



# As políticas públicas para prevenção de suicídios

## Public policies for suicide prevention

DANIEL BUHATEM KOCH (1)

PAULO ROGÉRIO MELO DE OLIVEIRA (2)



**Resumo:** A complexidade do fenômeno suicida, aliada ao grande número de óbitos decorridos dessa prática em todo o mundo, apresenta-se como um desafio multidisciplinar aos profissionais da área, bem como aos envolvidos com a formulação de políticas públicas sobre o tema. No presente artigo, apresentam-se os principais tipos de políticas públicas associadas à prevenção de suicídios e como as pesquisas vêm avaliando sua efetividade. A exposição desse plano de fundo cria subsídios para pesquisadores e demais interessados no tema para a formulação de políticas regionalizadas, tendo em vista estudos mais recentes com maior objetividade na medição de resultados dos esforços governamentais, tão criticados pela literatura por seus efeitos meramente circunstanciais.

**Palavras-chave:** Suicídios. Políticas Públicas. Prevenção.

**Abstract:** The complexity of the phenomenon of suicide, and the high number of deaths by suicide all over the world, presents itself as a multidisciplinary challenge among professionals, as well as decision and policy makers. In this study, we outline the main types of public policies associated with suicide prevention, and how current studies evaluate their effectiveness. The outcome is a background that creates a resource for local policy makers and researchers, presenting recent studies with more objectively measured results of government efforts, which have been so much maligned in the literature for their merely circumstantial effects.

**Keywords:** Suicide. Public Policies. Prevention.

1 - Perito Criminal do Instituto Geral de Perícias de Santa Catarina, Mestre em Gestão de Políticas Públicas pela UNIVALI, Especialista em Direito Público pela FURB, bacharel em Direito pela FURB. [danielbkoch@gmail.com](mailto:danielbkoch@gmail.com).

2 - Dr. História pela UFRGS. Professor no Mestrado em Gestão de Políticas Públicas da UNIVALI

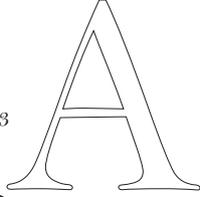


UNIVALI

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAI

RBTS

Revista Brasileira  
de Tecnologias Sociais



## INTRODUÇÃO

Os obstáculos enfrentados pela sociedade em obter melhores índices de saúde passam necessariamente pelas expectativas e pelos comportamentos culturais, sociais e interpessoais. São esses valores que determinam as prioridades dentro das comunidades, de modo que todo comportamento individual ou coletivo pode ser aprendido, modificado ou substituído. Desta forma, a integração entre os profissionais de saúde com suas comunidades é fundamental para introduzir mudanças éticas e efetivas para mudança de valores que irão trazer resultados na saúde e bem-estar da população. (JENKINS, 2007).

Estima-se que todos os anos mais de 800 mil pessoas tiram a própria vida pela prática do suicídio em todo o mundo, o que equivale a uma pessoa morta a cada 40 segundos, além de inúmeras outras tentativas – registradas ou não. O suicídio é evidenciado mais fortemente em grupos marginalizados e discriminados da sociedade, como *gays*, indígenas e imigrantes. Em países subdesenvolvidos ou em estágio de desenvolvimento, o problema se evidencia pela falta de atendimento devido para identificação dos casos, tratamento e apoio necessário, caracterizando a necessidade de políticas públicas eficientes na área da saúde para prevenção dessas ocorrências (WHO, 2014).

Poucos temas são tão multidisciplinares como o fenômeno suicida. Diante de sua complexidade, vislumbram-se na área da saúde públicas compreensões originadas pelas mais diversas ciências e profissionais que compõem esse quadro, que se voltam ao estudo da saúde mental dentro dos seus respectivos campos de atuação.

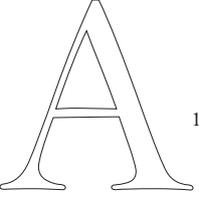
Nesse campo multidisciplinar, a saúde mental evoluiu para o modelo de integralidade, com a negação do papel de isolamento do indivíduo em hospitais, devendo lhe ser prestado o cuidado pela sua individualidade e de seus problemas, sob um olhar contextualizado, isto é, “integral”, da situação (ALVES, 2001).

Para alcançar a integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividade é necessário visualizar o paciente como indivíduo histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade no qual se insere, de modo que o atendimento integral extrapole a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, prolongando-se pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde e pelo compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional.

Nessa abordagem, os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral submetido a diferentes situações de vida e trabalho, que o levam a adoecer e a desejar morrer. (GUTIERREZ, 2014).

