divulgação preventiva do suicídio em seu código de ética em 2012. Reportagens que não estejam alinhadas com relatos responsáveis recebem advertências do Conselho Nacional de Imprensa. A fim de divulgar ainda mais as diretrizes dos meios de comunicação e promover reportagens sobre prevenção do suicídio na Áustria, em 2019, o Ministério Federal de Assuntos Sociais, Saúde, Assistência e Defesa do Consumidor criou – em cooperação com a Sociedade Austríaca para a Prevenção do Suicídio, o Wiener Werkstätte para Pesquisa sobre Suicídio e o Kriseninterventionszentrum – o “Prêmio Papageno de Mídia”⁵⁴. Todos os anos, um único vencedor é selecionado entre um grupo de jornalistas profissionais da mídia impressa e digital austríaca. As reportagens são avaliadas pela representação positiva do suicídio, em conformidade com as diretrizes, bem como com base em critérios jornalísticos (por exemplo, qualidade da escrita). A boa colaboração com os meios de comunicação pode ser constatada pela seleção do vencedor, eleito por um júri composto de cinco jornalistas (nomeados pelo Conselho de Imprensa/Sindicato dos Jornalistas/Presseclub Concordia/Associação dos Jornais Austríacos) e cinco especialistas em prevenção do suicídio. Estes especialistas incluem profissionais experientes e pessoas enlutadas (nomeados pelo conselho consultivo do programa nacional de prevenção do suicídio da Áustria, SUPRA, que concede o “Prêmio Papageno de Mídia”). Em 10 de setembro, o Ministro Federal entregou o Prêmio Papageno 2020 para reportagens de prevenção do suicídio à vencedora Ursula Theirezbacher, da Corporação Austríaca de Radiodifusão (ORF), por sua reportagem de rádio sobre suicídio no *Journal Panorama*.

COMO?

1. Convoque um grupo de trabalho (ver Quadro 1, Introdução)

- Crie o grupo (ver “Quem” na página anterior).

2. Avalie as práticas atuais de reportagem dos meios de comunicação e seus marcos regulatórios

- Avalie as práticas atuais de reportagem sobre suicídio dos meios de comunicação e identifique exemplos de reportagens responsáveis e de reportagens problemáticas que requerem intervenção.
- Identifique políticas, orientações ou oportunidades de formação existentes sobre divulgação responsável do suicídio para profissionais da comunicação (se ainda não tiverem sido identificadas na análise da situação).
- Se não houver nenhuma disponível, considere se são necessárias novas políticas, orientações ou treinamentos, ou se estas podem ser integradas às práticas existentes.
- Identifique se existe regulamentação ética para os meios de comunicação e se inclui a divulgação responsável sobre o suicídio. O órgão responsável pela regulamentação deve ser incluído como uma das principais partes interessadas.

3. Reúna-se com órgãos profissionais dos meios de comunicação

- Se não for possível reunir-se com um órgão representativo nacional ou regional, colabore com organizações individuais (como uma empresa de radiodifusão ou um jornal impresso que atenda uma área específica). No entanto, pode ser útil reunir-se primeiro com vários meios de comunicação (locais) enquanto grupo para promover um sentido de responsabilidade coletiva.
- As empresas de comunicação internacionais, como as redes sociais digitais, podem ser incluídas como partes interessadas juntamente com as organizações de comunicação nacionais. Elas podem exigir um acordo de colaboração separado, dependendo do estatuto jurídico do seu país.

4. Manifeste a importância da divulgação responsável e discuta esforços colaborativos

- Garanta que todas as partes interessadas estejam cientes de que o objetivo da colaboração é implementar a intervenção baseada em evidências da divulgação responsável nos meios de comunicação.
- Um ponto de discussão importante a ser considerado é a compreensão dos efeitos nocivos de reportagens sensacionalistas sobre suicídio.

⁵⁴ Papageno media award for suicide prevention reporting. Viena: Ministério Federal de Assuntos Sociais, Saúde, Assistência e Defesa do Consumidor [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.sozialministerium.at/Ministerium/Preise-und-Guetesiegel/Papageno-Medienpreis-fuer-suizidpraeventive-Berichterstattung.html>.



- Garanta que a informação seja adaptada às partes interessadas nos meios de comunicação e seja baseada em evidências – por exemplo, utilizar os recursos existentes da OMS (OMS, 2017; OMS, 2019a).
- Decida a área de foco dos meios de comunicação, como jornalismo, entretenimento ou mídia social.

5. Defina estratégias que serão utilizadas para aumentar o número de reportagens responsáveis sobre suicídio, por exemplo:

- Elabore políticas e diretrizes sobre divulgação responsável, além de um mecanismo de responsabilização para monitorar e gerenciar relatos problemáticos.
- Colabore com a formação sustentável de profissionais ou estudantes de comunicação em cursos educativos. Inclua o impacto de uma cobertura sensacionalista dos meios de comunicação sobre o suicídio e forneça orientações práticas sobre a divulgação responsável, aumentando a cobertura de narrativas positivas sobre como lidar com a situação e incluindo informações sobre recursos e onde os leitores ou espectadores podem procurar ajuda.
- Desenvolva um sistema de reconhecimento de boas práticas (por exemplo, indicando indivíduos ou organizações para prêmios em reconhecimento à prestação de informações ou estabelecendo novos esquemas de reconhecimento).
- Concorde em fornecer recursos (por exemplo, um *press kit*) ou informações de contato de especialistas em prevenção de suicídio que possam ser usadas na cobertura de um caso de suicídio.
- Para redes sociais, considere:
 - » políticas e mecanismos para a gestão de conteúdos criados por usuários em mídias sociais e digitais;
 - » vias de encaminhamento ou acesso a recursos específicos no contexto local dos usuários.
- Considerações adicionais para melhorar a colaboração com a mídia incluem:
 - » usar os meios de comunicação em campanhas e eventos de conscientização e defesa da causa (ver [Conscientização e defesa da causa](#));
 - » fornecer apoio a profissionais dos meios de comunicação que possam ter sido afetados pelo suicídio.

6. Pactue um plano de ação

- Descreva as etapas que precisam ser seguidas para desenvolver e implementar cada atividade. Determine quais partes interessadas serão responsáveis pela execução de cada etapa do plano de ação.
- Considere momentos estrategicamente importantes para implementar diferentes ações (por exemplo, a formação pode fazer parte da integração de novos funcionários e cursos de atualização podem ser realizados em intervalos regulares).

- Combine como será feita a cobertura do caso. A cobertura pode ser nacional, regional ou para um tipo específico de mídia (por exemplo, todas as notícias impressas) ou para uma única empresa (por exemplo, uma emissora de rádio local).

7. Implemente as iniciativas e avalie

- Planeje com antecedência como a efetividade de cada iniciativa será avaliada, usando indicadores de interesse (por exemplo, mudança nas reportagens sensacionalistas ou responsáveis sobre suicídio) (ver [Monitoramento e avaliação](#)).
- Crie um calendário para avaliações periódicas da formação, diretrizes e políticas para garantir que reflitam pesquisas atualizadas e evidências práticas.
- Implemente um processo de monitoramento para coletar informações sobre a cobertura adequada do suicídio e fornecer feedback construtivo e oportuno sobre representações nocivas.
- As avaliações podem ser divulgadas a meios de comunicação de maior alcance para incentivar a aceitação de iniciativas e a implementação das lições aprendidas.

Quadro 36 – Sucessos e desafios no envolvimento dos meios de comunicação (Malásia)

O Ministério da Saúde da Malásia organizou um seminário e uma oficina em nível nacional para profissionais dos meios de comunicação durante o Dia Mundial da Prevenção do Suicídio de 2004, com o tema “Os meios de comunicação como parceiros na promoção da prevenção do suicídio”. A partir disso, foram elaboradas as diretrizes da Malásia para reportagens sobre suicídio na mídia, atualizadas em 2011. No entanto, uma análise de enquadramento dos jornais malaios sugeriu uma falta de adesão às diretrizes por parte dos meios de comunicação até 2018 (Victor *et al.*, 2019). Consequentemente, intensificaram-se, nos últimos dois anos, esforços em prol de reportagens responsáveis por parte de organizações governamentais, não-governamentais e internacionais, tais como palestras públicas, entrevistas aos meios de comunicação, cursos de capacitação e interações na mídia. O envolvimento das partes interessadas tem sido encorajador, embora variado, tanto em nível regional quanto nacional. Para resolver essa questão, tem-se trabalhado para romper as barreiras que separam os trabalhadores da saúde, as pessoas com experiência direta, os profissionais dos meios de comunicação, acadêmicos e órgãos reguladores da indústria. Avaliações adicionais são necessárias para determinar o grau de implementação das diretrizes pelos meios de comunicação e seu impacto no comportamento suicida na Malásia.



Quadro 37 – Orientações para os meios de comunicação (Trinidad e Tobago)

O suicídio é um importante problema de saúde pública em Trinidad e Tobago. Como parte de uma estratégia para reduzir a taxa de suicídio no país, o Ministério da Saúde de Trinidad e Tobago, juntamente com a OPAS/OMS, realizou uma oficina de conscientização com representantes da mídia local. A oficina contou com a presença de jornalistas, repórteres, editores, locutores de rádio e blogueiros, entre outros, em um debate nacional sobre o papel dos meios de comunicação na prevenção do suicídio. Durante a oficina, os especialistas compartilharam evidências sobre o impacto de notícias responsáveis e irresponsáveis sobre os suicídios e boas práticas na cobertura midiática da questão. Uma produtora experiente afirmou que a oficina lhe ensinou que a mídia não deveria fazer suposições sobre a causa da morte: “Devemos fornecer os fatos, não fazer especulações ou sensacionalismo... informar às pessoas que existem sinais que indicam comportamento suicida e ajudá-las a identificar esses sinais de alerta e oferecer orientação sobre como pedir ajuda.”

O Ministério da Saúde, com o apoio da OPAS, elaborou diretrizes com 11 boas práticas para a cobertura responsável do suicídio e da autolesão. A proposta do documento foi submetida a uma série de análises pelas partes interessadas, incluindo um painel internacional de especialistas, para garantir a coerência com as melhores práticas e avaliar a probabilidade de cumprimento por parte dos meios de comunicação. As orientações foram compartilhadas com as partes interessadas para que contribuíssem com o documento antes de ser finalizado e distribuído.

Para medir o impacto das diretrizes, foi desenvolvido um marco de monitoramento e avaliação para analisar se os meios de comunicação haviam aderido às orientações. O instrumento avalia a conformidade e identifica lacunas e oportunidades de melhoria. Ele classifica todas as notícias relacionadas ao suicídio disponíveis on-line (mortes, tentativas de suicídio, autolesão, artigos sobre prevenção de suicídio etc.) de acordo com o número de diretrizes violadas e o número de informações úteis incluídas na reportagem, por exemplo, linha telefônica de assistência para casos de suicídio ou estratégias de enfrentamento. Os veículos de comunicação são então contatados com base na sua pontuação, são lembrados das diretrizes e informados sobre recursos adicionais, quando necessário.

Ainda não foi feito um estudo formal sobre as mudanças ocorridas desde que as diretrizes começaram a circular. No entanto, houve uma mudança notável no teor das reportagens, especialmente no que diz respeito à veiculação das matérias e à omissão dos detalhes mais explícitos do suicídio. Está previsto um estudo abrangente para avaliar as mudanças qualitativas e quantitativas ocorridas desde que as diretrizes foram disponibilizadas. Um desafio a ser enfrentado é a combinação de homicídio e suicídio, que ainda atrai, ocasionalmente, reportagens irresponsáveis.



DICAS PARA IMPLEMENTAÇÃO

Tabela 12 – Dicas para a implementação da interação do VIVER A VIDA com os meios de comunicação

Problema	Dicas
Manchetes sensacionalistas beneficiam os meios de comunicação, ocasionando a falta de adesão às diretrizes acordadas para a divulgação responsável	<ul style="list-style-type: none"> • Envolver as partes interessadas em debates colaborativos e não punitivos sobre as implicações e responsabilidades éticas relacionadas ao suicídio. • Enfatizar as evidências que vinculam as práticas de reportagem ao suicídio. • Destaque a preferência do público por reportagens não sensacionalistas e que dão voz a pessoas que vivenciaram o suicídio (incluindo a comunidade midiática). Ofereça exemplos de pessoas de destaque que relatam suas histórias de recuperação de problemas de saúde mental ou pensamentos suicidas.
Falta de apoio estrutural para a divulgação responsável (por exemplo, prazos curtos, alterações feitas após a edição)	<ul style="list-style-type: none"> • Envolver profissionais dos meios de comunicação em todos os níveis da organização, incluindo aqueles que ocupam cargos de gestão e editoriais. • Incentivar a participação de defensores/embaixadores da prevenção do suicídio nos meios de comunicação (por exemplo, jornalistas com experiência direta). • Reforçar o monitoramento da divulgação responsável e discutir a regulamentação com partes interessadas.
Colaboração limitada entre diferentes partes interessadas, especialmente quando as partes com fins lucrativos podem estar concorrendo entre si	<ul style="list-style-type: none"> • Reúna-se regularmente para estabelecer relações e promover um senso de responsabilidade coletiva. Estabeleça canais de comunicação com as diferentes partes interessadas entre uma reunião e outra. • Uma vez estabelecidas as boas práticas em uma organização, use os pontos de aprendizagem para promover iniciativas em outras organizações.
Dificuldades em regulamentar conteúdo gerado publicamente (por exemplo, nas redes sociais)	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalhe com as empresas de redes sociais para aumentar sua conscientização, desenvolver e aprimorar protocolos para identificar e remover conteúdo nocivo. • Crie mecanismos para denúncia pública de conteúdo nocivo (como o Stigma Watch⁵⁵).

⁵⁵ StigmaWatch, Sane Australia [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.sane.org/get-involved/stigmawatch>.



© OMS / Tania Habjouqa



DESENVOLVER HABILIDADES SOCIOEMOCIONAIS PARA A VIDA DOS ADOLESCENTES

O QUÊ?

Para a prevenção do suicídio entre adolescentes, as diretrizes da OMS destinadas a ajudar os adolescentes a prosperar (HAT, na sigla em inglês) (OMS, 2020) e o conjunto de intervenções custo-efetivas para a saúde mental (OMS, 2021) recomendam a implementação do desenvolvimento de habilidades socioemocionais para a vida escolar. As diretrizes incluem cursos de conscientização em saúde mental (ou seja, letramento em saúde mental) e treinamento em habilidades (tais como resolução de problemas e formas de lidar com o estresse). Em vez de se concentrarem explicitamente no suicídio, recomenda-se que os programas adotem uma abordagem positiva em relação à saúde mental⁵⁶.

Para fortalecer a implementação de programas de habilidades socioemocionais baseados em evidências nas escolas, podem ser consideradas áreas de trabalho complementares, tais como:

- Oferecer capacitação aos educadores sobre como criar um ambiente escolar favorável, reconhecer fatores de risco e sinais de alerta de comportamento suicida, fornecer apoio a jovens em dificuldades e fazer encaminhamentos de forma colaborativa para que os estudantes recebam apoio adicional.
- Proporcionar um ambiente escolar seguro (por exemplo, programas *antibullying*, iniciativas para aumentar a conexão social, capacitação de pessoal sobre a criação de um ambiente de apoio).

- Criar e fortalecer o vínculo com serviços de apoio externos e disponibilizar esta informação aos estudantes.
- Estabelecer apoio específico para estudantes em risco, como aqueles que já tentaram suicídio, perderam um ente querido por suicídio ou pertencem a grupos em risco de suicídio (por exemplo, devido à orientação sexual ou minoria de gênero).
- Estabelecer uma política e protocolos claros para os educadores quando for identificado risco de suicídio; para a comunicação de tentativa ou suicídio entre funcionários ou estudantes e para apoiar um estudante no retorno à escola após uma tentativa de suicídio.
- Promover a saúde mental dos funcionários. Incluir formação para a sua própria saúde mental e acesso à assistência.
- Envolver os pais para promover a consciência parental sobre a saúde mental e os fatores de risco.
- Educar sobre o uso saudável da internet e das redes sociais (por exemplo, uso seguro da internet, uso das redes sociais para construir uma rede de apoio saudável e saber reconhecer e responder a atividades on-line nocivas, como o *bullying*).
- Desenvolver iniciativas para abordar outros fatores de risco para os jovens (por exemplo, violência parental, trauma familiar, abuso de substâncias).

⁵⁶ Uma abordagem positiva em relação à saúde mental envolve a promoção das fortalezas e competências dos estudantes e ajudá-los a desenvolver novas habilidades para melhorar o bem-estar mental, em vez de se concentrar especificamente no suicídio.



Quadro 38 – Diretrizes para ajudar os adolescentes a prosperar (HAT) da Organização Mundial da Saúde

As diretrizes da OMS para ajudar os adolescentes a prosperar (HAT, na sigla em inglês) (OMS, 2020) fornecem orientações baseadas em evidências sobre intervenções psicossociais, que têm por objetivo promover a saúde mental, prevenir problemas de saúde mental e reduzir a autolesão, entre outros comportamentos de risco em adolescentes. As diretrizes foram elaboradas para serem divulgadas em diversas plataformas, como escolas, atendimento social ou de saúde, comunidades ou mídias digitais e servem de base para um conjunto de intervenções, como o kit de ferramentas HAT. Essas ferramentas estão sendo desenvolvidas para apoiar a operacionalização das diretrizes HAT, com o intuito de reunir um conjunto básico de estratégias baseadas em evidências para a promoção e proteção da saúde mental entre adolescentes. O kit de ferramentas HAT descreverá programas que demonstram evidências de promoção da saúde mental em adolescentes ou de redução de fatores de risco para problemas de saúde mental, abuso de substâncias e autolesão. O kit de ferramentas se concentra em: 1) aprimorar leis e políticas; 2) melhorar os ambientes nas escolas, nas comunidades e on-line para promover e proteger a saúde mental dos adolescentes; 3) apoiar cuidadores; e 4) melhorar as habilidades para a vida dos adolescentes. O kit de ferramentas também indica aos usuários fontes adicionais de informação para instrumentos e experiências de implementação. Desde 2021, está disponível uma série de histórias em quadrinhos HAT, uma parceria da OMS com a UNICEF, criada para colaborar com a aprendizagem socioemocional dos jovens adolescentes nas escolas. Os livros vêm acompanhados de um guia do professor.

POR QUÊ?

A adolescência (10 a 19 anos) é um período crítico para a aquisição de habilidades socioemocionais, que são a base para a saúde e o bem-estar na idade adulta. No entanto, a adolescência também marca um período de risco para o surgimento de problemas de saúde mental, sendo que metade de todos os casos ocorrem até os 14 anos de idade. A formação de habilidades socioemocionais associadas à saúde mental positiva é a base para que os jovens se tornem

adultos mentalmente saudáveis (OMS, 2015; Sánchez Puerta *et al.*, 2016). O aumento do letramento em saúde mental pode ajudar a reduzir o estigma e aumentar o conhecimento sobre saúde mental (Milin *et al.*, 2016), ao mesmo tempo que ajudar os jovens a perceberem sinais de alerta neles próprios e nos outros pode encorajá-los a procurar ajuda (Burns & Rapee, 2006). Visto que os ambientes escolares são o principal ponto de contato para os jovens em muitos países, a implementação da prevenção do suicídio nesses ambientes é um caminho viável para envolver os adolescentes.

ONDE?

A coordenação do treinamento em habilidades socioemocionais para a vida dos adolescentes em ambientes escolares pode ser realizada em nível nacional ou regional. As atividades podem variar desde um programa realizado em uma escola ou parceria entre escolas, em centros de atividades juvenis e em programas educativos para jovens deslocados internamente, até investimentos em nível nacional para inserir intervenções de habilidades socioemocionais nos currículos escolares. Há cada vez mais evidências de programas de competências como esses sendo adaptados ao uso digital. É aconselhável realizar um teste piloto em uma determinada região ou com um conjunto menor de escolas antes de ampliar o programa.

Quadro 39 – Aplicação baseada em evidências para adolescentes aborígenes e ilhéus do Estreito de Torres (Austrália)

O iBobbly⁵⁷ é um aplicativo de autoajuda para o bem-estar social e emocional desenvolvido com jovens e para jovens (15 anos ou mais) australianos aborígenes e das ilhas do Estreito de Torres. O aplicativo utiliza estratégias de terapia de aceitação e compromisso e terapia cognitivo-comportamental. O iBobbly foi testado pela primeira vez em um ensaio clínico randomizado envolvendo 61 aborígenes de Kimberley, na Austrália Ocidental (Tighe *et al.*, 2017). Os usuários relataram níveis significativamente mais baixos de depressão e sofrimento psicológico. O iBobbly foi bem recebido pelos jovens que experimentaram o aplicativo e o feedback dos usuários foi positivo (Tighe *et al.*, 2020). Um segundo ensaio em grande escala foi concluído em agosto de 2019 e envolveu seis localidades em toda a Austrália e mais de 400 participantes. Os resultados preliminares foram positivos. É importante destacar que

⁵⁷ iBobbly. Black Dog Institute (Austrália) [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.blackdoginstitute.org.au/resources-support/digital-tools-apps/ibobbly/>.



tudo o que é visto, ouvido e experimentado no aplicativo é adaptado pelos membros da comunidade aborígene e das ilhas do Estreito de Torres para garantir que o iBobbly seja culturalmente adequado e seguro. A maior parte da arte do aplicativo iBobbly foi criada por artistas locais. A linguagem do aplicativo foi adaptada após uma conversa com os jovens, cujas sugestões foram incorporadas para representar a cultura aborígene. Além disso, a maior parte da narração foi gravada por uma agência de mídia aborígene local. O iBobbly foi desenvolvido em estreita coordenação com os aborígenes e ilhéus do Estreito de Torres e foi orientado por um grupo consultivo para garantir a qualidade do aplicativo. O grupo garante que o iBobbly continue atendendo às normas culturais e que seja embasado, adaptado e coordenado por aqueles para quem o aplicativo foi projetado: os povos aborígenes e das ilhas do Estreito de Torres.

QUANDO?

Antes de implementar as iniciativas, devem ser estabelecidos percursos assistenciais que possam apoiar os jovens (tais como serviços de saúde mental para crianças e adolescentes) nas escolas e nos serviços locais de saúde e proteção social. A formação pode ser motivada pelo calendário, com cursos sobre as habilidades socioemocionais antes de períodos de elevado estresse (como o período de provas nas escolas). Contudo, não é aconselhável iniciar atividades de prevenção do suicídio imediatamente após um caso de suicídio (embora o apoio psicossocial deva estar disponível e ser fornecido aos membros da escola).

QUEM?

A prevenção do suicídio nas escolas funciona melhor onde há colaboração entre várias partes interessadas. A liderança pode vir da colaboração entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. Na comunidade, a liderança pode vir de escolas ou organizações individuais com interesse na prevenção do suicídio ou no bem-estar dos jovens. Para uma melhor implementação, é importante considerar o apoio de políticos locais, escolas, funcionários (incluindo professores e conselheiros ou enfermeiros escolares), pais e cuidadores, serviços locais de saúde e proteção e/ou organizações que trabalham com jovens (por exemplo, esportes ou atividades juvenis). É importante que os jovens sejam integrados na concepção dos programas de prevenção escolares. Os jovens estão bem posicionados para aconselhar sobre a melhor forma de envolver os seus pares e identificar fatores de risco específicos em suas comunidades.

COMO?

1. Convoque um grupo de trabalho para planejar e implementar programas escolares (ver Quadro 1, Introdução)

- Crie o grupo (ver “Quem” ao lado).
- Antes da implementação do programa, certifique-se de que as escolas tenham um plano de ação adequado para apoiar os estudantes e vínculo com serviços de saúde mental para os quais possam encaminhar os estudantes em risco. Certifique-se de que os funcionários da escola estejam cientes desses processos e confiantes e preparados para realizá-los.
- Planeje implementar o trabalho em uma área determinada ou selecione algumas escolas para testar antes de ampliar o programa.

2. Selecione uma intervenção baseada em evidências para jovens

- Deve-se contar com a participação de um profissional de saúde mental especializado em jovens e prevenção do suicídio para garantir que os programas selecionados sejam baseados em evidências.
- Determine qual programa atenderá às necessidades da população, comunidade ou escola pretendida. Isto dependerá das necessidades dos jovens, além dos recursos disponíveis. Se for necessário apoio para identificar um programa baseado em evidências, recomenda-se que o grupo de trabalho consulte um especialista no assunto, uma instituição especializada na prevenção do suicídio ou uma pessoa familiarizada com essa área de conhecimento.
- Deve-se dar preferência a programas previamente avaliados que indiquem os recursos necessários para a implementação e os seus pontos fortes e limitações.
- Adapte o programa à população-alvo, pois podem existir diferenças culturais nas atitudes dos estudantes em relação ao suicídio – ou na forma como comunicam sinais de alerta ou procuram ajuda – em comparação com o programa original.
- Busque aconselhamento do criador do programa sobre a melhor forma de fazer adaptações sem reduzir a efetividade, ou identifique outras regiões ou escolas, com uma população estudantil semelhante, que já tenham adaptado um programa com sucesso.

