

Serviço de Prevenção e Controlo das Doenças

PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

ESTRATÉGIA NACIONAL DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

Novembro, 2023

REPÚBLICA DE CABO VERDE

**MINISTÉRIO
DA SAÚDE**

Direção Nacional da Saúde



**Serviço de Prevenção e Controlo das Doenças
PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL**

Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio

Novembro, 2023

FICHA TÉCNICA

Ministra da Saúde

Dra. Filomena Gonçalves

Diretora Nacional da Saúde

Dra. Ângela Gomes

Diretor do Serviço de Prevenção e Controlo de Doenças Prioritárias

Dr. Carlos Pedro Faria Brito

Coordenador do Programa Nacional de Saúde Mental

Dr. Aristides da Luz

Dra. Fernanda Marques (atual)

Coordenação Técnica

Dra. Ângela Gomes (MS)

Dra. Fernanda Marques (MS)

Dr. Aristides da Luz (MS)

Doutora Jaclin Freire (MS)

Dr. Jorge Noel Barreto (MS)

Dr. Carlos Felipe D'Oliveira (OMS)

Dra. Edith Pereira (OMS)

Paginação, Impressão e Acabamento

IMPRIMA-Artes Gráficas, S.A.

Equipa técnica que participou na elaboração da estratégia

Ana Moniz, Enfermeira, Diretora da Unidade de Ciências da Natureza, Vida e do Ambiente, Coordenadora do Curso de Enfermagem, Universidade Jean Piaget

Aristides da Luz, Psiquiatra, Coordenador do Programa Nacional de Saúde Mental

Belmira Miranda, Psicóloga, Delegacia de Saúde da Praia, Coordenadora de Programa Nacional da Saúde do Adolescente

Denise Lima, Psicóloga, Ponto Focal de Saúde Mental na Delegacia de Saúde de São Vicente

Denise Centeio, Psicóloga, Presidente da Comissão Instaladora da Ordem dos Psicólogos de Cabo Verde

Edith Pereira, Nutricionista, Coordenadora para a área da Promoção da Saúde, OMS Cabo Verde

Edemilson Fernandes, Técnico, Instituto do Desporto e da Juventude

Edna Silva, Psicóloga, Ponto Focal de Saúde Mental no Hospital Regional João Morais

Ercília de Carvalho, Psicóloga, Hospital Regional Santiago Norte

Hector Gutierrez Medina, Psiquiatra, Delegacia de Saúde do Sal, Hospital Regional Ramiro Figueira

Jaclyn Freire, Psicóloga, Assessora do Ministério da Saúde, Gabinete da Ministra da Saúde

Jorge Barreto, Médico, Direção Nacional da Saúde

José Teixeira, Psicólogo, Instituto Nacional da Saúde Pública

Lourenço Tavares, Enfermeiro, Delegacia de Saúde da Praia

Maria José Pereira, Enfermeira, Coordenadora do Programa Nacional de Saúde Infantil

Romine Oliveira, Psicóloga, Hospital Baptista de Sousa

Suely Carvalho, Assistente Social, Diretora da Área de Reabilitação Psicossocial e Reinserção Social da Câmara Municipal da Praia

Consultor internacional

Carlos Felipe Almeida D'Oliveira

Presidente da Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio

OMS Cabo Verde

Assistência técnica e financeira:



**Organização
Mundial da Saúde**

Cabo Verde

PREFÁCIO

No coração do Ministério da Saúde de Cabo Verde, pulsamos com a missão de fomentar uma saúde integral e sustentável que abrace cada cidadão deste arquipélago. Reconhecendo a intrincada tapeçaria que compõe o bem-estar humano, é com uma responsabilidade profunda e contemplativa que lançamos o Plano Estratégico Nacional de Prevenção do Suicídio. Este documento não é apenas um marco, mas um farol na nossa incessante jornada de dedicação à saúde mental da nossa comunidade.

Nos encontramos num momento decisivo, marcado pela visão clara do Governo de Cabo Verde, que, em sintonia com as diretrizes mundiais de saúde e bem-estar, proclama o ano de 2024 como o Ano da Saúde Mental em Cabo Verde. Essa proclamação é o espelho do nosso comprometimento imutável em nutrir uma sociedade mais esclarecida, resiliente e fundamentada em alicerces de empatia e compreensão mútua, ecoando o lema “Saúde Mental, Prioridade para Todos”.

Neste plano, propomos uma visão que transcende as fronteiras convencionais da saúde, abraçando a indissociabilidade entre mente, corpo e espírito. A saúde mental é aqui entendida não só como a ausência de enfermidades, mas como um elemento crucial e inseparável de uma saúde plena, que permite uma vida repleta de satisfação e harmonia nas dimensões pessoal, familiar e social.

Reconhecendo a complexidade da nossa existência quotidiana, este estratégico plano, sublinha a importância de cultivar os valores intangíveis que enriquecem nossa qualidade de vida. A felicidade, o bem-estar emocional, a solidariedade e a coesão social emergem não apenas como metas, mas como os pilares essenciais para o desenvolvimento sustentável e a riqueza de nossa nação.

Este documento é, acima de tudo, um convite à mobilização coletiva e à introspecção profunda. Convocamos todos, desde profissionais de saúde a especialistas de diversos setores, sob a bandeira da saúde em todas as políticas, e toda a população cabo-verdiana, a se juntarem neste esforço de erigir uma cultura de atenção, prevenção e apoio recíproco. É um apelo para que cada um se torne um protagonista na valorização da saúde mental, reconhecendo-a como um direito humano fundamental e um alicerce da nossa dignidade e essência.

Com a implementação deste plano estratégico, renovamos o nosso voto de caminhar rumo a um futuro, onde cada cabo-verdiano tenha acesso universal e equitativo a assistência efetivas, recursos tangíveis e intangíveis, adequados e à compreensão necessária, para uma existência plena e significativa. Unidos, temos o poder de tornar esta visão uma realidade palpável, garantindo que a saúde mental seja vista e tratada com a mesma prioridade que se dispensa a todas as especialidades da saúde e áreas de atuação setorial, assim como pela consciência cívica de cada cidadão.



Filomena Mendes Gonçalves
Ministra da Saúde

AGRADECIMENTOS

A Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio é o culminar de um longo processo, que envolveu a participação de diversas instituições e grupos de trabalho, cujo contributo tornou possível apresentar este produto final.

Os nossos agradecimentos são dirigidos a todas as pessoas que, de forma direta ou indireta, colaboraram em todas as etapas da elaboração da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio.

Gostaríamos de destacar o compromisso e a dedicação de todos os setores e instituições que permitiram alcançar este resultado.

Para a elaboração desta Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio e a sua edição contamos com a assistência e financeira da Organização Mundial da Saúde (OMS), que aproveitamos a ocasião para apresentarmos os nossos especiais agradecimentos.

Uma palavra de apreço à equipa técnica de seguimento e a consultoria internacional pelo excelente desempenho nas atividades realizadas que agora nos permite disponibilizar este importante documento orientador com as principais estratégias para a prevenção do suicídio em Cabo Verde.

O nosso muito obrigado.

A Diretora Nacional da Saúde,

Dr.ª Ângela Gomes

Dr.ª Ângela Gomes



SIGLAS E ABREVIATURAS

(por ordem cronológica de utilização)

OMS	Organização Mundial da Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PENSM [2021-2025]	Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental [2021-2025]
CRISES	<i>Centre de Recherche sur les Innovations Sociales</i>
UQAM	Université du Québec à Montréal
GHE	<i>Global Health Estimates</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
COVID-19	<i>Coronavirus disease 2019</i>
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
LMICs	<i>Low and Low Middle-Income Countries</i>
IDE	Investimento Direto Estrangeiro
INE	Instituto Nacional de Estatística
PIB	Produto Interno Bruto
GNI	<i>Gross National Income</i>
MpD	Movimento para a Democracia
PAICV	Partido Africano da Independência de Cabo Verde
IDE	Investimento Direto Estrangeiro
GEP	Perspetivas Económicas Globais
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CCS-SIDA	Comissão de Coordenação do Combate ao VIH/SIDA
CCAD	Comissão de Coordenação do Álcool e outras Drogas
MSSS	Ministério da Saúde e Segurança Social
SVIR	Serviço de Vigilância Integrada à Resposta

DNS	• Direção Nacional da Saúde
IDNT	• Inquérito Nacional sobre os Fatores de Risco das • Doenças Não Transmissíveis
CPLP	• Comunidade de Países de Língua Portuguesa
OGs	• Organizações Governamentais
ONGs	• Organizações Não Governamentais
CP, MP e LP	• Curto-Prazo; Médio-Prazo e Longo-Prazo
INSP	• Instituto Nacional de Saúde Pública
GTCIS	• Gabinete Tecnologia Comunicação e Informação • em Saúde
ERIS	• Entidade Reguladora Independente da Saúde
MAA	• Ministério de Agricultura e Ambiente
INSA	• Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
ARC	• Autoridade Reguladora para a Comunicação Social
AJOC	• Associação dos Jornalistas de Cabo Verde

PREFÁCIO	7
AGRADECIMENTOS.....	9
SIGLAS E ABREVIATURAS.....	10
INTRODUÇÃO	13

PARTE I

ASPETOS GEOGRÁFICOS, ECONÓMICOS, DEMOGRÁFICOS E DE SERVIÇOS	20
--	-----------

PARTE II

ANÁLISE DA SITUAÇÃO	26
----------------------------------	-----------

PARTE II

PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: AS ESTRATÉGIAS E SEUS PILARES	34
Redução dos Meios.....	34
Ação Multissetorial e Intersectorial.....	37
Sensibilidade e Promoção: Comunicação na Prevenção do Suicídio	37
Desenvolvimento das Capacidades	42
Vigilância.....	44
Monitorização e Avaliação.....	45

PARTE II

MATRIZ LÓGICA.....	48
Planos de Ação	49

Anexo 1. Modelo de Ficha de Notificação	60
Anexo 2. Lista de Participantes dos Workshops	62

INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno complexo e multidimensional e, como tal, deve ser compreendido a partir dessa perspectiva. Além disso, é um problema de saúde pública, uma vez que os seus efeitos atingem toda a sociedade. Assim, deve-se utilizar os conceitos de saúde pública em toda a sua extensão, para ser visto como um evento que pode ser prevenido e que requer o uso de ferramentas e conhecimento nesse campo.

A identificação de fatores de risco e de fatores de proteção é de extrema importância para o desenvolvimento de intervenções baseadas em evidências. Reduzir ou reverter os fatores de risco e promover os fatores de proteção, são estratégias eficazes. A importância de uma abordagem estratégica de prevenção do suicídio, sustentada em pesquisas com intervenções baseadas em evidências, que se concentram nos fatores de risco e de proteção, é mundialmente reconhecida.

