

PREVENÇÃO

do suicídio



MÓDULO 1

UNIDADE 4

A rede e a prevenção do suicídio



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde



Escola de Saúde Pública do Paraná
Centro Formador de Recursos Humanos



Apresentação

Olá Aluno!

Seja bem vindo a Unidade 4 do curso de Prevenção do Suicídio. Nesta Unidade, você verá como devem ser realizadas ações e os aspectos da prevenção do suicídio em seis áreas: na Educação, na Assistência Social, na Atenção Primária, na Atenção Secundária, Urgência e Emergência e na população Indígena.

Neste momento, nos aprofundamos nessas áreas específicas buscando melhorar seu desempenho no dia a dia contribuindo para o seu crescimento profissional.

Bons estudos!



Sumário

AULA 3 Prevenção na Atenção Primária.....	4
Comportamento suicida na Atenção Primária.....	5
Detecção do problema.....	6
Manejo do comportamento suicida.....	7
Possibilidades de prevenção: universal, seletiva e indicada.....	9
Bibliografia.....	12

AULA 3

Prevenção na Atenção Primária



1 - Comportamento suicida na Atenção Primária

Como já foi abordado ao longo do curso, o suicídio é um importante problema de saúde pública. Assim, os profissionais da saúde devem ser qualificados para identificar, manejar, acompanhar e cuidar de usuários com comportamento suicida. O trabalho com os profissionais da atenção primária é essencial, tendo em vista que ela é a porta de entrada para o nosso sistema de saúde.

Algumas das razões pelas quais o trabalho de prevenção do suicídio na atenção primária é essencial: são os profissionais da atenção primária que possuem um contato mais longo e próximo com a comunidade, facilitando o acesso a ela; é a equipe que constrói o elo entre a comunidade e o sistema de saúde; o seu conhecimento da comunidade permite organizar diferentes fontes de apoio, tais como família, amigos e organizações; o profissional poderá oferecer um cuidado continuado (OMS, 2000c).

Como já foi discutido anteriormente, a presença de transtorno mental é um dos principais fatores de risco para o suicídio. Entretanto, uma grande parte das pessoas com transtorno mental não procura um profissional de saúde mental, podendo procurar a atenção primária, muitas vezes alguma queixa secundária. A depressão é um dos transtornos mais fortemente associados com o suicídio.

Algumas doenças físicas também estão mais relacionadas com o suicídio, principalmente: epilepsia, trauma medular ou craniano e acidente vascular cerebral, câncer, HIV e AIDS e condições crônica como: diabetes; esclerose múltipla;



Quadro 1

No quadro 1, disponível no Ambiente Virtual de Aprendizagem, você verá alguns transtornos mentais e seus sintomas.



condições renais, hepáticas ou gastrointestinais; doenças nos ossos ou articulações; doenças cerebrovasculares ou neurovasculares; doenças性uais (OMS, 2000c).

2 - Detecção do problema

Na Unidade 1 aprendemos quais são os sinais de que uma pessoa apresenta risco de suicídio e quais são os fatores de risco.

Quando a equipe de saúde desconfia que o usuário apresenta algum comportamento suicida deve investigar: estado mental atual e pensamentos sobre morte e suicídio; plano suicida atual; se há um sistema de apoio social da pessoa (família, amigos, etc.). Para saber tais informações o profissional deve perguntar.

Como questionar se o indivíduo apresenta ideação suicida é bem delicado, ajuda perguntar gradativamente: “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?”. Essas perguntas devem ser feitas: quando a pessoa tem o sentimento de estar sendo compreendida; quando a pessoa está confortável falando sobre seus sentimentos; quando a pessoa está falando sobre sentimentos negativos de solidão, desamparo, etc.

Outras informações que devem ser investigadas: descobrir se a pessoa tem um plano definido para cometer suicídio – “Você fez algum plano para acabar com sua vida?”, “Você tem uma ideia de como você vai fazê-lo?”; descobrir se a pessoa tem os meios para se matar - “Os meios são facilmente disponíveis para você?”; descobrir se a pessoa fixou uma data: “Você decidiu quando você planeja acabar



Fluxograma

Você pode também visualizar os sinais que podem indicar risco de suicídio no fluxograma disponível no Ambiente Virtual de Aprendizagem.



com sua vida?", "Quando você está planejando fazê-lo?" (OMS, 2000c).

Considera-se que o médico da família, por sua estreita relação com a comunidade, está em boas condições de detectar comportamentos suicidas entre os usuários (Barrero, 1999). Entretanto, alguns transtornos mentais podem ser de difícil diagnóstico tendo em vista a imprecisão dos sintomas relatada pelo usuário. A depressão, por exemplo, pode aparecer por meio de queixas somáticas (OMS, 2000b). Assim, é necessário realizar uma investigação aprofundada.

3- Manejo do comportamento suicida

Geralmente quando alguém diz que está cansado da vida ou que não há mais razão para viver, é rejeitado não recebendo o acolhimento necessário. Muitas pessoas não sabem o que fazer ao ouvir esse tipo de frase e acabam ignorando ou desqualificando o que a pessoa sente e diz. Isso pode agravar a situação (OMS, 2000c).

A boa qualidade do contato inicial com o usuário suicida é essencial. Primeiramente é necessário encontrar um espaço reservado que permita manter a privacidade. Em seguida é necessário reservar um tempo para a conversa, tendo em vista que falar sobre seu sofrimento e sobre a vontade de morrer é doloroso e difícil, devendo ser respeitado o tempo da pessoa para falar.

Ouvir a pessoa atentamente e acolhe-la ajudará a reduzir o desespero experienciado por ela (OMS, 2000c). Sabemos que muitas vezes há excesso de trabalho e muitos afazeres, sendo difícil ter um tempo maior com cada usuário. Mas no caso do usuário que está em sofrimento esse tempo é muito importante, podendo ser o único local no qual ele será ouvido. Além disso, é comum que essas pessoas tenham dificuldade em pedir ajuda. Assim, quando o fazem é essencial que sejam acolhidas, caso contrário, a tendência é que desistam da ajuda.

Como se comunicar: ouvir atentamente, ficar calmo; entender os



sentimentos da pessoa, ter empatia; dar mensagens não-verbais de aceitação e respeito; expressar respeito pelos valores e opiniões da pessoa; conversar honestamente e com autenticidade; mostrar sua preocupação, cuidado e afeição; focalizar nos sentimentos da pessoa. Uma abordagem de não-julgamento é essencial.

Como não se comunicar: interromper muito freqüentemente; ficar chocado ou muito emocionado; dizer que você está ocupado; tratar o paciente de maneira que o coloca numa posição de inferioridade; fazer comentários invasivos e pouco claros; fazer perguntas indiscretas. Na Unidade 3 aprendemos como é possível avaliar o risco de suicídio, diferenciando em baixo, médio e alto. Cada nível de risco irá exigir condutas diferentes por parte dos profissionais:

Baixo Risco: apresenta pensamentos suicidas - “Eu não consigo continuar”, “Eu gostaria de estar morto”, mas não fez nenhum plano. Ação Necessária: oferecer apoio emocional; trabalhar sobre os sentimentos suicidas - quanto mais abertamente a pessoa fala sobre perda, isolamento e desvalorização, menos turbulentas suas emoções se tornam; focalizar na força positiva da pessoa, fazendo-a falar como problemas anteriores foram resolvidos sem recorrer ao suicídio; encaminhar a pessoa para um profissional de saúde mental ou a um médico; encontrá-la em intervalos regulares e manter contato externo.

Médio Risco: apresenta pensamentos e planos, mas não tem planos de cometer suicídio imediatamente. Ação Necessária: oferecer apoio emocional; trabalhar com os sentimentos suicidas da pessoa e focalize em forças positivas; focalizar os sentimentos de ambivalência - focalizar na ambivalência sentida pela pessoa suicida, entre viver e morrer, até que gradualmente o desejo de viver se fortaleça; explorar alternativas ao suicídio – tentar explorar as várias alternativas ao suicídio, até aquelas que podem não ser soluções ideais, na esperança de que a pessoa vá considerar ao menos uma delas; fazer um contrato - extrair uma promessa do indivíduo suicida de que ele ou ela não vai cometer suicídio sem que se comunique com a equipe de saúde ou por um período



específico; encaminhar a pessoa a um psiquiatra, ou médico, e marcar uma consulta o mais breve possível; entrar em contato com a família, amigos e colegas, e reforce seu apoio.

Alto Risco: apresenta um plano definido, tem os meios para fazê-lo, e planeja fazê-lo imediatamente. Ação Necessária: estar junto da pessoa - nunca deixá-la sozinha; gentilmente falar com a pessoa e remover as pílulas, faca, arma, inseticida, etc. (distância dos meios de cometer suicídio); entrar em contato com um profissional da saúde mental ou médico imediatamente e providenciar uma ambulância e hospitalização se necessário; informar a família e reafirmar seu apoio (OMS, 2000c).

Tente conseguir permissão do usuário para recrutar quem possa ajudá-lo, e depois entre em contato com essas pessoas, mesmo que a permissão não seja dada, tente localizar alguém que seria particularmente compreensivo com ele. Fale com ele 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.



Quadro 2

No quadro 2, no Ambiente Virtual de Aprendizagem, veja o que fazer e o que não fazer ao atentar o indivíduo em sofrimento.

4- Possibilidades de prevenção: universal, seletiva e indicada

O treinamento dos profissionais da Atenção Primária é considerado um importante componente da Prevenção do Suicídio (Bertolote, 2004), o que evidencia a importância de que esses profissionais sejam capacitados. Considerando que muitas pessoas buscaram algum atendimento na Atenção Primária antes de



morrer (Luoma & Pearson, 2002; Mann et al., 2005) e que uma grande parte das pessoas que se suicidam morrem sem nunca terem passado por um profissional de saúde mental (OMS, 2000b). Sendo assim, a qualificação destes profissionais para que sejam capazes de detectar, referenciar e manejar os transtornos mentais, além de detectar o risco de suicídio, é imprescindível.

A Prevenção do Suicídio na Atenção Primária pode ser realizada de acordo com os níveis de risco abordados na Unidade 2 (WHO, 2014). A Prevenção Universal inclui conscientizar a população, de modo geral, sobre o tema, a fim de diminuir o estigma envolvido. Pode-se incluir ações no Setembro Amarelo, mês de prevenção do suicídio que podem ser realizadas pela ESF e pelo NASF. É importante lembrar que essas ações de prevenção e conscientização podem ser maximizadas nesse mês, mas devem ocorrer no ano todo, como ações contínuas, para que sejam de fato eficazes.

Com relação à restrição do acesso aos métodos de suicídio se faz necessário identificar quais são os principais meios utilizados para cometer suicídio no município, pensando então em medidas a serem adotadas, como já discutimos na Unidade 2. No caso dos pesticidas, por exemplo, que afetam principalmente as áreas rurais do Estado, é possível pensar na ratificação, implementação e cumprimento das convenções internacionais sobre produtos químicos, fazer cumprir os regulamentos sobre a venda de pesticidas, garantir a estocagem segura desses materiais, reduzir a toxicidade dos pesticidas, melhorar o cuidado médico oferecido em virtude da intoxicação e informar a população sobre manuseio, estocagem, descarte e sobre os riscos dos pesticidas (OMS, 2012).

A Prevenção Seletiva é realizada com grupos vulneráveis para o suicídio, que tenham sido identificados. A UBS e o NASF podem realizar grupos e atividades com adolescentes, idosos, migrantes ou qualquer grupo que faça parte de território de abrangência da equipe e que apresente maior vulnerabilidade para o suicídio. Nesse caso é importante fazer um levantamento das fontes de apoio disponibilizadas



para a família, tais como: família; amigos; colegas; clérigo e centros de crise e profissionais de saúde.

Na Prevenção Indicada os profissionais da atenção primária irão acompanhar os casos de comportamento suicida no seu território. Para que seja possível mapear e acompanhar todos os casos é necessário manter um contato próximo com a vigilância epidemiológica do município. É necessário acompanhar os casos de mortalidade (suicídios) e morbidade (violência autoprovocada e intoxicação exógena). A partir desses dados pode ser feita busca ativa dos casos que necessitarem. Os casos mais graves e complexos deverão ser encaminhados para a atenção secundária, mas sem perder a vinculação do usuário com a atenção primária.



Texto de apoio

Clique aqui para ler o texto "Prevenção do Suicídio: Um manual para profissionais da saúde em atenção primária", desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS)



Bibliografia

Afifi, T.O., Taililieu, T., Zamorski, M.A., Turner, S., Cheung, K., Sareen, J. (2016). Association of child abuse exposure with suicidal ideation, suicide plans, and suicide attempts in military personnel and general population in Canada. *JAMA Psychiatry*, 72.

Ajdacic-Gross, V., Weiss, M.G., Ring, M., Hepp, U., Bopp, M., Gutzwiller, F., Rössler, W. (2008). Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(9).

Almeida, C.F.A.; Scavacini, K.; & Silva, D.R. (2016). I Encontro Nacional de Sobreviventes do Suicídio no I Congresso Brasileiro de Prevenção do Suicídio: Prevenção do Suicídio: uma tarefa para muitas mãos. Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio – ABEPS (org). Belo Horizonte, BH.

Anderson, P.L., Tiro, J.A., Price, A.W., Bender, M.A., Kaslow, N.J. (2002). Additive impact of childhood emotional, physical, and sexual abuse on suicide attempts among low-income African American women. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2).

Andriessen, K. (2009). Can Postvention Be Prevention?. *Crisis - The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*; Vol. 30(1):43–47.

Andriessen, K.; Krysinska, K.; & Grad, O.T (2017). Current Understandings of Suicide Bereavement In: Andriessen, K.; Krysinska, K.; & Grad, O.T. (orgs.). *Postvention in action - The International handbook of Suicide Bereavement Support*. Toronto, Canada: Hogrefe Publishing. pp.3-16.

Associação Brasileira de Psiquiatria. (2014). *Suicídio: Informando para prevenir*.

Bakken, N.W., Gunter, W.D. (2012). Self-cutting and suicide ideation among adolescents: gender differences in the causes and correlates of self-injury. *Deviant Behavior*, 33, 339-356.

Barbosa, A. (2010). Processo de luto. In A. Barbosa, & I. Galriça Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (pp. 487-532). Lisboa: Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa.

Barraclough, B., Bunch, J., Nelson, B., Sainsbury, P. (1974). One hundred cases of suicide: Clinical aspects. *Br J Psychiatry*, 125, 355-373.

Barrera, S.A.P. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 15(2), 196-217.

Beautrais, A.L. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Aust N Z J Psychiatry*, 34.

Bebbington, P.E., Cooper, C., Minot, S., Brugha, T.S., Jenkins, R., Meltzer, H., Dennis, M. (2009). Suicide attempts, gender, and sexual abuse: Data from the 2000 British Psychiatric Morbidity Survey. *Am J Psychiatry*, 166, 1135-1142.

Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacs, M., Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry*, 142, 559-563.

Bertolote, J.M. (2004). Suicide prevention: At what level does it work? *World Psychiatry*, 3(3), 147-151.

Bertolote, J.M. (2012). *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo: Editora Unesp.

Bertolote, J.M., Fleischmann, AL. (2002) Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. *World Psychiatry*, 1(3), 181-185.

Bertolote, J.M., Fleischmann, A., De Leo, D., Wasserman, D. (2003). Suicide and mental disorders: Do we know enough? *Br J Psychiatry*, 183, 382-383.

Biglan, A. (2015). *The Nurture Effect: How the science of human behavior can improve our lives and oue world*. New



Escola de Saúde Pública do Paraná

Centro Formador de Recursos Humanos

Harbinger Publications: Oakland.

Blakely, T.A., Collings, S.C.D., Atkinson, J. (2003). Unemployment and suicide. Evidence for a causal association? *J Epidemiol Community Health*, 57.

Botega, N.J. (2016). Mitos e verdades sobre o suicídio. Blog. Disponível em: <http://vitaalere.com.br/nery-jose-botega-mitos-e-verdades-sobre-o-suicidio/>

Botega, N.J., Werlang, B.S.G., Cais, C.F.S., Macedo, M.M.K. (2006). Prevenção do comportamento suicida. *Psico*, 37(3), 213-220.

Bowlby, J. (1997). Formação e rompimento dos laços afetivos. São Paulo: Martins Fontes.

Brasil. (2005). Política Nacional de Assistência Social – PNAS. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Brasil (2006). Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de Saúde Mental. Ministério da Saúde.

Brasil. (2008). Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. Ministério da Saúde.

Brasil. (2012). Os indígenas no censo demográfico 2010: Primeiras considerações com base no quesito raça-cor. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Rio de Janeiro-RJ

Brasil. (2017a). Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, 48(30).

Brasil. (2017b). Material Orientador para Prevenção do Suicídio em Povos Indígenas.

Braz, M.S. & Franco, M.H.P. (2017). Profissionais Paliativistas e suas Contribuições na Prevenção de Luto Complicado. *Psicologia: Ciência e Profissão* Jan/Mar. 2017 v. 37 nº1, 90-105. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001702016>. Acesso em: 09/08/2017.

Brown, G.K., Henriques, G.R., Sosdjan, D., Beck, A. (2004). Suicide intent and accurate expectations of lethality: Predictors of medical lethality of suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1170-1174.

Bteshe, M. (2013). Experiência, Narrativa e Práticas Info-comunicacionais: sobre o cuidado no comportamento suicida. Tese de doutorado, Fio Cruz, RJ.

Calear, A.L., Christensen, H., Freeman, A., Fenton, K., Grant, J.B., Spijker, B., Donker, T. (2016). A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 25, 467-482.

Cantor, P. (1976). Frequency of suicidal thought and self-destructive behavior among females. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 6(2), 92-100.

Cantor, C.H., Baume, P.J.M. (1998). Access to methods of suicide: What impact? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(1), 8-14.

Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104(2).

Cavanagh, J.T.O., Carson, A.J., Sharpe, M., Lawrie, S.M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405.

Ceppi, B., Benvenuti, M. (2011). Análise funcional do comportamento autolesivo. *Rev Psiq Clín*, 38(6), 247-253.

Cerel, J., McIntosh, J. L., Neimeyer, R.A., Maple, M., Marshall, D. (2014). The continuum of survivorship: Definitional issues in the aftermath of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44, 591-600.

Cha, C.B., Nowak, M.K. (2009). Emotional intelligence is a protective factor for suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 422-430.



Escola de Saúde Pública do Paraná

Centro Formador de Recursos Humanos

Cheng, A.T.A. (1995). Mental illness and suicide: A case-control study in East Taiwan. *Archives of General Psychiatry*, 52, 594-603.

Coloma, C. (2001). O processo de alcoolização no contexto das nações indígenas. IN: Anais do Seminário sobre Alcoolismo e Vulnerabilidade às DST/AIDS entre os povos indígenas da macrorregião Sul, Sudeste e Mato Grosso do Sul. Ministério da Saúde, n. 4.

Cook, F.; Jordan, J.R. & Moyer, K. (2015). Responding to Grief, Trauma, and Distress After a Suicide: Survivors of Suicide Loss Task Force. U.S. National Guidelines.

Davel, A.P.C.; Silva, D.R. (2014). O Processo de Luto no Contexto do API-ES: Aproximando as Narrativas. *Pensando Famílias*, 18(1), jun. 2014, (107-123)

De Leo, D. (2004). Suicide prevention is far more than a psychiatric business. *World Psychiatry*.

Dyregrov, K. (2002). Assistance from local authorities versus survivors' needs for support after suicide. *Death Studies*, 26, 647-668.

Erthal, R.M.C. (2001). O suicídio Tikuna no Alto Solimões: Uma expressão de conflitos. *Cad. Saúde Pública*, 17(2), 299-311.

Ferro, A. (2013). Ligações que continuam em Klass. In: Barbosa, A. (org.). *Olhares sobre o luto* (pp.273-284). Lisboa: Núcleo acadêmico de estudos e intervenção sobre o luto, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa.

Ferro, A. (2014). Luto e suicídio. In: Barbosa, A. (org.). *Contextos do luto* (pp.245-260). Lisboa: Núcleo acadêmico de estudos e intervenção sobre o luto, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa.

Figel, F.C., Menegatti, C.L., Pinheiro, E.P.N. (2013). Suicide attempts: A contingency analysis. *Estudos de Psicologia*, 30(2).

Franco, M. H. P. (2002). Estudos avançados sobre o luto. Campinas, SP: Livro Pleno.

Franco, M. H. P. (2010). Por que estudar o luto na atualidade? In M. H. P. Franco (Org.), *Formação e rompimento de vínculos* (pp. 17-42). São Paulo, SP: Summus.

Franco, M.H.P.; TINOCO, V.U.; MAZORRA, L. Reflexões sobre os cuidados éticos na pesquisa com enlutados. *REVISTA M.* v. 2, n. 3, p. 138-151, jan./jun. 2017. Disponível em: http://www.revistam-unirio.com.br/arquivos/2017/10/v02_n03_a07-1.pdf

Franklin, J.C., Nock, M.K. (2017) Nonsuicidal self-injury and its relation to suicidal behavior. IN: Kleespies, P.M. *The Oxford Handbook of Behavioral Emergencies and Crises*. New York: Oxford University Press.

Fukumitsu, K.O., Abilio, C., Lima, S., Pellegrino, J.P., Cássia, C., Felipe, C., Gennari, D.M., Pereira, T.L. (2015). Posvenção: uma nova perspectiva para o suicídio. *Revista Brasileira de Psicologia*, 02(02), Salvador, Bahia.

Fukumitsu, K.O.; Kovács, M.J.. (2015). O luto por suicídios: uma tarefa da posvenção. *Revista Brasileira de Psicologia*, 02(02), Salvador, Bahia.

Gama, C.A.P., Campos, R.T.O., Ferrer, A.L. (2014). Saúde Mental e Vulnerabilidade Social: A direção do tratamento. *Rev Latinoam Psicopat Fund*, 17(1), 69-84.

Gleich, P. (2017). Suicídio é sempre um abalo narcísico para os que ficam (tema de capa). *REVISTA IHU ON-LINE - Instituto Humanitas Unisinos*, Porto Alegre, n. 515, Ano XVII | 13/11/2017. pp. 28-31.

Goldney, R.D. (1998). Suicide prevention is possible: A review of recent studies. *Archives of Suicide Research*, 4(4), 329-339.

Gunnell, D., Bennewith, O., Hawton, K., Simkin, S., Kapur, N. (2005). The epidemiology and prevention of suicide by hanging: A systematic review. *International Journal of Epidemiology*, 34.

Hawton, K. (2000). General Hospital Management of Suicide Attempters. IN: Hawton, K., Van Heeringen, K. *The International*



Escola de Saúde Pública do Paraná

Centro Formador de Recursos Humanos

Handbook of Suicide and Attempted Suicide. John Wiley & Sons: Chichester.

Herpertz, S.(1995). Self-injurious behaviour. Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatr Scand*, 91, 57-68.

Ho, R.C.M., Ho, E.C.L., Tai, B.C., Ng, W.Y., Chia, B.H. (2014). Elderly suicide with and without a history of suicidal behavior: Implications for suicide prevention and management. *Archives of Suicide Research*, 18, 363-375.

Hunter, E., Harvey, D. (2002). Indigenous suicide in Australia, New Zealand, Canada and the United States. *Emergency Medicine Australasia*, 14(1), 14-23.

Israel, B.A. (1985). Social networks and social support: Implications for natural helper and community level interventions. *Health Education Quarterly*, 12(1), 65-80.

Jarvi, S., Jackson, B., Swenson, L., Crawford, H. (2013). The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: A review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 17(1), 1-19.

Jenkins, R., Singh, B. (2000). General population strategies of suicide prevention. IN: Hawton, K., Van Heeringen, K. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. John Wiley & Sons: Chichester.

Joiner Jr, T.E., Sachs-Ericsson, N.J., Wingate, L.R., Brown, J.S., Anestis, M.D., Selby, E.A. (2007). Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: A persistent and theoretically important relationship. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 539-547.

Jordan & McIntosh (2011). Grief after suicide: understanding the consequences and caring for the survivors (pp.249-282). New York: Routledge Taylor & Francis Group.

Joshi, S.V., Hartley, S.N., Kessler, M., Barstead, M. (2015). School-based suicide prevention: Content, process, and the role of trusted adults and peers. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*, 24, 353-370.

Kerkhof, J.F.M. (2000). Attempted Suicide: Patterns and Trends. IN: Hawton, K., Van Heeringen, K. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. John Wiley & Sons: Chichester.

Kessler, R.C., Borges, G., Walters, E.E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 617-626.

Kidger, J., Heron, J., Lewis, G., Evans, J., Gunnell, D. (2012). Adolescent self-harm and suicidal thoughts in the ALSPAC cohort: A self-report survey in England. *BMC Psychiatry*, 12(69).

Kposowa, A.J. (2000). Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *J Epidemiol Community Health*, 54, 254-261.

Kreuz, G.; Antoniassi, R.P.N. (2018). Posvenção - Grupo de Apoio para Sobreviventes do Suicídio. Aguardando publicação.

Kumar, D.N.S., Anish, P.K., George, B. (2015). Risk factors for suicide in elderly in comparison to younger age groups. *Indian J Psychiatry*, 57(3), 249-254.

Leenaars, A.A., Brown, C., Taparti, L., Anowak, J., Hill-Keddie, T. (1999). Genocide and suicide among indigenous people: The north meets the south. *The Canadian Journal of Native Studies*, XIX(2), 337-363.

Lehti, V., Niemelä, S., Hoven, C., Mandell, D., Sourander, A. (2009). Mental health, substance use and suicidal behaviour among young indigenous people in the Arctic: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 69(8), 1194-1203.

Lovisi, G.M., Santos, S.A., Legay, L., Abelha, L., Valencia, E. (2009). Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(II), S86-93.

Luoma, J.B., Pearson, J. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence.



Escola de Saúde Pública do Paraná

Centro Formador de Recursos Humanos

Am J Psychiatry, 159(6).

Mann, J.J. (2002). A current perspective of suicide and attempted suicide. Ann Intern Med, 136, 302-311.

Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J.M., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnquist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P., Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. JAMA, 294(16).

Michel, K. (2000). Suicide prevention and primary care. IN: Hawton, K., Van Heeringen, K. The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. John Wiley & Sons: Chichester.

Milner, A., Page, A., LaMontagne, A.D. (2013). Long-term unemployment and suicide: A systematic review and meta-analysis, Plos One, 8(1).

Minayo, M.C.S., Cavalcante, F.G. (2015). Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: Revisão de literatura (2002/2013). Ciênc Saúde Coletiva, 20(6).

Morgado, A.F. (1991). Epidemia de Suicídio entre os Guarani-Kaiwá: Indagando suas causas e avançando a hipótese do recuo impossível. Cadernos de Saúde Pública, 7(4), 585-598.

Muehlenkamp, J.J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. American Journal of Orthopsychiatry, 75(2), 324-333.

National Action Alliance for Suicide Prevention. (2015). Responding to grief, trauma, and distress after a suicide: U.S. National Guidelines: Survivors of suicide loss task force.

NEPS – Ciave (2017). Suicídio: enigma e estigma social. Cartilha elaborada por profissionais do Núcleo de Estudo de Prevenção do Suicídio (NEPS) do Centro Antiveneno da Bahia (Ciave).

Neuringer, C. (1961). Dichotomous evaluations in suicidal individuals. Journal of Consulting Psychology, 25(5), 445-449.

Noffsinger, S.G., Resnick, P.J. (1999). Violence and Mental Illness. Current Opinion in Psychiatry, 12(6), 683-687.

O'Carroll, P.W., Berman, A.L., Maris, R.W., Moscicki, E.K., Tanney, B.L., Silverman, M.M. (1996). Beyond the tower of Babel: A nomenclature for suicidology. Suicide and Life-Threatening Behavior, 26(3).

Organização Mundial de Saúde. (2000a). Prevenção do suicídio: Manual para professores e educadores. Genebra.

Organização Mundial de Saúde. (2000b). Prevenção do suicídio: Um Manual para médicos clínicos gerais. Genebra.

Organização Mundial de Saúde. (2000c). Prevenção do suicídio: Manual para professores e educadores. Genebra.

Organização Mundial de Saúde. (2000c). Prevenção do suicídio: Manual para profissionais da atenção primária. Genebra.

Organização Mundial de Saúde. (2012). Saúde Pública Ação para a Prevenção do Suicídio: uma estrutura.

Organización Panamericana de la Salud (2017). Experiencias de las comunidades indígenas sobre el bienestar y la prevención del suicidio. Informe de Reunión.

Parkes, C. M.(1998). Luto: Estudos sobre perda na vida adulta. São Paulo: Summus.

Pattison, E.M., Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. Am J Psychiatry, 140(7), 867-872.

Pfeffer, C.R. (2000). Suicidal Behavior in Children: An Emphasis on Developmental Influences. IN: Hawton, K., Van Heeringen, K. The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. John Wiley & Sons: Chichester.

Pires, R.M. (2014). Luto por morte violenta. In: Barbosa, A. (org.). Contextos do luto (pp.231-243). Lisboa: Núcleo acadêmico de estudos e intervenção sobre o luto, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa.



Escola de Saúde Pública do Paraná

Centro Formador de Recursos Humanos

- Pirkis, J., Robinson, J. (2014). Improving our understanding of youth suicide clusters. *The Lancet*, 1.
- Pitman (2016). Estudos da London Global University. Lisboa: Diário de Portugal.
- Polusny, M.A., Follette, V.M. (1995). Long-term correlation of child abuse: Theory and review of the empirical literature. *Applied & Preventive Psychology*, 4, 143-166.
- Robins, E., Murphy, G.E., Wilkinson, B.H.J., Gassner, S., Kayes, J. (1959). Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *Am J Public Health*, 49, 888-899.
- Roy, Françoise. (2013). L'importance de bien identifier les types de réactions à la suite d'un suicide. 1 Webinaire du CRISE. 3 avril 2013. Acesso em 03/02/2018: https://pt.slideshare.net/CRISE_UQAM/crise-webinaire-2013-fr?next_slideshow=1
- Runeson, B., Asberg, M. (2003). Family history of suicide among suicide victims. *Am J Psychiatry*, 160, 1525-1526.
- Rutz, W. (2001). Preventing suicide and premature death by education and treatment. *Journal of Affective Disorders*, 62, 123-129.
- Sakinofsky, I. (2000). Repetition of Suicide Behaviour. IN: Hawton, K., Van Heeringen, K. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. John Wiley & Sons: Chichester.
- Saraiva, C.B. (2010). Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica*, 31, (3), pp.185-205.
- Scavacini, K.(2011) Suicide survivors support services and postvention activities: the availability of services and na intervention plan in Brazil. Karolinska Institutet: Master Program in Public Health.
- Scavacini, K. (2017). Construção de um Modelo de Trabalho de Prevenção Posvenção aos Sobreviventes do Suicídio no Brasil (mesa redonda). II Simpósio Paranaense de Prevenção e Posvenção do Suicídio. Maringá, PR.
- Scavacini, K. (2017). Na sociedade em que a morte é tabu, suicídio é o maior. REVISTA IHU ON-LINE - Instituto Humanitas Unisinos, Porto Alegre, n. 515, Ano XVII | 13/11/2017. pp. 49-51.
- Shenassa, E.D., Rogers, M.L., Spalding, K.L., Roberts, M.B. (2004). Safer storage of firearms at home and risk of suicide: A study of protective factors in a nationally representative sample. *J Epidemiol Community Health*, 58, 841-848.
- Shneidman, E. (1973). Deaths of Man. New York: Quadrangle.
- Shneidman, E.S. (1996). The Suicidal Mind. Oxford University Press: Oxford
- Silva, V.F., Oliveira, H.B., Botega, N.J., Marín-León, L., Barros, M.B.A., Dalgalarrondo, P. (2006). Fatores associados à ideação suicida na comunidade: Um estudo de caso-controle. *Cad. Saúde Pública*, 22(9), 1835-1843.
- Souza, M.L.P., Ferreira, L.O. (2014). Jurupari se suicidou?: notas para investigação do suicídio no contexto indígena. *Saúde Soc*, 23(3), 1064-1076.
- Stanley, B., Gamerooff, M.J., Michalsen, V., Mann, J.J. (2001). Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *Am J Psychiatry*, 158, 427-432.
- Stenager, E.N., Stenager, E. (2000). Physical Illness and Suicidal Behavior. IN: *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. John Wiley & Sons: Chichester.
- Suominen, K., Isometsä, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., Lönnqvist, J. (2004). Completed suicide after a suicide attempt: A 37 year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 161(3). 563-564.
- Tong, Y., Phillips, M.R., Duberstein, P., Zhan, W. (2015). Suicidal behavior in relatives or associates moderates the strength of common risk factors for suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 45(4): 505-517. doi:10.1111/sltb.12144.
- Vijayakumar, L., & Rajkumar, S. (1999). Are risk factors for suicide universal? A case-control study in India. *Acta Psychiatrica*



Escola de Saúde Pública do Paraná

Centro Formador de Recursos Humanos

Scandinavica, 99, 407-411.

Walsh, F. & McGoldrick, M. (1998). Morte na família: sobrevivendo às perdas. Porto Alegre: Artmed.

Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Greenwald, S., Hwu, H.G., Joyce, P.R., Karam, E.G., Lee, C.K., Lellouch, J., Lepine, J.P., Newman, S.C., Rubio-Stipe, M., Wells, J.E., Wickramaratne, P.J., Wittchen, H.V., Yeh, E.K. (1999). Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychological Medicine*, 29, 9-17.

Wester, K.L., Morris, C.W., Williams, B. (2018). Nonsuicidal self-injury in the schools: A tiered prevention approach for reducing social contagion. *Professional School Counseling*.

Wexler, L., Gone, J.P. (2012). Culturally responsive suicide prevention in indigenous communities: Unexamined assumptions and new possibilities. *American Journal of Public Health*, 102(5).

WHO (2000). Preventing suicide - how to start a survivors' group (as part of SUPRE). *Mental and Behavioural Disorders. Department of Mental Health*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2009). Preventing suicide: A resource for police, firefighters and other firstline responders.

WHO. (2010a) Toward evidence-based suicide prevention programmes.

WHO. (2010b). MhGAP Intervention Guide: for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings.

World Health Organization. (2012). Public health action for the prevention of suicide: A framework

WHO. (2014). Preventing suicide: A global Perspective.

WHO. (2017). *World Health Statistics 2017: Monitoring health for the SDGs*. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

Williams, J.M.G., Pollock, L.R. (2000). *The Psychology of Suicidal Behaviour*.

Woodward, M. (2014). *Epidemiology – Study design and data analysis*. Boca Raton: Taylor & Francis Group.

Ximenes, V.M., de Paula, L.R.C., Barros, J.P.P. (2009). *Psicologia Comunitária e Política de Assistência Social: Diálogos sobre atuações em comunidades*. Psicologia Ciência e Profissão, 29(4), 686-699.

Yip, P.S.F., Caine, E., Yousuf, S., Chang, S., Wu, K.C., Chen, Y. (2012). Means restriction for suicide. *Lancet*, 379, 2393, 2399.

Zhang, P., Roberts, R.E., Liu, Z., Meng, X., Tang, J., Sun, L., Yu, Y. (2012). Hostility, physical aggression and trait anger as predictors for suicidal behavior in Chinese adolescents: a school-based study. *Plos One*, 7(2).