3. Defina um plano de ação e planeje os recursos necessários

- Planeje os recursos humanos e a capacitação necessária para a implementação (por exemplo, a necessidade de formar um facilitador ou educadores).



- Determine quem irá executar o programa (por exemplo, prestadores de serviços de saúde mental, pessoal de assistência social escolar, prestadores de cuidados de saúde). Crie um mecanismo de supervisão entre as escolas e os serviços locais de saúde mental. Também pode haver oportunidade de envolver os colegas ou pais dos jovens.
- Defina o cronograma em que cada ação será realizada. Avalie quando será mais eficaz implementar o programa e com que frequência será repetido.
- Defina uma data para se reunirem de novo, analisar o progresso e decidir sobre novas ações.

4. Elabore um plano de avaliação

- Planeje antecipadamente de que forma a efetividade do programa será avaliada (ver [Monitoramento e](#)

avaliação). A orientação pode ser retirada dos processos de validação existentes dos criadores do programa e pode incluir:

- » questionários prévios e posteriores à implementação do programa sobre conhecimentos e atitudes em relação à saúde mental e ao suicídio, medidas para promover a autoestima e outras competências;
 - » o impacto no comportamento suicida;
 - » feedback de estudantes e funcionários sobre suas experiências e opiniões sobre o programa e seus recursos.
- Use as lições aprendidas para fundamentar quaisquer alterações na implementação futura do programa.
 - Defina um plano para ampliar a intervenção (por exemplo, para um maior número de estudantes em uma determinada escola, em outra região ou em todas as escolas do país).

Quadro 40 – Jovens conscientes da saúde mental (Youth Aware of Mental Health [YAM]), da investigação à implementação (Suécia)

Saving and Empowering Young Lives in Europe (Salvando e empoderando jovens na Europa, em tradução livre; SEYLE, na sigla em inglês) é um projeto de pesquisa desenvolvido para avaliar três programas escolares para a promoção da saúde mental e prevenção do suicídio. O ensaio clínico randomizado foi realizado com a participação de 11.110 adolescentes de 168 escolas selecionadas aleatoriamente em 10 países da União Europeia (UE). O estudo SEYLE revelou que o Youth Aware of Mental Health (YAM) apresentou ótimos resultados na melhoria significativa da saúde mental dos jovens em comparação com os outros dois programas e o grupo controle. Em comparação com o grupo controle, os jovens que participaram do YAM apresentaram uma redução de 50% nas novas tentativas de suicídio e na ideação suicida grave (Wasserman *et al.*, 2015), enquanto novos casos de depressão moderada e grave foram reduzidos em cerca de 30%.

O programa YAM de cinco horas, com duração de três semanas, ministrado por um instrutor e ajudante especialmente treinados para este fim, proporciona aos jovens um espaço seguro e sem julgamentos para explorar temas relacionados à saúde mental dentro da sala de aula. A ênfase está na empatia pelas experiências dos outros e no apoio dos colegas, ao mesmo tempo que capacita os jovens para refletirem sobre as suas próprias necessidades de saúde mental (Wasserman *et al.*, 2018). As atividades de encenação são apoiadas por uma palestra interativa conduzida por um instrutor. Folhetos sobre o tema são entregues a cada participante e cartazes pendurados nas paredes da sala de aula com informações que incluem contatos de serviços locais de saúde e de apoio a jovens.

Nas entrevistas após o YAM, os jovens expressaram sentir-se mais confiantes em apoiar um amigo necessitado. Também indicam o uso de habilidades e estratégias adquiridas durante o programa para ajudá-los em eventos adversos da vida. Talvez o mais importante seja que o YAM ajuda os jovens a reconhecerem a necessidade de apoio à medida que enfrentam desafios. Para satisfazer essa necessidade, são compartilhadas com eles informações sobre as opções de centros de atendimento de saúde física e mental, bem como sobre organizações que atendem jovens em suas comunidades.

O programa YAM é uma intervenção escolar inovadora, efetiva e custo-efetiva (Ahern *et al.*, 2018) na prevenção do suicídio, que melhora as competências de enfrentamento, aumenta a empatia, a procura por ajuda e a ajuda dos colegas, além de incentivar um clima positivo na sala de aula. O programa YAM foi adotado por países de todo o mundo. A Mental Health in Mind International, uma empresa de pesquisa e desenvolvimento criada com o apoio do Karolinska Institutet Innovations, está implementando os resultados do projeto SEYLE. Os atuais programas de implementação e avaliação estão sendo postos em prática na Europa (Áustria, França, Noruega, Reino Unido, Suécia), na Austrália, nos EUA e na Índia. Até o momento, mais de 100 mil estudantes em todo o mundo haviam participado do programa YAM.



Os fatores que demonstraram ser fundamentais à implementação do YAM incluem: 1) foi desenvolvido e disponibilizado um pacote de implementação do YAM e os promotores da intervenção oferecem colaboração aos novos locais, incluindo medidas de formação e garantia de qualidade; 2) todos os locais que implementam o YAM possuem infraestrutura para permitir supervisão e formação continuada; 3) existem protocolos de tradução e adaptação cultural do programa; 4) o processo é participativo e sempre inclui os jovens; 5) é fornecido assessoramento para apoiar os locais na captação de financiamento para a implementação; e 6) o programa funciona melhor onde as pessoas estão comprometidas e dedicadas à implementação da prevenção do suicídio com o desenvolvimento das competências dos jovens no programa YAM.

DICAS PARA IMPLEMENTAÇÃO

Tabela 13 – Dicas para a implementação do desenvolvimento de habilidades socioemocionais para a vida dos adolescentes

Problema	Dicas
Relutância em abordar a saúde mental, entre outros temas, na escola; relutância de líderes, escolas ou pais/cuidadores de discutir questões de saúde mental, sofrimento emocional e comportamento suicida com os jovens	<ul style="list-style-type: none">• Trabalhe em estreita colaboração com o setor da educação sobre a necessidade de atividades de prevenção e formação em competências emocionais e para a vida, dado o risco de suicídio em grupos etários mais jovens; capacite os professores para serem guardiões; promova a conscientização e/ou formação entre os representantes dos pais/cuidadores na comunidade; inclua os jovens na concepção de qualquer programa de prevenção.• Lembre aos professores ou cuidadores que falar sobre suicídio com os jovens não aumenta o risco de suicídio, mas sim faz com que se sintam mais seguros de recorrer a eles por apoio, quando necessário.• Quando a relutância vier de experiências prévias de suicídio em uma escola, é importante que as pessoas afetadas recebam apoio adequado (como aconselhamento pós-venção) e que o trabalho de prevenção seja incentivado com sensibilidade para prevenir incidentes futuros.• Envolver embaixadores/celebridades para incentivar a participação.
Resistência por parte dos funcionários	<ul style="list-style-type: none">• É essencial garantir o bem-estar dos funcionários antes de os programas estudantis serem iniciados, para que estejam bem-preparados para apoiar aqueles que estão em risco. Isto envolve a criação de um ambiente escolar seguro onde os funcionários sejam incentivados a também buscar apoio e onde recebam formação adequada para aumentar sua confiança na comunicação com os estudantes em dificuldades e na gestão de riscos.• Também é importante garantir uma boa colaboração intersectorial para os estudantes que necessitam de serviços e/ou apoio fora do ambiente escolar.
Falta de tempo e recursos para o planejamento e a implementação, ou não é visto como prioridade em comparação com as aulas acadêmicas tradicionais	<ul style="list-style-type: none">• Os programas de prevenção podem ser integrados a iniciativas escolares existentes (por exemplo, aulas sobre saúde ou outros programas de saúde) ou a programas de liderança entre pares.• Os eventos existentes no calendário escolar podem ser uma boa oportunidade para lançar programas de prevenção, tais como semanas escolares saudáveis e dias ou semanas de conscientização em saúde mental.



AGIR PARA IDENTIFICAR PRECOCEMENTE, AVALIAR, ORIENTAR E ACOMPANHAR QUALQUER PESSOA AFETADA POR COMPORTAMENTOS SUICIDAS

O QUÊ?

A identificação precoce, a avaliação, a orientação e o acompanhamento garantem que as pessoas que estão em risco de suicídio, ou que tentaram suicídio, recebem o apoio e os cuidados de que necessitam. Os sistemas de saúde precisam incorporar a prevenção do suicídio como um componente central, a fim de intervir precocemente quando se identifica que alguém está em risco de suicídio. Os trabalhadores da saúde devem receber formação em como identificar precocemente, avaliar, orientar e acompanhar as pessoas com comportamento suicida (OMS, 2019b). As partes interessadas que não sejam da área da saúde e que tenham contato com indivíduos em risco (por exemplo, na comunidade) devem estar preparados para identificar precocemente e acompanhar os casos. Os sistemas de atenção à saúde devem coordenar percursos assistenciais para o encaminhamento de indivíduos, a fim de que recebam apoio e acompanhamento na comunidade ou atendimento especializado em saúde mental. As pessoas podem enfrentar fatores de risco e necessitar de cuidados que estejam além da capacidade do setor de saúde. Por exemplo, uma pessoa pode necessitar de apoio no acesso a oportunidades de emprego ou financeiras, além do apoio do sistema de saúde. No Japão, as pessoas que se apresentam ao departamento de assistência social com dificuldades financeiras são automaticamente encaminhadas para o serviço de atenção à saúde para que recebam assistência simultânea.

O apoio pós-venção⁵⁸ deve estar disponível para pessoas que tentaram suicídio e para aquelas que perderam um ente querido por suicídio. Além do apoio prestado pelos serviços de atenção à saúde, o acompanhamento conduzido pela comunidade pode

envolver grupos de sobreviventes do suicídio (OMS, 2008b), grupos de autoajuda facilitados por pessoas com vivência em suicídio ou serviços voluntários⁵⁹. Os serviços de atendimento em casos de crise, como equipes comunitárias de gestão de crise ou linhas telefônicas de assistência, também devem estar disponíveis para prestar apoio imediato a indivíduos em situação de sofrimento agudo (OMS, 2018c).

Quadro 41 – Manejo de casos para pessoas que tentaram suicídio (República da Coreia)

Na República da Coreia, o manejo de casos foi implementado em 2013 para pessoas que tentam suicídio e buscam atendimento em serviços de emergência, com o apoio do governo central. O Plano de Ação Nacional para a Prevenção do Suicídio, lançado em janeiro de 2018 pelos ministérios competentes do governo coreano, apresenta ações específicas que fortalecem o aconselhamento e o acompanhamento para pessoas que tentaram suicídio. O manejo de casos pós-tentativa de suicídio no serviço de emergência começou com 25 locais, em 2013, expandindo-se para 85 locais em 2020, e continua crescendo. Os responsáveis pelo manejo dos casos, que contactam os pacientes que tentaram suicídio no prazo de até 24 horas após a sua apresentação ao serviço de emergência, têm reuniões semanais para discutir todos os casos ativos. Todos os hospitais são supervisionados e a avaliação do programa está em andamento.

⁵⁸ A pós-venção refere-se a toda intervenção realizada após uma tentativa de suicídio ou suicídio consumado.

⁵⁹ Befrienders Worldwide [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.befrienders.org/>.



POR QUÊ?

Os sistemas de saúde não conseguem atualmente satisfazer as necessidades de saúde mental de suas populações, e a escassez e a distribuição desigual dos serviços impedem muitas pessoas de receber os cuidados de que necessitam (OMS, 2018b). É essencial ter como meta a cobertura universal da saúde⁶⁰ para garantir que todas as pessoas tenham acesso a serviços de atenção à saúde de qualidade⁶¹. A implementação de recomendações de serviços de saúde mental, incluindo o atendimento em momentos de crise 24 horas por dia, políticas locais para pacientes com diagnóstico duplo e avaliações multidisciplinares pós-suicídio, foi associada à redução das taxas de suicídio em grupos populacionais clínicos ao longo do tempo na Inglaterra e no País de Gales (While *et al.*, 2012). Há também a possibilidade de se oferecer orientação e acompanhamento digitalmente.

Visto que as pessoas com problemas de saúde física e mental correm maior risco de cometer suicídio (OMS, 2018b; OMS, 2019b) e podem já estar em contato com os serviços de saúde, os trabalhadores da saúde têm boas condições de identificar pessoas em risco. Portanto, os trabalhadores da saúde devem estar capacitados para identificar, avaliar, orientar e acompanhar pessoas em risco de suicídio e devem sentir-se confiantes para fazê-lo. Após o contato com os serviços de saúde, as pessoas podem sentir-se isoladas e correm um risco substancialmente maior de novas tentativas de suicídio. Consequentemente, um acompanhamento imediato e sistemático é fundamental, pois foi demonstrado que reduz os suicídios e as tentativas de suicídio após a alta (Goldman-Mellor *et al.*, 2019; Fontanella *et al.*, 2020). As famílias e os amigos afetados pelo suicídio também podem estar em risco e sentir culpa, vergonha e estigmatização, que dificultam o acesso ao apoio social. Deve-se fornecer um acompanhamento proativo a esse grupo.

ONDE?

As iniciativas para promover a identificação precoce, a avaliação, a orientação e o acompanhamento devem ser coordenadas em nível nacional, mas adaptadas para satisfazer as necessidades das comunidades locais. A implementação deve ser testada em um único serviço de saúde ou em serviços

de saúde regionais antes de sua ampliação. As atividades devem ser realizadas em todos os níveis da atenção à saúde, particularmente nos serviços da atenção primária – que podem ser a principal fonte de cuidados de saúde (mental) em muitos países – e nas unidades de emergência, onde as pessoas podem ser atendidas após uma tentativa de suicídio (que é um importante fator de risco para o suicídio).

QUANDO?

Antes de se iniciar atividades que possam identificar pessoas em risco (como a formação de profissionais de saúde), já devem ter sido estabelecidos percursos assistenciais para orientação e acompanhamento. A formação de profissionais de saúde ou de partes interessadas da comunidade deve ser estrategicamente planejada (ver [Capacitação](#)).

QUEM?

O Ministério da Saúde deve liderar o trabalho com os serviços de saúde locais, ou seja, as atividades podem visar departamentos ou unidades de saúde específicos que possam entrar em contato com pessoas em risco, tais como aqueles que lidam com emergências, saúde mental, transtornos relacionados com o consumo de álcool, dor crônica ou doenças crônicas. O trabalho exigirá a colaboração com as partes interessadas da comunidade que desempenham um papel na identificação precoce ou no acompanhamento (por exemplo, assistência social, previdência social, educação, polícia e outros guardiões).

COMO?

1. Convoque um grupo de trabalho (ver [Quadro 1, Introdução](#))

- Crie o grupo (ver “[Quem](#)” acima).
- O grupo deve incluir pessoas com conhecimento sobre o sistema de saúde local e os princípios de saúde pública, além de profissionais de saúde que compreendam os desafios atuais do sistema.
- O grupo também pode incluir pessoas de outros setores (por exemplo, polícia, professores, assistentes sociais), dependendo dos percursos assistenciais ou do contexto do acompanhamento.

⁶⁰ Universal health coverage. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 19 de fevereiro de 2021]. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1.

⁶¹ WHO QualityRights initiative. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>.



2. Mapeie os recursos atuais

- Mapeie os recursos (**ver Análise da situação**) nos setores da saúde e em outros setores que fornecem identificação precoce, avaliação, orientação e acompanhamento de pessoas com vivência em suicídio (por exemplo, assistência social, educação, sistema judiciário, grupos de usuários de serviços).

3. Coordene os percursos assistenciais

- Organize os percursos que permitirão que as pessoas em risco identificadas sejam avaliadas nos serviços de atenção à saúde e encaminhadas para receber apoio na comunidade ou em atendimentos de saúde mental especializados (OMS, 2019b).
- Elabore uma documentação de encaminhamento padronizada e defina os caminhos, procedimentos e padrões para fazer encaminhamentos entre todos os departamentos e setores que fazem parte do percurso assistencial.
- Apoie a elaboração de orientações claras para permitir que pessoas em risco identificadas em outros setores sejam encaminhadas para serviços de atenção à saúde para avaliação, orientação e acompanhamento.

4. Capacite trabalhadores da saúde não especializados

- Ofereça formação aos trabalhadores da saúde comunitários e não especializados sobre como orientar pessoas em risco de suicídio, fazer encaminhamentos e estabelecer relações com especialistas e não especialistas que tenham recebido formação na prevenção do suicídio e na prestação de intervenções psicológicas (**ver Capacitação**).
- Quando forem identificadas lacunas na análise da situação, elabore planos que forneçam serviços locais adequados para intervenção (incluindo gestão de crises) e acompanhamento, utilizando fontes comunitárias de apoio⁶².

5. Treine os guardiões e as partes interessadas para identificação precoce e acompanhamento na comunidade

- Isto deve incluir: 1) a conscientização das apresentações comuns da autolesão ou do suicídio, a fim de identificar pessoas em risco; 2) os princípios de avaliação e manejo da autolesão, inclusive em crises (por exemplo, como perguntar sobre a autolesão; reconhecimento de

lesões autoinfligidas ou autointoxicação); 3) intervenções psicossociais (por exemplo, psicoeducação sobre o suicídio; mobilização de fontes de apoio social); e 4) encaminhamento para especialistas e acompanhamento.

6. Monitore, avalie e amplie (**ver Monitoramento e avaliação**)

- O monitoramento e a avaliação devem ser planejados antecipadamente e realizados paralelamente à implementação.
- Elabore indicadores para monitorar o progresso por meio de mecanismos de coleta de dados existentes no sistema de saúde, quando disponíveis, ou crie mecanismos adicionais. Os indicadores podem incluir, por exemplo: 1) proporção de unidades sem profissionais treinados em prevenção do suicídio; 2) número de casos novos e em acompanhamento; 3) número de encaminhamentos em cada unidade de saúde; 4) resultados dos usuários dos serviços de saúde e opinião sobre as intervenções e o apoio (**ver o Anexo 3**).
- Aproveite as lições aprendidas para melhorar a prestação de serviços e os percursos assistenciais, e planejar a ampliação.
- Use as análises da situação para identificar quaisquer lacunas nos serviços e planejar atendimentos adicionais.

⁶² WHO mhGAP training manuals. Geneva: Organização Mundial da Saúde. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/mhgap/training_manuals/en/.



Quadro 42 – Atendimento pós-tratamento específico para aborígenes (Austrália)

A Austrália do Sul estabeleceu o primeiro modelo de atendimento pós-tratamento específico para aborígenes da Austrália, idealizado e implementado em parceria com a comunidade aborígene local. Em 2017, a Rede de Atenção Primária à Saúde da Austrália do Sul (CSA PHN, na sigla em inglês) trabalhou em parceria com o Black Dog Institute em uma série de fóruns comunitários indígenas. As consultas indicaram que as pessoas estavam interessadas em serviços de acompanhamento para pessoas que saíam do hospital após uma crise suicida. A falta desse serviço era vista como uma lacuna nos sistemas de saúde locais. Um grupo de trabalho aborígene foi estabelecido em colaboração com a comunidade local, incluindo pessoas com experiência direta e representantes da rede de saúde local e da Organização de Saúde Controlada pela Comunidade Aborígene (ACCHO, na sigla em inglês). O grupo passou oito meses documentando o processo de concepção do projeto e desenvolvendo um modelo, seguido de quatro meses de consulta às partes interessadas.

A CSA PHN contratou a Pika Wiya Health Service Aboriginal Corporation, empresa que presta serviços de saúde aos aborígenes, para oferecer atendimento pós-tratamento aos nativos de Port Augusta. A Pika Wiya recrutou uma equipe de atendimento em pós-tratamento composta pelo líder do corpo clínico, que é assistente social, e dois profissionais de saúde aborígenes. A equipe de acompanhamento faz parte da equipe de bem-estar social e emocional (SEWB, na sigla em inglês) e conta com o apoio interno de um psicólogo e um psiquiatra visitante.

O projeto produziu dois conjuntos de diretrizes – um para ser usado no serviço de emergência e outro para a equipe comunitária de saúde mental: Projeto de serviços de atendimento pós-tratamento para aborígenes e Diretrizes para a atenção integrada e acompanhamento em crises relacionadas ao suicídio. Cada um oferece uma combinação de abordagens psicossociais, clínicas e de cura e diferentes etapas para manter o contato durante a admissão e após a alta, além de uma forte atuação na família e na comunidade.

Um resultado positivo inesperado foi uma maior colaboração entre trabalhadores clínicos e culturais em todo o espectro dos serviços de saúde mental. Os planos de saúde mental e os encaminhamentos supervisionados pelo psiquiatra visitante passaram a incluir uma recomendação de cura juntamente com outros apoios. Os profissionais envolvidos nos atendimentos pós-tratamento foram convidados a participar da cura tradicional com os ngangkari (praticantes indígenas de fitomedicina). Da mesma forma, foi relatado que a equipe de saúde mental do hospital se sente agora mais confortável em encaminhar as pessoas após a alta para serviços de bem-estar social e emocional e de clínica geral, sabendo que esses serviços podem contar com a experiência da equipe de pós-tratamento. O manejo clínico contínuo, incluindo o apoio medicamentoso, está agora a cargo do serviço de saúde Pika Wiya e não mais do hospital, que continua desenvolvendo capacidades dentro do serviço de saúde.

O serviço de pós-tratamento também está colaborando com serviços estabelecidos de pós-venção, que incluem o Serviço Nacional de Resposta Crítica Indígena e o serviço da Beyond Blue, The Way Back.



Quadro 43 – Ampliação dos serviços de saúde mental e prevenção do suicídio (República Islâmica do Irã)

A integração dos serviços de saúde mental na atenção primária à saúde na República Islâmica do Irã é considerada um dos principais pontos de inflexão na expansão dos serviços públicos de saúde mental, incluindo o programa de prevenção do suicídio. O maior acesso aos serviços de atendimento em saúde mental e a detecção precoce da depressão e de outras condições de saúde mental (associadas ao suicídio) são possíveis principalmente graças ao atendimento por parte de médicos clínicos gerais, profissionais de saúde polivalentes e psicólogos clínicos, tanto nas áreas rurais quanto urbanas em todo o país. Os profissionais de saúde polivalentes realizam o rastreamento inicial de quaisquer problemas de saúde mental, de acordo com a faixa etária do paciente e paralelamente à avaliação em outras áreas da saúde. Se o resultado do rastreamento for positivo, o paciente é avaliado quanto à ideação suicida ou ao histórico de tentativas de suicídio e, se for detectado qualquer risco de suicídio, é encaminhado ao médico de família para avaliação adicional.

De acordo com a avaliação de risco e o parecer clínico do médico de família, os pacientes são encaminhados para o hospital mais próximo se forem considerados de alto risco. Um fluxo de trabalho previamente preparado orienta o médico de família ao lidar com pacientes que resistem em cooperar. Para pessoas de baixo risco, o tratamento é iniciado pelo médico de família de acordo com o Guia de Saúde Mental para o manejo de transtornos mentais na atenção primária à saúde. Caso seja necessária consulta especializada em qualquer fase, o paciente é encaminhado ao psiquiatra local.

Todos os pacientes que tenham tentado o suicídio são encaminhados a psicólogos clínicos que trabalham em centros de saúde urbanos. Os pacientes recebem, simultaneamente, acompanhamento telefônico, psicoeducação e/ou intervenções psicológicas breves junto com outros módulos de tratamento, caso tenham sido encaminhados ao hospital ou ao psiquiatra. Em outro nível, os pacientes internados no hospital após tentativa de suicídio são também encaminhados para os centros de saúde no momento da alta para serem inseridos neste novo ciclo de tratamento.

Também foram criados pacotes de serviços de acompanhamento para apoiar os sobreviventes (pessoas que perderam um ente querido por suicídio) e psicólogos clínicos recebem formação para prestar o serviço de pós-venção. A capacitação para a prestação desses serviços baseia-se na formação inicial obrigatória e em sessões de reciclagem para todos os prestadores de serviços. O Programa Nacional de Prevenção do Suicídio do Ministério da Saúde e Educação Médica possui seis objetivos estratégicos. O programa está em funcionamento oficialmente desde 2005 e foi ampliado em 2018 após o *feedback* de consultores nacionais e internacionais.