Como um número considerável de casos de suicídio e de tentativas tem um diagnóstico de transtornos mentais, este deve estar situado neste campo de intervenção, mas associado a outros setores. Considerando que estes transtornos constituem fatores de risco, embora não sejam os únicos, e dependem de fatores de proteção, como a disponibilidade de serviços que atendam estes casos, o impacto dos fatores de risco se modifica-se na presença de fatores protetores significativos.

Embora a associação entre suicídio e transtornos mentais (particularmente, a depressão e o uso nocivo de álcool) esteja bem estabelecida, suicídios podem ocorrer impulsivamente em momentos de crises. Outros fatores de risco incluem experiência de perdas, solidão, discriminação, rupturas relacionais, problemas financeiros, doenças crônicas, violência e abusos. No entanto, o risco maior de suicídio é uma tentativa anterior (Ministério do Brasil, UNICAMP & OPAS, 2006) ⁽⁰²⁾.

E como um evento de saúde que ocorre num contexto social, seja na família, seja na escola, seja no trabalho, ou num lugar público, sofre os impactos dos fatores sociais e culturais presentes na sociedade. Portanto, é importante estar atento aos fatores sociais de risco associados ao suicídio, visto que minimizá-los pode levar a erros.

As intervenções focadas nas famílias e nas comunidades têm maior impacto que as centradas exclusivamente nos indivíduos. As intervenções devem contemplar normas que promovam o apoio e o bem-estar em todos os contextos, incluindo a família, o trabalho, a escola e a comunidade.

Os cuidados primários de saúde mental são pontos fortes de uma estratégia e devem ser robustos e com ações centradas na promoção da saúde, na prevenção e na deteção precoce das doenças e que os cuidados sejam prestados às pessoas nas comunidades onde estão integradas (Ministério da Saúde de Portugal, 2013) ⁽⁰³⁾.

A Lei Nº 37 de Saúde Mental da República de Cabo Verde, de 7 de agosto de 2013 diz: *“A prestação de cuidados pelos serviços de saúde mental é feita prioritariamente e sempre que possível, o mais próximo da comunidade, de forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e facilitar a sua reabilitação e inserção social”* ⁽⁰⁴⁾.

A grande maioria das estratégias elaboradas pelos países, e, no momento, a Organização Mundial da Saúde (OMS) identifica 38 **Estratégias Nacionais** que se encontram em etapas diversas de implementação, trabalha com esta visão e estes conceitos. Visões estreitas na questão da prevenção do suicídio constituem um grande risco na elaboração de qualquer estratégia.

O Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental [2021-2025] do Ministério da Saúde de Cabo Verde orienta que *“a aceleração da implementação de uma estratégia de prevenção do suicídio virá da partilha de aprendizagens entre os países - independentemente do estágio de implementação das estratégias nacionais de prevenção ao suicídio (PENSM, 2021:14) ⁽⁰⁵⁾ e reafirma que a avaliação é essencial para acelerar o progresso. Esta orientação também é compartilhada pelo Centro de Pesquisas CRISES da Faculdade de Psicologia da Universidade de Québec a Montreal (UQAM, sigla em Francês) no estudo comparativo da implementação das estratégias de prevenção do suicídio que realiza entre países, em diversas etapas ⁽⁰⁶⁾.*

De acordo com as Estimativas Globais de Saúde (GHE, *sigla em Inglês*), que fornecem os dados disponíveis mais recentes sobre morte e incapacidade globalmente, por região e país, e por idade, sexo e causa, os dados referentes a Cabo Verde sinalizam uma redução nas taxas de suicídio desde 2013 (WHO, 2020) ⁽⁰⁷⁾.

Não obstante esta tendência decrescente nacional, importa orientar que esta taxa não pode ser definida como um indicador do impacto da implementação da estratégia sem um modelo explicativo, neste caso um modelo matemático, que inclua diversas variáveis sociais e económicas, inclusive aquelas associadas à Pandemia de COVID-19, como por exemplo o nível de emprego, particularmente na população jovem.

Tabela 1-Taxa de Suicídio Padronizada por Idade

Ano	Ambos os sexos	Homens	Mulheres
2019	15,23 [9,49–23,19]	27,4 [17,27–41,81]	5,06 [3,08–7,79]
2018	15,96 [10,02–23,99]	28,88 [18,31–43,48]	5,16 [3,2–7,88]
2017	16,16 [10,09–23,6]	27,83 [17,45–40,6]	5,31 [3,31–8,08]
2016	16,53 [10,41–23,96]	28,27 [17,84–40,92]	5,51 [3,48–8,33]
2015	16,73 [10,54–23,94]	28,66 [18,08–40,98]	5,6 [3,57–8,35]
2014	16,91 [10,69–24]	29,01 [18,37–41,14]	5,67 [3,64–8,4]
2013	17,46 [11,12–24,54]	30,02 [19,15–42,13]	5,83 [3,76–8,56]
2012	17,98 [11,47–25,17]	31,02 [19,81–43,32]	5,89 [3,8–8,6]
2011	18,21 [11,71–25,53]	31,59 [20,36–44,16]	5,79 [3,74–8,5]
2010	18,44 [11,79–25,99]	32,02 [20,5–45,04]	5,94 [3,83–8,69]

Fonte: WHO, 2020.⁽⁶⁷⁾

Pode-se construir um modelo de regressão econométrica, analisando uma série temporal que tem como uma variável dependente, por exemplo, a taxa de suicídio, e como variáveis independentes ou explicativas, por exemplo, o crescimento económico, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), os indicadores educacionais e de saúde, com o objetivo de identificar quais variáveis são mais significativas e explicam o aumento ou a redução da taxa de suicídio.

Um indicador de monitoramento e avaliação do impacto da implementação da estratégia pode ser a notificação de tentativas de suicídio. Esse indicador, além de direcionar o foco para as populações vulneráveis identificadas, possibilita a devida atenção e vigilância aos casos que representam uma população de risco bem identificada. Com isso, seriam viabilizadas intervenções específicas direcionadas a essa parcela da sociedade.

No entanto, esta notificação ainda não é obrigatória em Cabo Verde, embora existam registos dispersos realizados por profissionais de saúde, mas não agrupados em banco de dados centralizados. Este é um desafio, mas superável com algum investimento e decisão política.

Os autores da Ficha de Notificação de Tentativa de Suicídio instituída na cidade do Rio de Janeiro, em 2001, cederam o uso público da Ficha que pode ser adequada à realidade cabo-verdiana. Uma das alterações a serem feitas refere-se à exclusão do dado **raças** que não se aplica em Cabo Verde, como se aplica no Brasil ⁽⁰⁸⁾ (**ANEXO I**).

Importa salientar que, não se deve esperar resultados de alterações nas taxas de suicídio, após a implementação das intervenções num período menor que cinco anos, por exemplo. As taxas de suicídio e seus registos movimentam-se com particularidades nas populações, pelo que se revela de grande importância selecionar indicadores de avaliação disponíveis e acessíveis para que se construam intervenções planeadas, monitorizadas e avaliadas.

Uma **Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio** é um estímulo de incorporação do tema na agenda Política de Estado. É de ressaltar que uma **Estratégia** bem elaborada, que considera todas as variáveis e desafios envolvidos, junto com um **Plano de Ação** eficiente desenvolvido na sequência, têm a capacidade de estimular e promover a implementação efetiva de medidas de prevenção do suicídio.

Cabo Verde é um país do continente Africano, considerado de Rendimento Médio Baixo (LMICs, *sigla em inglês*) pelo Banco Mundial, e com uma tendência de crescimento em diferentes itens sociais e económicos. Tem demonstrado interesse em projetos coordenados por agências e órgãos multilaterais, assim como intercâmbio com outros países.

O interesse do Ministério da Saúde de Cabo Verde em implementar uma Estratégia de Prevenção do Suicídio se manifesta no **PENSM [2021-2025] (MS, 2021)**. Este Plano foi elaborado por um conjunto diversificado de Instituições vinculadas ao Ministério da Saúde, outras instituições governamentais e da sociedade civil, e profissionais de vários setores e, teve o apoio técnico e financeiro da OMS de Cabo Verde.

A proposta está baseada no **Programa LIVE LIFE (VIVER A VIDA) de Prevenção do Suicídio (OMS, 2021)**⁽⁰⁹⁾ que tem algumas estratégias de intervenções efetivas, tais como: **limitar o acesso aos meios de suicídio; interagir com os media para produzirem reportagens responsáveis sobre o suicídio; estimular habilidades de vida socio-emocionais em adolescentes e precocemente identificar, avaliar, cuidar e monitorar aqueles afetados por comportamentos suicidas, especialmente aqueles que fizeram tentativas.**

Esta última estratégia é fundamental para se avançar com a integração/notificação no sistema de informações de saúde dos casos de tentativas de suicídio, o acompanhamento mais próximo das famílias sobreviventes e o reforço dos serviços de saúde, garantindo intervenções nos cuidados de saúde com validade científica.



PARTE I

ASPETOS GEOGRÁFICOS, ECONÓMICOS, DEMOGRÁFICOS E DE SERVIÇOS

Localizado a 500 quilómetros da costa ocidental de África, Cabo Verde é um arquipélago constituído por 10 ilhas, das quais nove são habitadas. O país tem uma população estimada de 491.233 habitantes (Instituto Nacional de Estatística, 2021)⁽¹⁰⁾. Apenas 10% do seu território está classificado como terra arável e o país possui recursos minerais limitados.

A economia cabo-verdiana é baseada no turismo – que representa 25 % do Produto Interno Bruto (PIB) e conduz cerca de 40% da atividade económica global – com um clima temperado ao longo de todo o ano, belas praias, riscos de insegurança baixos e proximidade com o continente europeu.

Apesar dos desafios associados a uma pequena economia insular, Cabo Verde assiste a um progresso económico notável desde 1990, em grande parte encabeçado pelo rápido desenvolvimento do turismo, particularmente de resorts tudo-incluído, para além de desenvolvimentos sociais consideráveis resultantes da implementação de fortes políticas sociais ao longo dos anos.



Até 2019, Cabo Verde podia ser considerado um dos exemplos entre os países da África Subsariana, em termos de redução da pobreza. As projeções de pobreza baseadas no seu crescimento económico sugerem que as taxas de pobreza, medidas pela linha de pobreza de 5,5 dólares por dia, diminuirão 6 pontos percentuais entre 2015 e 2019, de 41% para 35%, o que corresponde a cerca de 23.000 pessoas que saem da pobreza. Além disso, entre 2001 e 2015, a desigualdade (medida pelo Índice de Gini) caiu de 53 para 42. Em 2016, o índice GNI (*Gross National Income*) em dólar/pessoa era de 3,13 e em 2020, 3,33. Cerca de um dólar acima dos Países de Rendimento Médio Baixo (Banco Mundial, 2022) ⁽¹¹⁾.