Na formulação das políticas públicas na área de saúde, o papel dos governos se encaminha por duas vertentes. A primeira diz respeito à alimentação dos bancos de dados oficiais de agravos e mortalidade, disseminação e transparência das informações, bem como o financiamento de produções acadêmicas e pesquisas sobre o tema. A disseminação das informações dá a munção às comunidades e à sociedade civil organizada para apoiar ou rejeitar as políticas públicas (LESTER, 2009).

A segunda corresponde à condução do ciclo das políticas públicas em si, seja qual for ele seu processo, cabendo-lhe integralmente ou parcialmente a identificação do problema, a formação da agenda e a formulação de alternativas. Notadamente, seu papel fundamental se dará na tomada



de decisão e na implementação e, posteriormente, na avaliação e na extinção da política (conforme o caso) (SECCHI, 2010).

Na teoria, essa fundamentação parece funcionar, porém quando se trata dos temas relacionados ao suicídio, a literatura aponta para a falta de precisão nos programas e nas políticas públicas em geral. As avaliações dos resultados face aos objetivos propostos falham na eleição de indicadores, especialmente quando o produto final não corresponde ao que era esperado no início dos programas, deixando dúvidas inclusive sobre a legitimidade das pesquisas acadêmicas que os avaliam (BERTOLOTE, 2004).

Assim sendo, esse trabalho se propõem a apresentar um estudo sobre as políticas públicas relacionadas ao suicídio, confrontando-as com estudos recentes sobre seu contexto e efetividade, observando quais as políticas públicas afetas a essa área e de que forma a prevenção vêm sendo trabalhadas no mundo, criando assim subsídios para formulação de políticas públicas regionalizadas. Conforme já exposto, não há pretensão de tratar todos os fatores de risco à exaustão, não sendo este um rol taxativo, porém se tem o objetivo de criar o plano de fundo e a fundamentação para discussão das políticas públicas sobre o tema, as quais podem surgir das mais variadas formas para prevenção de suicídios, sejam elas específicas ou não, no nível local ou em estratégias maiores.

## **POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PREVENÇÃO DE SUICÍDIOS**

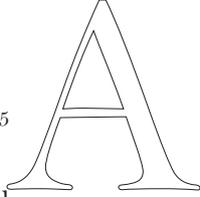
Diferentemente de riscos individuais, como distúrbios mentais e o uso abusivo de álcool e outras substâncias lesivas, os fatores de risco coletivos são indissociáveis da formulação de políticas públicas difusas e acessíveis à população em geral.

Programas e políticas públicas para prevenção de suicídios existem há cerca de cem anos no mundo, sendo espalhadas pelos diversos países e produzindo extenso conteúdo acadêmico. No entanto, os resultados dessas pesquisas são contraditórios e confusos, provavelmente devido ao controle apenas parcial das variáveis envolvidas no processo suicida (BERTOLOTE, 2004).

Certamente, as pesquisas vêm demonstrando grande diversidade em resultados nas práticas avaliadas. Devido aos múltiplos fatores envolvidos e aos diversos caminhos que podem conduzir o indivíduo ao comportamento suicida, os esforços para prevenção de suicídios requerem uma abordagem multidisciplinar direcionada à população e aos seus grupos de risco, bem como os contextos sociais que podem se apresentar (WHO, 2014). Esse fator pode ser um agravamento ainda maior quando se trata de países com disposições continentais como o Brasil, cuja extensão territorial e diversidade cultural tornam o fenômeno suicida ainda mais complexo de ser estudado e avaliado, sobretudo prevenido.

Buscando por artigos e pesquisas acadêmicas sobre o tema, podem-se encontrar diversas publicações internacionais que tratam do assunto, com experiências e estudos das mais variadas partes do mundo. No que tange à prevenção, são encontradas avaliações de políticas e projetos governamentais, estudos sobre a eficiência de programas específicos e ainda uma grande diversidade de estudos epidemiológicos que iniciam, complementam e enriquecem os debates.

No entanto, devem ser pesadas as diferenças culturais e as especificidades das populações que as políticas querem ver atingidas por suas ações. A complexidade do fenômeno suicida impõe um tratamento local para formulação de políticas públicas.



Caso algum desses diversos esforços tivesse demonstrado uma inquestionável e universal superioridade sobre os outros, provavelmente teria sido amplamente adotado. [...] um resultado positivo e conclusivo em um lugar, frequentemente falha em ser reproduzido em outro. [...]

