

MINISTÉRIO DA SAÚDE

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO EM POVOS INDÍGENAS



**FORTELECIMENTO
DA COMUNIDADE**



**DIÁLOGO
INTERCULTURAL**



AUTONOMIA



PROTAGONISMO



**PRÁTICAS
TRADICIONAIS
INDÍGENAS**



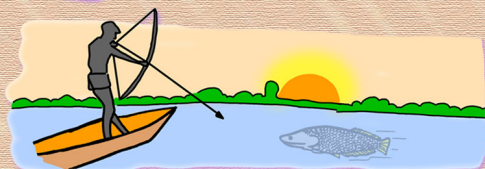
VÍNCULO



**TROCA DE
SABERES**



BEM VIVER



ACOLHIMENTO



**BRASÍLIA - DF
2019**



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria Especial de Saúde Indígena
Departamento de Atenção à Saúde Indígena

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO EM POVOS INDÍGENAS



Brasília – DF
2019



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2019 – 5.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria Especial de Saúde Indígena

Departamento de Atenção à Saúde Indígena

Esplanada dos Ministérios, bloco G, 4º andar

CEP: 70750-520 – Brasília/DF

Tel.: (61) 3315-3784

E-mail: sesai@saude.gov.br

Site: www.saude.gov.br/sesai

Elaboração Técnica:

Fernando Pessoa de Albuquerque

Lucas da Silva Nóbrega

Roberta Aguiar Cerri Reis

Jaqueline Medeiros Silva Calafate

Juliana Silva Gama

Mariana Vaz Tassi

Revisão:

Janini Selva Ginani

Vera Lopes dos Santos

Lívia Dias Pinto Vitenti

Renata Vasconcelos de Souza Brito

Marina Rios Amorim

Colaboração:

Andrea Borghi Moreira Jacinto

Isadora Simões de Souza

Juliana Silva Gama

Mariana Vaz Tassi

Pedro Lemos Macdowell

Roberto Tykanori Kinoshita

Apoio financeiro:

Organização Pan-Americana de Saúde

Normalização:

Daniela Ferreira Barros da Silva – Editora MS/CGDI

Revisão:

Khamila Silva e Tamires Alcântara – Editora MS/CGDI

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Departamento de Atenção à Saúde Indígena.

Estratégias de Prevenção do Suicídio em Povos Indígenas / Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Saúde Indígena, Departamento de Atenção à Saúde Indígena. – Brasília : Ministério da Saúde : 2019.
38 p.: il.

ISBN: 978-85-334-2726-6

1. Saúde Indígena. 2. Suicídio. 3. Saúde Pública. I. Título.

CDU 614.39(=1-82)

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2019/0114

Título para indexação:

Estrategies of Suicide prevention among Indigenous Peoples

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
1. INTRODUÇÃO	7
2. CONTEXTUALIZAÇÃO	8
3. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DO SUICÍDIO NAS POPULAÇÕES INDÍGENAS BRASILEIRAS	9
4. ASPECTOS DETERMINANTES E FATORES DE RISCO.....	13
5. AÇÕES DE PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO A SITUAÇÕES DE SUICÍDIO	16
6. LINHA DE CUIDADO INTEGRAL PARA ATENÇÃO E PREVENÇÃO DO SUICÍDIO ENTRE JOVENS INDÍGENAS.....	16
6.1. Linha de Cuidado Integral nos casos de ocorrência de suicídio	17
6.2. Linha de Cuidado Integral nos casos de tentativas de suicídio.....	24
7. FORMAS DE ATUAÇÃO DA EMSI COM AS PESSOAS EM RISCO DE SUICÍDIO	27
8. DESENHO DA REDE DE APOIO PESSOAL.....	32
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33

Siglas Utilizadas

AIS- Agente Indígena de Saúde

CASAI-Casa de Saúde Indígena

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

DASI- Departamento de Atenção à Saúde Indígena

DIASI- Divisão de atenção à saúde indígena

DSEI - Distrito Sanitário Especial Indígena

EMSI- Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena

FUNAI- Fundação Nacional do Índio

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RT- Referência Técnica

Sasisus - Subsistema de Atenção a Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde

SESAI - Secretaria Especial de Saúde Indígena

APRESENTAÇÃO



Esse documento é um material didático para orientar as equipes de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) na organização de cuidados em saúde mental para prevenção do suicídio em populações indígenas, que é um agravo que impacta a saúde desses povos, em especial entre os mais jovens. Com isso, esse material visa qualificar as ações e fundamentar os profissionais para acolherem pessoas que tentaram suicídio ou que sejam parentes de sujeitos que foram a óbito por essa causa.

1. INTRODUÇÃO

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SASI-SUS – se propõe a produzir cuidado em saúde de maneira diferenciada, construindo uma forma de organização do modelo de atenção à saúde adaptado à realidade e às condições de vida dos diversos povos indígenas. Essa organização diferenciada é uma operacionalização dos princípios do SUS de integralidade e equidade em saúde. Nesse caso, oferecer uma atenção integral exige que os serviços e as equipes de saúde considerem as especificidades dos modos de viver e as diferentes concepções do processo saúde–doença da população a ser atendida, sendo que diferentes formas de se compreender o adoecer, o sofrer e o morrer vão interferir nos processos de trabalho das equipes.

Dessa maneira, pode-se afirmar que, além da necessidade primeira de cada serviço conhecer a fundo a cultura da etnia indígena que atende, torna-se necessário criar tecnologias de cuidado adequadas às necessidades de saúde das populações indígenas. Isso exige uma reelaboração das estratégias de cuidado em saúde do modelo ocidental, e a subsequente produção de material bibliográfico que constitua novas práticas em saúde indígena e que sirva para qualificar os profissionais de saúde que oferecem assistência a essa população.

O presente material educativo tenta preencher essa lacuna da saúde indígena, diante da necessidade de adequação das estratégias de prevenção, atenção e cuidados em saúde às pessoas que tentaram suicídio e aos parentes e amigos próximos de quem foi a óbito por essa causa. Também tem como objetivo apontar diretrizes gerais para produção de linhas de cuidado locais para prevenção do suicídio.

Este material foi elaborado a partir de uma triangulação de métodos de

pesquisa (MINAYO, 2005): análise dos dados epidemiológicos relacionados a óbitos e tentativas de suicídio; revisão bibliográfica sobre a temática em populações não indígenas e indígenas; e sistematização de experiências bem sucedidas realizadas pelas equipes multidisciplinares de saúde indígena de 4 Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEIs. A conjunção e análise desses dados possibilitou a construção de orientações gerais para o desenvolvimento de uma Linha de Cuidado local para prevenção e atenção a pessoas em risco para suicídio, considerando-se Linha de cuidado como uma estratégia *“que incorpora a ideia da integralidade na assistência á saúde, o que significa unificar ações preventivas, curativas e de reabilitação; proporcionar o acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita”* (FRANCO et al., 2003).

Com isso, a proposta aqui construída é fundamentada na prática das equipes de saúde indígena e visa disseminar esses conhecimentos para garantir o desenvolvimento de ações de proteção de pessoas em risco para suicídio.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o suicídio está entre as 20 principais causas de morte e tem apresentado uma tendência de aumento em todo o mundo (OMS, 2014). Mundialmente este fenômeno chega a ocupar a terceira posição entre as principais causas de morte nas faixas etárias de 15 a 44 anos.

Os Povos Indígenas estão entre os grupos que apresentam maiores taxas de mortalidade por suicídio em diversos países, por exemplo, entre as populações nativas do Canadá, de Ilhéus no Pacífico Sul, Micronésia, Papua-Nova Guiné, Austrália, entre outros (Oliveira et al., 2003).

O suicídio é um fenômeno complexo e multifatorial, sendo definido pela Classificação Internacional de Doença como um óbito derivado de “lesões autoprovocadas intencionalmente” e relaciona-se etiológicamente com uma gama de fatores, que vão desde os de natureza sociológica, econômica, política, cultural, passando pelos psicológicos e psicopatológicos, até biológicos.