Cabo Verde vem sendo apontado como um exemplo de democracia na África, em grande parte graças à sua estabilidade política. Os processos eleitorais têm decorrido sem conflitos, sendo realizados com regularidade e considerados livres e legítimos, com uma alternância pacífica de poder entre os dois maiores partidos do cenário político no país, Movimento para a Democracia (MpD) e Partido Africano da Independência de Cabo Verde (PAICV).

Antes da crise económica global causada pela COVID-19, Cabo Verde conheceu um crescimento económico robusto, impulsionado por um sector turístico próspero e reformas estruturais fortes, mas a crise paralisou a economia em 2020. Entre 2016 e 2019, o crescimento médio foi de 4,7 % (3,2 em termos per capita). O crescimento económico sustentado e robusto levou a um declínio da pobreza de 35 % em 2015 para 28 % em 2019.

O choque da COVID-19 teve um impacto negativo nomeadamente no setor do turismo, que representa 25% do PIB e impulsiona cerca de 40% de toda a atividade económica; e através da redução

do Investimento Direto Estrangeiro (IDE), uma fonte crítica de finanças externas e um motor essencial de crescimento. Como resultado, a economia contraiu 14,8 % em 2020.

A esperança média de vida ao nascer tem melhorado significativamente, tendo alcançado 80,5 anos para as mulheres e 73,0 anos para os homens (INE, 2019).

Do lado da procura, as medidas de crescimento económico lideradas pelo consumo privado e pelo investimento, apoiadas pela reabertura gradual da economia, postas em prática pelo Governo para apoiar empresas e sectores duramente atingidos, e a retoma progressiva de projetos de IDE ajudaram na recuperação.

Do lado da oferta, os sectores do comércio e da construção impulsionaram o crescimento económico. O défice fiscal global foi de 8,8% do PIB, e a dívida pública aumentou para 155,3% do PIB em 2021, com a necessidade de recorrer a empréstimos externos concessionais adicionais para financiar o programa de investimento público e a emissão de obrigações do Tesouro no mercado interno.

De acordo com as estimativas da Perspetivas Económicas Globais (GEP, *sigla em Inglês*), publicadas pelo Banco Mundial, a economia cabo-verdiana cresceu 4,0 % em 2021 e em 2022 deverá crescer 5,2% (Banco Mundial, 2023) ⁽¹²⁾.

O crescimento real do PIB está projetado em 4,0 % em 2022, mas acima do potencial (4,5 %) em 2023 e 2024, prevendo-se que o PIB real per capita regresse ao nível de 2019 no último ano.

O crescimento populacional (%) de Cabo Verde passou de 1,19, em 2010, para 1,16 em 2020, enquanto nos outros Países de Rendimento Médio Baixo passou de 1,5 para 1,3.

Sua densidade populacional expressa seu tamanho. Em 2016 eram 131,8 pessoas por km quadrado e, em 2020, eram 138.

A esperança média de vida ao nascer tem melhorado significativamente, tendo alcançado 80,5 anos para as mulheres e 73,0 anos para os homens (INE, 2019).

A taxa de mortalidade em menores de 5 anos caiu de 17,0 por mil nascidos vivos em 2016 para 13,0 em 2020 (Relatório do Ministério da Saúde, 2020). Enquanto isso, nos Países de Rendimento Médio Baixo, a taxa de mortalidade variou de 51,2 por mil nascidos vivos em 2016 para 44,9 em 2020.

A taxa de imunização para sarampo passou de 93% da população até 23 meses em 2016 para 95% em 2020, uma tendência de aumento da cobertura vacinal, bom indicador de funcionamento de um programa e de serviços. De acordo com o mais recente Boletim de Vacinação do país, mais de 86% da população está vacinada contra COVID-19.

Em 2021, 98% das pessoas vivendo com VIH tinham cobertura da terapia antirretroviral. Este é um dado importante dentro do sistema de saúde cabo-verdiano, porque envolve vários processos, incluindo os logísticos.

A prestação de cuidados de saúde mental em Cabo Verde iniciou-se a partir de uma perspetiva hospitalar, mesmo que as diretrizes políticas para esse setor já enfatizassem as vantagens de cuidados primários para a saúde mental.

A política nacional para a saúde mental estabelece os cuidados primários de saúde como a base do sistema, sendo a porta de entrada dos pacientes e onde a maioria dos cuidados deve ser prestada. Os cuidados secundários ou hospitalares devem ser destinados a pacientes com quadros agudos, sendo prestados nos hospitais gerais, com o intuito de proporcionar cuidados holísticos de saúde e combater o estigma associado às doenças mentais. Por sua vez, os cuidados terciários ou de reabilitação psicossocial, devem ter uma base comunitária, com foco na pessoa e oferecidos através de Centros de Dia. Esses Centros

de Dia devem oferecer serviços de suporte e reabilitação para pessoas com transtornos mentais, ajudando na sua reintegração social e no desenvolvimento de habilidades para uma vida independente.

Portanto, a política nacional para a saúde mental procura garantir uma abordagem integral e centrada na pessoa, com diferentes níveis de cuidado adequados a cada necessidade.

No momento, encontra-se em fase de implementação o processo de descentralização dos cuidados de saúde mental dos hospitais para os cuidados primários (delegacias e centros de saúde); a criação de condições nos hospitais regionais para internamento dos casos agudos; e desenho de projetos de reabilitação psicossocial, com o objetivo de integração psicossocial de pessoas portadoras de doença mental crónica e deficiência intelectual.

O nível de cobertura dos cuidados de saúde e os recursos disponíveis são fatores cruciais para tomada de decisões a diferentes níveis. O compartilhamento dessas informações entre gestores, profissionais de saúde e outros profissionais é estratégico em todas as políticas públicas de saúde.

Finalmente, o país dispõe de vários serviços que prestam cuidados de saúde mental: enfermaria de psiquiatria nos hospitais centrais e regionais (Hospital Universitário Dr Agostinho Neto, Hospital Dr Baptista de Sousa, Hospital Regional João Morais) para internamento de pessoas em crise psíquica aguda, centro de terapia ocupacional em São Vicente (centro de dia de reabilitação psicossocial) para pacientes portadores de psicose crónica e deficiência intelectual e comunidades terapêuticas na cidade da Praia e São Vicente, para tratamento de pessoas com problemas derivados do uso de drogas lícitas e ilícitas.



PARTE II

ANÁLISE DA SITUAÇÃO

O suicídio continua a ser um sério problema nos países de alta renda. Entretanto, quase 80% de todos os suicídios ocorrem nos países de médio e baixo rendimento, que respondem por uma grande parte dos suicídios globais (WHO, 2021) ⁽¹³⁾.

A taxa global de mortes por suicídio tem diminuído desde 2000, de quase 800.000 para cerca de 700.000 em 2019. A taxa bruta de suicídios caiu 29% durante este período, de 13.0 mortes por 100 mil habitantes para 9.2 mortes por 100 mil.



Com o objetivo de identificar grupos específicos em risco de suicídio é importante que os países usem taxas desagregadas no mínimo por sexo, idade e métodos. Assim, fornecem informações essenciais para compreender o escopo do problema de maneira que as intervenções possam ser ajustadas às necessidades das populações específicas e as tendências” (WHO, 2021).

A taxa de suicídio entre homens foi duas vezes maior do que a taxa entre as mulheres, em 2019 (12.6 por 100 mil comparado com 5.7 por 100 mil, respetivamente). As taxas de suicídio entre os homens são geralmente maiores nos países de rendimento alto (16.5 por 100 mil), enquanto entre as mulheres as taxas de suicídio mais altas são observadas nos Países de Rendimento Médio-Baixo (OMS, 2022) ⁽¹⁴⁾. Embora se deva considerar para fins comparativos o grande espectro de diversidade de dados entre o conjunto destes países.

A análise da situação baseou-se nos seguintes instrumentos: documentos oficiais das instituições cabo-verdianas; documentos de instituições multilaterais (WHO, Banco Mundial); estudos realizados; recolha de registos através da procura ativa em algumas unidades de saúde; informações recolhidas junto de profissionais de saúde e outros envolvidos durante as visitas técnicas no terreno; informações recolhidas durante o workshop realizado nos dias 3 e 4 novembro 2022, na cidade da Praia (**ANEXO II**).

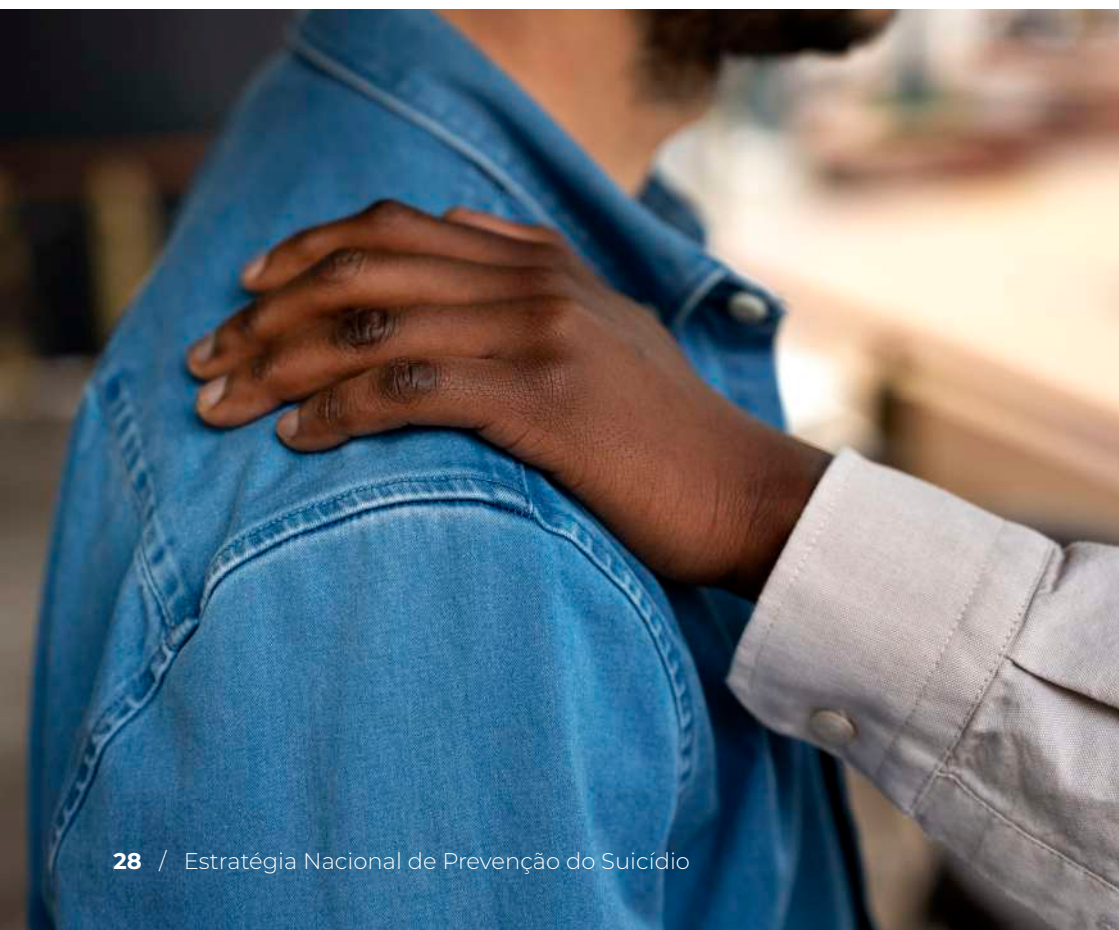
A recolha de dados e **análises nacionais e locais** para elaborar uma análise mais confiável é indicada. Todas as informações importam, desde que sejam confiáveis. Nessa etapa, foi importante a identificação dos parceiros institucionais e associações/grupos comunitários para apoiarem a estratégia e o planeamento das ações a serem implementadas.