Já que suicídios são intrinsecamente afetados por fatores socioculturais, não há uma indicação segura que o que deu certo em um lugar dará certo noutra. Foi demonstrado que programas de prevenção de suicídios funcionaram algumas vezes, em algum lugar. No entanto, um “transplante direto” de políticas e programas, sem considerar esses fatores, provavelmente trará resultados frustrantes. (BERTOLOTE, 2004, tradução livre).

A fim de estudar essas ações, seguiu-se nessa comunicação científica a classificação que Bertolote (2004) faz sobre as políticas de prevenção do suicídio, dividindo-as da seguinte forma: a) redução de acesso aos métodos e aos meios de suicídio; b) tratamento de pessoas com transtornos mentais; c) melhorias na divulgação da imprensa do suicídio; d) treinamento das equipes de saúde; e) programas nas escolas; f) disponibilidade de linhas diretas e centros de auxílio (crises).

O autor expõe na publicação em referência que os programas universais possuem maior evidência de eficácia sobre a população do que as ações seletivas, que serão aqui tratadas de forma individual para maior aprofundamento.

### REDUÇÃO DE ACESSO AOS MÉTODOS E AOS MEIOS DE SUICÍDIO

A categoria de política pública preventiva que tem apresentado melhores resultados, e também a mais polêmica, é a redução de índices de violência por meio da restrição de acesso aos meios e aos métodos da prática violenta. Ações que regulam a aquisição de armas de fogo, pesticidas, medicamentos e outros produtos potencialmente nocivos se enquadram nessa categoria, bem como outras ações que previnem as autolesões das mais variadas formas, como pela utilização de gases de exaustão, pela precipitação de lugares elevados, afogamentos, etc. Muitos suicídios podem ser evitados por meio do monitoramento de pessoas com comportamento suicida frente ao acesso aos meios para cometer o ato.

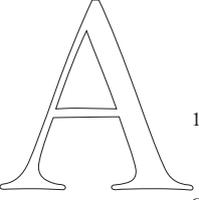
Tanto as políticas públicas mais abrangentes como a regulação para aquisição de pesticidas; quanto ações pontuais, como construção de cercas mais altas em pontes e passarelas se encaixam nessa categoria. Estudos demonstram que essas são as políticas de prevenção mais eficientes, com maior impacto sobre a população.

Uma revisão das evidências indica que a redução de acesso aos métodos (ex.: medicações, pesticidas, escapamento de veículos, armas de fogo) é talvez a intervenção com maior impacto no nível populacional. (BERTOLOTE, 2004, tradução livre).

E ainda:

É evidente que atacando a disponibilidade de métodos específicos para cometer suicídio em determinados países deve ser um elemento importante nas estratégias nacionais de prevenção ao suicídio. Embora não direcionada às causas do suicídio, é uma política que pode ter impacto significativo nos suicídios em geral. (HAWTON, 2005, tradução livre).

Circunstancialmente, cita-se também o controle sobre a venda de álcool e outras substâncias entorpecentes, observado seu caráter de potencializar co-morbidades do comportamento suicida e o próprio suicídio. O controle desse fator de risco também é multifacetado, desde as campanhas



educativas até o efetivo cumprimento da lei restritiva (administrativa, civil ou criminalmente) dos transgressores. No entanto, dado seu caráter complexo, as políticas públicas nessa área tornam-se difíceis de serem avaliadas de forma objetiva.

As políticas públicas nessa categoria de restrição possuem discussões acaloradas, motivadas principalmente pelos fatores econômicos que envolvem a comercialização desses produtos, mais notadamente nas indústrias farmacêuticas e de armas de fogo, porém as pesquisas vêm demonstrando relação entre essas restrições e a queda no número de suicídios em diversos países.

Legislações restringindo a posse de armas de fogo tem sido associadas com a redução de taxas de suicídios em muitos países, incluindo Austrália, Canadá, Nova Zelândia, Noruega e Reino Unido. Ações regulatórias possíveis para redução de suicídios relacionados com arma de fogo incluem: enrijecer as normas para disponibilidade de armas de fogo em residências particulares e os procedimentos para obtenção de licenças e registro; limitação do porte pessoal apenas para armas curtas; aumentar o tempo de espera para aquisição; exigência de cofres para guarda; estabelecimento de idade mínima para aquisição; implementar avaliação clínica e verificação de antecedentes criminais. Educação nas comunidades sobre a regulamentação também é crucial em países em que a arma de fogo é um elemento comum na sociedade. (WHO, 2014, p. 34, tradução livre).