O suicídio tem se mostrado como um problema de saúde desafiador, especialmente entre os povos indígenas. O suicídio neste tipo de população interage com situações sociais e culturais específicas que mudam radicalmente a epidemiologia e a etiologia do fenômeno, não sendo possível, portanto, justificar sua ocorrência por explicações simplistas e/ou unívocas.

A mediação da experiência por modelos explicativos próprios e tradicionais,



além do histórico de contato com as sociedades envolventes, faz com que esse evento ganhe um caráter específico em cada povo ou localidade.

Segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2017), a taxa de suicídio aumentou 12% entre 2011 e 2015, chegando a 5,7 óbitos por 100 mil habitantes, no Brasil, em 2015. Esse valor não representa uma alta mortalidade por suicídios em comparação a outros países, porém, existem grupos específicos com taxas de mortalidade significativas, como é o caso dos indígenas.

Os dados mostram que os indígenas são os que mais cometem suicídio (15,2 óbitos/100 mil habitantes), quando comparados com brancos (5,9/100 mil habitantes) e negros (4,7/100 mil habitantes).

Em torno deste fenômeno multifacetado estão presentes aspectos de grande complexidade que envolvem desde os estudos científicos sobre o tema, a vigilância em saúde, a elaboração de políticas públicas de enfrentamento à situação, a divulgação de informações sobre o assunto na mídia, o processo de elaboração do luto individual, familiar e comunitário entre sobreviventes, perspectivas culturais e situações socioeconômicas envolvidas com o evento, entre muitos outros.

3. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DO SUICÍDIO NAS POPULAÇÕES INDÍGENAS BRASILEIRAS

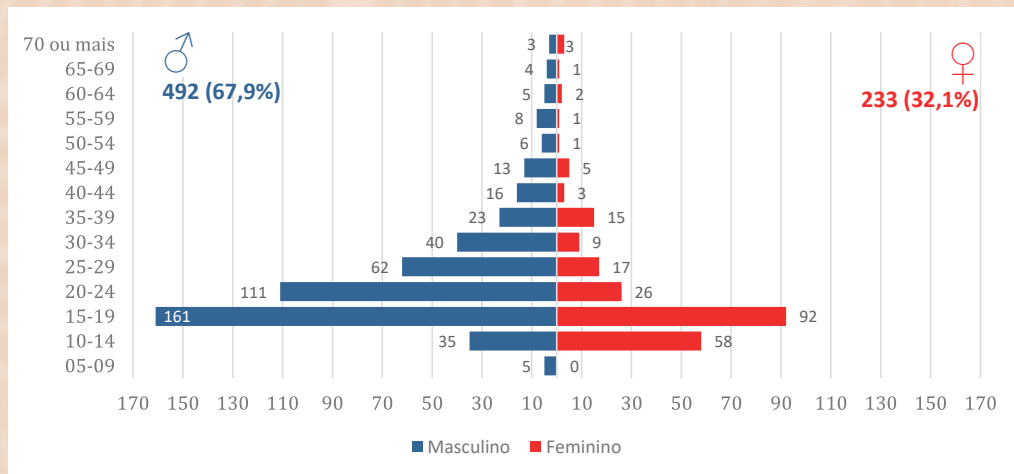
No Brasil o suicídio tem se mostrado um agravo de saúde preocupante em determinadas populações indígenas. Dados coletados em grande parte destas populações mostram que este não é um fenômeno generalizado, mas sim localizado em comunidades e etnias específicas. A partir da análise destes dados, de estudos etnográficos focados no assunto e da literatura vigente é possível traçar algumas características determinantes envolvidas neste fenômeno para estas populações.

Ressalta-se que a qualificação da vigilância epidemiológica em saúde mental tem possibilitado a identificação de casos de suicídio de modo precoce e em lugares onde não se conhecia esse agravo como incidente.

Em estudo realizado pela SESAI, foram analisados 725 óbitos registrados no SIASI ocorridos entre 2010 a 2017, 32,1% eram de indígenas do sexo feminino e 67,9% do sexo masculino (**Figura 1**). Os homens indígenas chegam

a morrer por suicídio duas vezes mais em comparação às mulheres. Apenas na faixa etária entre 10 e 14 anos, a proporção de óbito do sexo feminino é maior que do sexo masculino.

Figura 1: Óbitos por suicídio registrados no SIASI de 2010 a 2017 por faixa etária e sexo, Brasil.



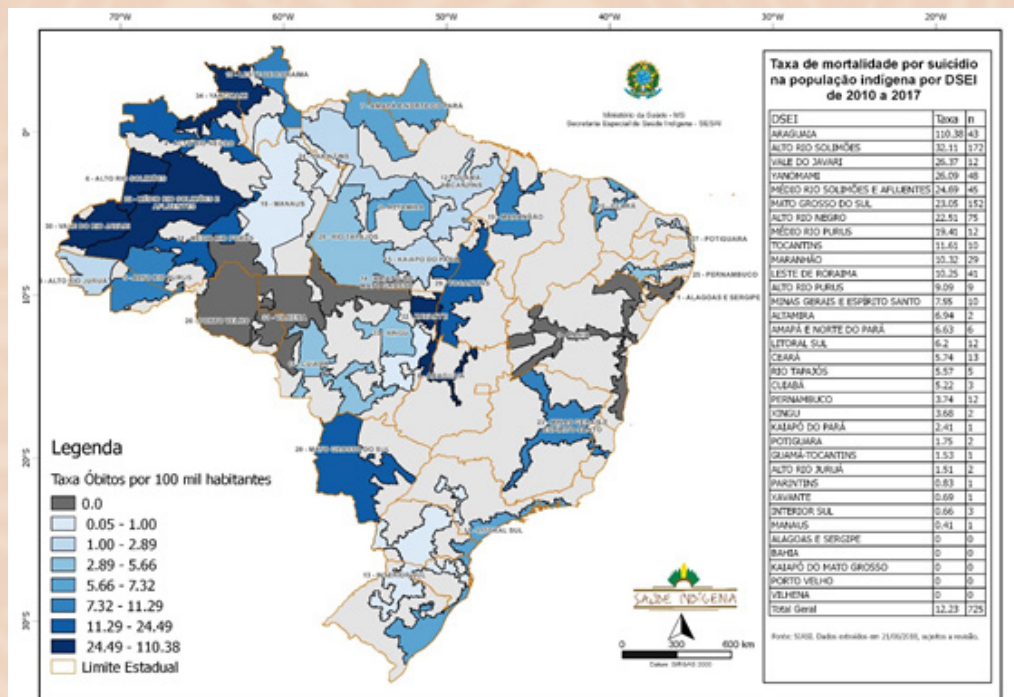
Fonte: SIASI/SESAI/MS. (Elaboração Própria)

Em relação à faixa etária, observou-se que 47,7% (n=346) dos óbitos ocorreram entre indígenas de 10 a 19 anos de idade (Figura 1), com maior proporção entre 15 e 19 anos (34,9%), o que demonstra que o suicídio indígena ocorre, na maior parte das vezes, na passagem para a vida adulta, que tem sido um período crítico para os jovens indígenas.

Em relação ao meio do ato suicida, observou-se que o enforcamento foi o método utilizado em 81,6% (592) dos óbitos, seguido por autointoxicação (9,2% n=67) e disparo de arma de fogo (4,4% n=32). Destaca-se que a autointoxicação é o único método em que a proporção de óbitos em mulheres é semelhante à dos homens (50,7%), sendo que nos outros métodos, mais violentos, a maioria dos óbitos é majoritariamente do sexo masculino.

Apresenta-se a seguir o mapa de distribuição das taxas de mortalidade por suicídio por DSEI entre 2010 e 2017 (Figura 2), sendo possível observar que as maiores taxas de suicídio na população indígena ocorrem nas áreas de abrangência dos DSEI Araguaia, Mato Grosso do Sul e em DSEIs localizados na fronteira oeste do país, como Alto Rio Solimões, Vale do Javari, Yanomami e Médio Rio Solimões.