© OMS/ Yoshi Shimizu





DICAS PARA IMPLEMENTAÇÃO

Tabela 14 – Dicas para implementar a identificação precoce, a avaliação, a orientação e o acompanhamento de qualquer pessoa afetada por comportamentos suicidas

Problema	Dicas
A prevenção do suicídio não é uma prioridade de saúde pública	<ul style="list-style-type: none">• Defenda a prevenção do suicídio entre os responsáveis pela formulação de políticas públicas e conscientize a comunidade. Busque promotores de outros setores (por exemplo, educação) e reforce os grupos de defesa para que sejam líderes na prevenção do suicídio na comunidade.• Forneça evidências da efetividade e do custo-efetividade da prevenção do suicídio.
Os recursos disponíveis são limitados	<ul style="list-style-type: none">• Trabalhe em parceria com os responsáveis pela formulação de políticas regionais e nacionais na dotação orçamentária.• Adote um modelo de formação em cascata (formação de multiplicadores) para aumentar o número de trabalhadores capacitados que podem formar outros e compartilhar conhecimentos e competências. Facilite a criação de recursos comunitários, como grupos de autoajuda e de sobreviventes.
Falta de confiança ou conhecimento sobre o manejo do risco de suicídio	<ul style="list-style-type: none">• Garanta que seja fornecido treinamento adequado sobre o que fazer quando o risco de suicídio for identificado (tanto o manejo do risco iminente como o encaminhamento para serviços de assistência).• Elabore políticas claras e orientações detalhadas (passo a passo) para o manejo e a assistência e certifique-se de que as pessoas consigam acessá-las facilmente.
Pessoas em risco difíceis de acessar	<ul style="list-style-type: none">• Amplie a conscientização e a capacitação para alcançar uma série de setores que possam estar em contato com comunidades de difícil acesso.• Garanta que os trabalhadores da atenção à saúde (por exemplo, clínicos gerais, trabalhadores comunitários de saúde etc.) e os trabalhadores de outras áreas (por exemplo, polícia, professores) sejam treinados para identificar pessoas em risco.

ANEXO 1. SETORES E PARTES INTERESSADAS NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

Setores governamentais:

- Ministério da Saúde.
- Ministérios da Agricultura, Educação, Justiça, Trabalho e Emprego, Meios de Comunicação, Proteção às Minorias, Planejamento e Desenvolvimento Social, Bem-estar Social, Transportes, Juventude, Defesa.
- Políticos, parlamentares ou representantes.
- Governos locais, pessoas responsáveis pela tomada de decisão.
- Legisladores, responsáveis pela formulação de políticas públicas e personalidades influentes.

Partes interessadas (indivíduos e organizações):

- **Todas**
 - pessoas com experiência em suicídio;
 - organizações de usuários de serviços de saúde mental;
 - profissionais de saúde mental e geral, agentes de promoção da saúde, autoridades administrativas de saúde, serviços relacionados ao abuso de substâncias, assistentes sociais, serviços de desenvolvimento comunitário;
 - professores, educadores, profissionais que trabalham com jovens, escolas, clubes e centros juvenis;
 - policiais, bombeiros, trabalhadores de ambulância/atendimento pré-hospitalar;
 - pessoas que trabalham com idosos, cuidadores, lares de idosos, centros-dia;
 - líderes religiosos ou espirituais, organizações religiosas, locais de culto na comunidade;
 - curandeiros tradicionais ou anciãos da comunidade;
 - meios de comunicação (imprensa, televisão e cinema, internet, redes sociais), jornalistas, associações de jornalistas;
 - serviços de proteção contra a violência de gênero, serviços de proteção infantil;
 - grupos de orientação sexual e identidade de gênero;
 - profissionais relacionados ao risco ou meios de suicídio, como farmacêuticos, bartenders, comerciantes de bebidas alcoólicas;
 - locais de trabalho, sindicatos, associações profissionais, setores de saúde ocupacional, líderes empresariais;
 - pessoas que trabalham em agências de emprego, serviços de assistência social;
 - militares;
 - locais de privação da liberdade, como enfermarias psiquiátricas, hospitais de custódia e prisões;
 - serviços financeiros, agências de cobrança de dívidas, serviços de aposentadoria;
 - ONGs, incluindo grupos internacionais ou instituições de caridade que se preocupam com o bem-estar ou que prestam serviços a pessoas em situação de vulnerabilidade;
 - comunidade científica, especialistas acadêmicos;
 - celebridades e influenciadores; e
 - muitos outros, conforme listado ao longo deste guia.

ANEXO 2. OUTROS EXEMPLOS DE PAÍSES

ANÁLISE DA SITUAÇÃO

Quadro 44 – Sistema de análise de dados e percepções (Austrália)

Um grande desafio que dificulta os esforços de prevenção do suicídio na Austrália tem sido a falta de informações detalhadas sobre a dimensão e extensão do problema. Em colaboração com a Universidade Nacional da Austrália e a SAS (empresa de software), o Black Dog Institute segue desenvolvendo o sistema de análise de dados e percepções para obter informações fundamentadas e ajudar as comunidades locais a desenvolver iniciativas de prevenção do suicídio mais direcionadas e baseadas em evidências. O sistema está atualmente sendo implantado como parte dos estudos LifeSpan do Black Dog Institute.

Os componentes do sistema incluem:

Relatórios analíticos de dados de suicídio (SDARs, na sigla em inglês)

Auditorias locais são realizadas para monitorar tendências, identificar grupos de alto risco vulneráveis ao suicídio e embasar a elaboração e implementação de estratégias locais para minimizar o risco. Esses relatórios fornecem informações específicas em nível regional com implicações significativas para traduzir as conclusões em resultados práticos.

Análise geoespacial

As auditorias e o sistema de inteligência conseguem visualizar as fontes de dados e mostrar a importância da resolução espacial. A visualização de dados geoespaciais ajuda a representar onde estão ocorrendo as concentrações de mortes por suicídio nas áreas geográficas. Essa análise permite que os tomadores de decisão avaliem melhor fatores como vantagens e desvantagens sociais e econômicas, disponibilidade de serviços e localizações específicas de zonas críticas.

Restrição de meios

A restrição de meios é uma das estratégias mais eficazes para reduzir a taxa de suicídio. O sistema ajuda a determinar se existem padrões para os métodos e sua disponibilidade, além de variações na distribuição geoespacial que podem ajudar a fundamentar uma estratégia de restrição de meios direcionada a uma região, determinando atividades e intervenções específicas de restrição com base nas necessidades locais.

Atlas de recursos

O *Atlas de recursos LifeSpan* é um recurso interativo on-line que pesquisadores e formuladores de políticas podem usar para criar mapas e análises. O atlas ajuda a responder perguntas e a melhorar a coordenação da prevenção do suicídio. Permite que os usuários descubram as características da comunidade e compartilhem informações.

Uma equipe de oito analistas de dados, geógrafos e bolsistas de pós-doutorado foi responsável por projetar e configurar a plataforma, solicitar a aquisição de dados de administradores dos principais dados e elaborar os procedimentos de gestão de dados. Manter o funcionamento do sistema e produzir os resultados especificados acima requer no mínimo dois analistas de dados, um gestor de dados e um geógrafo em tempo integral.

Atualmente, o sistema está configurado para fornecer informações altamente específicas para Nova Gales do Sul (um dos principais estados da Austrália). No entanto, também fornece dados sobre mortes por suicídio em nível nacional. Um dos objetivos finais é ampliar os dados sobre autolesão de todo o país. No entanto, atingir este objetivo exigirá substancialmente mais recursos (um mínimo de três outros analistas e mais um geógrafo) para que se possa cumprir com os requisitos éticos para aquisição e utilização de dados e para realizar a gestão complexa de dados necessária para incorporar múltiplas fontes no sistema de forma harmonizada.



Quadro 45 – Estudo nacional do suicídio (Iraque)

O Gabinete de Saúde Mental do Ministério da Saúde do Iraque iniciou um estudo sobre suicídio no país, de 2015 a 2016, em colaboração com pesquisadores internacionais (Abbas et al., 2018). O Ministério do Interior facilitou a distribuição de formulários de coleta de dados às delegacias de polícia nas 13 províncias cobertas pelo estudo. As equipes policiais preencheram os formulários em relação às mortes consideradas suicídio, na sua jurisdição, de 2015 a 2016, e contataram as famílias dos casos cujos dados estavam incompletos. O formulário de coleta de dados incluiu variáveis demográficas, método de suicídio, histórico médico, de saúde mental e de tentativas de suicídio e possíveis causas. Os resultados foram usados para determinar a taxa de suicídio de grupos e subgrupos populacionais (por exemplo, idade e sexo), métodos comuns de suicídio e o perfil médico, de saúde mental, suicídio e fatores precipitantes relacionados às mortes por suicídio. Também foram realizados comparativos entre diferentes grupos demográficos para identificar grupos de risco. As lições aprendidas com a implementação do primeiro estudo nacional embasaram o planejamento para a elaboração de um registro nacional de suicídio no Iraque. Isto inclui a melhoria da qualidade dos dados, que neste estudo se baseou em pareceres legais e em relatos de familiares – que podem ter contribuído para a falta de reconhecimento ou a subnotificação –, além da inclusão de outros especialistas para fundamentar a concepção e a coleta de dados (por exemplo, epidemiologista e especialista em medicina legal). O estudo também indicou a necessidade de implementar restrições de meios para armas de fogo e querosene (relacionado à autoimolação) em futuros esforços de prevenção do suicídio no Iraque.

Quadro 46 – Análise da situação (República Árabe Síria)

As repercussões da situação de emergência prolongada na vida das pessoas que residem no noroeste da Síria, incluindo o impacto da COVID-19, viraram motivo de preocupação para a prevenção do suicídio. Nos meses de abril a junho de 2020, foi observado um aumento de 57,7% nas tentativas de suicídio, em comparação com os meses de janeiro a março de 2020, conforme indicado pelo mapeamento dos serviços de saúde mental e apoio psicossocial (SMAPS). Em um período semelhante, reportagens veiculadas nas redes sociais divulgaram o aumento no número de mortes por suicídio. No entanto, os dados de mortalidade não foram registados nos sistemas de informação de saúde existentes, representando um desafio significativo para a vigilância do suicídio e da autolesão no noroeste da Síria.

O centro da OMS em Gaziantep, com o apoio do grupo de trabalho temático sobre SMAPS do Comitê Permanente Interagências, percebeu a necessidade urgente de abordar o comportamento suicida no noroeste da Síria. O grupo de trabalho temático montou uma equipe de trabalho especial para a prevenção do suicídio com seis membros, que concordaram que era necessária uma análise da situação para fundamentar o planejamento e fornecer evidências que facilitaríamos os pedidos de doações. Este foi o começo de um “questionário sobre suicídio” elaborado pela equipe. O objetivo da pesquisa era compreender melhor o suicídio no noroeste da Síria durante os 12 meses anteriores e, portanto, identificar ações para a prevenção do suicídio na região a partir do quarto trimestre de 2020. O questionário incluiu 36 perguntas relacionadas às experiências dos profissionais de saúde com pessoas que morreram por suicídio ou tentaram suicídio ou autolesão nos últimos 6 meses. Incluía perguntas sobre as capacidades e competências dos prestadores para trabalhar na prevenção do suicídio. As perguntas do kit de ferramentas *Avaliação de necessidades e recursos de saúde mental e psicossociais* também foram traduzidas e adaptadas ao contexto do noroeste da Síria (OMS e ACNUR, 2012). Por razões logísticas, foi acordada uma metodologia de pesquisa on-line como o método mais viável de coleta de dados. Foi usada a KoBo Toolbox⁶³, uma ferramenta gratuita de código aberto para coleta de dados digitais. A ferramenta oferece aos usuários funcionalidades como a geração de gráficos, tornando-a ideal para uso em contextos humanitários.

Em setembro de 2020, médicos da atenção primária e de hospitais, trabalhadores de apoio psicossocial, psiquiatras e psicólogos, profissionais que trabalham com violência de gênero e proteção infantil e paramédicos do noroeste da Síria foram convidados a participar da pesquisa. Foram 534 entrevistados no total, incluindo 206 mulheres. Durante seis meses de pandemia da COVID-19, 1.748 tentativas de suicídio e 246 mortes por suicídio foram relatadas pelos entrevistados. Daqueles que morreram por suicídio, 76% eram Pessoas Deslocadas Internamente (PDI), assim como 86,6% daqueles que tentaram suicídio. Dos que tentaram suicídio, 42,2% tinham entre 21 anos e 30 anos de idade, 25% tinham entre 31 anos e 40 anos e 18,1% tinham entre 16 anos e 20 anos. Entre os métodos de suicídio relatados, 21,4% ingeriram inseticidas em casa, 16% usaram faca e 11,5% pularam de prédios. Os fatores precipitantes do suicídio foram considerados: problemas de relacionamento/casamento (26,3%), problemas financeiros (23,7%), problemas de relacionamento com os pais (12,7%) e desemprego (10,4%). Os resultados da pesquisa também indicaram barreiras para discutir o suicídio no setor de saúde e obstáculos também na comunidade – mais especificamente as partes interessadas com maior preocupação em discutir o suicídio (como líderes religiosos) – e avaliou o conhecimento atual limitado dos entrevistados e os pedidos de capacitação. Uma série de recomendações importantes foram feitas após a análise da pesquisa, que será a área prioritária de trabalho para a prevenção do suicídio no noroeste da Síria.

63 Ver: <https://www.kobotoolbox.org/> [consultado em 28 de janeiro de 2021].

COLABORAÇÃO MULTISSETORIAL

Quadro 47 – Um exemplo de colaboração multissetorial ascendente (Brasil)

Uma cidade de médio porte (140 mil habitantes) no interior do Estado de São Paulo teve nos últimos 10 anos uma taxa de suicídio duas vezes maior que a taxa nacional. Em março de 2016, após um convite aberto feito por uma assistente social local nos meios de comunicação da cidade, cerca de 100 pessoas reuniram-se na sede da Federação das Indústrias. Essas pessoas tinham diversas origens: profissionais de saúde, educadores, líderes religiosos, donas de casa, policiais e bombeiros, políticos e candidatos, profissionais dos meios de comunicação, operadores de linhas telefônicas de assistência, oficiais de justiça, celebridades locais, entre outros.

Esta cidade foi e é excepcionalmente dotada de recursos para a saúde mental, tanto públicos (um hospital universitário com enfermagem psiquiátrica, um hospital psiquiátrico, um hospital especializado no atendimento de pessoas com transtornos por abuso de substâncias, vários serviços ambulatoriais e centros diurnos) como privados (a terceira maior proporção de psiquiatras por população no país e diversas comunidades terapêuticas para pessoas com transtornos por abuso de substâncias). Contudo, os serviços públicos dependiam administrativa e financeiramente de diversos órgãos federais, estaduais e municipais, com coordenação limitada entre eles. Na reunião, as partes interessadas decidiram criar uma Rede de Proteção à Vida (RPV) utilizando recursos próprios e atuando como voluntários.

Um Comitê de Coordenação formado por quatro pessoas foi eleito pelos presentes e oito grupos de trabalho foram criados:

1) apoiadores (compostos por pessoas sem formação profissional em saúde mental, mas ativamente engajadas nas redes sociais, geralmente donas de casa, comerciantes e estudantes); 2) apoiadores espirituais (líderes religiosos); 3) grupo de avaliação (trabalhadores da saúde, em sua maioria psicólogos); 4) profissionais de saúde mental (psicólogos, terapeutas, psiquiatras); 5) educadores (professores, diretores de escolas); 6) autoridades locais (prefeito, vereadores, secretários municipais [Educação para a Saúde, Assistência Social, Cultura, Esportes e Segurança Pública], diretores de serviços de saúde mental); 7) mídia local; e 8) embaixadores (jovens especialmente treinados pela RPV).

Um requisito importante para se tornar um membro voluntário da RPV é passar por um treinamento de quatro horas ministrado pelos coordenadores, com base no módulo de autolesão e suicídio do guia de intervenção mhGAP da OMS. Graças ao amplo apoio dos voluntários, a RPV tem lista de espera de profissionais e cuidadores voluntários. São realizadas reuniões mensais periódicas de supervisão abertas a todos os voluntários para discutir assuntos do seu interesse, principalmente o tratamento de casos mais complexos. A rede começou a funcionar duas semanas após a reunião inicial e logo após as sessões de formação para todos os grupos específicos de voluntários.

As pessoas podem contatar a RPV pelo site www.precisodeajuda.org, tanto para buscar ajuda para si quanto para alguém que esteja em risco. Os trabalhadores da atenção primária à saúde e dos serviços de emergência também podem contatar a RPV. Várias atividades têm sido desenvolvidas pelos voluntários da RPV: algumas são de natureza solidária (apoio social e espiritual), de valorização psicológica (formação de competências para a vida) ou de cuidados clínicos (terapia comunitária integrativa, terapias complementares recomendadas pelo Ministério da Saúde, psicoterapia, acompanhamento, encaminhamento e pós-venção), e alguns estão relacionados com a promoção e prevenção universal (como a conscientização em nível comunitário). Todos os membros da RPV atuam como voluntários e os custos eventuais (aluguel de salas de reuniões, materiais impressos etc.) são subsidiados pelo comércio e indústrias locais.

Embora o impacto direto da RPV ainda precise ser mensurado, um resultado claro é que a falta de coordenação anterior entre os vários tipos de serviços de saúde foi superada. Através da RPV, a identificação precoce e o atendimento são agora prestados prontamente por pessoas competentes e com formação, com uma transição suave e rápida entre os diferentes níveis de cuidados, quando necessário.

Quadro 48 – Colaboração multissetorial (Canadá)

Comitê de Coordenação Federal

O Governo do Canadá apoia abordagens colaborativas para a prevenção do suicídio, a fim de melhorar o compartilhamento de informações e facilitar oportunidades de parceria. No final de 2016, o governo lançou o Marco Federal para a Prevenção do Suicídio, que estabelece objetivos estratégicos e princípios norteadores para alinhar os esforços federais de prevenção do suicídio. Para ajudar a melhorar a colaboração entre os departamentos do governo federal, a Agência de Saúde Pública do Canadá preside o Comitê Federal de Coordenação para a Prevenção do Suicídio, que se reúne trimestralmente. Este Comitê é composto por representantes de departamentos e órgãos federais que trabalham nas esferas da saúde mental e prevenção do suicídio, incluindo representantes de ministérios e agências de saúde, serviços indígenas, desenvolvimento econômico, transportes e estatísticas. O Comitê se reúne trimestralmente e concentra-se em identificar prioridades e fomentar a prevenção do suicídio em todo o governo federal, alinhando esforços sempre que possível; em compartilhar informações e conhecimentos especializados sobre a prevenção do suicídio, incluindo a vigilância relacionada com o suicídio; e em apoiar a elaboração de relatórios de progresso bienais.

Colaboração Nacional para Prevenção do Suicídio

A Colaboração Nacional para a Prevenção do Suicídio é um coletivo pan-canadense de pessoas (por exemplo, sobreviventes de tentativas de suicídio e sobreviventes de perdas por suicídio) e organizações que fornecem liderança, recursos e compartilhamento de informações para iniciativas de prevenção, intervenção e pós-venção do suicídio. Desde sua formação em junho de 2012, os membros da Colaboração promovem a saúde mental, criam resiliência, fomentam a esperança e trabalham para reduzir o impacto do suicídio na vida de todos os canadenses. O trabalho da Colaboração é estruturado e promovido com o apoio de um Comitê Executivo, três grupos de trabalho (o grupo de trabalho de comunicações, o grupo de trabalho do plano de ação da estratégia nacional e o grupo de trabalho de dados e pesquisa) e uma Secretaria. O objetivo da Colaboração é: facilitar discussões e o intercâmbio de conhecimentos entre organizações sobre a promoção da vida, do bem-estar mental e da prevenção do suicídio; atuar como um catalisador para a colaboração entre os membros; e promover e criar um fórum para uma voz coletiva sobre questões relacionadas à prevenção do suicídio.

Quadro 49 – Política e legislação sobre álcool (Federação Russa)

A privatização e a desregulamentação do mercado do álcool na Federação Russa na década de 1990 podem ter contribuído para a escalada dos problemas relacionados com o abuso de álcool, tendo colaborado significativamente para o aumento dos níveis de morbidade e mortalidade⁶⁴. Em 2004, o governo iniciou um processo de fortalecimento das políticas de controle do álcool (Levintova, 2007), seguido por uma série de alterações à lei que rege a regulamentação da produção e do volume de produtos alcoólicos comercializados. A isto se seguiram alterações em outras leis e regulamentos relacionados ao álcool. Entre 2007 e 2016, o consumo total de álcool (registrado e não registrado) foi reduzido em 3,5 litros de álcool puro per capita. Durante o período entre 2005 e 2015, a taxa de mortalidade por consumo de álcool também diminuiu, especialmente entre os homens. Padrões semelhantes foram observados entre pacientes diagnosticados com dependência de álcool e outras doenças relacionadas à substância, juntamente com uma redução importante na mortalidade total de adultos, provavelmente resultado das tendências decrescentes no consumo geral de álcool. Muitas das políticas implementadas foram baseadas em evidências, em conformidade com a estratégia global da OMS para reduzir o uso nocivo de álcool (OMS, 2010) e foram introduzidas de forma gradual. É, portanto, provável que as políticas restritivas em relação ao álcool tenham contribuído para a redução do suicídio observada na Federação Russa.

64 Interpersonal violence and alcohol in the Russian Federation: Policy briefing. Copenhagen: Escritório Regional da OMS para a Europa; 2006 [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/98804/E88757.pdf.

Quadro 50 – Participação significativa de pessoas com experiência direta na prevenção do suicídio (Escócia)

O Painel de Experiência Direta (LEP, na sigla em inglês), criado em setembro de 2019 pelo Grupo Nacional de Liderança para a Prevenção do Suicídio da Escócia (NSPLG, na sigla em inglês), apoia a execução do Plano de Ação para a Prevenção do Suicídio da Escócia⁶⁵. O LEP é composto por 14 pessoas de diversas formações profissionais e origens sociais que responderam a um anúncio de voluntariado e dedicam o seu tempo como voluntários. Cada membro do painel tem uma conexão diferente com o suicídio: alguns são sobreviventes da perda de um ente querido por suicídio, outros foram suicidas no passado ou foram cuidadores de familiares ou amigos que vivem com pensamentos e comportamentos suicidas. Eles são apoiados com respeito e sensibilidade por um coordenador convidado pela Associação Escocesa de Saúde Mental. Uma rede mais ampla, de mais de 100 pessoas de todo o país, com experiência direta em relação aos impactos do suicídio, também está envolvida no apoio ao trabalho do NSPLG por meio de uma série de atividades.

Com base nas experiências aprendidas com a criação do LEP e na sua parceria colaborativa com o NSPLG, foram identificados 13 elementos-chave que se revelaram essenciais para uma participação significativa e autêntica daqueles com experiência direta na implementação do Plano de Ação de Prevenção do Suicídio da Escócia:

- **Recrutamento de voluntários:** existem critérios fixos para o voluntariado (intervalo sugerido de dois anos desde a tentativa anterior de suicídio ou luto por suicídio). Isto permite uma participação mais segura e reduz o sofrimento.
- **Recrutamento de um coordenador que tenha experiência de tentativa de suicídio:** para orientar voluntários, estabelecer contato com as partes interessadas e implementar protocolos de salvaguarda.
- **Grupo gestor:** criar um grupo gestor para apoiar o papel do coordenador e usar o que foi aprendido para atualizar políticas e processos.
- **Acordar os resultados e definir expectativas:** garantir que os voluntários estejam cientes dos resultados do programa e que as atividades estejam alinhadas com os resultados; gerenciar as expectativas dos voluntários.
- **Métodos de participação e deliberação:** promover conversas respeitadas e honestas ajuda a construir uma relação aberta e de confiança entre os voluntários. Métodos não polêmicos de troca de experiências ajudam os voluntários a priorizar questões importantes e identificar pontos de melhoria.
- **Planejamento e preparação da participação:** os profissionais e coordenadores devem definir planos para as sessões e compartilhar informações com os voluntários antes de cada sessão.
- **Coleta de feedback:** implementar diferentes maneiras de coletar *feedback* (por escrito, áudio, grupos focais, digital) para aumentar as oportunidades de participação. Grupos menores provaram ser a forma mais eficaz e segura para os voluntários compartilharem histórias pessoais.
- **Ciclo virtuoso de feedback:** combinar mecanismos de *feedback* com os voluntários evita a participação simbólica. Garante que aqueles envolvidos nas ações serão ouvidos e terão suas opiniões respeitadas.
 - Faça reuniões de acompanhamento do progresso com os voluntários.
 - Combine prazos para dar *feedback*.
 - Incorpore opiniões nos relatórios.
 - Certifique-se de que os voluntários participem das reuniões do programa.
- **Solicitar permissão sempre:** os voluntários devem ser sempre consultados sobre o compartilhamento de informações pessoais. Eles têm a palavra final sobre o intercâmbio de informações; a comprovação do consentimento deve ser contínua.
- **Apoio emocional e proteção:** o bem-estar dos voluntários deve ser checado rotineiramente, antes, durante e depois das sessões de colaboração.
- **Acordo dos voluntários e manual:** deve haver responsabilidades e limites claramente estabelecidos para os voluntários, incluindo uma lista de serviços de apoio no caso de crises.
- **Análise após o compartilhamento de experiências:** canais abertos são essenciais; o impacto do compartilhamento pode ser catártico, mas também pode desencadear memórias dolorosas e emoções difíceis.
- **Autocuidado:** não é opcional. Sessões de bem-estar são vitais.