Embora o controle de armas de fogo tenha sido comprovado como eficiente para a redução da violência, abrangendo tanto os casos de suicídios como homicídios, a literatura ainda enfrenta dificuldades em comprovar se nessas localidades pesquisadas houve ou não uma mudança dos meios, isto é, se diante da ausência da arma de fogo, o suicida se utiliza de outro método para cometer o ato suicida (enforcamento, precipitação, intoxicação etc.), o que vem fragilizando os discursos em prol do desarmamento (JAMIDSON, 2002; LESTER, 2009).

## TRATAMENTO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS

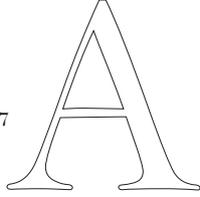
Em muitos países, o acesso aos serviços de saúde mental apresenta barreiras difíceis de transpor, como a sua própria complexidade estrutural e a limitação de recursos apresentando dificuldades do profissional de saúde chegar até indivíduo ou vice-versa. O acesso da população em geral aos serviços de saúde pode ser uma grande barreira na prevenção de suicídios, baseado no risco individual e na combinação entre seus mais complexos fatores, especialmente na comorbidade com transtornos e distúrbios mentais, como depressão, bipolaridade, alcoolismo, etc.

A importância da comorbidade na elevação do risco de suicídio também está bem estabelecida. Um estudo finlandês de autópsia psicológica, numa amostra aleatória de 229 suicídios, revelou que 93% tinham um diagnóstico psiquiátrico de Eixo I. Apenas 12% dos casos recebeu tão somente um diagnóstico de Eixo I, sem outra doença coexistente. Quase metade dos casos (44%) tinha dois ou mais diagnósticos de Eixo I. Os transtornos mais prevalentes foram depressão (59%) e dependência ou abuso de álcool (43%). Um diagnóstico de transtorno de personalidade (Eixo II) foi aventado para 31%, e um diagnóstico de doença não psiquiátrica (Eixo III) para 46% dos casos de suicídio<sup>1</sup>.

Dentre os deprimidos, dependência química, ansiedade grave, crises de pânico, agitação e insônia aumentam a chance de morte por suicídio. Dentre os mais velhos, é comum a coexistência de doenças não

---

<sup>1</sup> Os diagnósticos realizados por meio de eixos (Diagnóstico Multiaxial) correspondem a uma classificação de pacientes em 5 categorias, as quais simplificadamente se traduz em: o Eixo I, transtornos clínicos; o Eixo II, transtornos de personalidade; o Eixo III, condições clínicas gerais; o Eixo IV, fatores ambientais e; o Eixo V, a uma escala para jovens com menos de 18 anos.



psiquiátricas; dentre os mais novos, transtornos de personalidade. No caso de transtorno bipolar, os estados mistos, os delírios na fase maníaca e a falta de adesão ao tratamento aumentam o risco. (CHACHAMOVICH et al., 2009).

Esses transtornos e condições clínicas apresentadas são de fundamental importância. Ressalta-se que o cuidado com a saúde mental se reflete na prevenção de cerca de 90% dos casos de suicídio, quase a sua totalidade, portanto se pode seguramente afirmar que o trabalho sobre esses transtornos, com íntimas ligações principalmente à depressão maior, se traduz no maior benefício da população vítima de suicídio evitando novas ocorrências.

A associação entre o quadro clínico de depressão maior e comportamento suicida tem sido largamente descrita. Tais achados parecem ser confirmados em diferentes desenhos metodológicos e em distintas populações. Por exemplo, investigações de base populacional nos Estados Unidos (*National Comorbidity Survey* e *Epidemiologic Catchment Area*), Canadá e áreas urbanas da China indicam que depressão é a principal entidade nosológica associada a tentativas de suicídio, à ideação suicida e a planos suicidas. Lee et al. reportaram que, comparado aos transtornos de ansiedade, o diagnóstico de depressão maior esteve associado a uma razão de chances cerca de dez vezes maior. (CHACHAMOVICH et al., 2009).

A depressão para a medicina ocidental tem como sua característica principal a “alteração de humor”, porém pode também ser verificada em efeitos somáticos capazes de serem detectados clinicamente, como fraqueza, cansaço, dores no corpo, palpitações e distúrbios no sono; e sintomas psicológicos, também de modo relativamente fácil descobertos em um interrogatório ao paciente, como a perda de interesse pelas atividades diárias ou sociais, baixa concentração, ansiedade excessiva e notadamente os pensamentos suicidas (HELMAN, 2009).