Figura 2: Taxa de mortalidade por suicídio por DSEI na população indígena assistida pelo SasiSUS de 2010 a 2017, Brasil (N=725).



Fonte: Dados SIASI/SESAI

Desde 2016, a SESAI incluiu como meta nacional em seu planejamento estratégico a redução de 10% da taxa de óbitos para esse agravo até 2019. Esse objetivo é baseado no Plano de Ação de Saúde Mental da OMS, que estipulou a mesma meta para a população mundial até 2020. A análise de dados primários coletados em momentos distintos, apontam para um processo de qualificação da vigilância do óbito por suicídio que suscitou no aumento da incidência desse evento, em virtude da ampliação da notificação nos sistemas oficiais.

Deve-se considerar que esse fenômeno é mediado por diferentes concepções de sofrer e morrer próprias de cada povo indígena, que têm seus modelos explicativos tradicionais sobre a ocorrência desses óbitos, e estes devem ser levados em consideração na formulação de qualquer estratégia de prevenção desse agravo. Além disso, a literatura científica relaciona as maiores taxas de suicídio ao contato discriminatório e violento com a sociedade envolvente, à dificuldade de acesso à terra, e a mudança nas relações

familiares, especialmente, concernentes às mudanças nas regras de casamento (SESAI,2017; Souza et al, 2012).

Estas informações têm subsidiado um processo de identificação de fatores de proteção e fatores de risco para suicídio na população indígena, que fundamentaram a construção da proposta de linha de cuidado para prevenção do suicídio. Essa proposta de trabalho parte de uma perspectiva relacionada à ecologia de saberes, na qual um fenômeno complexo exige uma abordagem e propostas de intervenção múltiplas que interfiram em diversas nuances desses acontecimentos. Assim, essa área técnica orienta que as ações de prevenção do suicídio devem levar em consideração as seguintes perspectivas incluídas na matriz a seguir:

Figura 3: Multiplicidade de Pontos de vista na abordagem do suicídio indígena



Fonte: Elaboração Própria

4. ASPECTOS DETERMINANTES E FATORES DE RISCO

A literatura internacional assim como a OMS destacam o suicídio como uma interação extremamente complexa de inúmeros fatores causais como situações de vida estressantes, conflitos interpessoais, transtornos mentais, problemas familiares, abuso de substâncias e doenças físicas (OMS, 2000). Todos estes fatores estão intimamente ligados com o contexto social e cultural das populações em que ocorrem os fenômenos. Dessa forma devem ser rejeitadas todas as explicações simplistas e unívocas para o suicídio, ainda mais quando se trata de um evento em populações indígenas. Não é possível estabelecer generalizações de determinantes para estas populações. Os fatores envolvidos em cada situação variam de acordo com os casos específicos, a etnia em questão e o contexto social envolvente.

Não existem informações suficientes evidenciando se as altas taxas de suicídio em comunidades indígenas são um fenômeno decorrente do contato com a sociedade envolvente ou se são práticas sociais anteriores a ele. Esta informação permitiria identificar com maior clareza a influência dos fatores decorrentes deste contato e os fatores causais inerentes à própria organização social das comunidades. Por outro lado, existem evidências suficientes demonstrando que as situações sociais precárias de diversas comunidades indígenas decorrentes do contato histórico com os não indígenas têm relação com o aumento das taxas de suicídio nestas comunidades.

Neste sentido, estabeleceu-se uma complexa conjuntura social que compõe o quadro de fatores que aumentam o risco de suicídio. Alguns desses fatores serão sintetizados aqui para fins de entendimento apenas e não categorização, uma vez que, por atuarem simultaneamente, não é possível discriminar relações diretas de causa-efeito.

a) **Impossibilidade de recuo:** dentre alguns dos povos indígenas que possuem alta taxa de suicídio observa-se o total esgotamento de opções para recuo ou mudança no espaço geográfico sem nenhuma possibilidade de territórios para que possam viver enquanto povo com identidade própria (MORGADO, 1991). Até recentemente algumas dessas comunidades podiam recuar, o que vinham fazendo ao longo desses cinco séculos, do litoral para o interior; atualmente, esta prática não é mais possível. Com o avanço das fazendas, não há possibilidade de recuo das comunidades para outros espaços. Desterrados de seu habitat, estes povos são obrigados a permanecer em minúsculas reservas.



b) **Contexto de violência e pobreza:** observa-se que determinadas comunidades indígenas vivem contextos sociais de pobreza e violência física ou simbólica. A situação decorrente da limitação do acesso às formas de trabalho e produção usuais como a terra cultivável, caça, rios e outros, aliada ao contexto de violência sofrida na discriminação que sofrem enquanto grupo, gera um contexto social de risco aos eventos de suicídio.

c) **Terra enfraquecida, sociedade enfraquecida:** à terra reduzida corresponde um modo de ser também enfraquecido (COLOMA, 2010). Trata-se de uma relação fundamental que rege o mundo indígena, uma vez que a natureza não é desintegrada da cultura e todos os seres, sejam eles vegetais ou animais possuem seu papel na morfologia social indígena, o que influencia principalmente a prática da medicina tradicional indígena. Por exemplo, a agressão contra si mesmo é entendida como o resultado do predomínio de outros espíritos e/ou substâncias sobre o indivíduo, a ação sendo caracterizada como alheia à vontade da pessoa (COLOMA, 2010).

Em se considerando o fato de que para os índios não existe uma distinção ontológica entre os vários seres que povoam o Mundo, o ato movido por um ou mais espíritos sobre o corpo de uma determinada pessoa, e que conduz à sua morte, é interpretado pelos nativos como sendo, na verdade, um homicídio. Se não há terra, o corpo enfraquece e se o corpo enfraquece, ele fica subjugado à forças alheias.

d) **Conflito geracional e familiar:** diante do contexto pós-contato, estes povos procuram restabelecer, na medida do possível, as condições da morfologia social indígena que permitam a manifestação de um adequado modo de ser. No entanto, ocorre que muitas vezes esta tentativa de ressignificação é conflituosa, principalmente no contexto familiar e geracional. A constante pressão colonial tem favorecido o surgimento de distintos modos de interpretar o que seria um comportamento adequado, permitindo a manifestação de conflitos inter e intra-geracionais (COLOMA, 2010). A família extensa integrada, portanto, indivíduos que se encontram em estágios experienciais diferentes, desenhando um leque muito amplo de posturas morais e de conhecimentos muitas vezes considerados incompatíveis entre si pelos líderes dessa unidade sociológica. Por isso, as famílias estão constantemente a buscar modalidades para superar os impasses produzidos, bem como tentando processar os novos conhecimentos e modalidades de comportamento adquiridos por seus membros, adaptando-os e hierarquizando-os para que se tornem coerentes com a tradição de

conhecimento indígena. Por tal razão, fica evidente que frente a uma crescente diversificação das experiências e dos conhecimentos disponíveis, multiplicam-se os entendimentos sobre quais seriam os comportamentos mais adequados e/ou eficazes de se alcançar o bem viver.