65 Suicide prevention action plan: every life matters. Edimburgo: Governo da Escócia [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.gov.scot/publications/scotlands-suicide-prevention-action-plan-life-matters/>.

Quadro 51 – Roses in the Ocean: organização para aqueles que vivenciaram o suicídio (Austrália)

Roses in the Ocean é uma organização para pessoas com experiência direta com o suicídio. Foi fundada em 2008 e é composta apenas por pessoas que já vivenciaram o suicídio. A organização foi criada em uma época em que o suicídio era pouco abordado nas comunidades australianas e era evidente que o governo e os serviços precisavam ouvir as pessoas que tinham passado pela experiência do suicídio. Cresceu e tornou-se uma força motriz por trás de reformas significativas na prevenção do suicídio na Austrália, onde a integração genuína da experiência direta é agora considerada essencial para todas as iniciativas de prevenção do suicídio.

Roses in the Ocean define a experiência direta com o suicídio como ter experimentado pensamentos suicidas, tentado suicídio, cuidado de alguém durante uma crise suicida ou ter perdido alguém por suicídio.

O trabalho da Roses in the Ocean começou pela conscientização da comunidade com relatos de experiências durante eventos comunitários e corporativos, mas rapidamente se percebeu que o seu papel precisava ser muito mais do que um conjunto de vozes. A organização logo desenvolveu uma série de cursos de capacitação para pessoas com experiência direta, a fim de que se envolvessem na prevenção do suicídio na sua comunidade e em nível nacional, de diversas maneiras.

A necessidade de trabalhar tanto na comunidade, construindo uma força de trabalho com experiência direta, como em nível estratégico com o setor de prevenção do suicídio e o governo, foi fundamental para informar, influenciar e melhorar ativamente todos os aspectos da prevenção do suicídio, desde a concepção e prestação de serviços até a pesquisa, políticas etc.

Não houve financiamento durante os primeiros oito anos, por isso a Roses in the Ocean contou com a generosidade dos voluntários, alguns deles em tempo integral, para fazer progressos. Algumas pessoas de destaque na prevenção do suicídio começaram a prestar atenção e deram o aval de sua credibilidade para abrir portas no governo e ajudar a organização a crescer. Visto que a organização era uma instituição de caridade registrada, com um conselho de administração, pôde servir de veículo para que o governo – inicialmente de forma provisória e depois de forma muito mais deliberada – apoiasse a voz daqueles que haviam tido uma experiência de tentativa de suicídio.

Em 2018, o governo australiano passou a financiar a Roses in the Ocean por meio do Programa Nacional de Liderança e Apoio à Prevenção do Suicídio. O restante da receita da Roses in the Ocean é gerado pela remuneração de serviços e financiamento de projetos específicos de várias redes de atenção primária à saúde, departamentos de saúde estaduais e territoriais e organizações setoriais.

Hoje, a Roses in the Ocean está envolvida em diversas atividades, entre elas a realização de oficinas de capacitação para pessoas com experiência direta, serviços de mentoria, integração de pessoas com experiência direta em organizações, comunidades de prática, formação de pessoas para ministrar treinamentos “guardiões da vida”, criação de espaços seguros não clínicos, capacitação de força de trabalho especializada em prevenção do suicídio e colaboração com pesquisadores para integrar a experiência direta com o suicídio e orientar novos focos de pesquisa.

As etapas para estabelecer uma força de trabalho com experiência direta são:

- Aproveitar o que já foi aprendido e desenvolvido em todo o mundo.
- Apoiar e financiar a criação de uma organização de experiência direta que irá:
 - envolver pessoas com experiência direta com o suicídio que desejam contribuir para a prevenção do suicídio;
 - investir na capacitação de pessoas com experiência direta para que compartilhem suas histórias e percepções e participem de forma significativa em debates e trabalhos regionais e nacionais sobre a prevenção do suicídio;
 - desenvolver uma rede de pessoas com experiência direta com perspectivas e competências variadas;
 - trabalhar para incorporar uma estrutura de experiência direta em todas as organizações e governos com representação em todos os níveis de governança;
 - identificar áreas específicas prioritárias, em âmbito local e nacional.

Quadro 52 – Integração de uma abordagem de toda a nação e de todo o governo (EUA)

O roteiro do presidente para empoderar os veteranos e acabar com uma tragédia nacional de suicídio (PREVENTS, na sigla em inglês)⁶⁶ estabeleceu um plano de ação de três anos para abordar o suicídio nos EUA, com foco nas populações de veteranos. O PREVENTS foi criado com total apoio da Casa Branca, bem como da alta cúpula de todas as agências federais dos EUA. Para liderar o esforço, foi nomeado Diretor Executivo um especialista em saúde mental do setor não governamental, com 15 anos de experiência na criação e coordenação de grandes coligações multissetoriais. O PREVENTS conseguiu aproveitar o poder de persuasão da Casa Branca para garantir que o governo – bem como os líderes não governamentais – participassem integralmente do seu processo de construção e implementação. Além disso, o Diretor Executivo convidou organizações e estabeleceu parcerias que se comprometeram em investir seus recursos e conhecimentos especializados na iniciativa. Essa combinação de apoio político, recursos adequados provenientes de parceiros governamentais e não governamentais e uma liderança forte e eficaz para impulsionar a iniciativa tem sido fundamental para o sucesso do PREVENTS.

Mais de 150 especialistas no assunto de 15 agências federais colaboraram em um processo que teve duração de um ano para desenvolver o roteiro PREVENTS. O resultado foi um plano para a prevenção do suicídio baseado na saúde pública, com objetivos que visavam a mudança de cultura, o acesso contínuo ao atendimento, um ecossistema de investigação conectado e uma sólida participação da comunidade. Este plano de ação destaca uma abordagem que envolve toda a nação e todo o governo, que continuará trabalhando com uma rede de parceiros e promotores composta por mais de 1 mil pessoas, incluindo embaixadores nacionais do PREVENTS e organizações que representam os governos federal, estaduais, municipais e tribais, comunidades religiosas, organizações sem fins lucrativos, o meio acadêmico, organizações de veteranos e de militares da ativa e outros parceiros da indústria privada que atuam em colaboração para implementar melhores práticas na saúde e prevenir o suicídio. A implementação do roteiro PREVENTS deu início a um processo plurianual que tem como prioridade a avaliação do programa para medir a eficácia e o impacto de cada área estratégica, bem como a abordagem global.

O PREVENTS criou um modelo abrangente para convocar todos os americanos a trabalharem juntos para:

- mudar o debate sobre saúde mental e avançar na compreensão dos fatores de risco e de proteção subjacentes associados ao suicídio por meio de uma campanha robusta de saúde pública (A REACH⁶⁷, campanha de saúde pública, foi lançada em 2020, fornecendo às pessoas as ferramentas e os recursos necessários para procurar ajuda quando estão sofrendo ou para ajudar outras pessoas que estão passando por dificuldades);
- conceber e apoiar programas eficazes para fornecer aos veteranos os serviços de que necessitam;
- construir um ecossistema de investigação que incentive o compartilhamento e a coordenação de dados; e
- trabalhar com órgãos federais para fomentar uma cultura e elaborar iniciativas que apoiem a capacidade de uma pessoa prosperar durante todo o ciclo de vida.

O PREVENTS elevou o debate nacional em torno da saúde mental e do suicídio ao: 1) adotar uma abordagem nacional de saúde pública destinada a educar todos os estadunidenses sobre a importância da saúde mental e da prevenção do suicídio; 2) criar uma coligação robusta de parceiros dentro e fora do governo; e 3) facilitar a colaboração e a coordenação para este esforço de toda a nação, o primeiro deste tipo, para prevenir o suicídio.

66 Washington, DC Department of Veterans Affairs. Washington, DC [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.va.gov/prevents/>.

67 Department of Veterans Affairs. Washington, DC [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.reach.gov/>.

Quadro 53 – Prevenção e manejo do suicídio (territórios palestinos ocupados, incluindo Jerusalém Oriental)

Desde 2016, os relatórios policiais anuais na Cisjordânia indicam um aumento nas taxas de suicídio e tentativas de suicídio em comparação com anos anteriores⁶⁸. Na Faixa de Gaza, os dados mostram também que as taxas de suicídio continuam aumentando, especialmente entre os jovens e adolescentes⁶⁹. No entanto, os dados sobre suicídio e tentativas de suicídio no território palestino ocupado, incluindo Jerusalém Oriental, são escassos, sendo a maioria dos casos encobertos, tolerados, não documentados ou simplesmente não descobertos. Muitos fatores contribuem para a falta de estudos e registros sobre o suicídio no território palestino ocupado, incluindo Jerusalém Oriental, incluindo o estigma social, conceitos religiosos errados (*haram*/pecado) e a falta de capacidade e coordenação entre os principais intervenientes no território. Neste contexto, em 2017, uniram-se esforços para a criação do Comitê Nacional de Prevenção do Suicídio no território palestino ocupado, incluindo Jerusalém Oriental. O comitê, liderado pelo Ministério da Saúde com apoio técnico da OMS, propôs a primeira Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio para 2021-2026. A estratégia marca o compromisso dos membros do comitê e das principais partes interessadas no território palestino ocupado, incluindo Jerusalém Oriental – agentes governamentais, Organismo de Obras Públicas e Socorro das Nações Unidas para Refugiados Palestinos no Oriente Próximo (UNRWA, na sigla em inglês), a OMS, ONGs nacionais e a ONG internacional Médecins du Monde (MdM-CH, na sigla em francês) – para abordar a questão do suicídio na região. O comitê também trabalhou para aumentar a coleta de dados, criou um plano de ação para diferentes setores e incentivou as partes interessadas a atribuírem recursos para a implementação do planejamento. No entanto, os esforços foram paralisados pelos muitos desafios impostos, entre eles o número limitado de profissionais de saúde mental; a lacuna na prestação de serviços, detecção e prevenção entre os principais prestadores (saúde, educação e proteção); a escassez de dados precisos; e o estigma existente. Como resultado, diferentes membros do comitê trabalharam para aumentar a conscientização para o tema por meio de campanhas multimídia nacionais e colaboraram com os meios de comunicação na elaboração de reportagens responsáveis. Além disso, o MdM-CH conduziu um estudo em 2019 sobre os fatores de risco da tentativa de suicídio na Cisjordânia⁷⁰. Com base nas conclusões deste estudo, foi estabelecido e implementado um plano de formação para serviços de emergência e centros comunitários de saúde mental, em parceria com o Ministério da Saúde. A OMS e outros intervenientes também realizaram cursos de formação em mhGAP em resposta à falta de capacidade dos principais profissionais para abordar a questão do suicídio. Os líderes religiosos e os prestadores de serviços médicos militares também receberão formação na prevenção do suicídio. Apesar destes esforços recentes, é necessário continuar a colaboração entre diferentes setores para criar um sistema abrangente de promoção, detecção, encaminhamento e tratamento do suicídio no território palestino ocupado, incluindo Jerusalém Oriental.

68 Ver: <https://www.palpolice.ps/annual-statistics> [consultado em 28 de janeiro de 2021]

69 Genebra: Escritório das Nações Unidas para a Coordenação de Assuntos Humanitários [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: Reliefweb <https://reliefweb.int/report/occupied-palestinian-territory/brink-gaza-s-youth-are-turning-suicide-amid-growing>.

70 Neuchâtel: Médecins du Monde [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: https://medecinsdumonde.ch/wp-content/uploads/2020/03/2019_MdM-Suisse_Attempted-Suicide-Patients-Risk-Factors-Suicide-Prevention-Strategies-in-Palestine_Study_EN-002.pdf.

CONSCIENTIZAÇÃO E DEFESA DA CAUSA

Quadro 54 – Conscientização e defesa da causa (Canadá)

Há 15 anos sem dispor de uma estratégia de prevenção do suicídio para a província de Quebec, no Canadá, a Association québécoise de prévention du suicide (AQPS, na sigla em francês) percebeu uma oportunidade de promover uma nova estratégia e decidiu criar um coletivo para mobilizar as partes interessadas para esse objetivo. Formado em 2019, com aproximadamente 35 organizações membros, o coletivo reuniu organizações com interesse na prevenção do suicídio e na saúde mental, a fim de convencer o governo de Quebec a adotar uma estratégia nacional dedicada à prevenção do suicídio. Orientado por seu plano de mobilização, o grupo teve como objetivo principal criar um senso de propósito e pertencimento. O coletivo ganhou apoio mediante a publicação de cartas abertas, solicitação de reuniões com funcionários do governo, realização de uma coletiva de imprensa no Dia Mundial da Prevenção do Suicídio, solicitação de apoio da população em geral, realização de reuniões informativas e consultas em toda a província de Quebec. Ações concretas foram planejadas e executadas ao longo de 10 meses. Em outubro de 2019, o Ministro da Saúde do Quebec anunciou a criação de uma estratégia nacional abrangente de prevenção do suicídio.

Quadro 55 – Dia Mundial da Saúde Mental e Dia Mundial da Prevenção do Suicídio

No dia 10 de outubro, a prevenção do suicídio foi escolhida como tema do Dia Mundial da Saúde Mental (DMSM) de 2019. Visto que o Dia Mundial da Prevenção do Suicídio é exatamente um mês antes, foi decidido que deveria ser realizada uma iniciativa com duração de um mês. Foram programados sete meses de preparação para o Dia Mundial da Prevenção do Suicídio. O objetivo era destacar o problema do suicídio em relação aos principais dados globais: que uma pessoa morre a cada 40 segundos por suicídio. Foram criados vídeos animados dirigidos às principais populações de guardiões (por exemplo, professores⁷¹, socorristas⁷², empregadores⁷³, trabalhadores da saúde⁷⁴) e elaborados folhetos de recursos adicionais⁷⁵. Talinda Bennington, cofundadora da 320 Changes Direction⁷⁶ e uma influenciadora com experiência direta, foi escolhida promotora da prevenção do suicídio. Participou de várias atividades nas redes sociais, com uma live no Twitter e três lives no Facebook, além de uma publicação no Instagram. Sua colaboração também incluiu uma reunião com o Diretor Geral da OMS e um apelo conjunto para que as pessoas participassem da iniciativa. Foi estabelecido um núcleo de planejamento formado por organizações intergovernamentais e não governamentais dedicadas à prevenção do suicídio e saúde mental com o intuito de coordenar esforços em uma atividade de promoção (40 segundos de ação) entre a OMS, a Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio (IASP), a Federação Mundial de Saúde Mental e a United for Global Mental Health⁷⁷. Isto gerou uma maior divulgação das principais mensagens da campanha, à medida que influenciadores de destaque no cenário mundial se envolveram na atividade. O sucesso da iniciativa foi monitorado por meio do número de visitas aos recursos do site, número de visualizações e compartilhamentos nas redes sociais e localização geográfica dos visitantes do site. Foi observado um aumento de 160% nas visitas ao site após o lançamento da campanha.

71 Ver: https://www.youtube.com/watch?v=Le7n6i0dpTI&feature=emb_logo. [consultado em 28 de janeiro de 2021].

72 Ver: https://www.youtube.com/watch?v=ECarCNxgM-4&feature=emb_logo. [consultado em 28 de janeiro de 2021].

73 Ver: https://www.youtube.com/watch?v=C0iQLEwABpc&feature=emb_logo. [consultado em 28 de janeiro de 2021].

74 Ver: https://www.youtube.com/watch?v=Fy7n8SfwS_A&feature=emb_logo. [consultado em 28 de janeiro de 2021].

75 What emergency workers, health workers, teachers, prison officers, media professionals and employers can do to help prevent suicide. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/suicide/campaign-materials-handouts>.

76 Ver: <https://www.changedirection.org/320-changes-direction/>. [consultado em 28 de janeiro de 2021].

77 World Mental Health Day 2019. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/suicide/flyer-40seconds-web.pdf?sfvrsn=5ba643c_2.

CAPACITAÇÃO

Quadro 56 – Adaptação LGBTIQ da formação de guardiões baseada em evidências (Austrália)

O governo australiano delineou uma série de reformas políticas de prevenção do suicídio que reúne uma forte liderança nacional com esforços regionais sistemáticos de reconhecimento das diferenças locais. Entre as mais importantes está o Ensaio Nacional de Prevenção do Suicídio (NSPT, na sigla em inglês), uma iniciativa que reúne 11 redes de atenção primária à saúde que adotam uma abordagem sistemática para solicitar serviços aprimorados para pessoas em risco de suicídio. O governo australiano criou redes de atenção primária para aumentar a eficiência e efetividade dos serviços médicos, reduzir a fragmentação dos cuidados e melhorar os resultados de saúde para todos, especialmente os mais vulneráveis.

A North Western Melbourne Primary Health Network (Rede de Atenção Primária à Saúde do Noroeste de Melbourne; NWMPHN, na sigla em inglês) é a única rede de atenção primária em Victoria a participar do NSPT. A NWMPHN é a maior das seis redes de atenção primária de Victoria, com uma abrangência de cerca de 1,6 milhão de pessoas, atendendo comunidades extremamente diversas, desde o centro comercial e financeiro da cidade de Melbourne até os subúrbios em rápida expansão no norte e oeste.

A população vulnerável, que é o foco do NSPT da NWMPHN, são as comunidades de lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, intersexuais e queer (LGBTIQ). Os australianos LGBTIQ têm desfechos de saúde mental e tendências suicidas significativamente piores e uma grande parte dos australianos LGBTIQ reside no noroeste de Melbourne. As atividades no âmbito do NSPT são lideradas pelo grupo de trabalho LGBTIQ, que consiste em representantes de organizações e órgãos de defesa LGBTIQ, representantes da comunidade LGBTIQ mais ampla e pessoas com voz para expressar sua experiência direta. O grupo de trabalho identificou a necessidade de educação e formação para capacitar o setor de serviços especializados LGBTIQ e outros que trabalham com a comunidade, a fim de desenvolver competências para identificar os sinais de alerta de problemas de saúde mental e suicídio nas pessoas LGBTIQ.

A LivingWorks Australia começou a trabalhar com representantes do grupo de trabalho e da comunidade LGBTIQ para adaptar os métodos existentes de prevenção e intervenção do suicídio baseados em evidências (ASIST e safeTALK). Todos os programas LivingWorks passaram por um extenso processo de concepção e desenvolvimento e são atualizados regularmente para refletir as evidências mais recentes e o conhecimento das melhores práticas sobre prevenção do suicídio. Os programas de formação foram adaptados por meio de um extenso processo de concepção conjunta com as partes interessadas da comunidade LGBTIQ, com o objetivo de fazer com que os cursos fossem percebidos como atividades seguras e inclusivas e de capacitar as pessoas LGBTIQ e os setores mais amplos da sociedade para atenderem aos membros da comunidade que necessitam de apoio na intervenção contra o suicídio.

No final de 2020, um total de 206 pessoas haviam recebido formação em LGBTIQ ASIST e safeTalk, incluindo 33 líderes comunitários LGBTIQ, com dez multiplicadores ASIST e sete multiplicadores safeTALK, utilizando o modelo de formação de multiplicadores (“train-the-trainer”). Vários destes são agora multiplicadores registrados do ASIST e do safeTALK, e continuarão ministrando formação adaptada e apoiando a sustentabilidade do projeto após o final do ensaio em junho de 2021.

Além disso, foi elaborado, em parceria com a comunidade LGBTIQ, o guia *Essential understanding guide for delivering LivingWorks education training to LGBTIQ populations* (Guia de compreensão essencial para oferecer formação em LivingWorks a pessoas LGBTIQ, em tradução livre). O guia foi pensado para complementar o manual ASIST para formadores e serve de orientação para os multiplicadores que ministram a versão LGBTIQ do ASIST, bem como para outros multiplicadores que devem garantir que a sua formação seja sempre segura e inclusiva para os participantes da comunidade LGBTIQ.

Os resultados do projeto incluem:

- criação de cursos de formação inclusivos e seguros para comunidades LGBTIQ, por comunidades LGBTIQ; e
- fortalecimento da capacidade das organizações LGBTIQ de se tornarem comunidades mais seguras contra o suicídio.

Um participante do curso afirmou que:

- “Ter somente pessoas queer na oficina passou uma grande sensação de segurança e foi uma das melhores partes do treinamento.”

Quadro 57 – Projeto de formação de guardiões comunitários (Canadá)

O projeto de formação de guardiões comunitários em prevenção do suicídio na província da Colúmbia Britânica foi criado para desenvolver uma rede de pessoas formalmente treinadas que pudessem identificar e apoiar indivíduos que apresentam sinais de angústia ou risco de suicídio e conectá-los com os serviços disponíveis. Os 9.466 guardiões envolvidos no projeto foram selecionados com base no seu contato frequente e direto com membros da sua comunidade, sua posição de responsabilidade e confiança, seu conhecimento dos recursos da comunidade e por sentirem-se confortáveis em encorajar outras pessoas a procurar ajuda. Estes guardiões receberam formação safeTALK ou ASIST da LivingWorks e o projeto adicionou mais de 40 multiplicadores à capacidade de formação da província. Este projeto iniciou em 2015 com um investimento único de 3 milhões de dólares canadenses do Ministério da Saúde da Colúmbia Britânica à divisão regional da Associação Canadense de Saúde Mental. Embora o trabalho tenha sido concluído em 2018, o trabalho futuro, que se baseia no sucesso do projeto de formação de guardiões, será apoiado por um fundo de sustentabilidade gerado por cursos pagos.

Quadro 58 – Capacitação (República Islâmica do Irã)

Com o objetivo de gerir os danos sociais, incluindo comportamentos suicidas, em todas as 136 universidades e faculdades pertencentes ao Ministério da Ciência, Pesquisa e Tecnologia, foi criado um centro para realizar consultas e atendimentos em saúde mental. O Programa Integral de Prevenção do Suicídio nas Universidades foi criado em 2007 e atualizado mais recentemente em 2018. O programa abrange dois elementos de capacitação. Um deles fornece uma estrutura administrativa em cada universidade ou faculdade, incluindo seus principais funcionários para intervir em situações de crise, como tentativas de suicídio. O segundo elemento é a criação de um comitê de apoio por parte dos estudantes – a Associação Estudantil de Auxiliares de Saúde Mental (SAMHH, na sigla em inglês) – que são formados no programa BTE. B de Bepors significa perguntar, T de Targhib encorajar e E de Erja, encaminhar. Vários cursos foram realizados para capacitar e reciclar os membros, e todos os anos a SAMHH realiza uma reunião nacional.

Quadro 59 – Programa de Saúde Mental e Apoio Psicossocial da OIM: prevenção e resposta ao suicídio (Iraque)

De acordo com o *Manual on Community Based Mental Health and Psychosocial Support in Emergencies and Displacement* (Manual de apoio comunitário psicossocial e de saúde mental para situações emergenciais e deslocamentos) da Organização Internacional para as Migrações (OIM), o programa de Saúde Mental e Apoio Psicossocial (SMAPS) da OIM no Iraque incluiu a prevenção e resposta ao suicídio como uma das atividades estratégicas em seu portfólio de estabilização comunitária, após verificar a prioridade deste tema nas comunidades envolvidas.

Em 2019, a OIM no Iraque organizou discussões com grupos focais em diferentes campos e fora do campo para compreender as percepções da comunidade e os fatores de risco associados ao suicídio entre pessoas deslocadas. A OIM identificou que a falta de informação sobre fatores de risco e de proteção e a falta de conscientização para um possível apoio comunitário são alguns dos principais desafios que contribuem para o estigma em torno do suicídio e para a falta de resposta adequada. A equipe de SMAPS da OIM desenvolveu um pacote de conscientização dirigido a diferentes públicos, tais como trabalhadores da saúde, educadores e trabalhadores de escolas, famílias que perderam alguém por suicídio. Foi elaborado um folheto em que se descrevia conceitos errados comuns sobre o suicídio dirigido ao público em geral. Os folhetos foram disponibilizados em inglês, árabe, curdo sorâni e curdo badini. As versões eletrônicas foram distribuídas por todos os membros do grupo de trabalho técnico de SMAPS no Iraque e a OIM doou milhares de cópias aos Ministérios da Saúde em Bagdá e Erbil, bem como a muitas ONGs locais e internacionais que solicitaram cópias impressas.

