



ciência plural

A OPERACIONALIZAÇÃO DO SUS NA PREVENÇÃO E CONDUÇÃO DE CASOS DE SUICÍDIOS: ANÁLISE DOCUMENTAL

*The operationalization of the SUS in the prevention and occurrence of
suicide cases: documentary analysis*

Clea Adas Saliba Garbin • Faculdade de Odontologia de Araçatuba (UNESP) •
Doutora em Odontologia Legal e Deontologia • E-mail: cgarbin@foa.unesp.br

Luis Felipe Pupim dos Santos • Faculdade de Odontologia de Araçatuba (UNESP) •
Mestre em Odontologia Preventiva e Social • E-mail: lfpupim@hotmail.com

Suzely Adas Saliba Moimaz • Faculdade de Odontologia de Araçatuba (UNESP) •
Doutora em Odontologia Preventiva e Social • E-mail: sasaliba@foa.unesp.br

Orlando Saliba • Faculdade de Odontologia de Araçatuba (UNESP) • Doutor em
Saúde Pública • E-mail: osaliba@foa.unesp.br

Autor responsável pela correspondência

Clea Adas Saliba Garbin • E-mail: cgarbin@foa.unesp.br

RESUMO

Introdução: O suicídio é tido como um fenômeno complexo, multicausal, fruto da interação de fatores de ordem filosófica, biológica, antropológica, psicológica, e social, considerado nos dias de hoje um grave problema de saúde pública. **Objetivo:** realizar uma análise documental dos materiais lançados pelo SUS relacionados às medidas a serem adotadas em casos e tentativas de suicídio, bem como nos meios previni-las. **Método:** trata-se de um estudo descritivo, no qual foram verificadas as portarias e manuscritos do SUS relacionadas ao suicídio, tendo sido consultados oito documentos oficiais. **Resultados:** a primeira portaria a tratar especificamente do assunto, Portaria nº 1.876, foi lançada em 2006, e instituiu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, norteando as estratégias do Ministério da Saúde para atuação e contenção do fenômeno. A partir dela, outros documentos foram instituídos, visando o aprimoramento do acesso, acolhimento, e tratamento aos indivíduos predispostos a desenvolverem depressão, ou que estão em situações de risco, além de garantir maiores esforços e investimentos para grupos específicos. **Conclusões:** as portarias estabelecidas garantem ao usuário do SUS acolhimento e acompanhamento, desde o nível de atenção básica até a atenção especializada.

Palavras-Chave: Suicídio; Depressão; Sistema Único de Saúde; Saúde Mental

ABSTRACT

Introduction: Suicide is considered as a complex phenomenon, multicausal, fruit of the interaction of factors of philosophical, biological, anthropological, psychological, and social, considered today a serious public health problem. **Objective:** to perform a documentary analysis of the materials released by the SUS related to the measures to be adopted in cases and suicide attempts, as well as in the means to prevent them. **Methods:** this is a descriptive study, in which the ordinances and SUS manuscripts related to suicide were verified, and eight official documents were consulted. **Results:** the first ordinance to deal specifically with the subject, Ordinance No. 1,876, was launched in 2006, and established the National Guidelines for Suicide Prevention, guiding the strategies of the Ministry of Health to act and restrain the phenomenon. From this, other documents were instituted, aimed at improving access, shelter, and treatment to individuals predisposed to develop depression, or who are at risk, as well as guaranteeing greater efforts and investments for specific groups. **Conclusions:** established ordinances guarantee hosting and follow-up to the SUS user, from basic care level to specialized care.

Keywords: Suicide; Depression; Unified Health System; Mental Health

Introdução

O suicídio é tido como um fenômeno complexo, multicausal, fruto da interação de fatores de ordem filosófica, biológica, antropológica, psicológica, e social. De acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS), o suicídio é uma ação concreta, realizada por alguém que possui consciência e conhecimento da consequência final do seu ato. Ele é considerado como um grave problema de saúde pública, pois levantamentos evidenciam que mais de 800 mil pessoas dão fim à própria vida ao redor do mundo por ano, aproximadamente uma morte a cada 40 segundos, sendo que 75% dos casos se sucedem em nações de baixa e média renda¹. Ainda segundo a OMS, 1,4% de todas as mortes no mundo têm como causa o suicídio, e especificamente entre os jovens de 15 a 29 anos, é a segunda principal causa¹. Já as tentativas de suicídio são consideradas atos intencionais de autoagressão sem culminar na morte do indivíduo².