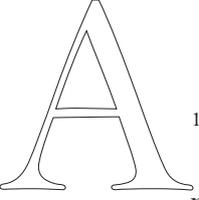
Atualmente apenas cerca de 25% a 35% das pessoas deprimidas em nações industrializadas buscam auxílio diretamente para esse problema, sendo que esses números são muito menores em áreas rurais, pobres ou em desenvolvimento. Com o tratamento adequado, cerca de 80% dos pacientes têm uma melhoria substancial, por meio de medicação, terapias, exercícios físicos ou mais comumente, uma combinação entre esses meios de tratamento (JENKINS, 2007).

Por essa razão, torna-se indispensável a existência de recursos e opções, tanto para pacientes quanto para os profissionais de saúde poderem trilhar os caminhos mais adequados de acordo com cada individualidade. Destaca-se aqui o importante papel da reforma psiquiátrica e dos serviços substitutivos de instituições asilares, a fim de evitar a co-morbidade de pacientes cumprindo um conceito de saúde integral e universal com cuidado e cidadania.

## MELHORIAS NA DIVULGAÇÃO DA IMPRENSA

Um grande componente de risco pode ser observado na maneira como o tema do suicídio é retratado nas mais diversas mídias. Seja na imprensa, na indústria do entretenimento ou nas redes sociais via internet, a maneira que os suicídios são tratados é fundamental para estimular novos casos ou educar positivamente determinadas populações.

As práticas suicidas, quando relatadas de forma inapropriada, podem causar um efeito sensacionalista, como nos suicídios de artistas famosos, gerando efeitos de imitadores. O uso do tema é considerado inadequado quando a exposição do fato é explorada demasiadamente de



maneira gratuita (como no caso das celebridades), nos relatos de casos não usuais de meios de suicídio, na demonstração da forma de suicídio por meio de imagens ou informações detalhadas ou simplesmente banalizam o suicídio como algo aceitável em uma resposta a uma adversidade (WHO, 2014).

Da mesma forma que a OMS tratou o tema em um manual específico para profissionais de atenção primária, também o fez para profissionais da mídia, por meio do documento “Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia” (WHO, 2000b). Neste documento, relata-se que:

De acordo com Philips e cols., o grau de publicidade dado a uma história de suicídio correlaciona-se diretamente com o número de suicídios subseqüentes. Casos de suicídio envolvendo celebridades têm tido impacto particularmente forte.

A televisão também influencia o comportamento suicida. Philips demonstrou um aumento nos suicídios até 10 dias após a TV noticiar algum caso de suicídio. Assim como na mídia impressa, histórias altamente veiculadas, que aparecem em múltiplos programas e em múltiplos canais, parecem ser as de maior impacto – maior ainda se elas envolvem celebridades. (WHO, 2000b, p. 4).

O fenômeno dessa imitação suicida e outros comportamentos é conhecido como “efeito Werther”, derivado do livro “Os sofrimentos de jovem Werther”, de Johann Wolfgang von Goethe (1774), cujo protagonista que dá nome ao livro se suicida por uma mulher. O autor veio a público se defender, quando centenas de suicídios de jovens foram atribuídos à influência de sua obra, sendo encontrados usando as roupas do personagem, utilizando-se dos mesmos meios para cometer o ato e na posse do famigerado livro (ABP, 2009).

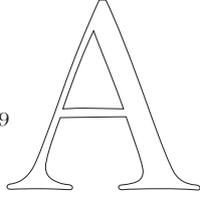
Mais objetivamente, a Associação Brasileira de Psiquiatria no documento “Comportamento suicida: conhecer para prevenir, dirigido para profissionais de imprensa”, de 2009, traz recomendações, dicas, sugestões e até exemplos.

Quando o suicídio for notícia (e esse critério varia entre os órgãos de imprensa) sugere-se reportagem discreta, cuidadosa com parentes e amigos enlutados, sem detalhismo exagerado do método suicida, notadamente quando o falecido era celebridade, ou pessoa muito estimada localmente. Acredita-se que carregar a reportagem de tensão, por meio de descrições e imagens de amigos e de familiares impactados, acabe por encorajar algumas pessoas mais vulneráveis a tomarem o suicídio como forma de chamar a atenção ou de retaliação contra outros. (ABP, 2009).

Outro fator relativamente novo, mas digno de observação, é o tráfego e a disponibilidade de informações na internet, o que vem também alertando pesquisadores sobre sua influência no comportamento suicida.