A família é tida como núcleo educativo de promoção de uma unidade moral específica à etnia. Entretanto, com a incorporação de novas referências e normas da sociedade envolvente, os interesses da família se chocam com os interesses dos mais jovens. Estes povos têm que lidar com a contradição estrutural entre sua visão de mundo e a prática efetiva, ou seja, a realidade brutal a que estão submetidos. Neste caso, as normas éticas são facilmente transgredidas levando à tristeza profunda daquele que a transgrediu ou à tristeza de um jovem cuja família está instável devido às transgressões por outros de seus membros. Além disso, o próprio modelo de educação formal (escola indígena) no qual o jovem indígena está inserido, pouco ou quase nada contempla o aprendizado dos saberes indígenas importantes à construção de uma perspectiva de vida e formas de convivência.

e) **Passagem para a vida adulta:** a fase que marca a passagem para vida adulta é marcada por críticas e intensa pressão moral feita pelos mais velhos. O amadurecimento é um critério importantíssimo dentre os diversos povos indígenas no Brasil, o que pode ser percebido pela importância dada aos rituais de passagem que acabam por determinar um status de pessoa ao jovem em iniciação. A passagem para vida adulta será marcada também pelo casamento e em todas as implicações sociais regidas por ele. Enfim, o jovem se vê em uma relação marcada pelas regras tradicionais de parentesco que se choca com a realidade moderna dos jovens indígenas de realização de um desejo amoroso (ERTHAL, 2001).



f) **Relações com a sociedade envolvente:** muitos povos indígenas foram capturados pela cidade, sem chances de qualquer inserção ocupacional para garantir-lhes uma sobrevivência essencial, ou seja, suas chances de inserção na sociedade envolvente são escassas permitindo o surgimento de uma estigmatização da imagem do indígena nas cidades e na discriminação decorrente deste estigma. Em acréscimo, o patrimônio material e cultural de muitos povos tem sido constantemente

ameaçado pelo confinamento a que estão submetidos e/ou pelas condições de pobreza que perpassam a comunidade, pela intrusão de suas terras, pelas Usinas Hidrelétricas, garimpos, etc. Todos estes fatores impactam enormemente sobre as formas de viver destas comunidades, de forma abrupta e muitas vezes irreversível.

5. AÇÕES DE PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO A SITUAÇÕES DE SUICÍDIO

Iniciou-se em 2015 um processo de implementação de um projeto de qualificação das estratégias de cuidado para prevenção do suicídio nos DSEI. A linha de cuidado apresentada a seguir foi construída inicialmente por indígenas e profissionais das EMSI e da Divisão de Atenção à Saúde Indígena – DIASI – dos DSEI Alto Rio Solimões, Araguaia e Tocantins.

Para elaboração dessa linha de cuidado buscou-se conhecer primeiramente o que a equipe entendia sobre as questões relacionadas ao suicídio, para posteriormente, discutir conteúdos teóricos sobre antropologia e saúde mental. Os conteúdos trabalhados diziam respeito à compreensão do fenômeno do suicídio a partir das construções teóricas do campo da Saúde Mental e da Antropologia da Saúde. Cada assunto teórico foi discutido conjuntamente com o plano de ação formulado pelos profissionais, que foram construindo, coletivamente, uma linha de cuidado integral para atenção e prevenção do suicídio entre jovens indígenas.

Essa produção foi rediscutida junto a indígenas e profissionais de saúde dos DSEI com maior incidência de suicídios, que trouxeram contribuições e reflexões gerais e locais a essa linha de cuidado. Cada sugestão discutida foi incluída na Linha de Cuidado Integral para Atenção e Prevenção do Suicídio entre Povos Indígenas, que teve o resultado final apresentado no item seguinte.

6. LINHA DE CUIDADO INTEGRAL PARA ATENÇÃO E PREVENÇÃO DO SUICÍDIO ENTRE INDÍGENAS

A proposta a seguir é condizente com a realidade de grupos indígenas de diferentes regiões do país e destaca aquilo que é comum entre as etnias que têm o suicídio como um agravo de forte impacto sobre a saúde de seus jovens.

Essas ações coordenadas se dedicam a identificar pessoas em risco e qualificar cuidados a famílias e grupos que sofrem as consequências das

perdas de entes queridos por causa do suicídio. Tais ações ainda preveem atribuições de profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena e de profissionais do campo da saúde mental na oferta de atenção psicossocial. Estas ações se inserem no âmbito da atenção primária nas aldeias e procuram garantir o acompanhamento e acolhimento das famílias em risco por meio da elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares para cada usuário. Estes Projetos Terapêuticos procuram se adequar às especificidades culturais locais de forma a incluir a participação dos cuidadores indígenas no processo como os pajés, rezadores, raizeiros, considerando as perspectivas e modelos explicativos indígenas sobre o suicídio. Estas propostas ainda preveem a articulação e ações junto aos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial dos estados e municípios a partir do desenvolvimento de ações conjuntas nas aldeias.

A proposta de linha de cuidado produzida junto as EMSI e aos profissionais de Saúde Mental foi a seguinte:

6.1. Linha de Cuidado Integral nos casos de ocorrência de suicídio

Em caso de ocorrência de óbito por Suicídio, o **1º passo** a ser dado pela equipe é comunicar a DIASI sobre a ocorrência e iniciar o processo de notificação do óbito conforme o fluxo indicado no Manual de investigação/notificação de tentativas e óbitos por suicídio em povos indígenas.

O **2º passo** diz respeito à cautela na abordagem de famílias e/ou comunidades enlutadas. Deve-se considerar e conhecer os rituais funerários da etnia e saber o melhor período para aquela etnia para a equipe realizar a investigação de óbito.

O **3º passo** deve ser a Investigação do óbito conforme o fluxo estipulado pelo Grupo Técnico Distrital de Investigação de Óbito Indígena, além de completar o preenchimento das informações solicitadas na Ficha Complementar de Investigação/ Notificação de Tentativas e Óbitos por Suicídio em Povos Indígenas. Essas informações devem ser solicitadas à família da vítima de maneira humanizada e cuidadosa, respeitando-se a família caso não queiram falar sobre o assunto.

O **4º passo** é complementar ao anterior, já que conjuntamente ao início da investigação do óbito, a EMSI e os profissionais de saúde mental devem oferecer escuta qualificada para acolher o sofrimento da família. Assim, a ESCUTA é importante para que o usuário possa:



- Sair do lugar de silêncio e incompreensão ocasionados em muitas situações de suicídio.
- Ter um espaço de reconhecimento do usuário como portador de um sofrimento.
- Ter uma relação de confiança e suporte diante de situações de vulnerabilidade provocadas pelo evento.
- Construir uma narrativa explicativa sobre o efeito daquela situação sobre sua trajetória de vida.

A escuta dos modelos explicativos indígenas sobre o fenômeno do suicídio é o componente mais importante nessa fase, já que é a partir da perspectiva do grupo familiar sobre o que está ocorrendo com ele é que será possível encontrar alternativas potentes e protetoras da vida.

O **5º Passo** diz respeito à identificação dos familiares em risco de novas tentativas de suicídio, já que a ocorrência de um óbito por essa causa desperta ideação suicida em familiares próximos e amigos. Com isso, é necessário o mapeamento da rede de relações pessoais da pessoa que foi a óbito. Uma ferramenta que pode contribuir nessa identificação é o Genograma, que é a representação gráfica de uma família por meio de símbolos, possibilitando uma abordagem eficaz das dinâmicas familiares.

“O genograma consiste em um diagrama que detalha a estrutura e o histórico familiar, fornece informações sobre os vários papéis de seus membros e das diferentes gerações que compõem a família. É um mapa esquemático, porém, para ser elaborado, necessita uma entrevista acerca da família em seus diferentes ciclos de vida” (Athayde, ES & Gil, CRR, 2005, p.15)

Essa ferramenta será adaptada às necessidades de cuidado dos familiares da vítima. Assim, é necessário apenas incluir no mapa das relações a família nuclear, os parentes de primeiro grau com maior vínculo e amigos que podem ter sido afetados pela perda afetiva que sofreram. Destacando o grau de parentesco, a idade, sexo e situação conjugal das pessoas presentes no gráfico. Essa atividade deve ser realizada conjuntamente pelo psicólogo e por profissionais da EMSI, destacando-se o AIS.



A partir da identificação dos principais vínculos afetados pela perda da pessoa, o próximo passo **(6º passo)** é levar em conta os principais fatores de risco para novas tentativas de suicídio, para uma posterior identificação dos sujeitos com maior probabilidade de virem a tentar suicídio.