A organização dos serviços de saúde em Cabo Verde está estruturada segundo uma determinada hierarquia por níveis: atenção primária, secundária e terciária (Orgânica do Ministério da Saúde, 2021).

A estrutura das unidades de saúde está distribuída em todas as ilhas. Dois Hospitais Centrais (Santiago e São Vicente); 04 Hospitais Regionais (Santiago Norte, Santo Antão, Sal e Fogo); 19 Delegacias de Saúde (03 em Santo Antão, 01 em São Vicente, 02 em São Nicolau, 01 no Sal, 01 na Boa Vista, 01 no Maio, 07 em Santiago, 02 no Fogo e 01 na Brava); 34 Centros de Saúde (15 em Santiago, 06 em São Vicente, 03 no Fogo, 02 no Sal, 02 em São Nicolau, 03 em Santo Antão, 01 em Boa Vista, 01 no Maio e 01 na Brava); 40 Postos Sanitários e 98 Unidades Sanitárias de Base.

Cabo Verde conta ainda com as duas estruturas especiais: a Comissão de Coordenação do Combate ao VIH/SIDA (CCS-SIDA) e a Comissão de Coordenação do Álcool e outras Drogas (CCAD), esta última responsável por duas unidades residenciais especializadas no tratamento e reinserção social de pessoas dependentes de álcool e outras drogas, nomeadamente a Comunidade Terapêutica de Granja São Filipe, em Santiago e a Comunidade Terapêutica da Ribeira de Vinha, em São Vicente.

Em Cabo Verde, o suicídio é a primeira causa de morte por causas externas. Em média, são oito casos de suicídio de homens para cada mulher, de acordo com os dados estatísticos nacionais entre os anos 2015 e 2018 (MSSS, 2015-2018) ⁽¹⁵⁾.



Segundo o Atlas de Saúde Mental 2020 (WHO), a taxa de mortalidade de suicídio padronizada por idade em Cabo Verde **baixou de 17,46 óbitos/100 mil habitantes, em 2013, para 16,53 óbitos/100 mil habitantes, em 2016 e para 15,23 óbitos/100 mil habitantes, em 2019.**

Isto significa que **entre 2013 e 2016 houve uma redução em 5,3% na taxa de suicídio e entre 2016 e 2019 esta redução foi de 7,8%.** Entre os anos de 2010 e 2019 a taxa de suicídio em Cabo Verde diminuiu cerca de 17,4%, tanto para a população masculina, quanto para a feminina.

De acordo com os dados publicados pela OMS, em 2021, **a taxa ajustada à idade de suicídios em 2019, em Cabo Verde, foi de 15,23 por 100.000 habitantes.**

Segundo o Relatório Estatístico de 2020, publicado em 2022 pelo Ministério da Saúde de Cabo Verde, ocorreram um total de 49 suicídios, sendo 45 em homens e 4 em mulheres ⁽¹⁶⁾. De realçar que esta tem sido a tendência nacional, no que tange ao registo dos suicídios nos últimos 10 anos (2011-2020), conforme se pode verificar na Tabela 2.

Tabela 2: Evolução dos óbitos e taxa de mortalidade por suicídio em Cabo Verde, entre 2011 a 2020

Ano	Masculino	%	Feminino	%	Total	Taxa de Mort.*
2011	37	88,1	5	11,9	42	8,4
2012	36	81,8	8	18,2	44	8,8
2013	32	86,5	5	13,5	37	7,4
2014	42	85,7	7	14,3	49	9,8
2015	51	91,1	5	8,9	56	11,2
2016	47	79,7	12	20,3	59	11,8
2017	45	91,8	4	8,2	49	9,8
2018	48	88,9	6	11,1	54	10,8
2019	38	92,7	3	7,3	41	8,2
2020	45	91,8	4	8,2	49	9,8

*por 100.000 habitantes

Fonte: SVIR/DNS/MS

O Governo de Cabo Verde, através do MS e do INE, e, em parceria com a OMS, realizou em 2020, o segundo Inquérito Nacional sobre os Fatores de Risco das Doenças Não Transmissíveis (II IDNT) ⁽¹⁷⁾. O estudo foi realizado com uma amostra de 4.563 indivíduos, com idade entre 18 e 69 anos, sendo 2.726 mulheres, representando 59,7%, e 1.837 homens, representando 40,3%. A taxa de resposta global foi de 80,5%, sendo de 73,6% para os homens e de 85,9% para as mulheres. E foi utilizada a metodologia *STEPS* da OMS ⁽¹⁸⁾.

O suicídio e as tentativas de suicídio encontram-se numa categoria chamada causas externas, junto com os homicídios e os acidentes de trânsito, e como um evento não transmissível. E se encontram identificados nos inquéritos de doenças crónicas não transmissíveis, principalmente por sua relação com os transtornos mentais.

Este inquérito no campo da saúde mental calculou o percentual da população que nos últimos 12 meses: (a) consideraram seriamente uma tentativa de suicídio, (b) planearam tentar o suicídio e (c) fizeram uma tentativa de suicídio.

O *STEPS* 1 e 2 que foi a amostra onde foram feitas as questões sobre o suicídio respondeu diferentemente nas faixas etárias de 18-29 e acima de 60, entre homens e mulheres. Homens jovens responderam cerca de 68,5%, enquanto mulheres 83,9%, e homens acima de 60 anos 37,1%, enquanto mulheres nesta faixa responderam 62,7%.

Verifica-se uma discrepância nas respostas entre homens e mulheres, especialmente na faixa etária acima de 60 anos.

Entre os resultados de interesse destacam-se os seguintes: no que diz respeito ao **consumo de bebidas alcoólicas** nessa população, observou-se que apenas 13,4% dos homens afirmaram nunca terem bebido, enquanto esse número foi de



40,7% entre as mulheres. Dos que alguma vez consumiram bebidas alcoólicas, 10,3% dos homens e 17,4% das mulheres informaram que não beberam nos últimos 12 meses; 62,3% dos homens consumiram bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias e 28,6% informaram que consumiram mais de 6 copos de bebidas neste período. Enquanto isto, neste mesmo período dos últimos 30 dias, cerca de 27% das mulheres consumiram bebidas alcoólicas, mas o percentual do consumo acima de seis copos foi de 6,5% das mulheres do estudo.

Na avaliação do *STEP* 1 Saúde Mental/Suicídio, cerca de 2,1% dos homens informaram que consideraram seriamente uma tentativa de suicídio, nos últimos 12 meses, enquanto o percentual das mulheres foi de 4,5%. O percentual de homens e mulheres que planejaram o suicídio nos últimos 12 meses, foi, respetivamente de 0,8% e 2,3%. **Segundo o mesmo inquérito, entre aqueles que alguma vez tentaram suicídio, 15,4% dos homens e 41,2% das mulheres, o fizeram nos últimos 12 meses, anterior ao inquérito. Falamos, portanto, de informações do período de 2019 a 2020.**

Ressalta-se dessa publicação a sua utilidade para o reforço das intervenções e a implementação de políticas que visem promover não só estilos de vida saudáveis, mas também a integração multisetorial como resposta dos setores de saúde, educação, cultura, agricultura, indústria, meio ambiente, entre outros. Por outro lado, essas informações tornam-se um insumo para os diferentes atores e instituições académicas que desejam aprofundar o desenvolvimento de pesquisas para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis, incluindo o tema do suicídio que importa nesta estratégia.





PARTE III

PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: AS ESTRATÉGIAS E SEUS PILARES

A importância de uma abordagem estratégica para a prevenção do suicídio está fortemente assente em evidências de pesquisas de intervenções que atenuam ou se contrapõem aos fatores de riscos e aumentam os fatores protetores para o comportamento suicida (Platt & Benson, 2021) ⁽¹⁹⁾.

Medir o sucesso de uma estratégia nacional nem sempre é fácil, mas existem meios para assegurar que as avaliações das estratégias nacionais possam ser tão fortes quanto possível. Um dos aspetos mais importantes a considerar é que, pelo seu próprio desenho, as estratégias nacionais têm múltiplos componentes. Além disso, há uma variedade de fatores que influenciam as taxas de suicídio de um país e essas taxas podem flutuar ao longo do tempo. Esses dois fatores dificultam a deteção de mudanças nas taxas de suicídio que possam ser atribuídas especificamente a uma estratégia nacional. As melhores avaliações são direcionadas a uma abordagem que utiliza um “programa lógico” e utiliza múltiplos indicadores de sucesso (WHO, 2018) ⁽²⁰⁾.

Redução dos Meios

Entre os principais meios utilizados para suicídio e tentativas de suicídio em Cabo Verde, foram registrados os enforcamentos e a ingestão de medicamentos psicoativos e de uso cardiológico.

O estudo do II IDNT mostrou na amostra estudada que 43,8% dos homens e 21,4% das mulheres fizeram tentativas de suicídio com overdose de medicamentos. Outro meio mais utilizado foi o enforcamento, 35,6% nos homens e 39,3% nas mulheres.

Embora a prescrição de medicamentos seja exclusivamente atribuída aos profissionais médicos no país, estes utilizam estratégias próprias para evitar a dispensação excessiva, principalmente quando se trata de medicamentos psicoativos, como a emissão de receitas mensais. No entanto, a falta de controle adequado desses medicamentos, assim como de outros, é universal. É importante ressaltar que os medicamentos psicoativos não têm receitas de controle especial em Cabo Verde.