Existem preocupações crescentes com o papel complementar que a internet e as redes sociais possuem nas comunicações de suicídios. A internet é a maior fonte de informações sobre suicídio e contém sites prontamente acessíveis que podem ser considerados inapropriados em retratar o suicídio. Sites de internet e redes sociais vêm gerando tanto apologias quanto facilitações ao comportamento suicida. Indivíduos também podem transmitir abertamente atos suicidas sem censura e informações que podem ser facilmente acessadas. (WHO, 2014, tradução livre).

No entanto se verifica que no Brasil essa tendência não se confirma. Apesar de o termo “suicídio” ser mais procurado aqui do que nos demais países da América Latina, os resultados em ferramentas de busca não apresentam *sites* que incentivam ou facilitam a prática, ao contrário, trazem uma quantidade considerável de *links* de cunho religioso ou profissional (GOMES *et al.*,



2014), o que, em tese, levaria a uma melhor informação e prevenção do suicídio. No entanto, estudos mais recentes poderiam focar na divulgação por vias privadas de relacionamento com mensagens instantâneas, com compartilhamento direto entre pessoas ou grupos em redes sociais (ex: Facebook, WhatsApp, Skype, etc.).

## TREINAMENTO DAS EQUIPES DE SAÚDE

As políticas públicas para prevenção de suicídios por meio de treinamento adequado das equipes de (*gatekeepers*), responsáveis muitas vezes pela primeira resposta ao indivíduo vítima da tentativa de suicídio, podem se constituir pela vertente das políticas de saúde mental em geral e das específicas para suicídios.

Embora levantar a necessidade de capacitação e treinamento dessas equipes tenha se tornado um lugar comum, expresso nas mais diversas formas de comunicação e pesquisas acadêmicas, estudos sobre a eficácia desses treinamentos (quando realizados) para a prevenção de novos suicídios ainda carece de avaliações mais aprofundadas, sendo que as referências oferecem poucas fontes seguras nesse assunto (BERTOLOTE, 2004).

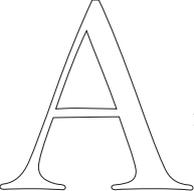
A Hungria e a Suécia (Gotland) correm na contramão, defendendo que o treinamento das equipes de saúde oferece os resultados positivos que lhe são esperados para a prevenção de suicídios. A Hungria teve uma queda de 46% nas taxas de suicídio nos últimos 25 anos e, apesar de não possuir um programa governamental de prevenção ao suicídio, possui profissionais de saúde cada vez mais capacitados no tratamento da saúde mental (RIHMER, 2013).

Normalmente o treinamento das equipes em saúde mental está inserido em programas maiores de saúde mental e/ou prevenção do suicídio, como é o caso da Finlândia. A Finlândia foi o primeiro país a elaborar um plano nacional de prevenção ao suicídio, antes mesmo da OMS estabelecer diretrizes para tal (WHO, 2012). O país conta com uma taxa elevada de ocorrências, sendo que em 1990 atingiu o pico 30,20 s/h e desde aquele ano vem observando quedas, com 15,60 s/h em 2012 (OECD, 2015).

Esse programa envolvia as equipes de saúde no tratamento das vítimas de tentativa de suicídio. Inicialmente foram montados grupos de ação em *workshops* nos grandes hospitais (*“central hospitals and psychiatric units in general hospitals”*) e formulado um manual de procedimentos padrões que devem atuar em conjunto com profissionais externos, desde clínicas de psiquiatria até ambulâncias. Posteriormente o programa avançou para os hospitais distritais, usando a mesma metodologia e ainda com treinamentos e pesquisas com usuários (UPANNE et al., 1999). Atualmente a Finlândia tem seu programa difundido em todo o país e as equipes em áreas distantes dos grandes centros podem inclusive contar com suporte por vídeo conferência.

O programa vem sofrendo com uma falta de investimento, que gradualmente lhe afeta após os anos 2000, sendo que em 2010 seu orçamento representava cerca de 4,5% do orçamento total na área de saúde do país. Apesar dos cortes, ainda apresenta resultados positivos na queda das estatísticas (OECD, 2015).

Porém, como citado anteriormente, ainda não se dispõe de fontes seguras para avaliar o impacto real dessas políticas públicas na prevenção do suicídio senão em conjunto com demais ações e programas, não olvidando certamente seus efeitos colaterais e circunstanciais.



## PROGRAMAS NAS ESCOLAS

Nessa mesma linha estão os programas nas escolas, que podem ser realizados com o objetivo de gerar informação (*public awareness*) sobre o assunto em campanhas de conscientização, tanto no corpo docente quanto nos pais e alunos; ou no treinamento dos profissionais de ensino para identificar problemas e dar com eventuais situações de risco ou crise.