A equipe de SMAPS da OIM no Iraque reconheceu a falta de recursos humanos com formação que pudessem envolver a comunidade em um tema que consideram muito sensível. Entre 2019 e 2020, a OIM organizou uma série de cursos de formação para proporcionar aos participantes (por exemplo, trabalhadores da saúde, educadores e funcionários de escolas, famílias que perderam um ente querido por suicídio) os conhecimentos e competências necessários para aumentar a conscientização da comunidade sobre o suicídio e superar as barreiras do estigma e da susceptibilidade em torno do tema. Cerca de 200 pessoas de 10 províncias de diferentes partes do Iraque foram treinadas para falar com suas comunidades sobre os fatores de risco, fatores de proteção, possíveis formas de prevenir o suicídio e como fornecer apoio a indivíduos e suas famílias até que a ajuda profissional esteja disponível. A OIM apoiou alguns dos participantes na organização de sessões de conscientização comunitária em campos para pessoas deslocadas internamente, assentamentos informais e aldeias. Essas sessões representaram uma oportunidade de supervisão e treinamento in loco para garantir a efetividade da formação. Foi também uma boa oportunidade para testar os materiais de conscientização e torná-los mais acessíveis.

Quadro 60 – Avaliação da formação de guardiões (Países Baixos)

O programa de formação de guardiões holandês é um curso de quatro horas ministrado por dois instrutores. O programa inclui uma introdução ao tema do suicídio, fatores de risco e prevenção, além de encenações para praticar competências e compreender qual a melhor forma de encaminhar pessoas para apoio adicional. A organização 113 Suicide Prevention avaliou a efetividade da formação entre 2015 e 2016, período durante o qual foram realizadas 42 sessões de formação com 526 indivíduos (Terpstra et al., 2018). Os participantes da formação de guardiões são dos setores de saúde, educação e socioeconômico, bem como de segurança e justiça, transportes, igrejas e mesquitas. A formação demonstrou ser efetiva no aumento de conhecimentos e competências necessários à prevenção do suicídio e no fortalecimento da confiança entre os guardiões. Curiosamente, não houve efeito no número de pessoas que foram identificadas como em risco pelos guardiões, ou no número de encaminhamentos posteriores realizados.

Quadro 61 – Prevenção do suicídio (Turquia)

O trabalho de prevenção do suicídio na Turquia foi reestruturado de acordo com o Plano Nacional de Ação de Saúde Mental (2011-2023). Em 2019, foi solicitado a todas as províncias da Turquia que escolhessem um ponto focal para liderar o trabalho de prevenção do suicídio. Os profissionais receberam formação do Ministério da Saúde sobre o desenvolvimento de planos locais de prevenção do suicídio nas suas regiões, como fazer encaminhamentos pós-intervenção e a importância da avaliação psiquiátrica imediata. Como os riscos podem ser diferentes entre regiões, foi solicitado aos profissionais com formação que identificassem fatores de risco regionais para o suicídio na sua província e as fontes de apoio para pessoas com pensamentos ou tentativas de suicídio. Para esse propósito, foram criados comitês provinciais para a prevenção do suicídio, sob a coordenação de cada Direção Provincial de Saúde. Os membros dos comitês são representantes da Direção Provincial de Segurança, Comando Provincial da Gendarmaria, Direção Provincial da Família, Trabalho e Serviços Sociais, Gabinete do Mufti Provincial, Direção Provincial de Educação Nacional, o município e ONGs. Esses comitês trabalham em colaboração com todas as unidades que podem prestar serviços no território. Até ao final de 2018, todas as províncias elaboraram os seus próprios planos de ação de prevenção do suicídio para implementar atividades de forma eficaz. As atividades são notificadas ao Ministério da Saúde duas vezes por ano. Exemplos de atividades incluem a adaptação dos folhetos de recursos de prevenção do suicídio da OMS para o contexto turco em 2015. Os folhetos são utilizados em todo o país na formação oferecida a cinco profissões: médicos de família, enfermeiros da atenção primária, professores, jornalistas e trabalhadores prisionais. Desde 2015, a formação foi ministrada a 155.426 pessoas. O Ministério da Saúde tem conseguido garantir a cooperação mútua entre autoridades responsáveis pela aplicação da lei, académicos, ONGs e trabalhadores da saúde. Isto incluiu o desenvolvimento de formação para policiais, cujo papel na prevenção do suicídio é fundamental no país.

VIGILÂNCIA

Quadro 62 – Registro de suicídios de Queensland (Austrália)

O Registro de Suicídios de Queensland (QSR, na sigla em inglês) é um sistema de vigilância da mortalidade por suicídio gerenciado por pesquisadores do Instituto Australiano de Pesquisa e Prevenção do Suicídio (AISRAP, na sigla em inglês) da Universidade de Griffith e financiado pela Comissão de Saúde Mental de Queensland. O registro requer uma estreita colaboração com o Serviço de Polícia de Queensland (QPS, na sigla em inglês) e o Tribunal de Justiça de Queensland (CCQ, na sigla em inglês). Devido à necessidade de informações em tempo real, o AISRAP criou um QSR provisório (iQSR) em 2011.

O QSR possui uma ampla variedade de informações sobre os suicídios ocorridos desde 1990 em Queensland. As informações são provenientes de quatro fontes principais, incluindo relatórios de um legista, autópsias post-mortem, relatórios toxicológicos e conclusões de legistas. O AISRAP recebe os formulários policiais do QPS e do CCQ. Logo, acessa o Sistema Nacional de Informação Forense (NCIS, na sigla em inglês) para obter os demais relatórios. São realizados cruzamentos adicionais com o registro de nascimentos, casamentos e óbito de Queensland. Cada suspeita de suicídio é inserida em duas etapas, resultando no iQSR e QSR. Na primeira fase, as informações dos boletins de ocorrência eletrônicos da polícia sobre todas as suspeitas de suicídio são adicionadas ao iQSR três vezes por semana. Na segunda fase, a investigação forense é concluída e os casos são encerrados no NCIS e depois passam do iQSR para o QSR com informações adicionais procedentes de diferentes relatórios, que são verificadas novamente por assistentes de investigação treinados antes de serem inseridas no sistema.

As equipes do QSR usam uma árvore de decisão e codificam todas as mortes em uma de quatro probabilidades: improvável, possível, provável ou para além de qualquer dúvida razoável. Somente as mortes que se enquadram nas categorias de provável ou além de qualquer dúvida razoável são notificadas⁷⁸. O QSR é a principal fonte de dados a servir de base para as estratégias de prevenção do suicídio em Queensland e outras atividades e avaliações relacionadas.

Quadro 63 – Vigilância de lesões intencionais (Brasil)

A conscientização, o investimento financeiro e a inclusão da prevenção do suicídio na agenda de saúde foram elementos-chave para o sucesso da vigilância de lesões intencionais no Brasil, integrada ao Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes do país. Em 2006, o Ministério da Saúde brasileiro lançou uma portaria ministerial (Portaria 1.876, agosto de 2006) que estabeleceu diretrizes nacionais para prevenção do suicídio a serem implementadas em todos os níveis de governança (federal, estadual, municipal). De 2006 a 2008, o Ministério da Saúde implementou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), que torna compulsória a notificação de autolesões pelos serviços de emergência e especializados (por exemplo, centros de atendimento à mulher ou centros de referência para violência), bem como financiamento para a implementação do sistema de vigilância nos estados e municípios. Em 2011, o Ministério da Saúde lançou uma nova portaria ministerial que tornou compulsória a notificação de vigilância de autolesões e tentativas de suicídio por todos os serviços de saúde (não apenas serviços especializados e de emergência) e estabeleceu critérios e responsabilidades para profissionais de saúde e serviços de saúde. Em 2014, o Ministério da Saúde lançou uma nova portaria ministerial que obrigava os secretários de saúde dos municípios a notificar tentativas de suicídio no prazo de 24 horas. Em 2019, foi aprovada a lei que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pelo governo federal em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os municípios.

78 <https://www.griffith.edu.au/griffith-health/australian-institute-suicide-research-prevention/research/qsr>. [consultado em 28 de janeiro de 2021].

Quadro 64 – Observatório de comportamento suicida (América Central e República Dominicana)

O Observatório de Comportamento Suicida da América Central e República Dominicana⁷⁹, copatrocinado pela OPAS e pelo Conselho de Ministros da Saúde da América Central e da República Dominicana (COMISCA, na sigla em espanhol), foi criado em 2013 como um espaço interdisciplinar e intersetorial para a coleta de dados e produção de informações sobre o comportamento suicida nessas regiões. O objetivo do observatório é obter informações epidemiológicas oficiais e oportunas, que permitam a caracterização do comportamento suicida nos países, a fim de fortalecer as capacidades nacionais para a tomada de decisão sobre a criação e concepção de planos e programas baseados em evidências.

Os dados de mortalidade na América Latina têm sido descritos como “irregulares”, especialmente quando comparados com dados de países europeus (Bertolote & Fleischmann, 2002). Existem problemas adicionais, sendo um dos mais significativos o atraso na notificação dos dados (OMS, 2014). Por outro lado, existem disparidades marcantes nas taxas de suicídio entre diferentes países, mesmo entre alguns com níveis de desenvolvimento semelhantes (Liu, 2009), o que provavelmente reflete problemas de metodologia (OMS, 2015). Foi proposta a criação de um Observatório Sub-regional de Comportamento Suicida para fortalecer os sistemas de informação em saúde mental e melhorar a análise de problemas e a tomada de decisão com base em dados epidemiológicos confiáveis. Desde o princípio, foram coletados dados sobre suicídios consumados, mas, recentemente, foram incluídos também dados sobre tentativas de suicídio.

© OMS / Christine McNab



79 Observatorio Centroamericano y República Dominicana de la Conducta Suicida [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: http://comisca.net/content/observatorio_suicidio.

Quadro 65 – Sistema de monitoramento de autolesão do hospital universitário Aga Khan (AKUH-SHMS) (Paquistão)

O Hospital Universitário Aga Khan (AKUH) é um hospital universitário privado com 700 leitos, localizado em uma região central de Karachi, a maior cidade do Paquistão, cuja população é de cerca 22 milhões de habitantes. O hospital utiliza o sistema de informação e gestão hospitalar (HIMS, na sigla em inglês) para seus registros médicos. Recebe, em média, 60 a 65 casos de autolesão anualmente. Os casos de autolesão são classificados em três grupos: tentativas clinicamente graves que necessitam de internação no hospital; pacientes que receberam alta após tratamento médico no pronto-socorro; e pacientes que abandonam o hospital contra orientação médica (“alta à revelia”). Todos os pacientes com autolesão são encaminhados à equipe psiquiátrica de plantão para avaliação e os detalhes são documentados em seus prontuários médicos. Periodicamente, são realizados cursos de formação para equipes médicas, psiquiátricas e de enfermagem sobre avaliação e registro de informações vitais de casos de autolesão.

Em 1990, o Departamento de Psiquiatria criou um registro para casos de autolesão que se apresentavam no AKUH. Os dados são recuperados dos prontuários médicos e registrados em um formulário de extração de dados especialmente elaborado (incluindo dados sociodemográficos, métodos utilizados, tipo de substância, acessibilidade, intenção, motivo da autolesão, diagnóstico psiquiátrico, descarte e acompanhamento) e inseridos em um banco de dados informatizado por um responsável pela pesquisa. São realizadas reuniões trimestrais para analisar esses dados e a qualidade da base de dados. Atualmente, a maior parte das informações é capturada eletronicamente.

Embora o AKUH receba um número relativamente pequeno de casos de autolesão ocorridos em Karachi, a base de dados forneceu informações úteis sobre o padrão de autolesão e deu origem a diversas publicações. Algumas das descobertas seminais da investigação sobre autolesão no Paquistão são o resultado de informações geradas pela base de dados do sistema de gestão de autolesão (SHMS, na sigla em inglês) do AKUH (por exemplo, altas taxas de autolesão em mulheres jovens casadas, baixas taxas de repetição de autolesão ou suicídio, abuso de benzodiazepínicos, baixo uso de analgésicos em atos de autolesão) (Khan & Reza, 1998; Syed & Kahn, 2008; Zakiullah et al., 2008).

Alguns fatores críticos que contribuem para a sustentabilidade do sistema de monitoramento incluem liderança departamental, a presença de um investigador dedicado, o treinamento e a formação das equipes médicas e de enfermagem, documentação e manutenção de registros médicos, sistemas de informação e controle de qualidade.

O sistema de monitoramento de autolesão do hospital universitário AKUH continua sendo a única base de dados sobre autolesão do país e constitui um excelente exemplo de um sistema intensivo de saúde de baixo custo, que demanda poucos recursos, baseado em dados coletados rotineiramente. O sistema é particularmente útil para países de baixa e média renda que não possuem sistemas nacionais de vigilância de autolesão.

RESTRINGIR O ACESSO AOS MEIOS DO SUICÍDIO

Quadro 66 – Proibições de pesticidas (Bangladesh)

Em 2000, o órgão responsável por registrar e regulamentar pesticidas em Bangladesh proibiu o uso de todos os pesticidas com classificação I de perigo segundo a OMS, incluindo os inseticidas organofosforados altamente tóxicos: diclorvós, paration, metil paration, monocrotofós e fosfamidona. Nos anos seguintes, a taxa de suicídio por pesticidas caiu drasticamente, de 6,3 por 100 mil em 1996 para 2,2 por 100 mil em 2014, uma redução de 65,1% (Chowdhury et al., 2018). Como as taxas de mortalidade por enforcamento permaneceram as mesmas durante esse período, os dados indicam que essas proibições reduziram o número total de suicídios. Ao mesmo tempo, não foram encontradas evidências de que essas proibições específicas de inseticidas tiveram qualquer efeito na produção agrícola.

Quadro 67 – Restrição de acesso a meios na comunidade (Canadá)

Na comunidade de La Ronge, localizada na região norte da província de Saskatchewan (Canadá), o grupo de trabalho de segurança relacionada aos meios está implementando programas de segurança de medicamentos em toda a comunidade, como estratégia para restringir o acesso a meios letais de suicídio. Com uma abordagem multifacetada, o coordenador comunitário em La Ronge está adaptando um folheto sobre a criação de lares mais seguros com informações de assistência local; oferecendo programas educativos virtuais em parceria com o farmacêutico local; e distribuindo caixas seguras de medicamentos para pessoas identificadas como em maior risco de suicídio. As caixas seguras de medicamentos são distribuídas pelos médicos nos principais serviços de saúde da comunidade aos cuidadores de pessoas que tiveram pensamentos suicidas ou tentaram suicídio. As lições aprendidas em La Ronge apoiam diretamente as comunidades em outros locais de Saskatchewan, onde os coordenadores regionais estão adaptando o programa para adequá-lo às necessidades das suas próprias comunidades. Já pensando no futuro, o grupo de trabalho de segurança de meios de La Ronge identificou o consumo de álcool como outra área importante a ser explorada no programa de segurança de meios.

Quadro 68 – Restrição de acesso a pesticidas (Fiji)

O Governo das Fiji proibiu a importação, venda e uso de dois tipos de pesticidas (paraquat e imidacloprida) a partir de 1 de janeiro de 2020. O paraquat tem sido associado a vários suicídios em Fiji e demonstrou ter um impacto negativo no meio ambiente. A adesão do governo foi essencial para que a proibição dos pesticidas fosse aprovada. A importância da proibição foi destacada para o governo por meio de: 1) uma abordagem multissetorial que reúne o Ministério da Agricultura, o Ministério da Saúde e ONGs de agricultura orgânica para mostrar as razões para a proibição; e 2) aproveitamento da cobertura midiática do suicídio para mostrar a importância da proibição.

O Comitê Nacional de Prevenção do Suicídio do Ministério da Saúde solicitou a restrição de pesticidas para prevenir suicídios. O Ministério da Agricultura recomendou a proibição de pesticidas devido aos impactos negativos no meio ambiente (animais, abastecimento de água, saúde humana). Ao mesmo tempo, ONGs e comunidades pressionaram pela agricultura orgânica, que utiliza pesticidas naturais, devido ao impacto negativo do paraquat e da imidacloprida na terra. Cuidar da terra e do meio ambiente é parte integrante da identidade e da cultura de Fiji.

A cobertura da imprensa foi usada para destacar a importância da prevenção do suicídio e, portanto, da proibição dos pesticidas. A cobertura da mídia incluiu campanhas sobre prevenção do suicídio lideradas pelo Comitê Nacional de Prevenção do Suicídio, histórias pessoais de suicídio compartilhadas por membros de destaque da comunidade nas redes sociais e dados da força policial sobre suicídios.

Observou-se resistência à proibição por parte dos vendedores e agricultores que usavam regularmente esses pesticidas. Para superar estas barreiras, o Ministério da Agricultura e as ONGs envolvidas na agricultura orgânica trabalharam diretamente com os agricultores e vendedores para informá-los sobre os perigos desses pesticidas e onde encontrar alternativas. A conscientização concentrou-se nos benefícios para as alterações climáticas e para a saúde. Para que os agricultores e vendedores tivessem tempo de se adaptar às mudanças iminentes, o trabalho de conscientização começou seis meses antes de a proibição entrar em vigor.

O caráter descendente da proibição por parte do governo fez com que a proibição fosse respeitada, ressaltando a importância da adesão do governo.

“Não podemos fazer isso sozinhos, isoladamente”.

Sra. Tavaita Sorovanalagi Matakaca, responsável pelo Projeto Nacional de Prevenção do Suicídio, Ministério da Saúde de Fiji.

O Comitê Nacional para a Prevenção do Suicídio aproveitou esta oportunidade para promover o bem-estar mental como forma de prevenir suicídios (por exemplo, aumentar a conscientização da comunidade para a gestão do estresse). O governo está monitorando o número de suicídios no país para avaliar o impacto da proibição dos pesticidas. Dados iniciais de janeiro a maio de 2020 sugeriu uma ligeira diminuição nas taxas de suicídio em comparação com 2019.

Quadro 69 – Proibição do paraquat (Malásia)

O envenenamento por pesticidas é o segundo principal método de suicídio na Malásia. O país iniciou uma proibição total do paraquat em 1º de janeiro de 2020. O paraquat é um herbicida associado a uma letalidade particularmente alta quando ingerido, pois não existe antídoto ou tratamento eficaz. As taxas de envenenamento por paraquat aumentaram 5,5 vezes até 2015 em comparação com as taxas de 2006, quando o uso restrito foi permitido após a decisão inicial de proibir o herbicida em 2002 (Leong et al., 2018). No mundo real, a implementação de uma proibição do paraquat para reduzir o acesso a pesticidas letais requer o acesso a alternativas sustentáveis que possam substituir o paraquat nas comunidades agrícolas.

INTERAGIR COM A MÍDIA PARA A DIVULGAÇÃO RESPONSÁVEL DO SUICÍDIO

Quadro 70 – Adaptação e implementação de diretrizes para reportagens responsáveis sobre suicídio nos meios de comunicação (Eslovênia)

Em 2010, o Instituto Nacional de Saúde Pública, o Instituto UP Andrej Marusic (Centro Esloveno para a Investigação do Suicídio), a Organização Nacional para a Qualidade de Vida (OZARA) e a Associação Eslovena para a Prevenção do Suicídio colaboraram para adaptar as orientações dos meios de comunicação ao contexto esloveno e para aplicá-las no país. A publicação da OMS *Preventing suicide: a resource for media professionals* (Prevenção do suicídio: um recurso para profissionais da comunicação) foi traduzida para o esloveno. O grupo de trabalho colaborou com profissionais da comunicação para receber feedback sobre a utilidade e a clareza do texto. A orientação foi posteriormente adaptada para incluir os comentários dos profissionais. O grupo de trabalho divulgou a versão final das orientações para os meios de comunicação da Eslovênia no Dia Mundial da Prevenção do Suicídio (2010), em um evento de lançamento que incluiu proeminentes profissionais da comunicação. A divulgação foi coordenada pelo Instituto Nacional de Saúde Pública. Os representantes dos meios de comunicação e de saúde de cada região da Eslovênia foram convidados a promover as orientações e os representantes dos meios de comunicação locais foram incentivados a participar de cursos de formação com duração de 90 minutos. Esses cursos tiveram como objetivo facilitar o intercâmbio de opiniões entre especialistas em prevenção do suicídio e os meios de comunicação, em vez de adotar uma abordagem de confronto ou para especialistas. Cópias das orientações foram também distribuídas às associações dos meios de comunicação, que foram solicitadas a divulgá-las aos seus membros.

Foi concebido um estudo para avaliar se a intervenção (orientações e cursos) havia sido eficaz na melhoria da qualidade da notificação sobre o suicídio (Roškar et al., 2017). As reportagens da mídia impressa foram recuperadas por meio de uma agência de monitoramento de mídia durante dois períodos de 12 meses: um antes da introdução das orientações e outro após a sua divulgação. As reportagens foram avaliadas quanto a indicadores-chave qualitativos com base nas orientações. O estudo descobriu que o número total de reportagens sobre suicídio diminuiu significativamente após a intervenção. Em seis das onze recomendações, foram observadas mudanças positivas significativas. No entanto, não foram observadas reduções significativas na divulgação do método e local do suicídio, e houve um certo aumento no uso de material fotográfico inadequado. Os pesquisadores sugeriram que, no futuro, a promoção das orientações se beneficiaria de cursos com editores, jornalistas e fotógrafos separadamente, a fim de atender às suas diferentes necessidades e exigências de trabalho.

AGIR PARA IDENTIFICAR PRECOCEMENTE, AVALIAR, ORIENTAR E ACOMPANHAR QUALQUER PESSOA AFETADA POR COMPORTAMENTOS SUICIDAS

Quadro 71 – Rede de facilitadores de apoio a grupos em luto por suicídio (Canadá)

Após um esforço de divulgação nacional, a Associação Canadense para a Prevenção do Suicídio (CASP, na sigla em inglês) identificou um interesse crescente na criação de um movimento dinâmico que abordasse especificamente o luto por suicídio e as preocupações, necessidades e iniciativas da pós-venção. Em resposta, a organização lançou a Suicide Bereavement & Postvention Alliance (Aliança de Luto e Pós-venção do Suicídio) para abordar essa lacuna. Uma das principais prioridades da aliança é estabelecer uma rede para facilitadores de apoio a grupos em luto por suicídio. O objetivo da rede é reunir pessoas que prestam apoio ao luto para trocar conhecimentos, identificar e promover melhores práticas, reduzir o isolamento e aumentar o apoio. As principais funções da rede são: 1) criar um espaço de apoio mútuo e compartilhamento de experiências (desafios e conquistas) e melhores práticas para facilitadores que prestam serviços relacionados às perdas por suicídio; e 2) reduzir o isolamento entre facilitadores individuais em locais urbanos e rurais do Canadá. A rede foi lançada formalmente no início de 2021.

Quadro 72 – Acompanhamento de pessoas que tentaram suicídio (República Islâmica do Irã)

Em consonância com o planejamento e a implementação do programa de prevenção do suicídio da República Islâmica do Irã, foi lançado, em 2017, um novo programa em uma das províncias ocidentais do país, o Azerbaijão Ocidental (WA), que registra uma elevada taxa de suicídio. O programa teve como base os seguintes aspectos: 1) cadastro de tentativas de suicídio em unidades de emergência; 2) continuidade do atendimento mediante acompanhamento telefônico de pessoas que tentaram suicídio e a prestação de aconselhamento breve; e 3) incentivo para que pessoas que tentaram suicídio procurem os serviços de saúde mental. Como primeiro passo, foi formado um comitê gestor com a participação do Departamento de Polícia, da Organização de Bem-Estar Social, de um representante do Departamento da Mulher do Gabinete do Presidente do Irã, do Departamento de Medicina Legal, da Sociedade Científica Iraniana para a Prevenção do Suicídio (IRSSP, na sigla em inglês), do Órgão Regulador da Televisão e do Ministério da Educação. O comitê gestor foi liderado pelo departamento de saúde mental do Ministério da Saúde. A IRSSP foi responsável pela condução do programa no Departamento de Saúde e Tratamento da Universidade de Medicina de WA. Em nível municipal, um comitê gestor tinha uma representação semelhante, com cada participante tendo as suas próprias funções na província de WA. Cada participante tinha as suas próprias responsabilidades com relação à conscientização do público pela organização televisiva, ao fornecimento de apoio social por meio da Organização de Assistência Social e ao fornecimento de segurança às pessoas suicidas. O Departamento de Medicina Legal forneceu dados em tempo real sobre casos de suicídio, o Departamento de Educação encaminhou os estudantes que foram avaliados como suscetíveis a comportamentos de autolesão, e o Departamento de Saúde e Tratamento teve o papel principal no programa, registrando casos, acompanhando e fornecendo breve aconselhamento. Após um ano de programa, a taxa de suicídio foi reduzida de 7,9 para 6,1 por 100 mil habitantes (23%). A IRSSP teve um papel fundamental na coordenação do trabalho dos colaboradores para garantir o sucesso da implementação do programa.