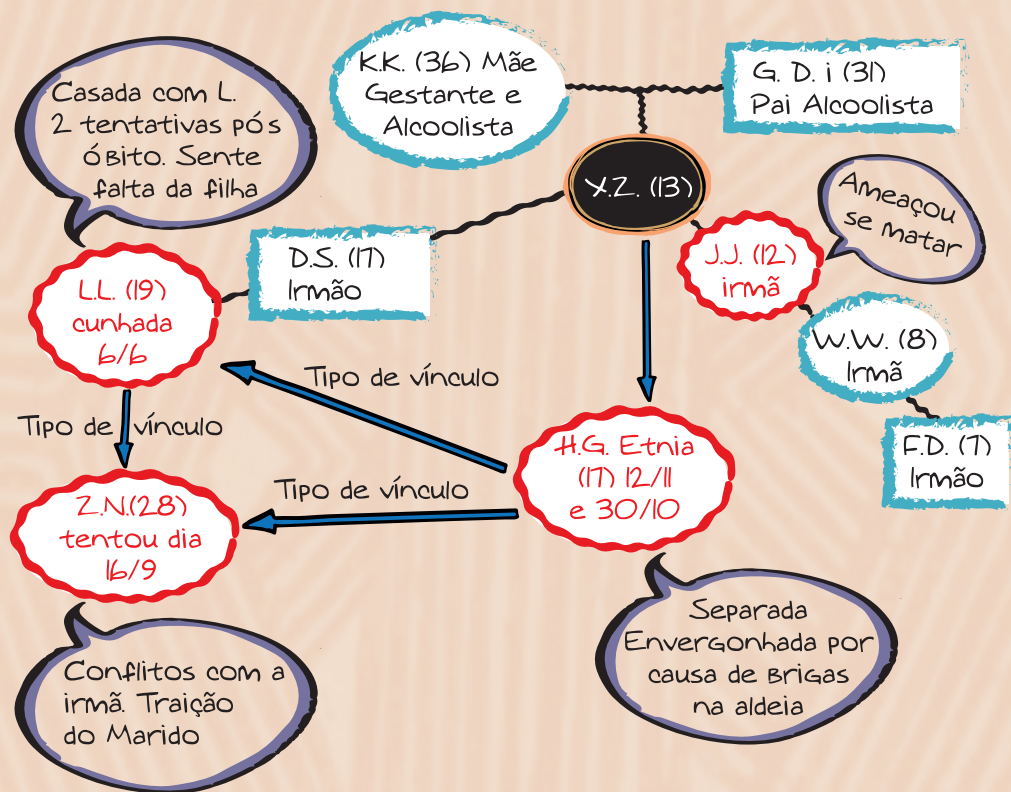
Os **FATORES DE RISCO PARA SUICÍDIO** apresentados a seguir foram elaborados a partir de três fontes: a bibliografia existente sobre o suicídio de jovens indígenas (ERTHAL, 2001; ERTHAL, 1999; COLOMA, 2010; UNICEF, 2013; SOUZA, 2013), os dados epidemiológicos sobre o agravo nos últimos cinco anos e a experiência dos próprios profissionais. Dessa forma, considera-se que a equipe deve oferecer um cuidado diferenciado, acompanhando e monitorando o sujeito que:

- **Tenha histórico de outras mortes por suicídio na família;**
- **Tenha tentativas de suicídio no histórico pessoal;**
- **Faixa etária entre 12 e 25 anos de idade;**
- **Faça uso prejudicial álcool;**
- **Tenha conflitos geracionais com pais e/ou avós;**
- **Tenha conflitos afetivos com namorada (o) ou cônjuge;**
- **Tenha conflitos relacionados ao exercício da sexualidade**

Qualquer pessoa desenhada no genograma que apresente pelo menos um desses fatores de risco elencados acima deve ser destacada no mapeamento, pintando-se o seu símbolo de identificação de vermelho, assim como se pode ver no exemplo abaixo. Esse genograma adaptado foi desenvolvido junto a EMSI a partir de um caso real, que foi de uma jovem de 13 anos que foi a óbito (círculo em preto no centro do desenho).



Figura 4: Genograma Adaptado



Fonte: Elaboração Própria

O 7º passo trata-se da construção das ações de cuidado a serem ofertadas às pessoas que foram identificadas como em risco de suicídio no genograma adaptado (pessoas em vermelho). Nesse momento, torna-se necessário construir-se um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para cada sujeito ou família. Isso porque se compreende que o cuidado permanente e a atenção constante são as melhores estratégias para prevenção de novas tentativas de suicídio.

O PTS é uma estratégia de planejamento de um cuidado integrado e específico para esses sujeitos ou grupos, requerendo-se a ativação de uma rede de cuidados para melhorar as condições de vida e oferecer suporte psicossocial ao sujeito, família e/ou grupo e deve ser produzido conjuntamente com EMSI, profissional de saúde mental e família, já que essa proposta busca a participação e a corresponsabilização do usuário na produção do cuidado para sua saúde. Dentro desse plano de ações devem estar incluídas duas principais estratégias. A primeira

é a articulação com um cuidador tradicional indígena para colaborar no cuidado desse grupo familiar, justamente, para que se possam integrar ações e cuidados com as práticas e saberes tradicionais, e a segunda é a elaboração da Rede protetora para pessoa em risco ou família, em que se elabora um novo desenho buscando-se identificar os pontos de apoio e suporte pessoal e social da pessoa, isto é, devem-se identificar quais vínculos já existentes podem servir como elementos de proteção e cuidado da pessoa em risco. Por exemplo, identificar um tio ou uma tia com que o garoto que perdeu a irmã e já tentou suicídio, tem maior proximidade e confiança e se sinta acolhido e apoiado. Ressalta-se que cada pessoa identificada como em risco no genograma adaptado, deve ter uma rede protetora elaborada.

Figura 5: REDE PROTETORA DA PESSOA

Vínculos estáveis de confiança e cuidado atuais: (Identificar com nome e parentesco, no caso de pessoas, e local e nome do grupo e/ou instituições)



Essa atividade deve ser feita em conjunto com o usuário, para se identificar as relações de apoio que existem ou que possam ser acionadas. É possível também se incluir nesse desenho recursos materiais, grupos, ou instituições presentes no território que assessorem as condições psicossociais da pessoa. Esse tipo de atividade com recursos gráficos possibilita à pessoa visualizar materialmente as possibilidades de apoio que tem e os recursos que pode acessar. Esse desenho pode mapear vínculos que dão sentido à vida da pessoa, sendo assim, fatores de proteção e organização da vida. Por isso, é importante reforçar os pontos positivos da vida da pessoa atendida.

O 8º Passo busca a ativação dos pontos de suporte identificados na rede de cuidado desenhada junto à pessoa e/ou família, sendo que é tarefa da equipe e do profissional de saúde mental solicitarem colaboração dessas pessoas identificadas. É claro, que o profissional de saúde mental tem maiores conhecimentos para orientar os sujeitos para darem suporte psicossocial às pessoas em risco. Justamente, por isso, integrado a esse passo, elencam-se as tarefas permanentes que cada ator do serviço de saúde deverá realizar durante o monitoramento das pessoas em risco de suicídio.

Considera-se que as ações mais efetivas são a manutenção da rede de cuidados, o acompanhamento psicossocial individual ou em grupo e as visitas domiciliares realizadas semanalmente. Para manutenção da rede de cuidados é necessário que se oriente os pontos de suporte, como já dito acima e essa tarefa é de responsabilidade do psicólogo e da EMSI. Enquanto isso, o acompanhamento psicossocial deverá ser realizado pelo profissional de saúde mental e as visitas domiciliares semanais serão feitas pela EMSI, em especial junto ao AIS.

O Instituto NOOS indica o trabalho em rede como uma possibilidade para ajudar a pessoa a encontrar alternativas menos danosas de relação com a vida. Assim, na rede “quem está fora pode “lançar cordas” e quem está dentro, encontrar meios de sair” (Instituto NOOS, 2010).