A não existência de controle de receitas de medicamentos especiais torna-se um risco para os casos de tentativas de suicídio por esse método.

Um debate envolvendo a Ordem dos Médicos e a Ordem dos Farmacêuticos seria necessário para a instituição de receitas especiais. O controle de medicamentos psicoativos não atende apenas ao controle dos meios utilizados para tentativas de suicídio, mas também serve para controlar a quantidade de medicamentos dispensados à população e outros estudos.

Em relação aos enforcamentos não existe um método de controle efetivo. No entanto, uma medida que se mostra eficaz é o monitoramento de indivíduos que já tenham feito alguma tentativa ou apresentem comportamentos suicidas.

O uso de armas de fogo e de pesticidas como método de tentativas de suicídios e suicídios não tem prevalência entre os dados de mortalidade por suicídio em Cabo Verde. De qualquer forma, um controle, incluindo normatização e fiscalização dos pesticidas e outros químicos, deve ser instituído.

O diagnóstico de suicídio envolve uma abordagem multidisciplinar, que vai além da esfera forense. É necessário o envolvimento de profissionais de saúde mental, psicólogos,

psiquiatras, entre outros especialistas, para garantir uma compreensão completa do caso.

O Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, com a sua expertise, poderá desempenhar um papel crucial ao auxiliar no diagnóstico de suicídio, garantindo uma análise rigorosa dos casos e contribuindo de maneira significativa para a prevenção e tratamento adequados desse grave problema.

Ainda de acordo com os dados do II IDNT, 36% dos adultos com idade entre 18 e 69 anos procuraram atendimento médico na última vez que tentaram o suicídio. Monitorar estes casos é fundamental para a estratégia de prevenção do suicídio.

Na amostra observada, cerca de 9% da população teve alguém na família que já fez, pelo menos, uma tentativa de suicídio, o que mais uma vez demonstra, aqui com evidências nacionais, que estas pessoas, junto com suas famílias, devem ser monitoradas e cuidadas pelos serviços de saúde, utilizando as ferramentas disponíveis, como chamadas telefônicas ou atendimento através da telemedicina, instituída em várias unidades de saúde em Cabo Verde. Em 2020, de um total de 786 teleconsultas apenas 9 foram feitas em atendimento de saúde por psiquiatras. Este modelo poderia ser ampliado dando mais eficiência ao sistema.

Ação Multissetorial e Intersectorial

Os marcos conceituais de que o suicídio ocorre em diferentes setores da sociedade impulsiona a necessidade de uma abordagem estratégica que envolva ações multidisciplinares e intersectoriais. Esta visão é fundamental para a efetiva implementação das Estratégias de Prevenção do Suicídio.

O workshop e as visitas técnicas realizadas em Cabo Verde, no período de 27 outubro a 5 de novembro de 2022, atenderam também a este pilar da estratégia na composição organizacional dos encontros.

Sensibilidade e Promoção: Comunicação na Prevenção do Suicídio

“Os media têm um papel essencial na sociedade e na manutenção e promoção da saúde mental, sendo também uma importante estratégia de prevenção universal (prevenção para toda a sociedade) de qualquer campanha de prevenção do suicídio”⁽²¹⁾.

O tema da comunicação nos casos de suicídios, principalmente na comunicação escrita ou virtual, vem associado aos danos que podem ser provocados por notícias inadequadas que podem induzir outras pessoas a se “contaminarem” e correrem o risco de serem levadas a tentativas de suicídios ou mesmo de realizarem um suicídio.

Este conceito, amplamente conhecido e mencionado em vários documentos, tais como o programa LIVE LIFE da OMS e o Manual para Jornalistas do Ministério da Saúde de Portugal, é originário do chamado **Efeito Werther**.

Este efeito, assim chamado por causa do livro de Wolfgang Goethe, *Os sofrimentos do jovem Werther*, escrito na forma de cartas que um jovem envia para seu melhor amigo contando o desenrolar de uma paixão irrefreável, cujo desfecho é a morte. Este romance provocou uma onda de suicídios na Europa, quando de sua publicação, em 1774.

E o impacto desses suicídios na sociedade levou os media a se preocuparem com essa realidade, levando a inclusão da proibição de abordar o tema do suicídio na maioria dos editoriais, principalmente nos jornais. Esta proibição persiste até os dias atuais, porém a importância da visibilidade do tema do suicídio e da saúde mental tem permitido que se rompa com essa concepção exclusiva e que o assunto seja trazido para a comunicação em geral como um fator protetor nos casos de suicídio.

Assim, transforma-se um fator de risco num fator protetor de grande alcance e fundamental em qualquer estratégia.

Hoje sabemos que o fenômeno conhecido como Efeito Werther pode causar danos significativos, principalmente nos casos de suicídios cometidos por pessoas famosas e admiradas por determinados grupos populacionais. Nesse sentido, é necessário que esses grupos se identifiquem com tais “celebridades” a fim de, a partir desta identificação, sentir o desejo de seguir o mesmo caminho. Certamente, nestes grupos, existem pessoas mais fragilizadas que podem ser mais afetadas e induzidas por esta identificação.

Normalmente, os casos de suicídios não são casos que os media trazem para o cotidiano, mas quando envolvem pessoas conhecidas, como artistas, essas ocorrências tornam-se de interesse público e despertam a atenção dos meios de comunicação social. Além disso, também são noticiados casos de homicídios seguidos de suicídio, principalmente em ataques em escolas, bem como feminicídio ou femicídio.

No entanto, quando os media abordam esses assuntos sensíveis de maneira equivocada, descrevendo detalhes dos métodos utilizados, há um risco de causar danos. Nesses casos, os media podem contribuir para a indução de suicídios ou tentativas, o que reforça a importância de seguir os manuais e protocolos que orientem a maneira adequada de lidar com essa questão.

Um tema de extrema relevância atualmente é a maneira como devemos lidar com o chamado Efeito Werther em relação à comunicação virtual. Ao contrário da comunicação impressa, como foi o caso do livro de Goethe, a comunicação virtual é rápida, possui um amplo alcance e projeta imagens que, por todas essas características, podem causar um impacto prejudicial no tratamento desse tema delicado.

Além do mais, os media podem e devem se tornar uma parceira fundamental na implementação de estratégias de prevenção ao suicídio, através do diálogo com especialistas em suicidologia e outros profissionais que possuam um profundo conhecimento sobre o assunto. Ao utilizar o chamado Efeito Papageno, é possível abordar o tema de forma educativa e consciente, visando divulgar informações corretas e de suporte para aqueles que estão a passar por momentos difíceis.

Este efeito se refere ao personagem da opera de Mozart, *A Flauta Mágica*. Na ópera, Papageno consegue vencer seus pensamentos suicidas iniciais com a ajuda de outros.

A abordagem consciente e responsável do tema do suicídio e dos estigmas que sofrem as pessoas com transtornos mentais, não só não constitui um fator de risco, como também traz à luz um problema que afeta toda a sociedade. Trazer à tona discussões sobre o suicídio e a prevenção do sofrimento pode ser extremamente benéfico para aqueles que se sentem presos em suas angústias, mostrando-lhes alternativas e possibilidades.

Como descreve o PENSM [2021-2025]: **“Reduzir o estigma é fundamental, inclusive em estruturas e instituições. Caso contrário, o suicídio continuará a ser uma crise silenciosa na saúde pública. Todos precisamos de conhecer a ajuda disponível”**.

Perante esses factos extremamente relevantes, é indiscutível que a Comunicação Social se tornou indispensável de qualquer estratégia de prevenção do suicídio, sendo inclusive uma iniciativa que deve ser aplicada desde o início de qualquer estratégia. Desta forma, jornalistas, comunicadores e influenciadores digitais são chamados a participar como parceiros essenciais nesta estratégia elaborada pelo Ministério da Saúde de Cabo Verde com o apoio da OMS.

Os media saem do lugar de dano e da indução do suicídio, que seria um fator de risco, para o lugar de parceira numa estratégia, porque pode ser atuante em várias ações, tornando-se um fator de proteção da sociedade.

Ampliar a consciência sobre a saúde mental e o suicídio enfrenta um grande desafio devido ao estigma associado a essas questões. No entanto, os agentes envolvidos na estratégia podem mobilizar a sociedade e suas instituições de diferentes formas, por exemplo, reconhecendo o suicídio como um problema de saúde pública que requer uma intervenção nacional. Além disso, é essencial levar em conta as necessidades dos grupos mais vulneráveis, pois este passo não pode ser negligenciado.

Ações de consciencialização e esclarecimento na sociedade podem gerar uma mobilização: uma mobilização envolvendo diversas instâncias, como instituições, pesquisadores e associações nacionais ou locais, advogando para tornar a prevenção do suicídio uma Política de Estado. Essa mobilização não deve ser apenas pontual, mas sim ter sustentabilidade e

continuidade ao longo do tempo, para que os efeitos iniciais dessa conscientização não se percam no caminho e para que haja uma verdadeira mudança de paradigma em relação aos transtornos mentais e ao suicídio.

Os estigmas, mitos e tabus relacionados aos transtornos mentais e ao suicídio são obstáculos para a implementação efetiva de estratégias de prevenção. Portanto, a consciencialização sobre esses temas é um elemento crucial em qualquer estratégia compreensiva de prevenção do suicídio. Estes podem se tornar desafios da implementação da estratégia. Somente por meio do esclarecimento e da educação será possível superar tais desafios e proporcionar um ambiente mais propício para a prevenção e promoção da saúde mental.

Devemos ser cautelosos na elaboração de materiais educativos de prevenção do suicídio. Estes devem ser produzidos com foco nas populações-alvo e cientes da forma como podem afetar estas populações.

Atualmente, são muito importantes os estudos que mostram o impacto, por exemplo, de uma campanha intensa sobre o suicídio naquelas populações mais fragilizadas. Algumas pessoas sentem-se pressionadas sobre o impacto intenso da propaganda sobre o suicídio e os transtornos, como mostram alguns trabalhos avaliando campanhas intensas.

O trabalho em torno do estigma sobre os transtornos mentais e o suicídio deve ser constante, não se limitando a um determinado período anual. Deve-se procurar a mobilização da sociedade através de ações que não causem danos.

Na sensibilização da sociedade, através das diversas comunidades, é importante trazer lideranças com experiências válidas que podem apoiar a implementação da estratégia.

Desenvolvimento das Capacidades

Este trabalho/treinamento deve ser contínuo em todo o período de implementação do programa VIVER A VIDA. Portanto, a identificação das necessidades em cada período e em cada local é fundamental, para garantir o avanço na implementação da estratégia. As estratégias, em todas as suas ações, são dependentes do desenvolvimento das capacidades dos recursos disponíveis. O desenvolvimento deve ser sustentável e, para isto, depende de vários elementos.