Quadro 73 – Assistente de recuperação como profissão emergente (Polônia)

Pessoas com problemas de saúde mental e tendências suicidas muitas vezes sentem-se sozinhas, que são um fardo para as suas famílias e comunidades e que nunca irão se recuperar. Os assistentes de recuperação dão-lhes esperança. Os assistentes de recuperação são especialistas com experiência direta que apoiam pessoas em crises de saúde mental, com ou sem pensamentos suicidas, após uma tentativa de suicídio. Também apoiam pessoas que perderam um ente querido por suicídio, a partir de sua própria experiência de problemas de saúde mental e/ou comportamento suicida, tratamento, reabilitação e recuperação. Os assistentes de recuperação trabalham em empregos de meio período ou como voluntários em ONGs. De acordo com o Regulamento do Ministério da Saúde de 2019, os assistentes de recuperação podem ser contratados como parte das atividades principais dos centros de saúde mental em toda a Polônia. Os assistentes de recuperação trabalham em clínicas de internamento e ambulatório, equipes de tratamento comunitário, centros de autoajuda de pacientes e grupos de apoio familiar, e se organizam por meio da Associação de Assistentes de Recuperação (*Stowarzyszenie Asystentów Zdrowienia*). A função de um assistente de recuperação é apoiar o processo de recuperação da pessoa. Nos centros de saúde mental, os assistentes de recuperação participam de reuniões e sessões de psicoterapia, apoiam os pacientes e acompanham-nos durante visitas comunitárias (inclusive como parte de equipes volantes). Também capacitam as pessoas na resolução de problemas, nas tarefas diárias, no acesso ao apoio social e no apoio a outras pessoas com os seus próprios interesses e paixões. Os assistentes de recuperação servem de modelo, como forma de fortalecer a sensação de cura durante o processo de recuperação. São treinados para encaminhar pacientes a especialistas, quando necessário. Os assistentes de recuperação também desempenham um papel importante na conscientização e na defesa da causa, proporcionando formação, falando em público e concedendo entrevistas aos meios de comunicação, interagindo com os empregadores, participando de projetos de pesquisa e promovendo a causa para os tomadores de decisão em nome dos serviços de saúde mental.

ANEXO 3. ESTRUTURA DE INDICADORES DO VIVER A VIDA

O **VIVER A VIDA** tem como visão um mundo onde o suicídio não seja mais uma das principais causas de morte e onde as pessoas que pensam em cometer suicídio se sintam confortáveis para procurar ajuda, e que essa ajuda seja fornecida de forma competente e respeitosa a todos.

Para ajudar a transformar esta visão em realidade, foi incluído, neste guia, um modelo de estrutura de indicadores. O quadro de indicadores é uma ferramenta que ajuda os planejadores a definir as ações necessárias para atingir os resultados e objetivos pretendidos do VIVER A VIDA. A estrutura pode ser usada para monitorar o progresso em direção à meta.

Os componentes podem ser descritos como:

- **OBJETIVO:** o resultado global que o programa pretende alcançar (ou o problema global a ser resolvido).
- **RESULTADO INTERMEDIÁRIO:** a(s) mudança(s) que o programa precisa alcançar para que o OBJETIVO possa ser atingido (às vezes chamado de Objetivos ou Resultados).
- **RESULTADO IMEDIATO:** um produto ou serviço específico que contribui para o RESULTADO INTERMEDIÁRIO. Pode haver muitas ações (atividades) individuais necessárias para que um resultado seja atingido (às vezes chamadas de Produtos). Nesta estrutura, as linhas RESULTADOS IMEDIATOS são deixadas em branco, pois variam muito e dependem do contexto. No entanto, exemplos de tarefas que podem ser incluídas em RESULTADOS IMEDIATOS são encontrados nos capítulos correspondentes do *Guia de implementação VIVER A VIDA*, nas subseções “Como”.
- **INDICADORES:** dados quantitativos ou qualitativos que avaliam se o RESULTADO e a META foram alcançados ou até que ponto a mudança ocorreu.
- **PRESSUPOSTOS:** as condições necessárias para que a META, os RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS e os RESULTADOS IMEDIATOS sejam alcançados, que podem estar fora do controle do programa.

Tabela 15 – Metas, resultados e indicadores do VIVER A VIDA

<p>META:</p> <p>a) Taxas reduzidas de mortalidade por suicídio nos países: em 15% (2019-2023); em um terço (2015-2030). b) Monitoramento aprimorado dos casos de autolesão.</p>	<p>INDICADORES DA META:</p> <p>a) % de alteração na taxa de mortalidade por suicídio no país, 2019–2023; % de alteração na taxa de mortalidade por suicídio no país em 2015–2030. b) Sistema nacional de vigilância de autolesão estabelecido.</p>	<p>Meios de verificação:</p> <p>a) Taxa de mortalidade por suicídio no país, ao ano. b) Sistema de vigilância de autolesão no país.</p>	<p>PRESSUPOSTOS DA META:</p> <p>a) Os países têm dados de alta qualidade sobre suicídio com base no(s):</p> <ul style="list-style-type: none"> • sistema nacional de registro civil e estatísticas vitais; • sistema nacional de vigilância de suicídios; • registros do Ministério da Saúde ou do Ministério das Estatísticas. <p>b) Os países têm capacidade para desenvolver, implementar e manter sistemas de vigilância de autolesão baseados nos registros dos hospitais.</p>
<p>RESULTADO INTERMEDIÁRIO 1:</p> <p>Está disponível uma análise da situação para embasar o planejamento nacional para a prevenção do suicídio.</p>	<p>INDICADORES DO RESULTADO INTERMEDIÁRIO 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A análise da situação nacional, regional ou específica (por exemplo, escolas) é realizada, analisada e publicada. 	<p>PRESSUPOSTOS DO RESULTADO INTERMEDIÁRIO 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe competência técnica disponível para desenvolver, conduzir e analisar os dados necessários. 	
<p>RESULTADO IMEDIATO 1 [ADAPTAÇÃO AO CONTEXTO DO PAÍS]: Incluir resultados imediatos que levarão à obtenção de um ou vários RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS. Exemplos dos resultados imediatos que podem ser incluídos são encontrados em cada capítulo correspondente do <i>Guia de implementação VIVER A VIDA</i>, nas subseções “Como”.</p> <p>INDICADORES DO RESULTADO IMEDIATO 1 Os RESULTADOS IMEDIATOS devem ter indicadores correspondentes.</p>			
<p>RESULTADO INTERMEDIÁRIO 2:</p> <p>Integração da prevenção do suicídio foi integrada a setores pertinentes não relacionados com a saúde; governança e colaboração multissetorial (que inclui tanto os setores governamentais como outras partes interessadas na comunidade) em vigor e reforçadas.</p>	<p>INDICADORES DO RESULTADO INTERMEDIÁRIO 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nomeação de uma pessoa que será o ponto focal nacional da prevenção do suicídio (cargo em tempo integral e assalariado). • Nomeação de um comitê gestor multissetorial nacional para a prevenção do suicídio (grupo de governança)⁸⁰. • Nomeação de um grupo de trabalho nacional ou local de prevenção do suicídio para planejar e implementar os pilares as e intervenções do VIVER A VIDA. • Número de reuniões do comitê gestor nacional de prevenção do suicídio (grupo de governança) relacionadas aos pilares e às intervenções do VIVER A VIDA. • Número de reuniões de cada grupo de trabalho nacional ou local de prevenção do suicídio com base nos pilares e nas intervenções do VIVER A VIDA. • [Frequência de] apresentação de relatórios sobre as atividades da colaboração para mecanismos de prestação de contas. 	<p>PRESSUPOSTOS DO RESULTADO INTERMEDIÁRIO 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A liderança na prevenção do suicídio é necessária para estabelecer relações de trabalho. • Promoção necessária dentro do governo (ou da comunidade) para promover a criação do grupo de trabalho; a vontade política do governo é reconhecida para a prevenção do suicídio. 	

80 Sugestões de integrantes do comitê gestor e dos grupos de trabalho são abordadas em Colaboração multissetorial.

<p>RESULTADO IMEDIATO 2 [ADAPTAÇÃO AO CONTEXTO DO PAÍS]: incluir resultados imediatos que levarão à obtenção de um ou vários RESULTADOS. Exemplos dos resultados imediatos que podem ser incluídos são encontrados em cada capítulo correspondente do <i>Guia de implementação VIVER A VIDA</i>, nas subseções “Como”.</p> <p>INDICADORES DO RESULTADO IMEDIATO 2 Os RESULTADOS IMEDIATOS devem ter indicadores correspondentes.</p>		
<p>RESULTADO INTERMEDIÁRIO 3: Melhor conhecimento e atitudes (e redução do estigma) sobre suicídio, autolesão e saúde mental na população, em grupos de risco e em representantes nacionais ou chefes de outros setores. Maior conscientização sobre os serviços disponíveis para autolesão e saúde mental.</p>	<p>INDICADORES DO RESULTADO INTERMEDIÁRIO 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> • % ou número da população e dos grupos de risco visados pela conscientização. • [Proporção] de mudança de conhecimentos, atitudes e comportamentos de procura por ajuda na população e em grupos de risco. • Mudança no número de pessoas em risco que se apresentam aos serviços de saúde (por problemas de saúde mental, pensamentos suicidas ou autolesão). 	<p>PRESSUPOSTOS DO RESULTADO INTERMEDIÁRIO 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O aumento da conscientização deve ser acompanhado ou precedido pela garantia da disponibilidade de serviços. • Os registros de informação de saúde podem ser agrupados por dados sociodemográficos que podem ser proporcionais ao risco (por exemplo, idade, etnia etc.). • Os registros das informações de saúde estão disponíveis.
<p>RESULTADO IMEDIATO 3 [ADAPTAÇÃO AO CONTEXTO DO PAÍS]: incluir resultados imediatos que levarão à obtenção de um ou vários RESULTADOS. Exemplos dos resultados imediatos que podem ser incluídos são encontrados em cada capítulo correspondente do <i>Guia de implementação VIVER A VIDA</i>, nas subseções “Como”.</p> <p>INDICADORES DO RESULTADO IMEDIATO 3 Os RESULTADOS IMEDIATOS devem ter indicadores correspondentes.</p>		
<p>RESULTADO INTERMEDIÁRIO 4: Fortalecimento da capacitação no setor da saúde e da comunidade para a prevenção do suicídio.</p>	<p>INDICADORES DO RESULTADO INTERMEDIÁRIO 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> • % ou número de trabalhadores da saúde não especializados e profissionais de saúde mental especializados (ou % ou número de unidades ou serviços de atenção primária à saúde, secundários e comunitários, onde os trabalhadores da saúde estão localizados) que foram treinados para identificar precocemente, avaliar, orientar e acompanhar autolesão/suicídio (a cada 6 meses ou anualmente). • Número de trabalhadores da saúde não especializados e profissionais de saúde mental especializados, que são avaliados quanto à competência na identificação precoce, avaliação, orientação e acompanhamento de autolesão/suicídio (a cada 6 meses ou anualmente). • % de currículos de formação inicial de profissionais de saúde que incluem formação em identificação precoce, avaliação, orientação e acompanhamento. • % ou número de guardiões comunitários treinados na identificação precoce do risco de suicídio, encaminhamento e acompanhamento na comunidade (anualmente). 	<p>PRESSUPOSTOS DO RESULTADO INTERMEDIÁRIO 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O treinamento em competências é desenvolvido e realizado por pessoas tecnicamente competentes na identificação, avaliação, manejo e acompanhamento de autolesão ou suicídio.
<p>RESULTADO IMEDIATO 4 [ADAPTAÇÃO AO CONTEXTO DO PAÍS]: incluir resultados imediatos que levarão à obtenção de um ou vários RESULTADOS. Exemplos dos resultados imediatos que podem ser incluídos são encontrados em cada capítulo correspondente do <i>Guia de implementação VIVER A VIDA</i>, nas subseções “Como”.</p> <p>INDICADORES DO RESULTADO IMEDIATO 4 Os RESULTADOS IMEDIATOS devem ter indicadores correspondentes.</p>		

<p>RESULTADO INTERMEDIÁRIO 5: Articulação de orçamentos e garantia de recursos para implementar os pilares e as intervenções do VIVER A VIDA.</p>	<p>INDICADORES DO RESULTADO INTERMEDIÁRIO 5:</p> <ul style="list-style-type: none"> • % de aumento nas dotações orçamentárias anuais para atividades de prevenção do suicídio. • O orçamento nacional destinado à prevenção do suicídio é alocado sistematicamente todos os anos. 	<p>PRESSUPOSTOS DO RESULTADO INTERMEDIÁRIO 5:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Há vontade de financiar a prevenção do suicídio.
<p>RESULTADO IMEDIATO 5 [ADAPTAÇÃO AO CONTEXTO DO PAÍS]: incluir resultados imediatos que levarão à obtenção de um ou vários RESULTADOS. Exemplos dos resultados imediatos que podem ser incluídos são encontrados em cada capítulo correspondente do <i>Guia de implementação VIVER A VIDA</i>, nas subseções “Como”.</p> <p>INDICADORES DO RESULTADO IMEDIATO 5 Os RESULTADOS IMEDIATOS devem ter indicadores correspondentes.</p>		
<p>RESULTADO INTERMEDIÁRIO 6: Sistemas de vigilância do suicídio/autolesão estabelecidos ou reforçados. O monitoramento e a avaliação contribuem para o conhecimento nacional e específico do programa sobre a implementação do VIVER A VIDA.</p>	<p>INDICADORES DO RESULTADO INTERMEDIÁRIO 6:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistema de registro civil e estatísticas vitais estabelecido no país. • % ou número de hospitais ou regiões participantes do sistema de vigilância autolesão. • Dados sobre mortes por suicídio e autolesão desagregados (no mínimo) por idade, sexo e meios. • Os dados fornecidos pelos sistemas de vigilância em funcionamento são de alta qualidade. • Monitoramento dos indicadores do quadro VIVER A VIDA reportados anualmente. • Publicação de avaliações sobre a implementação do VIVER A VIDA (no período acordado). 	<p>PRESSUPOSTOS DO RESULTADO INTERMEDIÁRIO 6:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe capacidade técnica para implementar o trabalho; sistemas de informação sanitária disponíveis no contexto e promoção para envolver sistemas de informação sanitária; potencial para integração com mecanismos de vigilância existentes (por exemplo, para doenças transmissíveis).
<p>RESULTADO IMEDIATO 6 [ADAPTAÇÃO AO CONTEXTO DO PAÍS]: incluir resultados imediatos que levarão à obtenção de um ou vários RESULTADOS. Exemplos dos resultados imediatos que podem ser incluídos são encontrados em cada capítulo correspondente do <i>Guia de implementação VIVER A VIDA</i>, nas subseções “Como”.</p> <p>INDICADORES DO RESULTADO IMEDIATO 6 Os RESULTADOS IMEDIATOS devem ter indicadores correspondentes.</p>		
<p>RESULTADO INTERMEDIÁRIO 7: Redução das mortes por suicídio mediante restrição do acesso aos meios de suicídio.</p>	<p>INDICADORES DO RESULTADO INTERMEDIÁRIO 7:</p> <ul style="list-style-type: none"> • % de alteração (redução) nas mortes por suicídio por método (adaptado ao contexto do país). • Número de medidas implementadas para restringir o acesso a meios de suicídio. 	<p>PRESSUPOSTOS DO RESULTADO INTERMEDIÁRIO 7:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os países dispõem de sistemas de vigilância que incluem o monitoramento dos meios de suicídio/autolesão. • Os países dispõem de mecanismos de registro, licenciamento ou monitoramento dos meios de suicídio. • O método é passível de restrições (por exemplo, pesticidas, armas de fogo).
<p>RESULTADO IMEDIATO 7 [ADAPTAÇÃO AO CONTEXTO DO PAÍS]: incluir resultados imediatos que levarão à obtenção de um ou vários RESULTADOS. Exemplos dos resultados imediatos que podem ser incluídos são encontrados em cada capítulo correspondente do <i>Guia de implementação VIVER A VIDA</i>, nas subseções “Como”.</p> <p>INDICADORES DO RESULTADO IMEDIATO 7 Os RESULTADOS IMEDIATOS devem ter indicadores correspondentes.</p>		

<p>RESULTADO INTERMEDIÁRIO 8: Reportagem responsável sobre suicídio na mídia.</p>	<p>INDICADORES DO RESULTADO INTERMEDIÁRIO 8:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número ou % de reportagens que não atendem aos padrões ou diretrizes do país. • Número ou % de reportagens que incluem recursos sobre onde procurar ajuda. • Número ou % de reportagens que incluem histórias sobre como lidar com fatores estressantes ou pensamentos suicidas e como obter ajuda. 	<p>PRESSUPOSTOS DO RESULTADO INTERMEDIÁRIO 8:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os países dispõem de mecanismos de monitoramento dos meios de comunicação. • Os países estabeleceram diretrizes ou normas para reportagens sobre suicídio com base em mecanismos responsáveis de relato e responsabilização, em colaboração com os meios de comunicação.
<p>RESULTADOS 8 [ADAPTAÇÃO AO CONTEXTO DO PAÍS]: incluir resultados imediatos que levarão à obtenção de um ou vários RESULTADOS. Exemplos dos resultados imediatos que podem ser incluídos são encontrados em cada capítulo correspondente do <i>Guia de implementação VIVER A VIDA</i>, nas subseções “Como”.</p> <p>INDICADORES DO RESULTADO IMEDIATO 8 Os RESULTADOS IMEDIATOS devem ter indicadores correspondentes.</p>		
<p>RESULTADO INTERMEDIÁRIO 9: Habilidades para a vida dos jovens promovidas por meio de intervenções psicossociais prestadas universalmente.</p>	<p>INDICADORES DO RESULTADO INTERMEDIÁRIO 9:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número ou % de escolas ou ambientes educacionais que oferecem intervenções psicossociais universalmente baseadas em evidências para adolescentes. • % de mudança nas mortes por suicídio em adolescentes de 15–19 anos ou jovens. 	<p>PRESSUPOSTOS DO RESULTADO INTERMEDIÁRIO 9:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe coordenação com os planejadores das bases curriculares da educação nacional. • Existe capacidade e competência para realizar intervenções psicossociais universais em ambientes educativos. • Os países possuem sistemas de registro civil e estatísticas vitais ou sistemas de vigilância que incluem dados sociodemográficos (idade) juntamente com a causa da morte. • Os países dispõem de mecanismos para a coleta de dados em contextos educativos (também para estabelecer dados de referência sobre habilidades socioemocionais para a vida).
<p>RESULTADO IMEDIATO 9 [ADAPTAÇÃO AO CONTEXTO DO PAÍS]: incluir resultados imediatos que levarão à obtenção de um ou vários RESULTADOS. Exemplos dos resultados imediatos que podem ser incluídos são encontrados em cada capítulo correspondente do <i>Guia de implementação VIVER A VIDA</i>, nas subseções “Como”.</p> <p>INDICADORES DO RESULTADO IMEDIATO 9 Os RESULTADOS IMEDIATOS devem ter indicadores correspondentes.</p>		

<p>RESULTADO INTERMEDIÁRIO 10: Ambientes de saúde e comunitários (que incluem serviços públicos, privados e não-governamentais ou da sociedade civil, e podem incluir outros setores como a educação) capazes de fornecer identificação precoce, avaliação, manejo e acompanhamento de qualidade a pessoas que tentaram suicídio e em risco de suicídio.</p>	<p>INDICADORES DO RESULTADO INTERMEDIÁRIO 10:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de casos de autolesão identificados de forma competente. • Número de casos de autolesão avaliados de forma competente. • Número de casos de autolesão manejados de forma competente. • Número de vias de referência em funcionamento que são 1) documentadas, 2) divulgadas e 3) aplicadas por trabalhadores da saúde e comunitários. • % de casos de autolesão atendidos em unidades ou serviços de saúde primários, secundários ou comunitários que são acompanhados na comunidade. • % de pessoas enlutadas que recebem pós-venção oportuna. 	<p>PRESSUPOSTOS DO RESULTADO INTERMEDIÁRIO 10:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A avaliação da competência é desenvolvida e realizada por pessoas tecnicamente competentes na identificação, avaliação, manejo e acompanhamento de autolesão ou suicídio. • Os países têm sistemas de informação em saúde que incluem a manutenção de registros coerentes entre diferentes sistemas de saúde e comunitários, tais como registros de saúde e de assistência social. • Os profissionais de saúde estão aptos a fazer o acompanhamento após a alta. • As automutilações são registradas nos prontuários médicos, ou seja, existe vigilância da autolesão.
<p>RESULTADO IMEDIATO 10 [ADAPTAÇÃO AO CONTEXTO DO PAÍS]: incluir resultados imediatos que levarão à obtenção de um ou vários RESULTADOS. Exemplos dos resultados imediatos que podem ser incluídos são encontrados em cada capítulo correspondente do <i>Guia de implementação VIVER A VIDA</i>, nas subseções “Como”.</p> <p>INDICADORES DO RESULTADO IMEDIATO 10 Os RESULTADOS IMEDIATOS devem ter indicadores correspondentes.</p>		

ANEXO 4. RECURSOS

ANÁLISE DA SITUAÇÃO

Recursos da OMS

- Assessing mental health and psychosocial needs and resources: toolkit for humanitarian settings. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2012. [consultado em 1º de janeiro de 2021] Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/assessing-mental-health-and-psychosocial-needs-and-resources>.
- Assessment Instrument for Mental Health Systems (AIMS). Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2005 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/70771>.
- Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0: Organización Mundial da Saúde; 2016 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/mhgap-intervention-guide---version-2.0>.
- Preventing suicide: a community engagement toolkit. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2016 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252071/WHO-MSD-MER-16.6-eng.pdf?sequence=1>.
- Preventing suicide: a global imperative. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2014 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/preventing-suicide-a-global-imperative>.
- Rajan D. Situation analysis of the health sector. In: Schmets G, Rajan D, Kadandale S, eds. Strategizing national health in the 21st century: a handbook (Capítulo 3). Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2016 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/250221>.

Recursos externos

- Arensman E, Khan M (2017). Evaluation of National Suicide Prevention and Suicide Registration Programs in Iran. Teerã: Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde e da Educação Médica; 2017 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: https://iums.ac.ir/files/irssp/files/%D8%A7%D8%B1%D8%B2%D8%B4%DB%8C%D8%A7%D8%A8%DB%8C_%D8%A8%D8%B1%D9%86%D8%A7%D9%85%D9%87_%D9%87%D8%A7%DB%8C_%D9%85%D9%84%DB%8C_%D9%BE%DB%8C%D8%B4%DA%AF%DB%8C%D8%B1%DB%8C_%D8%A7%D8%B2_%D8%AE%D9%88%D8%AF%DA%A9%D8%B4%DB%8C_%D9%88_%D8%AB%D8%A8%D8%AA_%D8%AE%D9%88%D8%AF%DA%A9%D8%B4%DB%8C_%D8%AF%D8%B1_%D8%A7%DB%8C%D8%B1%D8%A7%D9%86.pdf.
- Data infrastructure: recommendations for state suicide prevention. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center; 2019 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://sprc.org/wp-content/uploads/2023/03/StateInfrastructureDataSupplement.pdf>.
- Instructions for Conducting a SWOT Analysis. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Centre [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: https://www.sprc.org/sites/default/files/migrate/library/swot_0.pdf.
- KoBo Toolbox. Cambridge (MA): Harvard Humanitarian Initiative [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.kobotoolbox.org/>.
- Malakouti SK. Evaluation of Iran's National Suicide Prevention Program: the lessons learnt. Journal of Suicide Prevention (Iran). 2019;1:35–40 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <http://isssp.ir/article-1-29-en.pdf>.
- Shekhani SS, Perveen S, Akbar K, Bachani S, Khan MM. Suicide and deliberate self-harm in Pakistan: a scoping review. BMC Psychiatry. 2018;18(1):44. [consultado em 1º de janeiro de 2021]
- Torok M, Konings P, Batterham PJ, Christensen H. Spatial clustering of fatal, and non-fatal, suicide in New South Wales, Australia: implications for evidence-based prevention. BMC Psychiatry. 2017;17(1):339 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28985736/>.
- Torok M, Shand F, Phillips M, Meteoro N, Martin D, Larsen M. Data-informed targets for suicide prevention: a small-area analysis of high-risk suicide regions in Australia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2019;54(10):1209–18 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31041467/>.
- Veto violence. Atlanta (GA): Centros de Controle e Prevenção de Doenças [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://vetoviolence.cdc.gov/apps/violence-prevention-practice#!/>.

COLABORAÇÃO MULTISSETORIAL

Recursos da OMS

- NCD map tool. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/ncd-multisectoral-plantool/home.html>
- Preventing suicide: a community engagement toolkit. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2016 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252071/WHO-MSD-MER-16.6-eng.pdf?sequence=1>.

- Stronger collaboration, better health: the global action plan for health lives and well-being for all. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/sdg3-global-action-plan>.
- Global status report on noncommunicable diseases. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2011 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44579/9789240686458_eng.pdf;jsessionid=42BA85A08E2769E793007275AB084122?sequence=1.
- Noncommunicable diseases prevention and control in the South-eastern Europe Health Network: an analysis of intersectoral collaboration. Copenhague: Escritório Regional da OMS para a Europa; 2012 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/164457/e96502.pdf.
- Indigenous experiences in wellness and suicide prevention. Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde; 2018 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34578/PAHONMH17037-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y>.
- Promoting mental health in indigenous populations: experiences from countries. Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde; 2016 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28415/9789275118979_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Fontes externas

- #308conversations. Ottawa: Mental Health Commission of Canada [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <http://www.mentalhealthcommission.ca/English/initiatives/11884/308conversations>.
- 10th Anniversary Report. Washington, DC: National Action Alliance for Suicide Prevention; 2020 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://theactionalliance.org/10th-anniversary-report>.
- Action against suicide. Erbil: Azhee [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <http://azhee.org/>.
- Community engagement toolkit. Burnaby: The Social Planning and Research Council of British Columbia; 2013 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.sparc.bc.ca/wp-content/uploads/2017/03/community-engagement-toolkit.pdf>.
- Engaging people with lived experience. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.sprc.org/keys-success/lived-experience>.
- Framework for the engagement of people with a lived experience in program implementation and research. Randwick, Austrália: Black Dog Institute [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.blackdoginstitute.org.au/about/who-we-are/lived-experience/>.
- Lived experience. Zero Suicide Institute [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://zerosuicide.edc.org/toolkit-taxonomy/lived-experience>.
- Partner engagement tool. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Centre [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <http://www.sprc.org/statewide-partnerships>.
- Partnerships and collaboration. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Centre [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.sprc.org/keys-success/partnerships-collaboration>.
- PREVENTS: The President's Roadmap to Empower Veterans and End a National Tragedy of Suicide. Washington, DC: Departamento de Assuntos dos Veteranos; 2020 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: https://www.va.gov/PREVENTS/docs/PRE-007-The-PREVENTS-Roadmap-1-2_508.pdf.
- Prompts and suggestions for speaking with local leaders on suicide prevention. Londres: Secretaria da Saúde; 2012 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/137641/Prompts-for-local-leaders-on-suicide-prevention.pdf.
- RISING SUN: Reducing the Incidence of Suicide in Indigenous Groups – Strengths United through Networks- Toolkit for Resilience. Genebra e Londres: Rede de Inovação em Saúde Mental; 2014 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.mhinnovation.net/collaborations/rising-sun/rising-sun-toolkit>.
- Roses in the Ocean. Brisbane [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://rosesintheocean.com.au/>.
- Special Working Group on the Decriminalisation of Suicide. Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio [consultado em 1º de janeiro de 2021] <https://www.iasp.info/decriminalisation.php>.
- State suicide prevention plans and leadership guidance. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Centre; 2020 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://sprc.org/wp-content/uploads/2022/12/State-Suicide-Prevention-Plans-and-Leadership-Guidance-1.pdf>.
- Tennessee Suicide Prevention Network. Nashville (TN) [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.tspn.org/what-we-do>.
- Transforming communities: key elements for the implementation of comprehensive community-based suicide prevention. Washington, DC: National Action Alliance for Suicide Prevention; 2016 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://theactionalliance.org/sites/default/files/transformingcommunitiespaper.pdf>.

- The Way Forward: Pathways to hope, recovery, and wellness with insights from lived experience. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center; 2014 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.sprc.org/resources-programs/way-forward-pathways-hope-recovery-and-wellness-insights-lived-experience>.
- Lived experience. Washington, DC: National Action Alliance for Suicide Prevention [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://theactionalliance.org/our-strategy/lived-experience>.

CONSCIENTIZAÇÃO E DEFESA DA CAUSA

Recursos da OMS

- Campaign materials: animations. What emergency workers, health workers, teachers and employers can do to help prevent suicide. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/mental-well-being-resources-for-the-public#preventvideos>.
- Campaign materials: handouts. What emergency workers, health workers, teachers, prison officers, media professionals and employers can do to help prevent suicide. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/mental-well-being-resources-for-the-public#handouts>.
- Depression: Let's talk: handouts. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/depression/suicide-04-handouts-depression.pdf?sfvrsn=7c5eaac4_2; https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/depression/life-worth-living-03-handouts-depression.pdf?sfvrsn=a4fb25b5_2.
- Preventing suicide: a global imperative. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2014 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/.
- Día Mundial de la Salud Mental. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/es/campaigns/world-mental-health-day>.
- Día Mundial para la Prevención del Suicidio. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: [https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2019/09/10/default-calendar/world-suicide-prevention-day-\(wspd\)](https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2019/09/10/default-calendar/world-suicide-prevention-day-(wspd)).

Fontes externas

- #308conversations. Ottawa: Mental Health Commission of Canada [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.mentalhealthcommission.ca/English/308conversations>.
- #SpottheSigns Campaign. Warrington, Reino Unido [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.papyrus-uk.org/spotthesigns/>.
- #Youcantalk Campaign. Newcastle, Austrália [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://lifeinmind.org.au/youcantalk>.
- 320 Changes Direction Campaign, EUA [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.changedirection.org/320-changes-direction/>.
- Be The 1 To Campaign, EUA [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.bethe1to.com/>.
- Befrienders Kenya [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <http://www.befrienderskenya.org/>.
- Busting Myths Campaign. Beyond Blue. Melbourne, Austrália [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.beyondblue.org.au/>.
- Check Your Mates Campaign, Austrália [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: www.checkyourmates.com.au/.
- Creating an effective suicide prevention awareness campaign. Ottawa: Mental Health Commission of Canada [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2020-01/roh_safe_activities_eng.pdf.
- Framework for successful messaging [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <http://suicidepreventionmessaging.org/>.
- Inside My Mind Campaign, Austrália [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: www.insidemymind.org.au.
- Campaign resources, International Association for Suicide Prevention [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: https://iasp.info/resources/World_Suicide_Prevention_Day/2019/.
- Messaging resources. Washington, DC: National Action Alliance for Suicide Prevention [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://theactionalliance.org/messaging>.
- REACH. Washington, DC: EUA. Departamento de Assuntos dos Veteranos [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: www.REACH.gov.
- R U O K? Day, Austrália [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: www.ruok.org.au/join-r-u-ok-day.
- Safer conversations about suicide on social media. Ottawa: Mental Health Commission of Canada [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2020-05/safe_suicide_conversations_social_media_eng.pdf.

- See Me campaign. Glasgow, Escócia [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.seemescotland.org/>.
- Stichting 113, Países Baixos [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://vimeo.com/291877756>.
- Storytelling for suicide prevention – checklist (information to support people with lived experience). National Suicide Prevention Lifeline, EUA [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://suicidepreventionlifeline.org/wp-content/uploads/2018/10/Lifeline-Storytelling-Checklist.pdf>.
- Take5ToSaveLives. National Council for Suicide Prevention, EUA [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.take5tosavelives.org/>.
- What can be done to decrease suicidal behaviour in Australia? White Paper. Randwick, Austrália: Black Dog Institute [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.blackdoginstitute.org.au/suicide-prevention-white-paper/>.
- Wot Na Wot Kine Campaign. Perth: WA Primary Health Alliance, Austrália [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: www.wapha.org.au/wot-na-wot-kine/.
- Yarns Heal Campaign, Austrália [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: www.yarnsheal.com.au/.
- ŽIV? ŽIV! [Vivo? Vivo!]. Koper: Slovene Centre for Suicide Research, Eslovênia [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <http://zivziv.si/>.

CAPACITAÇÃO

Recursos da OMS

- MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. Versão 2.0. Organização Pan-Americana da Saúde [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49096>.
- mhGAP training manuals. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/mhgap/training_manuals/en/.
- Preventing Suicide: a resource series. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/preventing-suicide-a-resource-series>.
- Preventing suicide: a community engagement toolkit. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2016 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252071/WHO-MSD-MER-16.6-eng.pdf?sequence=1>.
- *Recursos externos*
- Advanced training in suicide prevention. Newcastle, Austrália: Life in Mind [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://lifeinmind.org.au/services/advanced-training-in-suicide-prevention>.
- Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST). Calgary, Canadá [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.livingworks.net/asist>.
- Choosing a suicide prevention gatekeeper training program: a comparison table. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.sprc.org/resources-programs/choosing-suicide-prevention-gatekeeper-training-program-comparison-table>.
- Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS), EUA [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://cams-care.com/about-cams/>.
- Ireland Taxi Watch: Suicide prevention drive that saved 200 lives. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://sprc.org/news/ireland-taxi-watch-suicide-prevention-drive-that-saved-200-lives/>.
- Lions Barber Collective, Reino Unido [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.thelionsbarbercollective.com/>.
- Logic model and guidance for how to create culturally and linguistically appropriate suicide prevention and intervention materials for ethnic and migrant minority groups. Boston (MA): Massachusetts Coalition for Suicide Prevention [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.masspreventsuicide.org/regional-coalitions/greater-boston>.
- Mates in Construction, Austrália [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://mates.org.au/>.
- MindOut: LGBTIQ Mental Health & Suicide Prevention training and support, Austrália [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: www.lgbtihealth.org.au/mindout.
- Preventing suicide toolkit for high schools. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://youth.gov/feature-article/preventing-suicide-toolkit-high-schools>.
- Preventing suicide: a technical package of policy, programs, and practices. Atlanta (GA): Division of Violence Prevention, Centros de Controle e Prevenção de Doenças; 2017 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicideTechnicalPackage.pdf>.

- Question, Persuade, Refer Suicide Prevention Training Programme, EUA [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <http://www.qprinstitute.com>.
- Ross V, Caton N, Gullestrup J, Kölves K. A longitudinal assessment of two suicide prevention training programs for the construction industry. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020.17(3):803 [consultado em 1º de janeiro de 2021].
- safeTALK Programme, Austrália [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.livingworks.com.au/programs/safetalk/>.
- Setting for prevention. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <http://www.sprc.org/settings>.
- Zero Suicide Alliance, Londres, Reino Unido [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.zerosuicidealliance.com/training>.

FINANCIAMENTO

Recursos OMS

- Mental health financing. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9241545933>.

Recursos externos

- Chisholm D, Docrat S, Abdulmalik J, Alem A, Gureje O, Gurung D et al. Mental health financing challenges, opportunities and strategies in low- and middle-income countries: findings from the Emerald project. *BJPsych Open*. 2019;5(5):e68 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6688460/>.
- Leaving a legacy: recommendations for sustaining suicide prevention programs. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://sprc.org/online-library/leaving-a-legacy-recommendations-for-sustaining-suicide-prevention-programs/>.
- Mental health funding and the SDGs: What now and who pays? Londres: Overseas Development Institute; 2016 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-05/Mental.pdf>.
- Reframe: funding mental health. Mumbai: Mariwala Health Initiative; 2018 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: https://mhi.org.in/media/insight_files/MHI_Progress_Report_DIGITAL.pdf.
- Woelbert E, Lundell Smith K, White R, Kemmer D. Accounting for mental health research funding: developing a quantitative baseline of global investments. *The Lancet Psychiatry*. 2020;8(3):250–80 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30469-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30469-7/fulltext).

VIGILÂNCIA

Recursos da OMS

- A resource for non-fatal suicidal behaviour case registration. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2014 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112852/9789241506717_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- A resource for suicide case registration. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2011 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44757/9789241502665_eng.pdf?sequence=1.
- Fatal injury surveillance in mortuaries and hospitals: a manual for practitioners. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2012 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/75351>.
- Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2016 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/attempts_surveillance_systems/en/.
- STEPwise approach to surveillance (STEPS). Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/en/>.
- Verbal autopsy standards and instrument. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2016 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/verbal-autopsy-standards-the-2016-who-verbal-autopsy-instrument>.

Fontes externas

- 2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action: A report of the U.S. Surgeon General and of the National Action Alliance for Suicide Prevention. Chapter 4: Surveillance, research, and evaluation. Washington, DC: Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK109916/>.

- Breaking down barriers: using youth suicide-related data. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <http://www.sprc.org/resources-programs/breaking-down-barriers-using-youth-suicide-related-surveillance-data-state>.
- Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological medicine*. 2003;33(3):395–405 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/506c/b8389b67602f3f2b02d587c5fe61be304139.pdf>.
- Cwik MF, Barlow A, Goklish N, Larzelere-Hinton F, Tingey L, Craig M et al. Community-based surveillance and case management for suicide prevention: an American Indian tribally initiated system. *Am J Public Health*. 2014;104(S3):e18–23 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4035881/>.
- Data infrastructure: Recommendations for State Suicide Prevention. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <http://www.sprc.org/sites/default/files/StateInfrastructureDataSupplement.pdf>.
- Kölves K, Sisask M, Värnik P, Värnik A, De Leo D, eds. *Advancing suicide research*. Göttingen: Hogrefe; 2021.
- National Violent Death Reporting System. Atlanta (GA): Centros de Controle e Prevenção de Doenças [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/datasources/nvdrs/index.html>.
- Suicide surveillance strategies for American Indian and Alaska Native Communities. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://sprc.org/online-library/suicide-surveillance-strategies-for-american-indian-and-alaska-native-communities/>.
- Surveillance success stories. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://sprc.org/?s=Surveillance+Success+Stories>.
- Thundiyil JG, Stober J, Besbelli N, Pronczuk J. Acute pesticide poisoning: a proposed classification tool. *Bull World Health Organ*. 2008;86:205–9.
- Värnik P, Sisask M, Värnik A, Laido Z, Meise U, Ibelshäuser A et al. (2010). Suicide registration in eight European countries: A qualitative analysis of procedures and practices. *Forensic Science International*. 2010;202(1–3):86–92.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Recursos da OMS

- Monitoring and evaluation of mental health policies and plans. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2007 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/43631>.
- National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/279765>.

Recursos externos

- A framework for programme evaluation. Atlanta (GA): Centros de Controle e Prevenção de Doenças; 1999 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/eval/framework/index.htm>.
- Challenges and recommendations for evaluating suicide prevention programs. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center; 2016 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://sprc.org/wp-content/uploads/2022/12/ChallengesRecommendationsEvaluatingSPPrograms.pdf>.
- Connecting for life. Ireland's National Strategy to Reduce Suicide 2015–2020. Dublin: Secretaria da Saúde [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://assets.gov.ie/15758/e6c74742547a48428e4640e3596a3d72.pdf>.
- Evaluation of media reporting in Trinidad and Tobago. Ministério da Saúde de Trinidad e Tobago [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&slug=monitoring-and-evaluation-of-media-reporting-suicide-in-trinidad-and-tobago&Itemid=270&lang=es.
- Evaluation of suicide prevention activities. Australian Healthcare Associates; 2014 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: [https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/4FD5C304C536BDE3CA257CAF0017ADE9/\\$File/evalsuic.pdf](https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/4FD5C304C536BDE3CA257CAF0017ADE9/$File/evalsuic.pdf).
- Kölves K, Sisask M, Värnik P, Värnik A, De Leo D, eds. *Advancing suicide research*. Göttingen: Hogrefe; 2021.
- Platt S, Arensman E, Rezaeian M. National suicide prevention strategies—progress and challenges. *Crisis*. 2019;40:75–82 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://econtent.hogrefe.com/doi/full/10.1027/0227-5910/a000587>.
- Project/programme monitoring and evaluation guide. Genebra: Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho; 2011 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://jordankmportal.com/resources/ifrc-monitoring-and-evaluation-guide-2011>.
- RAND suicide prevention evaluation toolkit. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center; 2014 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://sprc.org/online-library/rand-suicide-prevention-program-evaluation-toolkit/>.

RESTRINGIR O ACESSO AOS MEIOS DE SUICÍDIO

Recursos da OMS

- Clinical management of acute pesticide intoxication: prevention of suicidal behaviours. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2008 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/44020>.
- Preventing suicide: a resource for pesticide registrars and regulators. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/preventing-suicide-a-resource-for-pesticide-registrars-and-regulators>.
- Restricting access to the means for suicide. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/pesticides/en/.

Fontes externas

- Centre for Pesticide Suicide Prevention [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <http://centresp.org/>.
- Eddleston M, Karalliedde L, Buckley N, Fernando R, Hutchinson G, Isbister G et al. Pesticide poisoning in the developing world—a minimum pesticides list. Lancet. 2002;360(9340):1163–7 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12387969/>.
- Emergency department means restriction education. Londres: Public Health England; 2015 [consultado em janeiro de 2021]. Disponível em: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/769006/Preventing_suicides_in_public_places.pdf.
- Guidelines on highly hazardous pesticides. Roma: Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura; 2016 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205561/9789241510417_eng.pdf?sequence=1.
- Technical Guidelines for the implementation of the International Code of Conduct on Pesticide management. Roma: Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura. [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <http://www.fao.org/agriculture/crops/thematic-sitemap/theme/pests/code/list-guide-new/en/>.
- Gunnell D, Knipe D, Chang SS, Pearson M, Konradsen F, Lee WJ et al. Prevention of suicide with regulations aimed at restricting access to highly hazardous pesticides: a systematic review of the international evidence. Lancet Glob Health. 2017;5(10):e1026–37 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30299-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30299-1/fulltext).
- Lethal means & suicide prevention: a guide for community & industry leaders. Washington, DC: National Action Alliance for Suicide Prevention [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://theactionalliance.org/resource/lethal-means-suicide-prevention-guide-community-industry-leaders>.
- Limits on analgesic packaging. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Centre; 2005 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <http://www.sprc.org/resources-programs/reduced-analgesic-packaging>.
- Means matter. Boston (MA): Harvard School of Public Health [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.hsph.harvard.edu/means-matter/>.
- Preventing suicide in public places. Londres: Public Health England [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/769006/Preventing_suicides_in_public_places.pdf.
- Reduce access to means of suicide. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center, EUA [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://sprc.org/effective-prevention/a-comprehensive-approach-to-suicide-prevention/reduce-access-to-means-of-suicide/>.
- Reduce suicides by creating a safer home. Ottawa: Mental Health Commission of Canada [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2019-12/means_safety_eng.pdf.
- Centre for Pesticide Suicide Prevention. Edinburgo, Escócia [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <http://www.centresp.org/>.

INTERAGIR COM A MÍDIA PARA A DIVULGAÇÃO RESPONSÁVEL DO SUICÍDIO

Recursos da OMS

- Preventing suicide: a resource for filmmakers and others working on stage and screen. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/preventing-suicide-a-resource-for-filmmakers-and-others-working-on-stage-and-screen>.
- Preventing suicide: a resource for media professionals. Genebra: Organização Mundial da Saúde; update 2017 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/258814>.

Fontes externas

- Best practice recommendations for media reporting on suicide. Bloomington (MN): Suicide Awareness Voices of Education (SAVE) [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://reportingonsuicide.org>.
- Best practice recommendations for blogging on suicide. Bloomington (MN): Suicide Awareness Voices of Education (SAVE) [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://bloggingonsuicide.org>.
- Evaluation of media reporting in Trinidad and Tobago. Ministério da Saúde de Trinidad e Tobago [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&slug=monitoring-and-evaluation-of-media-reporting-suicide-in-trinidad-and-tobago&Itemid=270&lang=es.
- Evidence-based media reporting guide. Mindframe, Newcastle, Austrália [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: mindframe.org.au/suicide/evidence-research.
- Example media guidelines from countries. Associação Internacional de Prevenção do Suicídio [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: https://www.iasp.info/resources/Suicide_and_the_Media/https://www.iasp.info/resources/Suicide_and_the_Media/.
- How journalists can prevent copycat suicides. Frankfurt am Main: European Alliance Against Depression; 2017 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: http://www.eaad.net/files/cms/downloads_files/mediaguide_2017.pdf.
- Let's talk about suicide and the media. Koper, Eslovênia [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.iam.upr.si/sl/resources/files/ivzknjzica2010web-final.pdf>.
- Media guidelines. Ottawa: Canadian Association for Suicide Prevention [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://suicideprevention.ca/Media?locale=en>.
- Media messaging. Washington, DC: National Action Alliance for Suicide Prevention [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://theactionalliance.org/news>.
- Mindset: reporting on mental health. Londres: Canadian Journalism Forum on Violence and Trauma [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <http://www.mindset-mediaguide.ca/>.
- Mindset guidelines for reporting on mental health. Londres: Canadian Journalism Forum on Violence and Trauma [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.mindset-mediaguide.ca/>.
- Pirkis J, Blood RW, Dare A, Holland K. The media monitoring project: changes in media reporting of suicide and mental health and illness in Australia: 2000/01–2006/07. Comunidade da Austrália; 2008:4
- Project Siren. India Mental Health Observatory [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://cmhlp.org/imho/about-project-siren>.
- Roškar S, Grum AT, Poštuvan V, Podlesek A, De Leo D. The adaptation and implementation of guidelines for responsible media reporting on suicide in Slovenia: Prirédna in implementacija strokovnih smernic za odgovorno novinarsko poročanje o samomoru v sloveniji. Slovenian Journal of Public Health. 2017;56(1):31–38 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <http://zivziv.si/wp-content/uploads/The-adaptation-and-implementation-of-guidelines.pdf>.
- Suicide prevention toolkit for media professionals. União Europeia: European Regions Enforcing Action Against Suicide [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.euregenas.eu/publications/>.
- Suicide reporting toolkit [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.suicidereportingtoolkit.com/>.

PROMOVER HABILIDADES SOCIOEMOCIONAIS PARA A VIDA DOS ADOLESCENTES

Recursos da OMS

- Guidelines on promotive and preventive interventions for adolescents (Helping Adolescents Thrive). Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/guidelines-on-mental-health-promotive-and-preventive-interventions-for-adolescents>.
- mhGAP guidelines. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/suicide/en/.
- Preventing suicide: a resource for teachers and other school staff. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2000 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66801/WHO_MNH_MBD_00.3.pdf?sequence=1.

Fontes externas

- Aunty Dee. Auckland: LeVa [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.auntydee.co.nz/>.
- Building suicide-safer schools and colleges. Warrington, Reino Unido: POPYRUS [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://papyrus-uk.org/wp-content/uploads/2018/08/toolkitfinal.pdf>.
- Enhance life skills and resilience. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://sprc.org/effective-prevention/a-comprehensive-approach-to-suicide-prevention/enhance-life-skills-and-resilience/>.

- Hope Squad. Provo (UT) [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://hopesquad.com/>.
- iBobbly. Randwick, Austrália: Black Dog Institute [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.blackdoginstitute.org.au/resources-support/digital-tools-apps/ibobbly/>.
- Mana Restore. Mental Wealth. Auckland: LeVa LeVa [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.mentalwealth.nz/manarestore/>.
- Preventing suicide toolkit for high schools. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://store.samhsa.gov/product/Preventing-Suicide-A-Toolkit-for-High-Schools/SMA12-4669>.
- Preventing suicide: a technical package of policy, programs, and practices. Atlanta (GA): Centros de Controle e Prevenção de Doenças; 2017 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicideTechnicalPackage.pdf>.
- Schools. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.sprc.org/settings/schools>.
- School-based suicide prevention, intervention, and postvention toolkit. União Europeia: European Regions Enforcing Actions Against Suicide [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.euregenas.eu/publications/https://www.euregenas.eu/publications/>.
- Sources of strength. Lakewood (CO) [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://sourcesofstrength.org/>.
- Suicide postvention toolkit: a guide for secondary schools. Headspace, Austrália [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://headspace.org.au/assets/School-Support/Compressed-Postvention-Toolkit-May-2012-FA2-LR.pdf>.
- The Saving and Empowering Young Lives in Europe programme. Estocolmo: Karolinska Institutet [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://ki.se/en/nasp/seyle-saving-and-empowering-young-lives-in-europe>.
- Wasserman C, Hoven CW, Wasserman D, Carli V, Sarchiapone M, Al-Halabi S et al. Suicide prevention for youth-a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. BMC Public Health. 2012;12(1):776. [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <http://zivziv.si/wp-content/uploads/2012suicidepreventionforyouth.pdf>.
- Wasserman C, Postuvan V, Herta D, Iosue M, Värnik P, Carli V. Interactions between youth and mental health professionals: The Youth Aware of Mental health (YAM) program experience. PloS One. 2018;13(2):e0191843 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <http://zivziv.si/wp-content/uploads/Wasserman-idr.-2018-Interactions-between-youth-and-mental-health-professionals.pdf>.
- LEADS: For Youth (Linking Education and Awareness of Depression and Suicide). Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://sprc.org/wp-content/uploads/2023/01/LEADS-For-Youth-NREPP-Legacy-Listing.pdf>.

AGIR PARA IDENTIFICAR PRECOCAMENTE, AVALIAR, ORIENTAR E ACOMPANHAR QUALQUER PESSOA COM COMPORTAMENTOS SUICIDAS

Recursos da OMS

- Preventing suicide: How to start a survivor's group. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2008 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/44801>.
- MI-mhGAP Manual de Intervenções, versão 2.0. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2018 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49096>.
- Manual operativo del mhGAP. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2020 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52328>.
- mhGAP Training manuals. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/259161>.
- Preventing suicide: a resource for establishing a crisis line. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311295/WHO-MSD-MER-18.4-eng.pdf?ua=1>.
- Preventing suicide: a resource for general physicians. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2000 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67165/WHO_MNH_MBD_00.1.pdf?sequence=1.
- Preventing suicide: a resource for primary health care workers. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2000 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67603/WHO_MNH_MBD_00.4.pdf?sequence=1.

Fontes externas

- Brodsky BS, Spruch-Feiner A, Stanley B. The zero suicide model: applying evidence-based suicide prevention practices to clinical care. Front Psychiatry. 2018;9:33 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2018.00033/full>.

- Care after a suicide attempt. Randwick, Austrália: Black Dog Institute [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.blackdoginstitute.org.au/wp-content/uploads/2020/04/careafterasuicideattempt02-09-15.pdf>.
- Establishing and sustaining a support group for people bereaved by suicide. União Europeia: European Regions Enforcing Action Against Suicide [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.euregenas.eu/publications/>.
- Guidelines for integrated suicide-related crisis and follow-up care in emergency departments and other acute settings. Randwick, Austrália: Black Dog Institute [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: http://www.blackdoginstitute.org.au/wp-content/uploads/2020/04/delphi-guidelines-clinical-summary_web.pdf?sfvrsn=0.
- Improving emergency and follow-up care for suicidal crisis. Randwick, Austrália: Black Dog Institute [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: https://www.blackdoginstitute.org.au/wp-content/uploads/2020/04/LifeSpan_Emergency_and_followup_care_Brochure.pdf?sfvrsn=6.
- A systematic tailored assessment for responding to suicidality (STARS). Brisbane: Griffith University [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.griffith.edu.au/griffith-health/australian-institute-suicide-research-prevention/systematic-tailored-assessment-for-responding-to-suicidality#:~:text=STARS%20is%20a%20person%2Dcentred,examination%20of%20suicidality%20as%20necessary>.
- Postvention Australia Guidelines: a resource for organisations and individuals providing services to people bereaved by suicide. Brisbane: Australian Institute for Suicide Research and Prevention [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://postventionaustralia.org/wp-content/uploads/2019/05/Postvention-Australia-Guidelines.pdf>.
- Recommended standard care for people at risk of suicide. Washington, DC: National Action Alliance for Suicide Prevention [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://theactionalliance.org/resource/recommended-standard-care>.
- Resources for postvention support. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <http://www.sprc.org/comprehensive-approach/postvention>.
- Survivor Outreach Team training manual. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center, EUA [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <http://www.sprc.org/resources-programs/survivor-outreach-team-training-manual>.
- Toolkit for the integration of mental health into general healthcare in humanitarian settings. Genebra e Londres: Mental Health Innovation Network [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.mhinnovation.net/collaborations/IMC-Mental-Health-Integration-Toolkit>.
- While D, Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw J et al. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997–2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet*. 2012;379(9820):1005–12 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)61712-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61712-1/fulltext).
- Zero suicide. Education Development Center, EUA [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://zerosuicide.edc.org/>.

REFERÊNCIAS

- Abbas MJ, Alhemiary N, Razaq EA, Naosh S, Appleby L (2018). The Iraqi national study of suicide: Report on suicide data in Iraq in 2015 and 2016. *J Affect Disord.* 229:56–62.
- Ahern S, Burke LA, McElroy B, Corcoran P, McMahon EM, Keeley H et al. (2018). A cost-effectiveness analysis of school-based suicide prevention programmes. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 27(10):1295–304.
- Bertolote JM, Fleischmann A (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi.* 7(2).
- Bonvoisin T, Utyasheva L, Knipe D, Gunnell D, Eddleston M (2020). Suicide by pesticide poisoning in India: a review of pesticide regulations and their impact on suicide trends. *BMC Pub Health.* 20(1):251.
- Buckley NA, Fahim M, Raubenheimer J, Gawarammana IB, Eddleston M, Roberts MS et al. (2021). Case fatality of agricultural pesticides after self-poisoning in Sri Lanka: a prospective cohort study. *Lancet Glob Health* (no prelo).
- Burns JR, Rapee RM (2006). Adolescent mental health literacy: young people's knowledge of depression and help seeking. *J Adolesc.* 29(2):225–39.
- Chapman S, Alpers P, Agho K, Jones M (2006). Australia's 1996 gun law reforms: faster falls in firearm deaths, firearm suicides, and a decade without mass shootings. *Injury Preven.* 12(6):365–72.
- Chibanda D, Abas M, Musesengwa R, Merritt C, Sorsdahl K, Mangezi W et al. (2020). Mental health research capacity building in sub-Saharan Africa: the African Mental Health Research Initiative. *Glob Ment Health.* 7.
- Chowdhury FR, Dewan G, Verma VR, Knipe DW, Isha IT, Faiz MA et al. (2018). Bans of WHO class I pesticides in Bangladesh—suicide prevention without hampering agricultural output. *Int J Epi.* 47(1):175–84.
- Chung YW, Kang SJ, Matsubayashi T, Sawada Y, Ueda M (2016). The effectiveness of platform screendoors for the prevention of subway suicides in South Korea. *J Affect Disord.* 194:80–3.
- Cwik MF, Barlow A, Goklish N, Larzelere-Hinton F, Tingey L, Craig M et al. (2016). Decreases in suicide deaths and attempts linked to the White Mountain Apache suicide surveillance and prevention system, 2001–2012. *Am J Public Health.* 106(12):2183–9.
- Cwik MF, Tingey L, Maschino A, Goklish N, Larzelere-Hinton F, Walkup J et al. (2014). Community-based surveillance and case management for suicide prevention: an American Indian tribally initiated system. *Am J Public Health.* 104(Suppl3):e18–23.
- Dawson AH, Eddleston M, Senarathna L, Mohamed F, Gawarammana I, Bowe SJ et al. (2010). Acute human lethal toxicity of agricultural pesticides: a prospective cohort study. *PLoS Med.* 7(10):e1000357.
- Doran CM, Ling R, Gullestrup J, Swannell S, Milner A (2016). The impact of a suicide prevention strategy on reducing the economic cost of suicide in the New South Wales construction industry. *Crisis.* 37(2):121–9.
- FAO, OMS (2016). International code of conduct on pesticide management: guidelines on highly hazardous pesticides. Rome & Geneva: Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura e Organização Mundial da Saúde [consultado em 23 de fevereiro de 2021]. Disponível em: <http://www.fao.org/3/a-i5566e.pdf>.
- Fontanella CA, Warner LA, Steelesmith DL, Brock G, Bridge JA, Campo JV (2020). Association of timely outpatient mental health services for youths after psychiatric hospitalization with risk of death by suicide. *JAMA Network Open.* 3(8):e2012887.
- Godoy Garraza L, Kuiper N, Goldston D, McKeon R, Walrath C (2019). Long-term impact of the Garrett Lee Smith Youth Suicide Prevention Program on youth suicide mortality, 2006–2015. *J Child Psychol Psychiatry.* 60(10):1142–7. doi:10.1111/jcpp.13058.
- Goldman-Mellor S, Olfson M, Lidon-Moyano C, Schoenbaum M (2019). Association of suicide and other mortality with emergency department presentation. *JAMA Network Open.* 2(12):e1917571.
- Gullestrup JB, Lequertier G, Martin (2011). MATES in construction: impact of a multimodal, community-based program for suicide prevention in the construction industry. *Int J Environ Res Pub Health.* 8(11):4180–96.
- Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N et al. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry.* 7(6):468–71.
- Gunnell D, Bennewith O, Hawton K, Simkin S, Kapur N (2005). The epidemiology and prevention of suicide by hanging: a systematic review. *Int J Epidemiol.* 34(2):433–42.
- Gunnell D, Fernando R, Hewagama M, Priyangika WDD, Konradsen F, Eddleston M (2007). The impact of pesticide regulations on suicide in Sri Lanka. *Int J Epidemiol.* 36(6):1235–42.
- Gunnell D, Knipe D, Chang SS, Pearson M, Konradsen F, Lee WJ et al. (2017). Prevention of suicide with regulations aimed at restricting access to highly hazardous pesticides: a systematic review of the international evidence. *Lancet Glob Health.* 5(10):e1026–37.
- Harris FM, Maxwell M, O'Connor R, Coyne JC, Arensman E, Coffey C et al. (2016). Exploring synergistic interactions and catalysts in complex interventions: longitudinal, mixed methods case studies of an optimised multi-level suicide prevention intervention in four European countries (Ospi-Europe). *BMC Pub Health.* 16(1):268.
- Haw C, Sutton L, Simkin S, Gunnell D, Kapur N, Nowers M et al. (2004). Suicide by gunshot in the United Kingdom: a review of the literature. *Med Sci Law.* 44(4):295–310.

- Hawton K, Bergen H, Simkin S, Brock A, Griffiths C, Romeri E et al. (2009). Effect of withdrawal of co-proxamol on prescribing and deaths from drug poisoning in England and Wales: time series analysis. *BMJ*. 338:b2270.
- Hawton K, Townsend E, Deeks J, Appleby L, Gunnell D, Bennewith O (2001). Effects of legislation restricting pack sizes of paracetamol and salicylate on self-poisoning in the United Kingdom: before and after study. *BMJ*. 322(7296):1203–7. doi:10.1136/bmj.322.7296.1203.
- Heller TS, JL Hawgood, De Leo D (2007). Correlates of suicide in building industry workers. *Arch Suicide Res*. 11(1):105–17.
- Karunaratne A, Gunnell D, Konradsen F, Eddleston M (2020). How many premature deaths from pesticide suicide have occurred since the agricultural Green Revolution?. *Clin Tox*, 58(4), 227–232.
- Kasal A, Bechyňová L, Daňková Š, Melicharová H, Winkler P (2019). Situation analysis of suicide prevention in the Czech Republic: a background document for the National Plan for Suicide Prevention 2020–2030 [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: https://www.nudz.cz/files/pdf/situation-analysis-of-suicide-prevention-in-the-czech-republic_december_2019_fin_1.pdf.
- Khan MM, Reza H (1998). Gender differences in nonfatal suicidal behavior in Pakistan: significance of sociocultural factors. *Suicide Life Threat Behav*. 28(1):62–8.
- Knipe DW, Chang SS, Dawson A, Eddleston M, Konradsen F, Metcalfe C et al. (2017). Suicide prevention through means restriction: impact of the 2008–2011 pesticide restrictions on suicide in Sri Lanka. *PLoS One*. 12(3):e0172893.
- Knipe DW, Gunnell D, Eddleston M (2017). Preventing deaths from pesticide self-poisoning – learning from Sri Lanka’s success. *Lancet Glob Health*. 5(7):e651–2.
- Kolves K, Sisask M, Värnik P, Värnik A, De Leo D (2021). Advancing suicide research. Göttingen: Hogrefe.
- Kreitman N (1976). The coal gas story. United Kingdom suicide rates, 1960–71. *Br J Prev Soc Med*. 30(2):86–93.
- Law C, Svetcic J, De Leo D (2014). Restricting access to a suicide hotspot does not shift the problem to another location. An experiment of two river bridges in Brisbane, Austrália. *Aust N Z J Public Health*. 38(2):134–8.
- Lee YY, Chisholm D, Eddleston M, Gunnell D, Fleischmann A, Konradsen F et al. (2020). The cost-effectiveness of banning highly hazardous pesticides to prevent suicides due to pesticide self-ingestion across 14 countries: an economic modelling study. *Lancet Glob Health*. 17:S2214–109X(20)30493–9. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30493-9.
- Leong YH, Ariff AM, Khan HRM, Rani NAA, Majid MIA (2018). Paraquat poisoning calls to the Malaysia National Poison Centre following its ban and subsequent restriction of the herbicide from 2004 to 2015. *J Forensic Leg Med*. 56:16–20. doi:10.1016/j.jflm.2018.03.007.
- Levintova M (2007). Russian alcohol policy in the making. *Alcohol Alcohol*. 42(5):500–5.
- Liu KY (2009). Suicide rates in the world: 1950–2004. *Suicide Life Threat Behav*. 39(2):204–13.
- Lubin G, Werbeloff N, Halperin D, Shmushkevitch M, Weiser M, Knobler HY (2010). Decrease in suicide rates after a change of policy reducing access to firearms in adolescents: a naturalistic epidemiological study. *Suicide Life Threat Behav*. 40(5):421–4.
- Manuweera G, Eddleston M, Egodage S, Buckley NA (2008). Do targeted bans of insecticides to prevent deaths from self-poisoning result in reduced agricultural output? *Environ Health Perspect*. 116(4):492–5.
- Mew EJ, Padmanathan P, Konradsen F, Eddleston M, Chang SS, Phillips MR et al. (2017). The global burden of fatal self-poisoning with pesticides 2006–15: systematic review. *J Affect Disord*. 219:93–104.
- Milin R, Kutcher S, Lewis SP, Walker S, Wei Y, Ferrill N et al. (2016). Impact of a mental health curriculum on knowledge and stigma among high school students: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 55(5):383–91.
- Namibian Ministry of Health and Social Services (2018). National Study on the Prevalence of and Interventions in Relation to Suicide in Namibia [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <http://namibie.ngkerk.net/wp-content/uploads/sites/16/2019/04/FINAL-Suicide-Study-Report-V5-25-October-2018FINAL.pdf>.
- Niederkrotenthaler T, Braun M, Pirkis J, Till B, Stack S, Sinyor M et al. (2020). Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 368.
- Niederkrotenthaler T, Reidenberg DJ, Till B, Gould MS (2014). Increasing help-seeking and referrals for individuals at risk for suicide by decreasing stigma: the role of mass media. *Am J Prev Med*. 47(3 Suppl 2):S235–43.
- Oliver RG, Hetzel BS (1972). Rise and fall of suicide rates in Australia: relation to sedative availability. *Med J Aust*. 2(17):919–23. PMID: 4639963.
- OMS (2008a). Clinical management of acute pesticide intoxication: prevention of suicidal behaviours. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/44020>.
- OMS (2008b). Preventing suicide: how to start a survivors’ group. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44801/9789241597067_eng.pdf?sequence=1.
- OMS (2010). Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/44486>.

- OMS (2011). Preventing suicide: a resource for suicide case registration. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44757/9789241502665_eng.pdf?sequence=1.
- OMS (2012). Public health action for the prevention of suicide: a framework. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 23 de fevereiro de 2021]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75166/9789241503570_eng.pdf;jsessionid=076C64B4C897BDFBD746E58238E8CE23?sequence=1.
- OMS (2013). Building back better: sustainable mental health care after emergencies. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 23 de fevereiro de 2021]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/85377>.
- OMS (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, D.C.: Organización Pan-Americana da Saúde [consultado em 23 de fevereiro de 2021]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>.
- OMS (2015). Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP). El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias. Washington, D.C.: Organización Pan-Americana da Saúde [consultado em 23 de fevereiro de 2021]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28418>.
- OMS (2016b). Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 23 de fevereiro de 2021]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/208895>.
- OMS (2017). Preventing suicide: a resource for media professionals, update 2017. Geneva, Organização Mundial da Saúde [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258814/WHO-MSD-MER-17.5-eng.pdf?sequence=1>.
- OMS (2018a). National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 23 de fevereiro de 2021]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/279765>.
- OMS (2018b). Manual operativo del mhGAP: Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP). Washington, D.C.: Organización Pan-Americana da Saúde [consultado em 23 de fevereiro de 2021]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52328>.
- OMS (2018c). Preventing suicide: a resource for establishing a crisis line. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311295/WHO-MSD-MER-18.4-eng.pdf?ua=1>.
- OMS (2018d). Preventing suicide: a community engagement toolkit. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/suicide-prevention-toolkit-for-engaging-communities>.
- OMS (2018e). Global status report on alcohol and health 2018. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/274603>.
- OMS (2019a). Preventing suicide: a resource for filmmakers and others working on stage and screen. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 1º de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/preventing-suicide-a-resource-for-filmmakers-and-others-working-on-stage-and-screen>.
- OMS (2019b). mhGAP intervention guide – Version 2.0. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 23 de fevereiro de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/mhgap-intervention-guide--version-2.0>.
- OMS (2020). Helping adolescents thrive. Guidelines on promotive and preventive mental health interventions for adolescents. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 24 de fevereiro de 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336864/9789240011854-eng.pdf>.
- OMS (2021). Menu of cost-effective interventions for mental health. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- OMS, FAO (2019). Preventing suicide: a resource for pesticide registrars and regulators. Genebra e Roma: Organização Mundial da Saúde e Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura [consultado em 23 de fevereiro de 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326947>.
- OMS, UNHCR (2012). Assessing mental health and psychosocial needs and resources: toolkit for humanitarian settings. Genebra: Organização Mundial da Saúde [consultado em 23 de fevereiro de 2021]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/76796/9789241548533_eng.pdf?sequence=1.
- Organização Pan-Americana da Saúde (2014). Mortalidad por suicidio en las Américas: Informe regional. Washington, DC: OPAS.
- Organização Pan-Americana da Saúde (2016). Prevención de la conducta suicida. Washington, DC: OPAS.
- Organização Pan-Americana da Saúde (2022). Enfrentando Problemas Plus (EP+) Atendimento psicológico individual para adultos com angústia em comunidades expostas à adversidade. Washington, DC: OPAS [consultado em 26 de outubro de 2021]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55865>.
- Pearson M, Metcalfe C, Jayamanne S, Gunnell D, Weerasinghe M, Pieris R et al. (2017). Effectiveness of household lockable pesticide storage to reduce pesticide self-poisoning in rural Asia: a community-based, cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 390(10105):1863–72.
- Pearson M, Zwi AB, Buckley NA (2010). Prospective policy analysis: how an epistemic community informed policymaking on intentional self-poisoning in Sri Lanka. *Health Res Pol Syst*. 8(1):19.
- Pearson M, Zwi AB, Buckley NA, Manuweera G, Fernando R, Dawson AH et al. (2015). Policymaking “under the radar”: a case study of pesticide regulation to prevent intentional poisoning in Sri Lanka. *Health Policy Plan*. 30(1):56–67.

- Reifels L, Mishara BL, Dargis L, Vijayakumar L, Phillips MR, Pirkis J (2019). Outcomes of Community-Based Suicide Prevention Approaches That Involve Reducing Access to Pesticides: A Systematic Literature Review. *Suicide Life Threat Behav*, 49(4):1019–1031.
- Reisch T, Steffen T, Habenstein A, Tschacher W (2013). Change in suicide rates in Switzerland before and after firearm restriction resulting from the 2003 “Army XXI” reform. *Am J Psychiatry*. 170(9):977–84.
- Roškar S, Grum AT, Poštuvan V, Podlesek A, De Leo D (2017). The adaptation and implementation of guidelines for responsible media reporting on suicide in Slovenia (*Priredba in implementacija strokovnih smernic za odgovorno novinarsko poročanje o samomoru v lovenjji*). *Slovenian J Pub Health*. 56(1):31–8.
- Sanchez Puerta ML, Valerio A, Bernal MG (2016). Taking stock of programs to develop socioemotional skills: A systematic review of program evidence. Washington, DC: The World Bank.
- Siau CS, Wee LH, Ibrahim N, Visvalingam U, Yeap LLL, Wahab S (2018). Gatekeeper suicide training’s effectiveness among Malaysian hospital health professionals: a control group study with a three-month follow-up. *J Contin Educ Health Prof*. 38(4):227–34
- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*: 374(9686):315–23.
- Syed EU, Khan MM (2008). Pattern of deliberate self-harm in young people in Karachi, Pakistan. *Crisis*. 29(3):159–63.
- Terpstra S, Beekman A, Abbing J, Jaken S, Steendam M, Gilissen R (2018). Suicide prevention gatekeeper training in the Netherlands improves gatekeepers’ knowledge of suicide prevention and their confidence to discuss suicidality, an observational study. *BMC Public Health*. 18:637.
- Thomas K, Chang SS, Gunnell D (2011). Suicide epidemics: the impact of newly emerging methods on overall suicide rates—a time trends study. *BMC Public Health*. 11(1):314.
- Tighe J, Shand F, McKay K, Mcalister TJ, Mackinnon A, Christensen H (2020). Usage and acceptability of the iBobbly App: pilot trial for suicide prevention in Aboriginal and Torres Strait Islander youth. *JMIR Ment Health*. 7(12):e14296.
- Tighe J, Shand F, Ridani R, Mackinnon A, De La Mata N, Christensen H (2017). Ibobbly mobile health intervention for suicide prevention in Australian Indigenous youth: a pilot randomised controlled trial. *BMJ Open*. 7(1):e013518.
- Tuangratananon T, Wangmo S, Widanapathirana N, Pongutta S, Viriyathorn S, Patcharanarumol W et al. (2019). Implementation of national action plans on noncommunicable diseases, Bhutan, Cambodia, Indonesia, Philippines, Sri Lanka, Thailand and Viet Nam. *Bull World Health Organ*. 97(2).
- Victor J, Koon JHG, Govindaraju GM, Ling TP, Rajaratnam UD, Fong Y L (2019). Media reporting of suicide: a comparative framing analysis of Malaysian newspapers. *SEARCH Journal of Media and Communication Research*. 11(2):73–88.
- Vijayakumar L (2019). Media matters in suicide – Indian guidelines on suicide reporting. *Indian J Psychiatry*. 61(6):549.
- Vijayakumar L, Mohanraj R, Kumar S, Jeyaseelan V, Sriram S, Shanmugam M (2017). CASP – An intervention by community volunteers to reduce suicidal behaviour among refugees. *Int J Soc Psychiatry*. 63(7):589–97.
- Vijayakumar L, Pathare S, Jain N, Nardodkar R, Pandit D, Krishnamoorthy S et al. (2020). Implementation of a comprehensive surveillance system for recording suicides and attempted suicides in rural India. *BMJ Open*. 10(11):e038636.
- Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G et al. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*. 385(9977):1536–44.
- Wasserman C, Postuvan V, Herta D, losue M, Värnik P, Carli V (2018). Interactions between youth and mental health professionals: The Youth Aware of Mental health (YAM) program experience. *PLoS One*. 13(2):e0191843.
- Wasserman D, Värnik A, Eklund G (1994). Male suicides and alcohol consumption in the former USSR. *Acta Psychiatr Scand*. 89(5):306–13.
- Weiner BJ (2020). A theory of organizational readiness for change. In: Nilsen P, Birken SA, eds. *Handbook on implementation science*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- While D, Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw J et al. (2012). Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997–2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet*. 379(9820):1005–12.
- Yip PSF, Caine E, Yousuf S, Chang SS, Wu KCC, Chen YY (2012). Means restriction for suicide prevention. *Lancet*. 379(9834):2393–9.
- Yip PSF, Tang L (2021). Public health approach to suicide research. In: Kolves K, Sisask M, Värnik P, Värnik A, De Leo D, eds. *Advancing suicide research*. Göttingen: Hogrefe.
- Zakiullah N, Saleem S, Sadiq S, Sani N, Shahpurwala M, Shamim A et al. (2008). Deliberate self-harm: characteristics of patients presenting to a tertiary care hospital in Karachi, Pakistan. *Crisis*. 29(1):32–7.

VIVER A VIDA

Fundamentos transversais:

Análise da situação

Colaboração multissetorial

Conscientização

Construção de capacidade

Financiamento

Vigilância, monitoramento e avaliação

Principais intervenções eficazes baseadas em evidências:

Limitar o acesso a meios de suicídio

Interagir com a mídia sobre relatórios responsáveis

Promover habilidades de vida para jovens

Identificar e dar suporte precoce a todos os afetados

OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde

Região das Américas

ISBN: 978-92-75-72424-8



9 789275 724248