Utilizando novamente o exemplo finlandês, o programa pode se iniciar com *workshops* dentro das escolas sobre o assunto, gerando manuais de boas práticas personalizados para cada unidade e como lidar com situações de crise. Atualmente o Ministério da Educação da Finlândia trabalha com um programa chamado KiVa em 90% das escolas daquele país contra a prática de *bullying*, com grande sucesso na redução de incidentes – tanto da prática quanto da vitimização (OECD, 2015).

Porém, assim como no caso das políticas de treinamento de pessoal da saúde, os resultados dessas práticas ainda não foram colocados à prova. Normalmente, por estar no mesmo contexto de um programa maior ou pelo seu caráter subjetivo, apresenta muitos efeitos positivos circunstanciais, porém sem objetividade quanto à efetividade para inibir a prática de suicídios (BERTOLOTE, 2004)

Não obstante, um estudo caso-controle recente na Europa colocou à prova três tipos de programas, realizando testes envolvendo mais de 11 mil alunos em escolas de dez países europeus: o primeiro programa, referente ao treinamento de profissionais da educação, chamado “QPR” (*Question, Persuade, and Refer*); o segundo, informativo para o público jovem, chamado “YAM” (*Youth Aware of Mental Health Programme*); e o terceiro, para detectar e referenciar alunos em situação de risco, chamado “ProfScreen”. Os resultados foram que os programas QPR e ProfScreen, após 12 meses em monitoramento, não apresentaram resultados significativos quando comparados com as escolas controle, mas o programa YAM diminuía pela metade as tentativas de suicídio e os casos de ideação suicida grave (WASSERMAN et al., 2015).

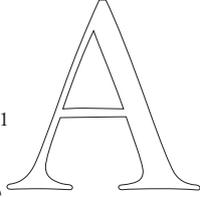
Esse é uma importante descoberta, que leva a acreditar que a prevenção de suicídios entre jovens pode ser mais simples do que parece, dependendo do contexto cultural no qual está inserido.

## DISPONIBILIDADE DE LINHAS DIRETAS E CENTROS DE AUXÍLIO

Atualmente três organizações mundiais coordenam os centros de auxílio e a prevenção ao suicídio, estimulando o desenvolvimento dessas práticas: “*Befrienders International, Life Line International*” e IFOTES (*International Federation of Telephonic Emergency Services*).

A efetividade dos centros de auxílio às crises, também chamadas de linhas diretas ou *hotlines*, está em uma polêmica entre pesquisadores do mundo todo. Embora uns acreditem em sua eficácia e ainda uma economia para os cofres públicos em sua ação preventiva, outros acreditam que sua ação se limita ao auxílio das pessoas em crise, sem atingir os suicidas com eficiência na prevenção que os casos se concretizem. Para Bertolote (2004), as pesquisas realizadas indicam a falta de resultados positivos na prevenção.

Apesar de sua popularidade e atratividade, até agora não há evidências conclusivas da eficácia das *hot lines* e centros de crise para prevenção de suicídio. Admite-se que a sua eficiência para auxiliar pessoas



em crise (e não apenas suicidas) é muito maior que seus impactos nas taxas de suicídio. (BERTOLOTE, 2004, tradução livre).

No entanto, Lester (2009), apesar de reconhecer que os impactos dos centros de prevenção são pequenos, considera-os significativos. Os estudos foram realizados em 1985 no Canadá e posteriormente replicados de 1994 a 1998, obtendo o mesmo resultado (LESTER, 2009).

Estudos ainda mais recentes corroboram para os efeitos positivos nessas ferramentas de prevenção. Em pesquisa realizada na Bélgica, verificou-se que um investimento de € 218.899,00 (euros) gerou uma economia aos cofres públicos com gastos em saúde na ordem de € 1.452.022,00 (euros) (PIL et al., 2013). Nesse mesmo sentido, uma pesquisa australiana também concluiu pela eficácia das linhas diretas de prevenção, sendo que elas podem economizar gastos públicos se todos os custos dos suicídios forem contabilizados (COMANS et al., 2013).