No continente americano, o Brasil ocupa o oitavo lugar no número absoluto de suicídios, e é o quarto país latino-americano com o maior crescimento no número de casos no intervalo de 2000 a 2012. Considerando apenas a América Latina, embora os três primeiros países do ranking apresentem um crescimento maior no número de suicídios, possuem quantidades absolutas bem inferiores de casos. Analisando desta forma, o Brasil foi considerado o país com a maior quantidade absoluta de casos, sendo constatados 11.821 suicídios entre 2010 e 2012. É relevante destacar que o número de mulheres que tiraram suas próprias vidas (17,80%) cresceu mais do que o número de homens (8,20%), no período de 12 anos².

Ademais, em 2013, o aumento foi bastante significativo. De acordo com o DATASUS (2014), ficou evidenciado que cerca de 10 mil casos de suicídio ocorreram apenas nesse ano, sendo o Sudeste a região que apresentou o maior percentual, 36% desse total, ou seja, 3.636 indivíduos provocaram sua própria morte³. As demais regiões têm menor índice: Centro-Oeste e Norte juntos

representam 16,7% do total; o Nordeste e Sul possuem as taxas de 23,7% e 23,3%, respectivamente. Destes aproximados 10 mil casos, 66% foram ocasionados por lesões autoprovocadas provenientes de meios agressivos como a sufocação e o enforcamento, tendo em vista que a maior parte dos indivíduos era do sexo masculino (5.561 homens)³.

Diante do crescimento dos casos de tentativas de suicídio no país, o Sistema Único de Saúde (SUS) instituiu portarias e lançou documentos que direcionam as ações preventivas em nível individual e coletivo, norteadas e sistematizando as condutas a serem tomadas pelos serviços de saúde.

O objetivo deste trabalho foi realizar uma análise documental dos materiais lançados pelo SUS no que tangem às medidas a serem adotadas em casos e tentativas de suicídio, bem como nos meios de preveni-las.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, no qual foram verificadas as portarias e documentos oficiais do SUS relacionadas ao suicídio. As variáveis consideradas para se desenvolver a discussão pertinente à proposta deste manuscrito foram referentes às condutas a serem tomadas em casos de tentativas e em casos consumados, às estratégias adotadas para a prevenção deste problema, e ao processo de tratamento e acompanhamento dos indivíduos pelos serviços de saúde, correlacionando-os com os próprios princípios do SUS.

Foi realizado um levantamento, por meio da página eletrônica do Ministério da Saúde, de todos os documentos relacionados ao tema, tendo sido verificados oito manuscritos oficiais, incluindo Portarias, Boletins epidemiológicos, um manual, e uma agenda de ações estratégicas. Para realização deste trabalho não foi necessária aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa, por usar dados secundários, de domínio público.

Resultados e Discussão

A Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, foi considerada o primeiro documento a tratar especificamente do assunto. Ela instituiu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Por meio de ações organizadas entre Ministério da Saúde, Secretarias de Estado de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, instituições acadêmicas, organizações governamentais e não-governamentais, organizações da sociedade civil, os objetivos destas Diretrizes são *“desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos. Além disso, deve desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido; organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas”*.

Para melhorar o direcionamento dos esforços e investimentos a fim de se tratar do problema, tais diretrizes devem identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações Inter setoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade; fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio; contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos; promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações.

Outra importante meta que a Portaria nº 1.876 busca é a capacitação dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, visando *“promover sua educação permanente, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização”*⁴.

Também no ano de 2006, como parte da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, o Ministério da Saúde lançou o *“Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental, cujo principal objetivo é a transmissão de informações básicas que possam orientar a detecção precoce de certas condições mentais associadas ao comportamento suicida, bem como o manejo inicial de pessoas que se encontrem sob risco suicida e medidas de prevenção”*. Este documento orienta as equipes de saúde a entenderem a dimensão deste problema, a sua importância como profissionais na prevenção de suicídio, como identificar os fatores de risco, como ajudar os pacientes que se encontram em risco, como lidar com esses indivíduos, e quando e como encaminhá-los para as equipes de saúde mental⁵.

Em 2011, por meio da Portaria nº 3.088/2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde mental para grupos populacionais predispostos a desenvolvê-los, como pessoas com sofrimento ou transtorno mental, usuários de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal serviço inclui desde acompanhamento e orientação na atenção básica, como em Centros de Convivência, Equipes de Saúde da família (ESF), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), e Unidades Básicas de Saúde (UBS), até atendimentos de urgência e emergência (UPA 24h, SAMU 192), sob a coordenação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)⁶.

O modelo de atenção à saúde mental no Brasil, antes baseado em internações em hospitais psiquiátricos, passou por um processo de redirecionamento para os serviços comunitários de saúde mental, e com a criação da RAPS, tornou-se possível a ampliação do acesso à atenção psicossocial,

articulando ações Inter setoriais, e permitindo a regulação e organização da demanda. Por meio do acolhimento e acompanhamento, a RAPS qualifica o cuidado prestado, considerando os diferentes níveis de complexidade de cada caso, assim como identifica os grupos mais vulneráveis.

Na perspectiva dos usuários das RAPS, um estudo constatou que há o reconhecimento, por parte deles, da existência de uma rede de saúde disponível para atendê-los, e que houve uma melhora significativa no acompanhamento dos casos em comparação com os antigos modelos de atenção à saúde mental. Todavia, consideram que o acesso a ela é limitado, pois entendem que o acompanhamento poderia ser desenvolvido em espaços facilitadores de sua aproximação e reinserção na sociedade. Mais ainda, num achado demonstrando um ponto preocupante, pois vai à contramão do que as Portarias instituem, os usuários constataram que há debilidade na articulação dos cuidados integrados, indicando forte inibição do trabalho em rede, de forma que as demandas de saúde mental se mantenham concentradas apenas nos serviços especializados⁷.

Por outro lado, na visão de profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, psicólogos, dentre outros, as ações Inter setoriais têm resultado sim em ganhos perceptíveis aos usuários, e que por mais que o processo ainda precise ser otimizado, consideram que o trabalho em equipe possa facilitar o acesso principalmente de pacientes com difícil adesão aos tratamentos. Eles também esperam que futuramente o compromisso entre os profissionais se aperfeiçoe e traga ainda mais resultados positivos. Os profissionais do estudo julgam como as principais vulnerabilidades das RAPS o desconhecimento de sua lógica por parte de alguns colegas de trabalho, a necessidade de ampliação da assistência a mais recursos humanos, somada à alta demanda de usuários⁸.

A elevação do número de tentativas e casos consumados, principalmente evidenciados pelo aumento significativo em 2013, alertou os gestores de saúde de que ainda mais ações sistematizadas deveriam ser implementadas³. Diante da falta de notificação aos bancos de dados oficiais do SUS, a Portaria nº 1.271,

lançada em 2014, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos, e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, passou a considerar as tentativas de suicídio como agravos de notificação compulsória imediata, ou seja, devem ser informados em até 24 horas, após o conhecimento do ocorrido, para as Secretarias Municipais de Saúde⁹. Ainda assim, as notificações tanto de tentativas quanto de óbitos necessitam de maior comprometimento dos serviços de saúde, de forma a serem seguidas de fato as diretrizes vigentes para tais situações. Através de um banco de dados sistematicamente preenchido, torna-se possível acompanhar os casos, intervir precoce e adequadamente, garantindo a alimentação dos sistemas de informação em saúde, de tal forma que se consiga extrair resultados consistentes capazes de direcionar os planejamentos dos gestores, e permitindo a democratização e conhecimento das informações.

No ano de 2017, o Ministério da Saúde lançou o Boletim Epidemiológico 2017- Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde, que analisou os casos de tentativas e suicídios no Brasil de 2011 a 2016, por meio de dados extraídos do componente de Vigilância de Violências e Acidentes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/Sinan), e pelas declarações de óbito registradas no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Os achados deste levantamento nortearam as próximas portarias e estratégias adotadas para tratar do fenômeno. De acordo com o Boletim, o número de notificações por lesão autoprovocada subiu de 9.696, em 2011, para 30.013 em 2016, em mulheres, enquanto nos homens a quantidade observada foi de 5.244 em 2011 e 15.455 em 2016, representando um aumento de 209,5% e 194,7%, respectivamente, para o período analisado¹⁰.

Ainda em 2017, no mesmo mês do Boletim Epidemiológico 2017, por conta do contexto do Setembro Amarelo, mês de prevenção do Suicídio, foi lançada a Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil 2017-2020, cujo objetivo geral é ampliar e fortalecer

as ações de promoção da saúde, vigilância, prevenção e atenção integral relacionadas ao suicídio, com vistas à redução de tentativas e mortes por suicídio, considerando os determinantes sociais da saúde e as especificidades de populações e grupos sociais em situação de maior vulnerabilidade a esse fenômeno e os municípios e grupos de municípios com alta concentração de suicídio. Dentre os objetivos específicos, destaca-se a intersetorização e parcerias entre Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, Ministério de Saúde e outros ministérios, a fim de se criar estratégias, prazos, metas e responsabilidades para o desenvolvimento e êxito do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil. Podem-se destacar também como metas específicas do plano o *“fortalecimento da articulação entre Vigilância e Atenção à Saúde, promovendo a utilização efetiva e oportuna dos dados provenientes dos sistemas de informação para subsidiar os serviços de saúde com vistas a garantir maior integralidade, resolutividade e continuidade dos cuidados”*; e o fortalecimento das estratégias de educação e capacitação de gestores e profissionais de saúde para a vigilância e qualificação do cuidado e prevenção de suicídios¹¹.

A Portaria nº 3.479, de dezembro de 2017, instituiu o comitê para a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil, em consonância com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e com as Diretrizes Organizacionais das Redes de Atenção à Saúde. Além de determinar os representantes, titulares e suplentes, que serão componentes do comitê, a portaria delega suas funções e objetivos, dentre elas, realizar diagnósticos situacionais acerca da situação do país quanto ao suicídio e seus resultantes, articular a implementação do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil, bem como de realizar monitoramento e avaliação do mesmo¹². Tal medida possui importância estratégica, pois visa a garantia de que todas as portarias e ações voltadas para a prevenção de suicídio e de seus fatores predisponentes, lançadas até então, sejam de fato cumpridas, tornando os integrantes do comitê responsáveis tanto por assegurar o andamento e

desenvolvimento do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil, quanto para dar uma feedback ao Ministério da Saúde e à população.

A fim de se assegurar que os recursos enviados às secretarias municipais e estaduais de saúde sejam de fato destinados também ao tratamento de desordens mentais, em dezembro de 2017 foi lançada a Portaria N^o 3.491, que instituiu incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde direcionados para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do SUS, sendo o Ministério da Saúde responsável por tratar dos recursos orçamentários¹³. Isso garante financiamento específico para o problema, sem que a verba fosse empregada em outros ramos dos serviços de saúde.

Os projetos ou eventos que terão prioridade de financiamento são em situações em que há altas taxas de morte por suicídio na população geral, altas taxas de suicídios em populações indígenas, propostas que contemplem grupos de elevada vulnerabilidade, projetos que visem implantar pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial, e que possuam viabilidade de execução, estando em consonância com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, e com a Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil.

De 2011 a 2015, no Brasil, foram registradas 55.649 mortes por suicídio, ficando na taxa de 5,5/100 mil habitantes, variando de 5,3 para 5,7 nos respectivos anos¹⁰. O SUS, por meio de seus princípios e diretrizes, garante a toda a toda população acesso aos serviços públicos de saúde, fortalece políticas e financiamentos a locais e populações vulneráveis a determinado problema, e oferece tratamento integral, desde casos complexos que exijam atenção especializada, porém com ênfase em ações preventivas¹⁴. Desta forma, diante da ascensão de um problema de saúde pública, com aumento nos casos de tentativas e de óbitos, considera-se que as portarias e documentos lançados pelo SUS, em especial na última década, regulamentam e sistematizam as ações a serem

tomadas nos serviços de saúde, desde os casos não consumados, que sendo notificados regularmente alimentam os bancos de dados oficiais, servindo de suporte para planejamentos e criação de políticas para populações ou grupos específicos, até nas situações de óbito.

A ampliação do acesso ao usuário que necessite de tratamento psicológico, principalmente através da RAPS, foi uma importante medida adotada que aperfeiçoou seu acolhimento e acompanhamento e, mais ainda, tornou possível o encaminhamento a diferentes níveis de atenção dependendo do caso. Salienta-se também que grupos vulneráveis estão incluídos em diretrizes específicas, onde lhes é oferecido um grau maior de atenção por meio de financiamento de projetos ou ações direcionados a eles, como no caso da população indígena¹⁵, por exemplo, que apresentou elevada taxa de suicídio (15,2/100 mil habitantes) considerando o período de 2011 a 2015¹⁰.

Contudo, talvez, mais portarias ou diretrizes direcionadas a grupos especiais sejam necessárias para a correta intervenção, dependendo do caso. Como exemplo, podemos citar o aumento significativo de tentativas de suicídio entre estudantes universitários. Em uma universidade do Rio de Janeiro, no ano de 2017, foram registradas seis ocorrências, sendo que duas chegaram a óbito¹⁶. Muitas vezes os gestores universitários adotam uma postura passiva frente a esses episódios, pois ainda não há normativas que direcionem as ações a serem tomadas, ao mesmo tempo em que os casos raramente são notificados tanto pelas famílias quanto pelas vítimas.

Em suma, pode-se considerar que o Ministério da Saúde está a par da gravidade do fenômeno, e ao passo que os levantamentos e boletins epidemiológicos deixam o governo e a população cientes de sua extensão, políticas públicas são desenvolvidas, otimizadas e atualizadas. Por meio de todas as portarias abordadas neste trabalho, seria adequado ponderar que se as ações intersetoriais forem de fato cumpridas, e se os investimentos e recursos forem destinados às populações e locais mais vulneráveis, como regulamentado,

possivelmente haverá uma melhora considerável ao menos no processo de acolhimento e acompanhamento pelo SUS.

É difícil prever qual o prognóstico deste problema, visto que diversos fatores podem interferir no processo de desenvolvimento de depressão ou de intenções suicidas, alavancando ainda mais o seu crescimento. Mas, mesmo que não haja a diminuição esperada no número de casos, as ações de orientação e prevenção são sumariamente importantes para a conscientização da população.

Conclusões

A partir da última década, vários documentos oficiais foram lançados principalmente com o objetivo de sistematizar as condutas a serem tomadas pelos serviços de saúde, bem como para melhorar as ações Inter setoriais, extremamente necessárias para diminuir ou atenuar a progressão deste fenômeno, considerando as diretrizes, a própria organização e operacionalização do SUS.

Uma coisa importante que deve ser enfatizada é que as portarias que abordam suicídios e tentativas de suicídios, instituídas pelo Ministério da Saúde, garantem ao usuário do SUS acolhimento e acompanhamento, desde o nível da atenção básica até a atenção especializada.

Referências

- 1- World Health Organization (WHO). Preventing suicide: a global imperative. Luxembourg: World Health Organization, 2014
- 2- Félix TA, Oliveira EN, Lopes MVO, Parente JRF, Dias MSA, Moreira RMM. Fatores de risco para tentativa de suicídio: produção de conhecimento no Brasil. Editora Unijuí – Revista Contexto & Saúde, vol. 16, n. 31, 2016 – ISSN 2176-7114 – p. 174
- 3- Departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Óbitos Por Causas Externas - São Paulo - Dados Preliminares. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2014.]

- 4- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2006 ago 14.
- 5- Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção do Suicídio- Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF). 2006 out.
- 6- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2011 dez 23; Seção 1:37.
- 7- Moreira MIB, Onocko-Campos RT. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. Saúde Soc. São Paulo, v.26, n.2, p.462-474, 2017
- 8- Nóbrega MPSS, Silva GBF, Sena ACR. Funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial- RAPS no município de São Paulo, Brasil: perspectivas para o cuidado em Saúde Mental. Atas - Investigação Qualitativa em Saúde. v. 2 (2016)
- 9- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2014 jun 6.
- 10- Brasil. Ministério da Saúde. Suicídio. Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio- Saber, agir e prevenir- Boletim Epidemiológico, Brasília (DF), 2017.
- 11- Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil 2017-2020. Brasília (DF), 2017 set.
- 12- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.479, de 18 de dezembro de 2017. Institui Comitê para a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2017 dez 18.
- 13- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.491, de 18 de dezembro de 2017. Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde direcionados para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS), a onerarem o orçamento

- de 2017. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2017 dez 18
- 14- Vieira MA, Ferreira MAM. Análise do Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família em relação à operacionalização dos Princípios Básicos do SUS. RAHIS. v. 12 n. 3 (2015)
 - 15- Souza MLP, Onety-Júnior RTS. Caracterização da mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas em Roraima, Brasil, 2009-2013. Epidemiol. Serv. Saúde vol.26 no.4 Brasília out./dez. 2017
 - 16- Xavier AM. Proteção social e saúde mental de universitários na UFF Campos. Anais do 6º Encontro Internacional de Política Social e 13º Encontro Nacional de Política Social. 2018;1(1):1-13.

Submetido: 07/05/2019
Aceito: 25/08/2019