ÓBITO POR

1 ■ NOTIFICAÇÃO E COMUNICAÇÃO AO DIASI



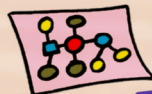
2 ■ RESPEITAR O PROCESSO DE LUTO DA FAMÍLIA

3 ■ INVESTIGAR O ÓBITO CONFORME O FLUXO DA V.O.
■ PREENCHIMENTO DA FICHA COMPLEMENTAR DA SESAI



4 ■ EMSI + SM: ESCUTA QUALIFICADA DE FAMILIARES E AMIGOS ?=

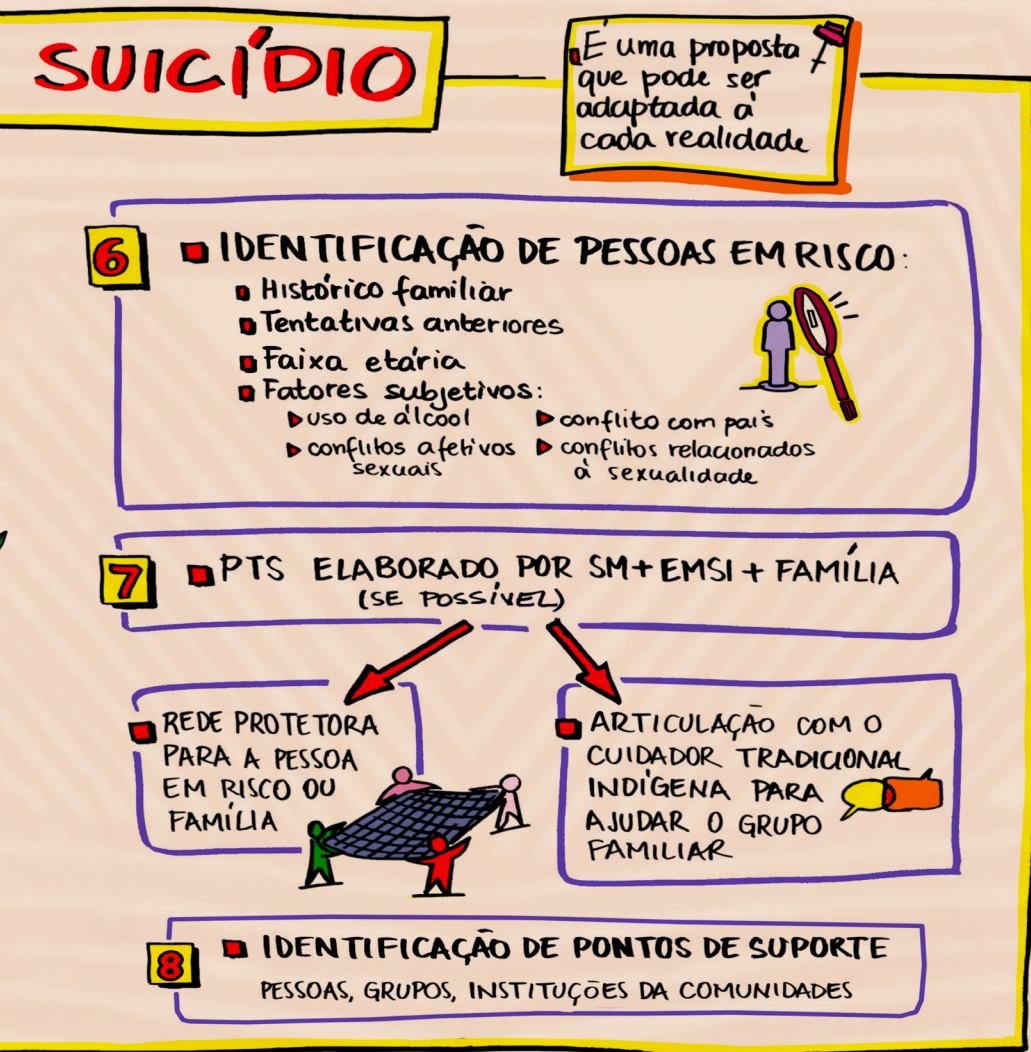
5 ■ GENOGRAMA DO RISCO DE SUICÍDIO



Apesar disso, é relevante apontar o vínculo entre profissional e usuário como principal elemento de bom andamento do trabalho e também evolução na resolução de problemas por meio do diálogo.

Pode-se afirmar que as experiências bem sucedidas de ações em saúde mental no contexto indígena são diretamente relacionadas à qualidade do vínculo entre equipe de saúde e usuários indígenas, ressaltando-se assim: **“Saúde Mental é Vínculo”**.

Abaixo, disponibiliza-se um esquema gráfico resumido da Linha de Cuidado apresentada:



6.2. Linha de Cuidado Integral nos casos de tentativas de suicídio

Abaixo, disponibiliza-se a Linha de Cuidado Integral para Atenção e Prevenção do Suicídio entre Povos Indígenas, sendo que a proposta de trabalho é essencialmente a mesma apresentada acima nos casos de óbitos. Contudo, exclui-se as ações relacionadas a investigação do óbito, mesmo mantendo-se a importância da notificação da tentativa de suicídio conforme Estratégias de Prevenção do Suicídio em Povos Indígenas (ANEXO I).

TENTATIVA POR

1 ■ NOTIFICAÇÃO E COMUNICAÇÃO AO DIASI



2 ■ VISITA DOMICILIAR PARA A INVESTIGAÇÃO DA TENTATIVA: EMSI + PSI

3 ■ EMSI + SM: ESCUTA QUALIFICADA DE FAMILIARES E AMIGOS ?=

4 ■ GENOGRAMA DO RISCO DE SUICÍDIO



5 ■ IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS EM RISCO:

- Histórico familiar
- Tentativas anteriores
- Faixa etária

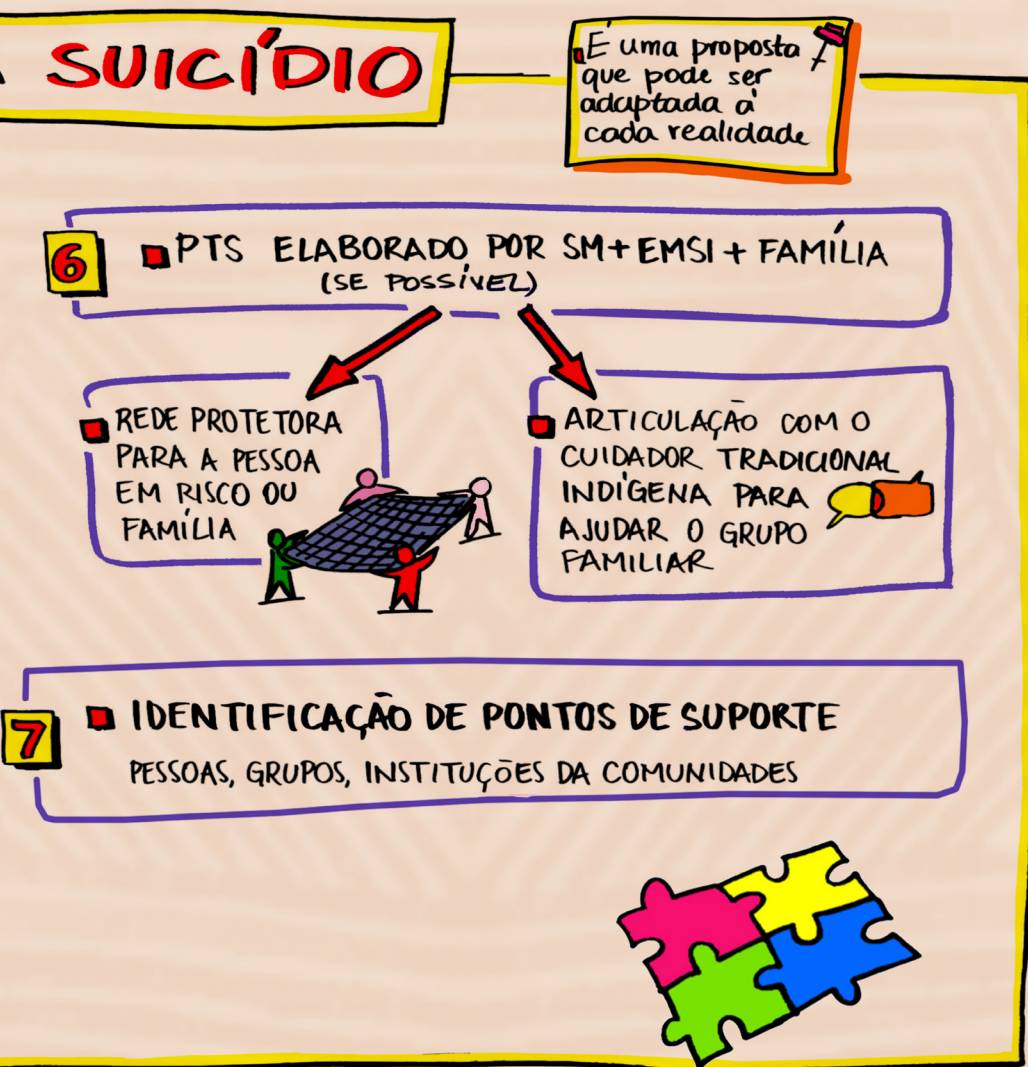
■ Fatores subjetivos:

- ▶ uso de álcool
- ▶ conflitos afetivos sexuais
- ▶ conflito com pais
- ▶ conflitos relacionados à sexualidade



No caso de tentativas de suicídio, a vítima deve ser incluída em todos os passos propostos no esquema anterior, como, por exemplo, no genograma adaptado em que o centro do desenho terá como referência a própria pessoa que tentou suicídio e também no caso da rede protetora da pessoa em que a vítima deverá ter um cuidado especial para não reincidir em nova tentativa.

O esquema gráfico abaixo esclarece as diferenças nas ações de cuidado às tentativas de suicídio:



Como se trata de uma linha de cuidado integral para prevenção desse agravo tão impactante sobre a saúde dos povos indígenas, essencial também é a formulação de ações de prevenção primária do suicídio, assim como, ações de promoção da saúde produtoras de Bem Viver. Assim, se propõem ações que contemplem o Bem Viver da comunidade, a partir de uma perspectiva ampliada.

Além destas ações de oferta de cuidado para famílias já em risco, também é necessário que se produzam estratégias de promoção da saúde e prevenção do suicídio que envolvam a participação comunitária das populações indígenas em sua construção, em articulação com diferentes políticas públicas nos campos da cultura, proteção territorial, assistência social, esporte, lazer e outras práticas saudáveis, contando com a participação das secretarias municipais, estaduais e também da FUNAI. Estas estratégias devem procurar abranger diferentes determinantes sociais da saúde e incluem estratégias de valorização sociocultural das diferentes etnias em ações como jogos indígenas, oficinas de promoção de saúde, mobilização social, arte e cultura. Foram constatados resultados positivos que demonstram a efetividade destas ações comunitárias participativas e intersetoriais como forma de promover saúde e prevenir o suicídio.

Ainda é necessária a articulação de projetos intersetoriais que discutam o tema da identidade do jovem indígena, que é importante para a construção de alternativas de vida para os jovens.

Ações de Promoção à Saúde

- PROMOÇÃO DA SAÚDE E ARTICULAÇÃO COM AS PRÁTICAS TRADICIONAIS: EMSI+JOVEM
- PRÁTICAS ESPORTIVAS+RODA DE CONVERSA
- IDENTIFICAÇÃO E REUNIÃO COM CUIDADORES INDÍGENAS
- AÇÕES PROPOSTAS PELA PRÓPRIA COMUNIDADE PARA FORTALECER A MOBILIZAÇÃO SOCIAL E O PROTAGONISMO COMUNITÁRIO

Ações de Prevenção ao Suicídio

- EDUCAÇÃO EM SAÚDE NAS ESCOLAS COM TEMAS SOBRE EMOÇÃO, AUTO-ESTIMA, PROJETO DE VIDA, JUVENTUDE;

7. FORMAS DE ATUAÇÃO DA EMSI COM AS PESSOAS EM RISCO DE SUICÍDIO

As orientações que se seguem baseiam-se no manual de prevenção do suicídio elaborado pela OMS (2000), que pertence a uma série de recursos destinados a grupos sociais e profissionais específicos, especialmente relevantes para a prevenção do suicídio.

POR QUE O ENFOQUE NA EQUIPE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE?

- A equipe de atenção primária tem um longo e próximo contato com a comunidade e são bem aceitos pela população local.
- A equipe provê um elo vital entre a comunidade e o sistema de saúde.
- O seu conhecimento da comunidade permite-lhe reunir o apoio dos familiares, amigos e organizações.
- Esse profissional está em posição de oferecer cuidado continuado.
- É também a porta de entrada aos demais serviços de saúde.

Em resumo, os profissionais de saúde da atenção primária são disponíveis, acessíveis, detentores de conhecimento e comprometidos com a promoção de saúde.

Fatores Socioambientais

Estressores da Vida

A maioria dos que morrem por suicídio passaram por acontecimentos estressantes nos três meses anteriores ao suicídio, como:

- Problemas interpessoais: ex. discussões com esposas, família, amigos, namorados;
- Rejeição – ex.: separação da família e amigos;
- Eventos de perda – ex.: perda financeira, luto;
- Problemas financeiros e no trabalho – ex.: perda do emprego, aposentadoria, dificuldades financeiras;
- Mudanças na sociedade – ex.: rápidas mudanças políticas e econômicas;
- Vários outros estressores como vergonha e ameaça de serem considerados culpados.

Facilidade de acesso

O acesso facilitado a meios letais é um importante fator determinante para a vulnerabilidade ao suicídio. Reduzir o acesso é uma estratégia efetiva de prevenção.

Como ajudar a pessoa com risco de suicídio?

O contato inicial com a pessoa em risco de suicídio é muito importante. Frequentemente o contato ocorre numa clínica, casa ou espaço público, onde pode ser difícil ter uma conversa particular.

1. O primeiro passo é achar um lugar adequado onde uma conversa tranquila possa ser mantida com privacidade razoável.
2. O próximo passo é reservar o tempo necessário. Pessoas com ideação suicida usualmente necessitam de mais tempo e precisa-se estar preparado para lhes dar atenção.

3. A tarefa mais importante é ouvi-las efetivamente.

“Conseguir esse contato e ouvir é por si só o maior passo para reduzir o nível de desespero suicida.”

Uma abordagem calma, aberta, de aceitação e de não-julgamento é fundamental para facilitar a comunicação. Ouça com cordialidade. Trate com respeito. Empatia com as emoções. Cuidado com o sigilo.

Como abordar o paciente?

Quando a equipe de atenção primária suspeita que exista a possibilidade de um comportamento suicida, os seguintes aspectos necessitam ser avaliados:

- Estado mental atual e pensamentos sobre morte e suicídio;
- Plano suicida atual – quão preparada a pessoa está, e quão cedo o ato está para ser realizado;
- Sistema de apoio social da pessoa (família, amigos, etc.).



Posso perguntar?

A melhor maneira de descobrir se uma pessoa tem pensamentos de suicídio é perguntar para ela. Ao contrário da crença popular, falar a respeito de suicídio não coloca a ideia na cabeça das pessoas. De fato, elas ficarão muito agradecidas e aliviadas de poder falar abertamente sobre os assuntos e questões com as quais estão se debatendo.

Como perguntar?

Não é fácil perguntar para uma pessoa sobre sua ideia suicida. Ajuda se você chegar no tópico gradualmente.

Algumas questões úteis são:

- **Você se sente triste?**
- Você sente que ninguém se preocupa com você?
- **Você sente que a vida não vale mais a pena ser vivida?**
- Você sente como se estivesse cometendo suicídio?

Recursos da Comunidade

As fontes de apoio usualmente disponíveis são:

- Família;
- Amigos;
- Colegas;
- Liderança religiosa/ pajé;
- Professores;
- Profissionais de saúde.

Como obter estes recursos?

- Tente conseguir permissão da pessoa para recrutar quem possa ajudá-la, e depois entre em contato com essas pessoas.

- Mesmo que a permissão não seja dada, tente localizar alguém que seria particularmente compreensivo com a pessoa.
- Fale com a pessoa e explique que algumas vezes é mais fácil falar com um estranho do que com uma pessoa amada, para que ele ou ela não se sinta negligenciado ou ferido.
- Fale com as pessoas de apoio sem acusá-las ou fazê-las sentirem-se culpadas.
- Assegure novamente seu apoio nas ações que serão tomadas.
- Fique atento, também, às necessidades dos que se propuseram a ajudar.