Não obstante a falta de políticas públicas governamentais nessa área em muitos países, essa entidades internacionais se fazem presentes no mundo todo por meio de ONGs ou outras figuras organizacionais, suprimindo a carência estatal na área e assumindo um papel social protagonista, comprovando a tese de que não apenas governos instituídos estão aptos para planejar e executar políticas públicas (SECCHI, 2010), e desta forma as entidades demonstram seu verdadeiro exercício de cidadania e relação com os demais membros da comunidade em que estão inseridos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A OMS vem se posicionando fortemente em fomento às ações preventivas de suicídios, colocando-se como principal articuladora internacional de diretrizes na área de saúde mental para esse fim. No entanto, os programas e os projetos governamentais que se proliferam mundo afora não possuem caráter objetivo no combate à mortalidade voluntária, de modo que se torna difícil o monitoramento de resultados positivos ou negativos, apenas dos diversos benefícios circunstanciais que as políticas implementadas podem trazer. Não obstante, já é possível verificar na literatura algumas pesquisas que visam a essa objetividade e começam a iluminar o caminho das políticas públicas existentes no que efetivamente tem potencial de funcionar nesse campo tão complexo.

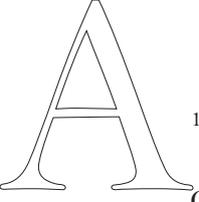
## REFERÊNCIAS

ABP. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Comportamento suicida**: conhecer para prevenir, dirigido para profissionais de imprensa. [*on-line*], 2009. Disponível em: <[www.fundacaobunge.org.br/uploads](http://www.fundacaobunge.org.br/uploads)>. Acesso em: 01 dez. 2014.

ALVES, D. S. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO, 2001.

BERTOLOTE, J. M. Suicide prevention: at what level does it work? **World Psychiatry.**, oct. 2004; 3(3):147-51. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. Acesso em: 17 nov. 2014.

CHACHAMOVICH, E. et al. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, mai. 2009; 31(1). Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 05 fev. 2015.



COMANS, T. et al. Cost effectiveness of a community-based crisis intervention program for people bereaved by suicide. **Crisis**, jan. 2013; 34(6): 390-7. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23942387>>. Acesso em: 06 fev. 2015

GOMES, J. O. et al. Suicídio e internet: análise de resultados em ferramentas de busca. **Psicologia e Sociedade**, 2014; 26(1):63-73.

GUTIERREZ, B. A. O. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. **Psicol. USP**, São Paulo, dez. 2014; 25(3). Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 27 jan. 2015.

HAWTON, K. (Ed.). **Prevention and treatment of suicidal behavior: from science to practice**. Oxford: Oxford University Press, 2005. Disponível em: <<http://www.crisis.org.cn/>>. Acesso em: 31 nov. 2014.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. BOLNER, A. R. (Trad.). Porto Alegre: Artmed, 2009.

JAMIDSON, K. R. **Quando a noite cai: entendendo o suicídio**. SOARES, G. B. (Trad.). Rio de Janeiro: Gryphus, 2002.

JENKINS, C. D. **Construindo uma saúde melhor: um guia para mudança de comportamento**. FAJARDO, A. P. (Trad.). Porto Alegre: Artmed, 2007.

LESTER, D. **Preventing suicide: closing the exits revisited**. Nova Iorque: Nova, 2009.

OECD. Organization for Economic Co-operation and Development. **Finland's falling mental health spending and high suicide rates concerning, says OECD**. [*on-line*]. Disponível em: <<http://www.oecd.org/els/health-systems/MMHC-Country-Press-Note-Finland.pdf>>. Acesso em: 06 fev. 2015.

PIL, L. et al. Cost-effectiveness of a helpline for suicide prevention. **J Telemed Telecare.**, jul. 2013; 19(5):273-81. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24163237>>. Acesso em: 06 fev. 2015.

RIHMER, Z. et al. Suicide in Hungary-epidemiological and clinical perspectives. **Annals of General Psychiatry**, 2013; 12:21. Disponível em: <<http://www.annals-general-psychiatry.com/>>. Acesso em: 06 fev. 2015.

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análises, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

UPANNE, M.; HAKANEM, J.; RAUTAVA, M. **Can suicide be prevented? The suicide Project in Finland 1992-1996: goals, implementation and evaluation**. [*online*]. Helsinki: 1999. Disponível em: <<http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/76109/mu161.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 26 nov. 2014.

WASSERMAN, D. et al. **School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial**. [*on-line*], Elsevier, jan. 2015. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/>>. Acesso em: 06 fev. 2015.

WHO. World Health Organization. **Preventing suicide: a global imperative**. Genebra: Who Press, 2014. Disponível em: <[www.who.int](http://www.who.int)>. Acesso em: 05 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. **Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da mídia**. Genebra: Who Press, 2000. Disponível em: <[www.who.int](http://www.who.int)>. Acesso em: 01 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. **Public health action for the prevention of suicide: a framework**. [*on-line*], 2012. Disponível em: <<http://www.who.int>>. Acesso em: 02 fev. 2015.