O treinamento da avaliação de riscos pelos técnicos de saúde deve ser constante e planejado, de acordo com a implementação da estratégia nas redes de serviços de saúde. E esta definição de prioridades de identificação deve levar em conta a capacidade de multiplicação dos treinamentos.

Uma ação estratégica importante é a implementação de supervisão de gestão e clínica, que apoie a organização dos serviços de acordo com o perfil das unidades, de atenção primária ou maior complexidade, que podem/devem ser feitas por método presencial ou por videoconferências.

A colaboração, inclusive entre países, facilita a partilha de conhecimento, o intercâmbio de metodologias e as lições aprendidas. A Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) que já vem implementando estratégias de prevenção do suicídio, como o Brasil e Portugal, poderá ser útil nesta partilha. Estas trocas devem ser sempre adaptadas aos contextos locais, mobilizando lideranças locais, e baseadas em evidências.

Um exemplo da colaboração entre países é o estudo “Conversação sobre Estratégias Nacionais de Prevenção do Suicídio”, coordenado pelo Centro de Pesquisas (CRISE) da Universidade de Québec em Montreal (UQAM).

Este projeto consiste num estudo comparativo de diferentes estratégias de prevenção do suicídio em seis países. Os seis, encontram-se em diferentes fases de desenvolvimento e implementação de suas estratégias. Foram construídas quatro fases: Fase 1 consciência e mobilização (México); Fase 2 estratégias nacionais inicial (Butão e Brasil), Fase 3 estratégias revistas (Québec e Portugal) e fase 4; avaliação e experiência (Nova Zelândia).

É de interesse, em particular para os países de língua portuguesa, acompanhar também o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio de Portugal de 2013-2017, em fase de renovação. Uma vantagem significativa é a facilidade de acesso aos documentos e materiais disponibilizados, por causa do idioma em comum.

A maioria das estratégias nacionais contém atividades planeadas e implementadas, tais como: monitorização próxima; redução do acesso aos meios de suicídio; promoção de boas práticas nos media; redução do estigma; aumento da consciência do problema; treinamento dos cuidadores; serviços de intervenção e atividades de posvenção.

Por posvenção define-se qualquer ato apropriado e de ajuda que aconteça após o suicídio, com o objetivo de auxiliar os sobreviventes a viver mais, com mais produtividade e menos stress que eles viveriam se não houvesse esse auxílio (Shneidmam, 1973) ⁽²¹⁾.

São ações, atividades, intervenções, suporte e assistência para aqueles impactados por um suicídio consumado, ou seja, os sobreviventes. É uma ferramenta reconhecida mundialmente como um componente importante no cuidado da saúde mental dessas pessoas.

Sobreviventes são todas as pessoas afetadas por um suicídio:

pais, filhos, irmãos, familiares, amigos, colegas, etc. Além disso, pessoas que perderam alguém significativo por suicídio e aquelas que tiveram a vida afetada ou mudada por causa dessa morte, também são consideradas sobreviventes.

O documento **PREVENÇÃO DO SUICÍDIO**, manual dirigido **a profissionais das equipes de saúde mental**, publicado em 2006, através de um projeto entre o Ministério da Saúde do Brasil, a Universidade de Campinas e a Organização Pan-americana de Saúde pode apoiar a qualificação dos profissionais de saúde, na Estratégia de Prevenção do Suicídio, se for atualizado e adequado a realidade cabo-verdiana ⁽²²⁾.

Vigilância

As notificações das tentativas de suicídio são fundamentais nas estratégias de prevenção do suicídio. Elas identificam os casos de maior vulnerabilidade e permitem ações de diagnóstico e cuidados.

Atualmente, não existe uma obrigatoriedade de notificação dos casos de tentativas e, portanto, não existe um instrumento de notificação. Mas, o sistema de notificação do Ministério da Saúde de Cabo Verde para outras doenças, pode/deve ser usado na implementação de uma notificação de tentativas de suicídio, elegendo três ou quatro unidades sentinelas de saúde, que devem ser identificadas por alguns perfis, tais como: porta de entrada de casos de tentativas, serviços em ilhas diferentes e apoio/sustentabilidade local na saúde.

Um estudo descritivo transversal retrospectivo, no período de janeiro de 2017 a setembro de 2022, realizado no Serviço de Saúde Mental dos três municípios da Ilha de Santo Antão e inscritos no serviço de estatística do Hospital Regional Dr. João Moraes, encontrou os seguintes dados: quinze casos de

tentativas entre homens e trinta casos entre mulheres; 62,2% dos casos identificados já haviam feito tentativas anteriores, 70 % dos casos utilizou ingestão de comprimidos ⁽²³⁾.

Em Santiago Norte, nos últimos três anos, um médico psiquiatra registou, no Hospital Regional Santa Rita Vieira, 167 casos de tentativas. Todos estes casos estão registados localmente, mas não estão dentro de um sistema de informações, o que impede uma consolidação local, regional e nacional dos casos.

Daí a importância das notificações obrigatórias dentro de um sistema informatizado.

Monitorização e Avaliação

A monitorização e a avaliação da implementação das estratégias, em todas as linhas de ação, dependem inicialmente da definição de indicadores confiáveis e acessíveis, que são condições fundamentais.

O número de indicadores para a avaliação de cada ação deve ser muito bem construído e restrito a ações pertinentes. Ter muitos indicadores por ação são contraproducentes e diminui a confiabilidade dos resultados. Assim, é recomendado identificar no máximo dois indicadores por cada ação. Outrossim, é essencial que esse processo seja constantemente monitorizado e reavaliado periodicamente.



PARTE IV

MATRIZ LÓGICA

A Matriz contempla os pilares básicos do enfoque VIVER A VIDA da OMS para implementação de uma Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio para Cabo Verde, quais sejam: **análise da situação; colaboração multisectorial; sensibilização e promoção; desenvolvimento das capacidades; vigilância e monitorização e avaliação.**

A Matriz também contempla as principais intervenções eficazes para prevenir o suicídio: **limitar ou reduzir o acesso aos meios de suicídio; interagir com os meios de comunicação para que tratem o suicídio de uma forma responsável e sejam parceiros da Estratégia; desenvolver atitudes socio-emocionais para os jovens, baseados em ações nas comunidades; e atuar para identificar, avaliar, cuidar e monitorizar qualquer pessoa afetada por comportamentos suicidas, particularmente aqueles que já fizeram alguma tentativa de suicídio.**

A fim de criar um modelo compreensivo, a Matriz está constituída pelas seguintes colunas: **ação; população-alvo; meta; produtos/instrumentos; executor; parceiros; período de execução; orçamento e financiamento.**

Assim foram desenhados 9 (nove) eixos estratégicos onde se desenvolvem as ações previstas:

Eixo 1 – Liderança organizacional;

Eixo 2 - Sensibilização e mobilização da sociedade;

Eixo 3 – Qualificação dos profissionais: capacitação;

Eixo 4– Apoiar a organização dos serviços;

Eixo 5 – Restrição e redução dos meios utilizados;

Eixo 6 – Vigilância em saúde;

Eixo 7 – Promoção de estudos em prevenção do suicídio;

Eixo 8 – Apoio a organização da sociedade com base comunitária;

Eixo 9 – Comunicação e prevenção do suicídio.

Os eixos estão conectados entre si e dependem uns dos outros. Isto, ao contrário de limitar as ações, como alguns podem pensar, as tornam mais potentes e expressam a complexidade das respostas que devem ser dadas a este fenómeno tão complexo como o suicídio.

A seguir, apresenta-se a Matriz do Plano Estratégico Nacional de Prevenção do Suicídio de Cabo Verde.

Planos de Ação

A Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio será materializada através de Planos de Ações Anuais, com o principal objetivo de agregar medidas e atividades específicas e concretas passíveis de serem realizadas em todos os níveis (nacional, regional, local e institucional), estando ordenadas por meio de ações integradas e intersectoriais de prevenção do suicídio.

O Plano de Ação Nacional de Prevenção do Suicídio será elaborado pela Comissão Técnica Intersectorial e contará com a participação de todas as partes intervenientes e envolvidas na execução e facilitação da estratégia.

O orçamento global é de **18.904.800\$00**, equivalente a **180.000 USD**.

MATRIZ DA ESTRATÉGIA NACIONAL DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

Objetivo Geral: Reduzir as Taxas de Suicídio e Tentativas, bem como os Danos

EIXO 1. Liderança Organizacional								
Ação	População-alvo	Meta	Produto/Instrumento	Executor	Parceiro	Prazo	Orçamento	Fonte financiamento
Instituir uma Comissão Técnica Intersectorial	Instituições nacionais	Comissão instituída	Despacho ministerial	MS(Coordenador)	OCs e ONGs; OMS	CP	Não se aplica	Não se aplica
EIXO 2. Sensibilização e mobilização da sociedade								
Ação	População-alvo	Meta	Produto/Instrumento	Executor	Parceiro	Prazo	Orçamento	Fonte financiamento
Criação da Semana de Prevenção do Suicídio junto à Semana da Saúde Mental, setembro/outubro	Associações/ONGs				Ministério da Educação			
	Escolas secundárias / universidades	Resolução promulgada	Semana instituída	MS; Assembleia Nacional	Ordens profissionais da área da saúde (médicos, farmacêuticos, enfermeiros e psicólogos)	CP	Não se aplica	Não se aplica
	Profissionais de saúde				OMS			
	(Prevenção universal)							
Formação de grupos de sobreviventes e redes	Sobreviventes	% de Grupos formados	Grupos formados	Unidades locais do MS (Delegacias de Saúde); Lideranças Comunitárias	Família e amigos Instituições religiosas	MP	Não se aplica	Não se aplica

MATRIZ DA ESTRATÉGIA NACIONAL DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

EIXO 2. Sensibilização e mobilização da sociedade (cont.)								
Ação	População-alvo	Meta	Produto/Instrumento	Executor	Parceiro	Prazo	Orçamento	Fonte financiamento
Realização de palestras/educação para saúde/conversa aberta sobre suicídio nas comunidades, escolas secundárias e universidade	População em geral	10 eventos por ano, como linha de base	Eventos realizados	Profissionais de saúde das Estruturas de Saúde	INSP	MP	288,000.00	MS Banco Mundial OMS
				Líderes comunitários	Associações comunitárias/ Câmaras Municipais/			
				Influenciadores digitais	Escolas secundárias/ universidades			
					Influenciadores digitais			
EIXO 3. Qualificação dos profissionais: capacitação								
Ação	População-alvo	Meta	Produto/Instrumento	Executor	Parceiro	Prazo	Orçamento	Fonte financiamento
Oferecer um curso de prevenção e posvenção do suicídio, com validação internacional	80 Profissionais de saúde da rede pública e outros	80 Profissionais formados e com certificados	Aulas online	MS	OMS			MS
			Aulas gravadas					
			Monitor de apoio					
			Vários materiais					
Oferecer um documento para consulta às equipes: Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais de saúde mental	Profissionais das equipes de saúde	100 Manuais impressos e disponíveis nas estruturas	Manual atualizado e impresso	MS	OMS	MP	1,097,350.00	MS OMS

MATRIZ DA ESTRATÉGIA NACIONAL DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

EIXO 3. Qualificação dos profissionais: capacitação (cont.)								
Ação	População-alvo	Meta	Produto/ Instru- mento	Executor	Parceiro	Prazo	Orçamento	Fonte financia- mento
Supervisão e/ou acompanhamento anual dos profissionais capacitados para melhor implementação dos conhecimentos adquiridos	Profissionais das equipes de saúde	Nº de supervi- sões realizadas (1 para cada estrutura en- volvida)	Relatórios	MS	OMS Ordem dos Médicos e dos psicólo- gos	MP	527,400,00	MS
								Banco Mun- dial
								OMS

EIXO 4. Apoiar a organização dos serviços de saúde								
Ação	População-alvo	Meta	Produto/ Instrumento	Executor	Parceiro	Prazo	Orçamento	Fonte finan- ciamento

Elaborar protocolos/fluxograma nos circuitos internos de atendimento (rever os procedimentos) e os encaminhamentos necessários (instituir graus de diferenciação no atendimento)	Profissionais de saúde, em geral	2-3 instrumentos	Protocolos elaborados; Fluxogramas atualizados;	MS	Ordem dos Médicos	MS
				Hospitais Centrais e Regionais e Delegacias de Saúde;	MP	OMS
				Universidade de Santiago	947,350.00	

Alargar as tele-consultas para a discussão de casos e/ou supervisões	Profissionais de saúde e popula- ções prioritárias.	Ampliar em 10-15%	Consultas realizadas	MS Serviço Na- cional de Telemedicina e-Saúde (SNT-eS)	Ordem dos Médicos; Ordem dos Psicólogos;	LP	Não se aplica	Não se aplica

MATRIZ DA ESTRATÉGIA NACIONAL DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

EIXO 4. Apoiar a organização dos serviços de saúde (cont.)								
Ação	População-alvo	Meta	Produto/Instrumento	Executor	Parceiro	Prazo	Orçamento	Fonte financeira-momento
Identificar as instituições de encaminhamento e suas capacidades	População em geral	Elaborar um mapa atualizado e disponível	Instituições identificadas e compartilhadas	MS	OMS	MP	Não se aplica	Não se aplica
				Universidades				
Criação de uma base de dados para registros das informações dos serviços	População em geral	Base estabelecida	Registros informatizados	MS	OMS	MP	Não se aplica	Não se aplica
				INSP				
				GTCIS				
				SVIR				
EIXO 5. Restrição e redução dos meios utilizados								
Ação	População-alvo	Meta	Produto/Instrumento	Executor	Parceiro	Prazo	Orçamento	Fonte financeira-momento
Implementar protocolos para dispensação de medicamentos	População geral (prevenção universal); Profissionais de saúde	Protocolos elaborados	Protocolos	MS	Ordem dos Médicos e dos Farmacêuticos	LP	Não se aplica	Não se aplica
				ERIS				
Apoiar o controle de medicamentos psiquiátricos e outros pelos órgãos de fiscalização	População geral	Legislação modificada	Legislação	MS	Ordem dos Médicos e dos Farmacêuticos	LP	3,000,000.00	MS
				ERIS			OMS	
Apoiar o controle de agroquímicos	População geral	Legislação modificada	Legislação	MS	Órgãos de profissionais	LP	3,000,000.00	MS
				ERIS				OMS
				MAA				

MATRIZ DA ESTRATÉGIA NACIONAL DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

EIXO 6. Vigilância em saúde (cont.)							
Ação	População-alvo	Meta	Produto/Instrumento	Executor	Parceiro	Prazo	Fonte financiamento
Implementar uma ficha de notificação de suicídio e tentativas em unidades sentinelas	Casos de tentativas de suicídio e sobreviventes	4 Unidades sentinelas	Ficha de notificação elaborada e implantada no sistema online	MS/SVIR	OMS	MP	Não se aplica
				GTCIS			
				INSP			
				Hospitais			
Criar uma base de dados para registro das notificações	Casos e sobreviventes; Serviços de saúde.	Sistema implantado	Notificações registradas no sistema	MS/SVIR	OMS	MP	Não se aplica
				GTCIS			
				INSP			
				Hospitais			

MATRIZ DA ESTRATÉGIA NACIONAL DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

EIXO 7. Promoção de estudos em prevenção do suicídio								
Ação	População-alvo	Meta	Produto/Instrumento	Executor	Parceiro	Prazo	Orçamento	Fonte financiamento

Realização de pesquisas a nível regional e nacional sobre o suicídio	População em geral	1 pesquisa realizada/ano	Artigos publicados	INSP Universidade de Cabo Verde	OMS	MP e LP	2,000,000.00	MS
				Universidade de Santiago				
				Universidade Jean Piaget				
				Universidade de Cabo Verde				
Apoiar a inclusão da Estratégia de PS de Cabo Verde em estudos comparativos	Universidades	1 Estudo realizado a cada 3 anos	Artigos publicados	Universidade de Santiago	Portugal	MP e LP	2,000,000.00	OMS
				Universidade Jean Piaget	Flo Cruz, Brasil			
				INSP				Rede de INSPs CPLP

EIXO 8. Apoio a organização da sociedade com base comunitária (cont.)								
Ação	População alvo	Meta	Produto/Instrumento	Executor	Parceiro	Prazo	Orçamento	Fonte financiamento

Apoiar grupos e/ou associações a criarem organizações na sociedade envolvidos na Estratégia	Grupos comunitários	2 grupos e/ou associações	Projeto apoiado	Associações	MS	MP	1,000,000.00	MS, OMS, OOAS
				ONGs				Câmaras Municipais
				Unidades locais de saúde				Empresas Privadas
				Organizações locais de saúde				Entidades Religiosas
				Universidades				Associações Comunitárias

MATRIZ DA ESTRATÉGIA NACIONAL DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

EIXO 9. Comunicação e prevenção do suicídio								
Ação	População-alvo	Meta	Produto/Instrumento	Executor	Parceiro	Prazo	Orçamento	Fonte financiamento

Inserir o debate sobre o suicídio com profissionais de saúde qualificados nos media	Toda a população	Debates/	MS	Secretariado de Estado para Comunicação Social	ARC	Associação de Jornalistas; Influenciadores digitais/Artistas	CP	Não se aplica
	Escolas secundárias/universidades	Depoimentos/ Chamadas	Jornalistas. Influenciadores digitais					

EIXO 9. Comunicação e prevenção do suicídio (cont.)								
Ação	População-alvo	Meta	Produto/Instrumento	Executor	Parceiro	Prazo	Orçamento	Fonte financiamento

Apoiar a divulgação de material de prevenção do suicídio de outros países de língua portuguesa	Profissionais de saúde, de comunicação, professores de escolas; gestores públicos e privados	Ampliar o material divulgado	Material divulgado	MS Universidades	MS do Brasil; MS de Portugal; OMS; ONGs; Universidades de Cabo Verde.	MP	1,097,350.00	MS
								OMS
Normas/diretrizes que regulam a forma de divulgação de casos de suicídio nos media	Profissionais de comunicação	Normas estabelecidas	Normas	MS/DNS	Secretariado de Estado para Comunicação Social ARC, AJOC OMS	MP	947,350.00	MS
								OMS

BIBLIOGRAFIA

- (01).** Platt S, Niederkrotenthaler. Suicide prevention programs: Evidence base and best practice. CRISIS 41 (Suppl1): S99-S124,2020. Acessível em: <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000671>
- (02).** Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. D'Oliveira, C. & Botega, N. (orgs.), MS do Brasil, UNICAMP e OPAS, 2006.
- (03).** Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, Ministério da Saúde de Portugal, 2013. Acessível em: <https://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/03/Plano-Nacional-Prevencao-Suicidio-2013-2017.pdf>
- (04).** Lei de Saúde Mental 2013. Lei. No. 37/VIII/2018. I Serie no.39 "B.O" da República de Cabo Verde de 7 de agosto de 2013.
- (05).** Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental (PENSM) de Cabo Verde 2021. -2025. Ministério da Saúde de Cabo Verde, 2021.
- (06).** Bardon,C.,Correa Matias Pereira,C., & Goulet-Cloutier,C. (2021). Conversation on National Suicide Prevention Strategies: Supplementary Document.CRISE Acessada em 14/11/2022: <https://crise.ca/en/projet/conversations-sur-les-strategies-nationales-de-prevention-du-suicide/>.
- (07).** Global Health Estimates 2019: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2010–2019. Geneva: WHO, 2020. Acessível: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates>
- (08).** Oliveira, C. F. & Loes, T. Ficha de Notificação de Suicídio e Tentativas Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, 2001.
- (09).** LIVE LIFE: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: World Health Organization; 2021.
- (10).** Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde, 2021.
- (11).** Banco Mundial, 2022. Acessada em 14/11/2022: <https://www.worldbank.org/pt/country/caboverde>
- (12)** Banco Mundial, 2023. Global Economic Prospects. Acessível em: <https://www.worldbank.org/en/publication/global-economic-prospects>

- (13).** Mental Health Atlas 2020. Geneva: World Health Organization; 2021.
- (14).** World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2022.
- (15).** Relatório Estatístico do MSSS, 2015 a 2018. MSSS, 2015-2018.
- (16).** MSSS, República de Cabo Verde, Relatório Estatístico 2020, fevereiro de 2022.
- (17).** Ministério da Saúde de Cabo Verde. Segundo Inquérito Nacional sobre os Fatores de Risco das Doenças Não Transmissíveis (IDNT II), 2021.
- (18).** WHO STEPS noncommunicable disease risk factor surveillance. Acessível em: <https://www.who.int/publications/m/item/standard-steps-instrument>
- (19).** Platt,S & Benson, R. Evidence of effectiveness relating to components of national suicide prevention strategies: bibliography. IASP. 2021.
- (20).** National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. Geneva: World Health Organization; 2018. Acessível em: <https://www.who.int/publications/i/item/national-suicide-prevention-strategies-progress-examples-and-indicators>
- (21).** Shneidman, E. S. (1973). *Deaths of Man*. Penguin Books.
- (22).** Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipas de saúde mental, D'Oliveira, C. F. Botega, N. (org.) MS-Brasil, UNICAMP & OPAS. 2006.
- (23).** Ministério da Saúde e Segurança Social de Cabo Verde, Hospital Regional Dr. João Morais, Departamento de Estatística, 2022.



ANEXOS

ANEXO 1. MODELO DE FICHA DE NOTIFICAÇÃO

LOGO
INSTITUIÇÃO

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SUICÍDIO E TENTATIVAS

1. Unidade de Saúde _____ 2. Serviço/Ambulatório: _____

IDENTIFICAÇÃO:

3. Nome: _____

4. Idade: _____ 5. Data de nascimento: __/__/__ 6. Sexo: ☐ masculino ☐ feminino ☐ outro

7. Raça/cor/etnia: ☐ branca ☐ negra ☐ amarela ☐ indígena ☐ outra

8. Estado civil: ☐ solteiro ☐ casado/união estável ☐ separado/divorciado ☐ viúvo(a)

9. Endereço atual: _____ 10. Bairro: _____ 11. Cidade: _____

12. Ocupação: _____ 13. Estado e cidade de nascimento: _____ / _____

14. Há quanto tempo reside na cidade? _____ 15. Telefone de contato: _____

HISTÓRIA DO EVENTO ATUAL:

16. Data do agravo: __/__/__ 17. Hora: _____

18. Método: ☐ arma de fogo ☐ enforcamento ☐ fogo/fumaça ☐ impacto de veículo (motor/trem)
☐ afogamento ☐ obj. cortante: _____ ☐ precipitação de lugar elevado: _____
☐ medicamento _____ ☐ pesticida (chumbinho, DDT, etc.): _____ ☐ gás banho/cozinha
☐ outro método: Qual? _____ ☐ ignorado

19. Natureza, localização e extensão da lesão: ☐ queimadura ☐ fratura ☐ laceração ☐ outra: _____

20. Quando foi a última consulta/atendimento do paciente com um profissional de saúde (qualquer que tenha sido o motivo da consulta), antes desse agravo? _____ dias/semanas/meses atrás ☐ Ign;

21. Natureza da consulta (médico/psicólogo, etc.) _____ ☐ Ign; 22. Motivo da consulta _____ ☐ Ign;

23. No momento do agravo, o paciente estava sob efeito de:

- 1) álcool: ☐ Sim ☐ Não ☐ Ign.;
2) droga ilícita: ☐ Sim: Qual? _____ ☐ Não ☐ Ign.;
3) medicamento: ☐ Sim: Qual? _____ ☐ Não ☐ Ign. (até 24h antes do evento);

24. Intencionalidade atribuída pelo paciente: ☐ sem intenção de suicídio ☐ intenção de suicídio ☐ ign.;

CIRCUNSTÂNCIAS ENVOLVIDAS COM O EVENTO ATUAL:

25. Queixa/problema(s) relatado(s): _____
conflito familiar, sexual; problemas trabalho, escola, financeiro; violência/abuso físico/sexual; doença; desemprego; separação amorosa (casamento, namoro); viuvez; mudança residência; solidão; outro;
26. Há quanto tempo? _____

FATORES DE RISCO:

27. 1) História de tentativa anterior: ☐ Sim ☐ Não ☐ Ign.;
2) História de suicídio na família: ☐ Sim ☐ Não ☐ Ign.;
3) Dependente de droga ilícita (VER INSTRUÇÃO) ☐ Sim: Qual? _____ ☐ Não ☐ Ign.;
4) Uso regular de medicamento psicoativo ☐ Sim: Qual? _____ ☐ Não ☐ Ign.;
5) Dependente de bebida alcoólica: ☐ Sim ☐ Não ☐ Ign.;

DESTINO DO PACIENTE:

28. ☐ Tratado e liberado ☐ internado ☐ removido: _____ ☐ óbito

Orientação: _____

OBSERVAÇÕES:

29. _____

Data do atendimento: __/__/__ Preenchido por: _____

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SUICÍDIO E TENTATIVAS: INSTRUÇÃO DE PREENCHIMENTO

Quando preencher a ficha: nos casos de lesões auto-inflicidas com intenção de suicídio ou, independentemente da intencionalidade declarada pelo paciente, quando as circunstâncias do agravo sugerirem tentativa de suicídio ou comportamento de risco: intoxicação medicamentosa com a intenção de analgesia, acidente de trânsito em motorista alcoolizado, etc.

Quem notifica: o profissional de saúde que atender um caso que se enquadre na definição acima - qualquer que seja a natureza ou etapa do tratamento: emergência, CTI, fisioterapia, etc.

1. Registrar o nome do hospital, centro ou posto de saúde, etc.
 2. Registrar o serviço responsável pelo preenchimento da ficha (emergência/ortopedia, etc.).
 - 3 a 13. Registrar os dados de identificação do paciente.
 - 14 e 15. Informar o tempo de moradia na cidade. Para os que residiram fora e retornaram, considerar o tempo de residência a partir do último retorno. Informar o telefone de contato.
 - 16 e 17. Registrar data e hora do agravo; se não for possível precisar, informar o período em que o agravo ocorreu: manhã, tarde, noite, madrugada, entre 14 e 20h, etc.
 18. Registrar o método ou agente da lesão.
 19. Informar tipo, localização e extensão da lesão: queimadura no tórax 1º e 2º graus, etc.
 - 20, 21 e 22. Informar a última vez que o paciente consultou um profissional de saúde antes da tentativa de suicídio - qualquer que tenha sido a natureza ou a razão do atendimento -, o tipo e motivo da consulta (ginecologista, fisioterapeuta, etc. /dor de cabeça, insônia, etc.): trabalhos científicos revelam que, antes de tentar o suicídio, as vítimas buscam atendimento em serviço de saúde por distintos motivos.
 23. Informar se o paciente estava sob efeito de álcool, droga ou medicamento no momento da tentativa. Considerar o consumo de medicamentos até 24 horas antes do evento.
 24. Registrar, rigorosamente, a resposta do paciente. Se não for possível obter essa informação, selecionar a opção *ignorado*. **OBS:** diante de um quadro sugestivo de tentativa de suicídio (intoxicação medicamentosa com a intenção de combater insônia, etc.), em que o paciente não reconheça a intenção de suicídio, registrar essas observações no campo 28.
 - 25 e 26. Registrar a duração e o(s) problema(s) associados com a tentativa de suicídio.
 27. Avaliar a existência dos fatores de risco de suicídio listados selecionando a opção, ignorado, quando não for possível obter a informação. **Itens 3 e 5:** exclui o consumidor eventual. Considerar a possibilidade de dependência se houver menção de consumo abusivo e regular de droga ou bebida alcoólica ou, independentemente de frequência e quantidade, se houver relato de dificuldade em interromper ou diminuir o padrão usual de consumo.
 28. Registrar o encaminhamento dado, informando a orientação oferecida ao paciente.
 29. Registrar as observações que julgar pertinentes para melhor compreender o caso.
- OBSERVAÇÃO IMPORTANTE:** Para resguardar o sigilo, enviar a ficha em envelope fechado para:

INSTITUIÇÃO
ENDEREÇO

Oliveira, C.F & Lóes, T., 2001

Anexo 2. Lista de Participantes dos Workshops, 2, 3 e 4 novembro



Elaboração de uma ESTRATÉGIA NACIONAL DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

Novembro de 2022

Nome dos Participantes	Função/Instituição
Ana Moniz	Coord. do Curso de Enfermagem/Uni-Piaget
Ana Paula Pina	HUAN, Trindade
Ângela Paiva Tavares	CS TC, Psicóloga
Angela Tavares	CMP
António Vaz	Serviço de Psiquiatria do HUAN
Aristides da Luz	Psiquiatria/DNS/HBS
Belmira Miranda	Psicóloga/MS/DNS/PNSA
Carlos D'Oliveira	Consultor – OMS
Cecília Semedo	Ordem dos Farmacêuticos
Celestina de Barros Martins	OECV
Damilton Rodrigues	Serviço de Psiquiatria do HUAN
Denise Almeida Lima	Psicóloga - PF. Saude Mental na DSSV
Denise O. Centeio	Comi. Insta. Ordem dos Psicólogos de Cabo Verde
Dirce Varela	Plataforma das ONG 's

Nome dos Participantes	Função/Instituição
Dircelena Melo	ME-DNE
Edith Pereira	Promoção da Saúde, OMS Cabo Verde
Edemilson Fernandes	Instituto do Desporto e da Juventude
Edna Silva	Psicóloga, PF. Saude Hospital Reg. de Santo Antão
Elisabete Évora	CS Tira Chapéu
Elisangela Barros	UNI-Piaget
Elisângela Mendes	DS Santa Catarina
Emília Monteiro	DNS
Elizabeth da veiga Moreira	HUAN, Enf BUA
Ercília de Carvalho	Psicóloga, HRSN
Eurídice de Andrade	APIMUD ONG
Evandro Monteiro	Secretário de Estado/GMS
Francisca Freyre Monteiro	Professora, Uni-CV
Gilson Cabral	Associação “Nós Saúde”
Hector Gutierrez Medina	Psiquiatra, DSS/HRRF
Índira Inocencio Silva	CS Achada Grande Trás
Jaclin Freire	Assessora do MS/GMS
Jorge Barreto	Diretor Nacional da Saúde/DNS
José Teixeira	INSP
Kassi Silva	HRSFA
Kátia Furtado	Cruz Vermelha de Cabo Verde

Nome dos Participantes	Função/Instituição
Lenisa Elisete Ramos	MS
Leonilde Borges de Almeida	Uni Piaget
Letícia Tavares	CSCV
Lourenço Tavares	Delegacia S. Praia
Madalena Monteiro	CS ASA
Margarida Cardoso	APONTE
Maria de Fátima Djassi	Cruz Vermelha de Cabo Verde
Maria José Pereira	Coordenadora do PN de Saúde Infantil
Maria Natalina Silva	PNSI/DNS
Orlando Andrade	OMCV
Paula Casimiro	INSP
Paula Fortes	Assistente Social/DGIS e AASCV
Paulo Jorge L. S. Tavares	PN / SES
Romine Oliveira	HBS
Rosana Carvalho	APIMUD
Sandra Dercy Fernandes	CS Fazenda
Suely Carvalho	NAT - Saúde Mental
Suely Sanches	APIMUD ONG
Ulardina Furtado	DSP, Médica Delegada de Saúde
Vanusa Pereira	CCAD
Zania Silva	CTGSF

**MINISTÉRIO
DA SAÚDE**

Direção Nacional da Saúde



**Organização
Mundial da Saúde**
Cabo Verde