O que fazer e O que não fazer

O que fazer

- Ouvir, mostrar empatia, e ficar calmo;
- Ser afetuoso e dar apoio;
- Leve a situação a sério e verifique o grau de risco;
- Pergunte sobre tentativas anteriores;
- Explore as outras saídas, além do suicídio;
- Pergunte sobre o plano de suicídio;
- Ganhe tempo – faça um contrato;
- Identifique outras formas de dar apoio emocional;
- Remova os meios, se possível;
- Tome atitudes, conte a outros, consiga ajuda;
- Se o risco é grande, fique com a pessoa.

O que não fazer

- Ignorar a situação;
- Ficar chocado ou envergonhado e em pânico;
- Falar que tudo vai ficar bem;
- Desafiar a pessoa a continuar em frente;
- Fazer o problema parecer trivial;
- Dar falsas garantias;
- Jurar segredo;
- Deixar a pessoa sozinha.

CONCLUSÃO: Compromisso, sensibilidade, conhecimento, preocupação com outro ser humano e a crença de que a vida é um aprendizado que vale a pena - são os principais recursos que os profissionais de saúde primária têm; apoiados nisso eles podem ajudar a prevenir o suicídio.

8. DESENHO DA REDE DE APOIO PESSOAL

Após a proposição dessa linha de cuidado, dispõe-se uma ferramenta para abordagem da Rede de Apoio Pessoal. Nessa ferramenta, os sujeitos são convidados a desenharem em uma folha de papel a rede de relações que o apoiam na vida. Primeiramente, solicita-se que desenhem e, em seguida, pensem em coisas e pessoas que lhe fazem bem. A consigna dita pelo facilitador é a seguinte: “Desenhe, em volta de você, aquilo que lhes traz alegria e motivação na vida. O que lhe dá vontade de viver?”. Além disso, ele é solicitado a escrever uma palavra que represente a emoção que o liga a cada membro de sua rede. É interessante que palavras sejam colocadas ao lado das setas que ligam o desenho da pessoa aos outros membros que incluiu em sua rede.

Com isso, busca-se levar o sujeito a reconhecer a rede de relações de pertencimento pela qual é apoiado e motivado, dando visibilidade ao lugar que ocupa no mundo, sendo também um modo de materializar o sentimento de pertencimento, que como vimos anteriormente é uma sensação muito importante para a prevenção da ideação suicida.

Considera-se essa ferramenta como de extrema importância por ser replicável com os pacientes, em especial, aqueles com ideação suicida, que têm grande vulnerabilidade na articulação de redes de suporte pessoal e social e na manutenção de vínculos. Ofertar esse tipo de ferramenta incentiva os profissionais de atenção básica a acolherem questões relacionadas a saúde mental, sentindo-se mais confiantes para abordarem os sentimentos e emoções trazidos pelos pacientes.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa linha de cuidado integral oferta diretrizes para ações das equipes na prevenção do suicídio com base em ações de vigilância, monitorando-se em especial as pessoas mais vulneráveis a esse agravo. Contudo, essa proposta

parte de uma perspectiva ampliada sobre a implantação de ações de saúde mental na atenção primária, tanto pelo fato de compreender que se deve oferecer atenção ao sofrimento de todos os usuários, não apenas daqueles diagnosticados com transtornos psiquiátricos, quanto pela importância que se dá à integração das ações com os outros atores presentes no território, sejam eles, da saúde ou de outros setores, destacando-se a construção das redes de cuidado intra e intersetorialmente como ponto central da estratégia.

Vale a pena ressaltar que a linha de cuidado formulada e apresentada acima é também um dispositivo para integração das ações dos profissionais de saúde mental e das EMSI, que passam a compartilhar responsabilidades no cuidado de pessoas vulneráveis ao suicídio. Essa corresponsabilização é de extrema importância, justamente, pelo fato de que o trabalho do profissional especializado não ser o suficiente para monitorar a ocorrência de novos casos. Por isso é tão fundamental a implicação das EMSI nesse processo, já que são elas que estão diariamente em contato com os sujeitos e que poderão ofertar a atenção, escuta e vínculo necessários para quem esteja se sentindo como um peso para o mundo ou que não se sinta pertencente a nenhum grupo ou família.

Considera-se que essa linha de cuidado possa servir de base para a adequação de ações de prevenção do suicídio em cada território que tenha esse agravio à saúde dos jovens indígenas, levando-se em conta a especificidade da cultura e das condições sócio-históricas de cada região.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil, Ministério da Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde Volume 48 N° 30 – 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação N° 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo 3 DO Anexo XIV. Estabelece as diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas. Brasília, 2007b. Disponível em: <[http:// bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2759_25_10_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2759_25_10_2007.html)>. Acesso em: 24 de setembro de 2019.



_____, Ministério da Saúde. SESAI- Secretaria Especial de Saúde Indígena. Agenda estratégica de ações de prevenção do suicídio em populações indígenas 2017 – 2018. Brasília, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/27/Agenda-Estrategica-Prevencao-Suicidio-SESAI-2017.pdf> Acessado em: 24 de setembro de 2019.

_____, Ministério da Saúde. Agenda de Ações Estratégicas para vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil – 2017 a 2020. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf>. Acessado em 24 de setembro de 2019.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 92 p.

Coloma, C. et al. Suicide trends and characteristics among persons in the Guaraní Kaiowá and Nandeva communities: Mato Grosso do Sul, Brazil, 2000-2005. MMWR, Atlanta, v. 56, n. 1, p. 7-9, 2007.

Coloma, CA. Documento técnico contendo estratégias implementadas para a prevenção, intervenção e pósvenção nos DSEI que apresentam taxas elevadas de suicídio. OPAS, 2010

Erthal, R. de C. O suicídio Ticuna no Alto Solimões: uma expressão de conflitos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(2):299-311, mar-abr, 2001

Franco, T.B & Magalhães Jr, H.. A Integralidade e as Linhas de Cuidado; in Merhy, E.E. et al, O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano. Hucitec, São Paulo, 2003.

Lazzarini et al. Suicide in Brazilian indigenous communities: clustering of cases in children and adolescents by household. Rev. Saúde Pública vol.52 São Paulo 2018 Epub 07-May-2018.

Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. AVALIAÇÃO POR TRIANGULAÇÃO DE MÉTODOS: ABORDAGEM DE PROGRAMAS SOCIAIS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

Morgado, A. Epidemia de suicídio entre os Guaraní-Kaiwá: indagando suas causas e avançando a hipótese do recuo impossível. Cad. Saúde Pública vol.7 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 1991

NOOS Instituto. - Prevenção e atenção à violência intrafamiliar e de gênero: apoio às lideranças comunitárias / Instituto Noos. - Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2010.

Oliveira, C.S.; Lotufo Neto, F. Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. Rev. Psiq. Clín. 30 (1):4-10, 2003.

Souza MLP. Narrativas indígenas sobre suicídio no Alto Rio Negro, Brasil: tecendo sentidos. Saúde Soc 2016; 25:145-59.

Souza MLP, Orellana JDY. Suicide among the indigenous people in Brazil: a hidden public health issue. Rev Bras Psiquiatr. 2012 Dec; 34(4):489-90.

Souza, MLP; Orellana, JDY; Desigualdades na mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas no estado do Amazonas, Brasil J Bras Psiquiatr. 2013; 62(4):245-52.

Unicef - Fundo das Nações Unidas para a Infância. Suicídio adolescente em pueblos indígenas: três estudos de caso. Nova York, 2013.

World Health Organization. Preventing suicide. A global imperative [Internet]. Luxembourg: World Health Organization; 2014. 92 p. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/ Acessado em: 24 de setembro de 2019.





DISQUE SAÚDE



Ouvidoria Geral do SUS,
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



SECRETARIA ESPECIAL DE
SAÚDE INDÍGENA

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL