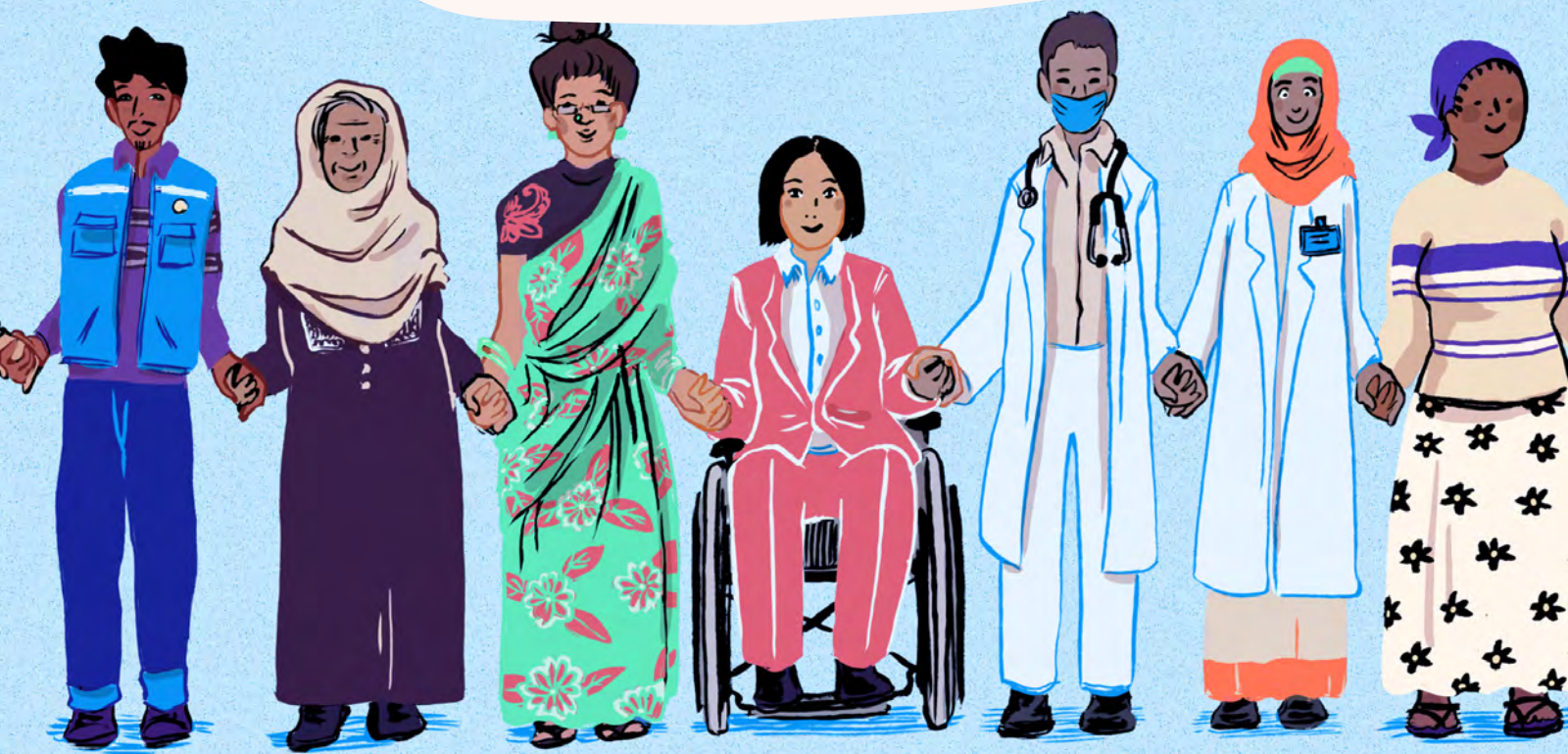




Abordagem ao Suicídio em Contextos Humanitários


Guia orientador



IASC Inter-Agency
Standing Committee

Citação sugerida:

Comité Permanente Interagências (IASC). Instruções: Abordagem ao Suicídio em Contextos Humanitários. IASC, Genebra, 2022.



Traduções:

Todas as traduções finalizadas serão colocadas no site do GR de SMAPS (MHPSS RG em inglês) do IASC. Para informações relativas à coordenação das traduções, por favor contacte o Grupo de Referência do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Situações de Emergência (mhpss.refgroup@gmail.com).

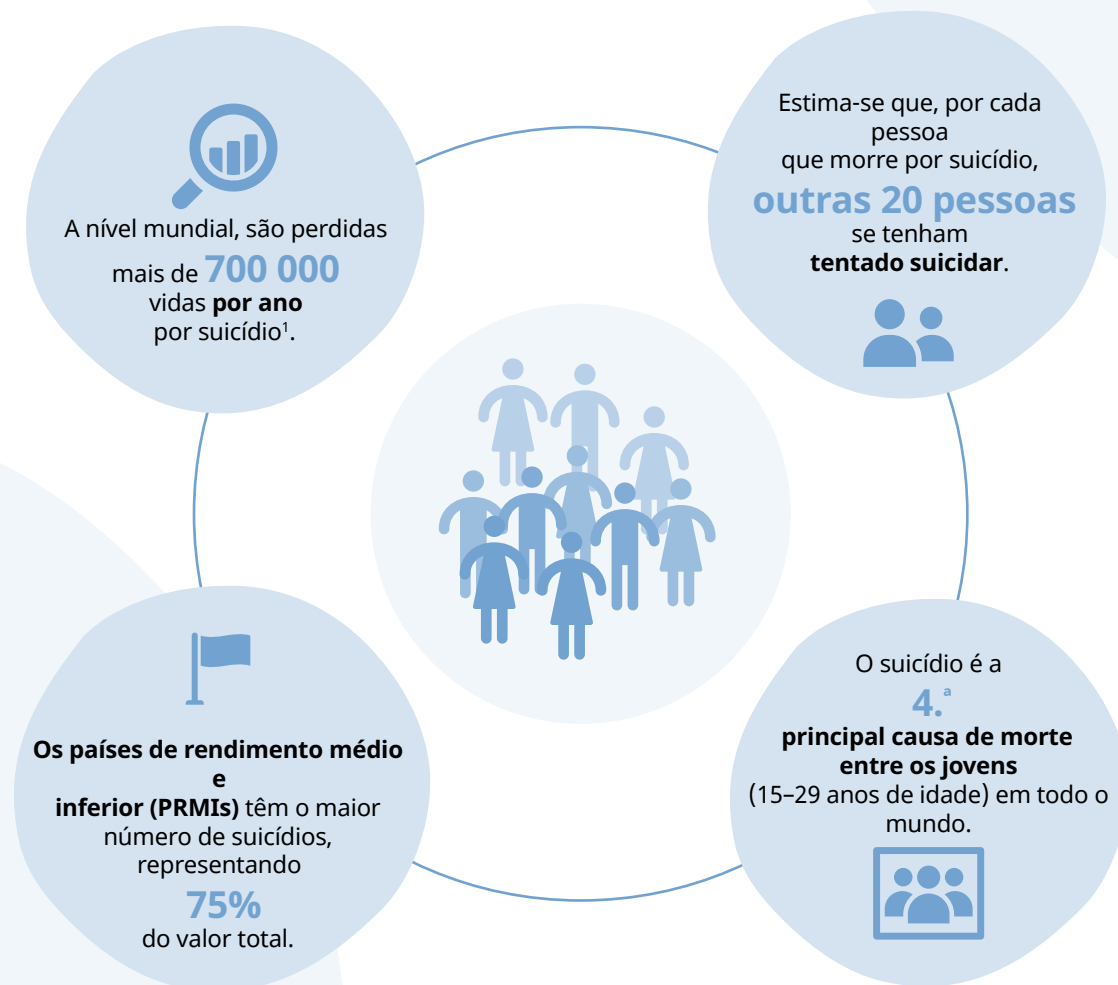
Se criar uma tradução ou uma adaptação deste documento, por favor tenha em atenção que:

- Não está autorizado/a a acrescentar o seu logótipo (ou da agência financiadora) ao produto;
- Em caso de adaptação (ou seja, alterações ao texto ou às imagens), não é permitido utilizar o logótipo do IASC. Em qualquer utilização deste trabalho, não deverá existir qualquer indicação/sugestão que o IASC apoia qualquer organização, produto ou serviço específico;
- Deverá licenciar a sua tradução ou adaptação sob a mesma licença da Creative Commons ou equivalente. CC BY-NC-SA 4.0 ou 3.0 é sugerida. Lista de licenças compatíveis: <https://creativecommons.org/share-your-work/licensing-considerations/compatible-licenses>.
- Deverá adicionar o seguinte aviso legal na língua da tradução: «Esta tradução/adaptação não foi realizada pelo Comité Permanente Interagências (IASC). O IASC não é responsável pelo conteúdo ou exatidão desta tradução. A edição original em inglês "Inter-Agency Standing Committee (IASC). Instruções: Abordagem ao Suicídio em Contextos Humanitários", Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, será a edição autêntica e vinculativa.

© IASC, 2022. Esta publicação foi publicada sob a licença Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>). Nos termos desta licença, este trabalho pode ser reproduzido, traduzido e adaptado para fins não comerciais, desde que devidamente citado.

Introdução:

Abordagem ao suicídio em contextos humanitários



As **emergências humanitárias** tendem a ocorrer mais frequentemente em países de rendimento médio e inferior (PRMIs), pois podem estar menos preparados para prevenir e responder ao suicídio, uma vez que estão mais limitados ao nível de recursos humanos, alocação de verbas orçamentais destinadas aos serviços de saúde mental e sistemas de informação e registo adequados, e têm uma consciencialização limitada sobre a saúde mental ao nível da comunidade.

Além disso, as populações afetadas por emergências humanitárias podem vivenciar fatores de *stress* contextuais que, por sua vez, podem aumentar o

risco de suicídio, tais como dificuldades económicas, perda de recursos, violência, abuso e isolamento social. Simultaneamente, o acesso ao apoio familiar e a cuidados de saúde mental adequados pode ser limitado, e o estigma em torno da saúde mental é contundente.

Verifica-se também uma forte necessidade de obtenção de mais dados e de investigação sobre o risco de suicídio nestes contextos, assim como de uma eficaz prevenção e pós-venção do suicídio nas populações dos PRMIs afetadas por emergências².

1. Organização Mundial de Saúde (2021). *LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries*.

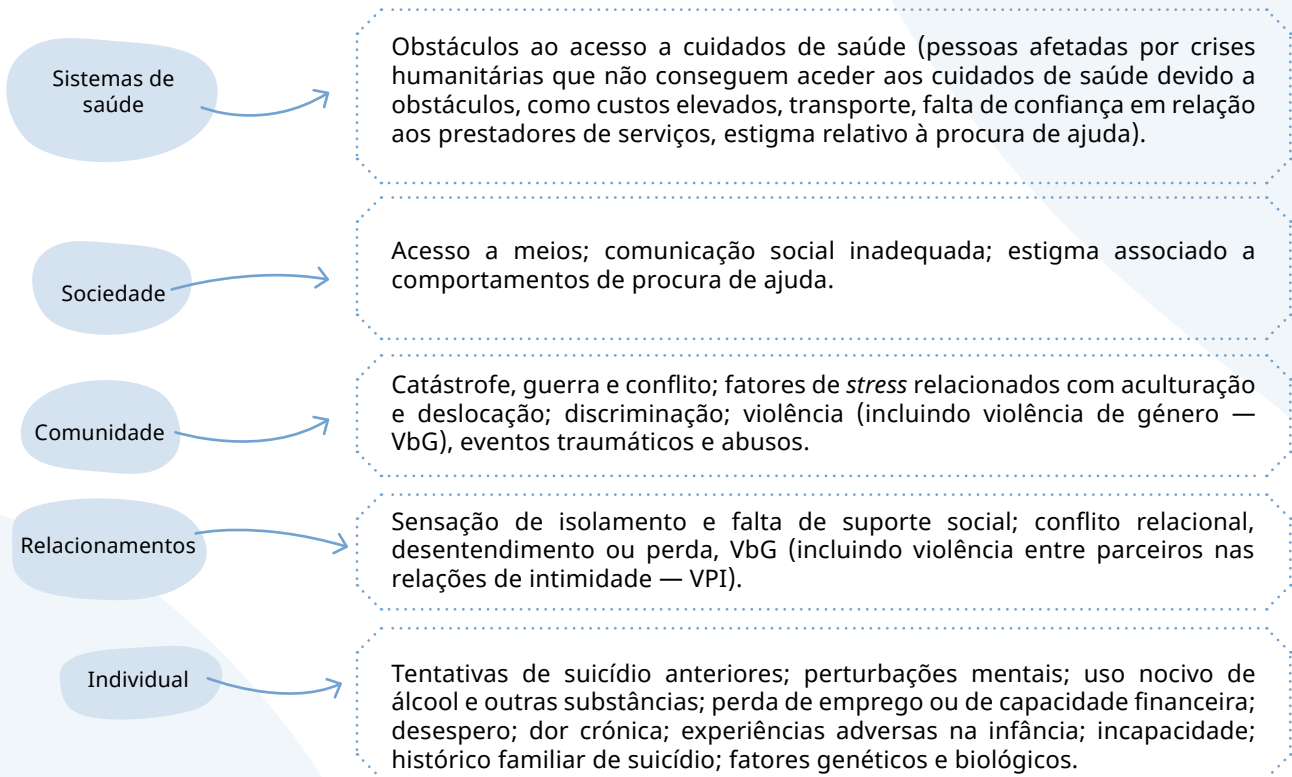
2. *Ibid.*

Fatores de risco e de proteção

Numa população afetada por uma crise, alguns indivíduos podem pensar em terminar com as próprias vidas. Muito pode ser feito com vista à diminuição da probabilidade de alguém recorrer a comportamentos autolesivos ou ao suicídio e à identificação de pessoas em risco.

Os fatores de risco e de proteção podem existir a vários níveis, nomeadamente, individual, relacional, comunitário e da sociedade.

Fatores que influenciam o risco de suicídio³



Cada vida perdida é uma tragédia, e os esforços na prevenção do suicídio são fundamentais para salvar vidas. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (ODS) e o **Plano de Ação Integral da OMS para a Saúde Mental 2013–2030**⁴ incluem a **meta** de reduzir em um terço a taxa global de mortalidade por suicídio até 2030. Tal como indicado no último Atlas de Saúde Mental da OMS (2020), os progressos realizados desde 2013 até ao final de 2019 correspondem a uma redução de 10% na taxa de suicídio.⁵

Organização Mundial de Saúde (2021). Componentes do *LIVE LIFE*⁶



A OMS desenvolveu uma orientação global para apoiar os governos a desenvolver estratégias nacionais abrangentes de prevenção de suicídio⁷, envolvendo as comunidades na prevenção do suicídio⁸, estabelecendo e mantendo sistemas de monitorização de comportamentos autolesivos⁹ e instituindo um modelo de saúde pública para a prevenção do suicídio. Em 2021, a OMS lançou o *LIVE LIFE*, um guia para a implementação da prevenção do suicídio¹⁰ a nível nacional. O presente guia foi desenvolvido em conformidade com o *LIVE LIFE*, com adaptações e considerações específicas para contextos humanitários.

3. Adaptado de: Organização Mundial de Saúde (2014). *Preventing suicide: A global imperative*.

4. Organização Mundial de Saúde (2021). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*.

5. Organização Mundial de Saúde (2021). *Mental Health Atlas 2020*.

6. Organização Mundial de Saúde (2021). *LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries*.

7. Organização Mundial de Saúde (2018). *National suicide prevention strategies: Progress, examples, and indicators*.

8. Organização Mundial de Saúde (2019). *Suicide Prevention: Toolkit for engaging communities*.

9. Organização Mundial de Saúde (2016). *Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm*.

10. Organização Mundial de Saúde (2012). *Public health action for the prevention of suicide*.



Como ler este guia orientador

O presente guia visa apoiar implementadores de programas, coordenadores e outros em contextos humanitários, reunindo uma multiplicidade de abordagens, ferramentas, documentos de referência e exemplos de casos práticos. Poderá utilizar o gráfico abaixo para navegar nos conteúdos e selecionar as secções que considere de leitura mais relevante:

[O gráfico abaixo pode ser usado para navegar os conteúdos e selecionar as secções mais relevantes para ler]

1. Coordenação e avaliação interagências 6

Devem ser iniciadas o mais cedo possível e antes do início da implementação das atividades previstas no programa:

-  1.1. Coordenação e colaboração entre os diversos setores e *stakeholders* 7
-  1.2. Avaliação do contexto, necessidades e recursos para orientar a programação 12



2. Componentes essenciais de todos os programas 18

A iniciar aquando do começo das atividades do programa e no seu decurso:

- 2.1. Sensibilização e promoção 19
- 2.2. Vigilância, monitorização e avaliação..... 23
- 2.3. Cuidado e bem-estar dos colaboradores e dos voluntários 27
- 2.4. Competências dos colaboradores e dos voluntários 28

3. Lista de atividades-chave para programas eficazes de prevenção de suicídio e de intervenção 30

Priorizar, selecionar e planear atividades do programa a partir da seguinte lista:

- 3.1. Reduzir o acesso a métodos de suicídio 31
- 3.2. Garantir uma comunicação e uma cobertura mediática responsáveis.. 33
- 3.3. Capacitar profissionais da linha de frente e *gatekeepers* 35
- 3.4. Prestar cuidados de saúde mental como parte integrante dos serviços gerais de saúde 40
- 3.5. Desenvolvimento de competências de vida para jovens 41

Exemplos de campo

Iraque, p.10



Território palestino ocupado, p. 10



Fronteira Turquia/Síria, p. 11



Sudão do Sul, p. 21



Jordânia, p. 21



Ucrânia, p. 21



Bangladeche, p. 25



Iraque, p. 32



Bangladeche, p. 33



Uganda, p. 38



Índia, p. 38



Egito, p. 38



Recursos-chave gerais e orientação

LIVE LIFE

Organização Mundial de Saúde (2021). [LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries.](#)

Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (2022). [Draft: Preventing suicide and mitigating suicide risks in refugee settings: A multisectoral toolkit for UNHCR operations.](#)



[O Pacote de Serviços Mínimos de Saúde Mental e Apoio Psicossocial \(em inglês\).](#)

Organização Mundial de Saúde (s.d.). [Suicide prevention resources.](#)

Organização Mundial de Saúde (s.d.). [E-learning: Engaging communities in preventing suicide.](#)

Organização Mundial de Saúde (s.d.). [E-learning: Preventing self-harm/suicide. Empowering primary health care providers.](#)

Centro de Referência de Apoio Psicossocial da FICV (2021). [Suicide Prevention.](#)

Centro de Referência de Apoio Psicossocial da FICV (2021). [Suicide prevention during COVID-19.](#)

OMS (2021). Dia Mundial da Saúde Mental 2021. [Mensagem-Chave sobre o suicídio.](#)

Organização Mundial de Saúde (2019). [Guia de Intervenção mhGAP — Versão 2.0: para perturbações mentais, neurológicas e de uso de substâncias em contextos de saúde não especializada. Fornece orientação para trabalhadores de saúde não especializados na avaliação e gestão de situações de suicídio e de comportamentos autolesivos.](#)



IASC (2007). [Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias.](#)





1.

Coordenação e avaliação interagências





1.1. Coordenação e colaboração entre os diversos setores e stakeholders

Porquê?

O suicídio é um tema complexo, que requer a efetiva **coordenação e colaboração por parte dos diversos setores e stakeholders**

para que as medidas de prevenção em contextos humanitários sejam eficazes. A troca de experiências e conhecimentos entre pessoas que trabalham em múltiplos setores e trabalham eficazmente com o que já está disponível¹¹ (na identificação de mecanismos e práticas de resposta existentes na comunidade, na integração da prevenção do suicídio noutros programas, tais como serviços de saúde mental como parte dos cuidados gerais de saúde, respostas à VBG, gestão de casos, espaços seguros e programas de proteção de crianças (PC) e iniciativas para apoiar pessoas com deficiências) garantem que as iniciativas são abrangentes, bem integradas e têm mais probabilidades de atingir os objetivos pretendidos¹².

Como?

A coordenação e a colaboração são **partes fundamentais de todas as atividades de prevenção do suicídio. Identificar task forces ou grupos de coordenação existentes** e decidir:

- aderir e/ou coordenar com um grupo existente focado na prevenção do suicídio;
- apoiar a inclusão de um foco na prevenção do suicídio num grupo previamente existente (Grupos de Trabalho Técnico de SMAPS ou uma *task force* de saúde mental liderada pelo governo);
- liderar ou apoiar a criação de um novo grupo centrado na prevenção do suicídio.

Ao comunicar sobre suicídio e prevenção do suicídio, certifique-se de que escolhe as palavras corretas

Linguagem a utilizar

Suicídio ou comportamento suicida, morreu por ou de suicídio

Descrever como «morreu por suicídio» ou «tirou a própria vida».

Descrever formas exatas de procura de ajuda e recursos disponíveis

Fornecer os factos do suicídio sem fazer especulações

Linguagem a evitar

«Cometer suicídio» (esta frase sugere a presença de um elemento criminoso ou pecaminoso no ato, o que pode aumentar o estigma e desencorajar as pessoas de procurarem ajuda)

Referir-se ao suicídio como «bem-sucedido», «concluído», «falhado» ou uma «tentativa falhada»

Descrever ou acrescentar conteúdo visual sobre o método utilizado para o suicídio

Descrever o suicídio em termos sensacionalistas ou de forma romantizada

11. Organização Mundial de Saúde (2021). *LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries*.

12. Kolves K, Fitzgerald C, Nordentoft M, Wood, SJ, Erlangsen, A. (2021). *Assessment of suicidal behaviors among individuals with autism spectrum disorder in Denmark*. *Rede JAMA Aberta*. 4(1):e2033565.

O que devem os stakeholders considerar?



As abordagens **multissetoriais** incluem mais do que um setor, como a saúde, educação, ação social, proteção, agricultura, assuntos religiosos, direito e defesa. Em contextos humanitários, significa que poderão ser incluídos ministérios que supervisionam o apoio aos refugiados, migrantes e pessoas deslocadas internamente (PDI) ou gestores de catástrofes, e deve incluir grupos de coordenação ou *clusters* relevantes, tais como Saúde, Proteção, Educação, Abrigo, Meios de Subsistência e outros.

As abordagens **multi-stakeholders** incluem a colaboração com *stakeholders* da comunidade, com organizações não governamentais (ONG) e pessoas das comunidades afetadas, incluindo pessoas com experiências de vida no âmbito da saúde mental. É útil obter *feedback* por parte de pessoas **designadas pela comunidade como líderes e peritos**, em vez de o obter apenas através das pessoas nomeadas

como líderes por e para as estruturas de resposta humanitária. Quando existe o estigma relativo à saúde mental, estes parceiros integrados na comunidade podem ser envolvidos em ações de sensibilização para fornecerem informações e dissipar mitos sobre o suicídio.

Os jovens e aqueles que trabalham diretamente com jovens, incluindo orientadores escolares, enfermeiros, agentes locais de saúde e proteção, clubes desportivos e associações juvenis, devem ser incluídos na conceção e revisão das intervenções, campanhas de sensibilização e estruturas de resposta. Os pais e os prestadores de cuidados também devem estar envolvidos. Os jovens podem desempenhar um papel crucial no envolvimento dos seus pares e podem ser integrados em atividades como porta-vozes, conselheiros, formadores e mentores de pares.

Um **exercício de mapeamento de stakeholders** (através da criação de um quadro com identificação dos diferentes papéis, competências/recursos e redes) pode ajudar na clarificação de motivações, competências e de possíveis *stakeholders* da comunidade.



Grupos de Trabalho Técnico de SMAPS (GTTs)¹³

Os GTTs de SMAPS, que trabalham com vários setores, devem ser envolvidos nos contextos em que estão disponíveis e em que podem fornecer apoio. Os GTT de SMAPS podem:

- ◆ Apoiar o **envolvimento dos stakeholders** (na articulação com o governo e com grupos humanitários específicos ou Áreas de Responsabilidade, assegurando que as necessidades de grupos como os de vítimas de VbG e pessoas com deficiência são atendidas);
- ◆ Integrar uma **task force temática ou um subgrupo de trabalho** centrado na prevenção do suicídio, que lidere, coordene atividades e ofereça oportunidades no âmbito da atenção dedicada, da capacitação e da coordenação;
- ◆ **Mapear os serviços e apoios disponíveis** para a prevenção e resposta ao suicídio, assim como partilhar os relatórios resultantes, apontando necessidades e lacunas, e desenvolver **diretórios de serviços**;
- ◆ Sempre que sejam identificadas **lacunas** numa avaliação/análise da situação, fazer planos para advogar e coordenar a prestação de serviços adequados para intervenção (incluindo gestão de crise) e *follow-up*;
- ◆ Mapear os prestadores de serviços relevantes e assegurar que as ações de prevenção e resposta ao suicídio fazem parte do desenvolvimento de **planos de encaminhamento e fluxogramas**. As vias de encaminhamento devem ser claramente estruturadas e assegurar a **confidencialidade** no processo de encaminhamento;
- ◆ Divulgar e promover **mensagens de advocacia** e apoiar a promoção e apoio à adoção de campanhas de sensibilização por atores de diferentes setores que participam ou colaboram com o GTT SMAPS, juntamente com a **realização de eventos** relacionados com campanhas relevantes;
- ◆ Apoiar a **vigilância, monitorização e avaliação**, e ajudar a identificar agências com capacidade estável para alojar dados recolhidos em atividades de vigilância;
- ◆ Acolher e/ou coordenar fóruns de discussão e de **capacitação**, tais como orientações, formações ou *workshops* com o apoio do subgrupo de trabalho dedicado a esta matéria e de parceiros de implementação;
- ◆ Apoiar a realização de uma **análise operacional após comportamentos suicidas ou autolesivos**, envolvendo *stakeholders* de relevo, de forma a melhorar a compreensão dos fatores contributivos, compilar as lições aprendidas e advogar as mudanças necessárias e as medidas de prevenção do suicídio;
- ◆ Assegurar o apoio de **pós-venção** aos familiares, amigos e membros da comunidade que sejam afetados por comportamentos suicidas ou autolesivos.

13. [O Pacote de Serviços Mínimos de Saúde Mental e Apoio Psicossocial \(em inglês\)](#).



Exemplos de campo

No Iraque, após 40 anos de fatores de *stress* associados à guerra, sanções e conflito civil, o aumento da taxa de suicídio tornou-se numa crise de saúde pública¹⁴. O GTT de SMAPS formou um subcomité em julho de 2019 para coordenar diferentes medidas de prevenção do suicídio. O subcomité é presidido por uma organização local, a Azhee, apoiada pela Organização Internacional para as Migrações — Iraque (OIM Iraque). **A Azhee organizou a primeira conferência nacional de prevenção do suicídio em setembro de 2019** e, como resultado dos grupos de trabalho desta conferência, a OIM prestou apoio aos atores governamentais no desenvolvimento do primeiro esboço de uma Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, que está atualmente em processo de revisão e aprovação por parte do governo iraquiano¹⁵.



No território palestino ocupado, a população vê-se confrontada com o impacto psicológico da crise humanitária em curso, juntamente com o estigma associado ao suicídio. O Comité Nacional de Prevenção do Suicídio foi criado em 2018 e é composto por representantes do Ministério da Saúde (MoH, na sigla em inglês), do Ministério da Educação (MoE, na sigla em inglês) e do Ensino Superior, do Ministério da Awqaf (Assuntos Religiosos), do Ministério Público, da Unidade da Polícia de Proteção da Família, da Agência das Nações Unidas de Assistência aos Refugiados da Palestina no Próximo Oriente (UNRWA, na sigla em inglês), da OMS e de ONG internacionais e nacionais. O Comité determinou a necessidade crítica de uma estratégia de prevenção do suicídio compreensiva e multissetorial, e foi desenvolvida uma Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio para 2021–2026. **Os objetivos estratégicos incluem a monitorização eficaz das taxas de suicídio para melhorar a identificação de indivíduos em**

risco, incluindo crianças e jovens, e as tendências de comportamento suicida, melhorando a exatidão dos registos de casos e de mortes nos hospitais, formando profissionais públicos e de saúde e *gatekeepers*, tais como líderes religiosos, na deteção de sinais de ideação suicida e fatores de risco, e abordando o potencial estigma em torno do suicídio nos estabelecimentos de saúde e de ensino. A Estratégia Nacional também identifica a necessidade de medidas de colaboração por parte de um conjunto de indivíduos e organizações e as suas potenciais contribuições, tais como a polícia, escolas, membros da família, meios de comunicação social, líderes religiosos e funcionários que trabalham em serviços de saúde.¹⁶

14. Organização Mundial de Saúde. *An increasing number of suicide cases in Iraq worries public health experts amid COVID-19 pandemic*

15. Marzouk HA (2021). *International organization for migration Iraq mental and psychosocial support programme suicide prevention activities*. *Intervention*. 19(2):255-260.

16. Jabr S, Helbich M (2021). *The Process of Evolving a National Plan in Suicide Prevention in a Context of Political Violence*. *Intervention* 19:208-14.



Exemplos de campo

Na fronteira Turquia/Síria, foram desenvolvidos esforços colaborativos pela OMS Gaziantep, através do GTT de SMAPS, para a realização de uma análise situacional, que indicou um aumento dos suicídios reportados no noroeste da Síria. O GTT criou uma *task force* para priorizar medidas de prevenção e resposta, incluindo um *workshop* de capacitação, com o objetivo de assegurar que os trabalhadores psicossociais, de cuidados de saúde e de proteção recebessem formação e supervisão para poderem responder com eficácia. A OMS desenvolveu e divulgou formação e supervisão sobre prevenção e resposta ao suicídio para outros especialistas em SMAPS. O *workshop* de formação de formadores foi dirigido pelo Grupo Colaborativo de SMAPS e pela OMS, e destinou-se a 21 especialistas de SMAPS de língua árabe. **Os formadores e formandos desenvolveram, em conjunto, um plano de resposta ao suicídio adaptado ao contexto, com base nos dados e feedback de peritos.** Este plano inclui procedimentos operacionais padrão (POPs), consentimento para a utilização de serviços e de informação, questões relativas à avaliação do suicídio e dos comportamentos autolesivos, para determinação do nível de risco, uma árvore de decisão para informar sobre as ações tomadas e um exemplo de plano de segurança. Foi desenvolvida uma tabela com níveis de risco claros, referência, e ações baseadas no nível de risco que os prestadores de cuidados devem ter em conta para responderem de modo efetivo, e informações sobre quando devem contactar um supervisor. O plano de resposta foi integrado na formação dos profissionais da linha de frente e foi utilizado como uma estrutura a ser incorporada nos serviços SMAPS existentes, incluindo um mapeamento dos serviços para encaminhamento.



Principais recursos e orientação: coordenação e colaboração entre múltiplos setores e stakeholders



Organização Mundial de Saúde (2021). [LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries. Part A: LIVE LIFE Core Pillar: Multisectoral collaboration.](#)



O Pacote de Serviços Mínimos de Saúde Mental e Apoio Psicossocial (em inglês). [Atividades do Pacote de Serviços Mínimos 1.1 Coordenar SMAPS intra e intersetores; 2.1 Conceber, planear e coordenar programas de SMAPS.](#)



1.2. Avaliação do contexto, necessidades e recursos para orientar a programação

Porquê?

Uma avaliação rápida ou uma análise situacional podem facultar informação sobre fatores antecedentes-chave relativos ao suicídio e à prevenção do suicídio, à escala de um país, de uma região ou de uma comunidade afetada, o que se pode constituir como informação essencial para o **planeamento de atividades de prevenção do suicídio específicas** a cada contexto, assegurando a sua **eficácia** e proporcionando, em contextos humanitários, intervenções dirigidas onde existe **maior necessidade**.

Como?

Determinar se **existem análises situacionais ou outras avaliações** que se centrem ou incluam informações sobre o suicídio e os comportamentos autolesivos (por parte do governo ou de atores humanitários). Tem como objetivo utilizar a informação existente tanto quanto possível antes de recolher nova informação.

Geralmente, as análises situacionais ou avaliações rápidas em contextos humanitários centram-se em:

Compreender o **contexto do país** (os seus quadros legais, os planos nacionais)

Compreender as **perceções, experiências e atitudes** da população-alvo relativas ao suicídio;

Documentar as capacidades e os recursos dentro das comunidades-alvo, assim como serviços de saúde, de saúde mental e de proteção/apoios sociais existentes

Recolher opiniões relativas a lacunas e oportunidades do programa atual.



A realização de estudos consistentes e eficazes requer um planeamento cuidadoso, assim como recursos e conhecimentos suficientes para recolher, armazenar e analisar os dados. Em contextos humanitários, estes requisitos são difíceis de cumprir, pelo que, geralmente, não se recomenda a utilização destes estudos como instrumento de rotina para recolha de informação sensível sobre pensamentos e comportamentos suicidas.

- › Os métodos, as ferramentas e as questões aqui elencadas poderão ser utilizados para uma **análise/avaliação situacional específica ao nível da prevenção do suicídio ou como parte integrante de uma avaliação SMAPS mais ampla e geral**.
- › Uma análise/avaliação rápida da situação centra-se na recolha de informação essencial, necessária para planear os passos seguintes. Recomenda-se que seja concluída **no prazo de poucas semanas**.
- › É necessário que a equipa e os voluntários que recolhem dados de SMAPS das populações afetadas tenham conhecimentos sobre como seguir os princípios éticos e as recomendações de segurança, e como utilizar eficazmente competências básicas de entrevista, e devem também possuir **competências básicas de apoio psicossocial** (incluindo o encaminhamento para serviços adicionais).
- › É necessária a **coordenação** com **stakeholders** e os grupos relevantes (GTTs de SMAPS, *task forces* específicas; ver também secção 1.1) de forma a garantir a sua colaboração em atividades consistentes e eficientes de prevenção do suicídio.
- › Todos os **relatórios devem ser disponibilizados** através do GTT de SMAPS e de outros grupos relevantes, quer para evitar duplicações, quer para informar a resposta humanitária.



Enquadramento político e jurídico, estratégias e planos nacionais

Questões de avaliação

Qual é o **quadro legal** nacional em torno do suicídio e da sua comunicação obrigatória?

Existe uma **estratégia nacional** específica (incluindo uma atribuição orçamental) para a **prevenção do suicídio**?

A prevenção do suicídio é mencionada noutros **planos relevantes** existentes, tais como planos para a saúde mental, para o consumo de bebidas alcoólicas e de outras substâncias ou para doenças não transmissíveis?

As **populações afetadas pela emergência humanitária** estão incluídas nestes planos?

Métodos e ferramentas de recolha de informação

Debates e entrevistas com informadores-chave (com o governo, agências das Nações Unidas, GTTs de SMAPS)

Pesquisa bibliográfica e revisão dos planos e estratégias nacionais; ver também as ligações da OMS com as estratégias nacionais¹⁷ e com o MiNDbank da OMS¹⁸.

Considerações-chave

- Qual é o **estatuto legal** do suicídio e das tentativas de suicídio e quais são as consequências legais para os indivíduos (sentenças judiciais)?
- Quando relevante, quais são as possibilidades de **descriminalização** do suicídio, das tentativas de suicídio e de outros comportamentos autolesivos?
- Quais são as leis nacionais relativas à **denúncia obrigatória e hospitalização psiquiátrica** (de pessoas que expressam a intenção de morrer)?
- Existe **legislação ou política relevante para a prevenção do suicídio** (serviços de saúde mental, redução do uso abusivo de drogas e álcool, emprego, cobertura universal de saúde/seguro, serviços de assistência social)?
- Que atividades de prevenção do suicídio estão **incluídas e são priorizadas nas estratégias e planos nacionais**?
- Das atividades nacionais de prevenção de suicídios em curso quais poderão ser utilizadas, adaptadas ou alargadas às **populações afetadas por emergências**?
- Há que assegurar que os serviços são **acessíveis a todos os grupos**, incluindo **migrantes**, que são frequentemente mais vulneráveis devido ao idioma, à exclusão do sistema nacional de saúde ou a outras barreiras

17. Organização Mundial de Saúde (2018). *National suicide prevention strategies: Progress, examples, and indicators*.

18. Organização Mundial de Saúde (s.d.). *MiNDbank da Organização Mundial de Saúde: É necessária mais inclusividade na deficiência e no desenvolvimento*.

Dados disponíveis no contexto humanitário

Questões de avaliação



Quais são os dados e outras informações disponíveis sobre suicídio e comportamentos autolesivos?

Estão alguns perfis ou grupos de pessoas no contexto humanitário mais **em risco** (por exemplo, um género específico, grupo etário, grupo étnico ou pessoas em localizações geográficas específicas)?

- › Número de **mortes** por suicídio
- › Número ou extensão dos incidentes relativos a **lesões autoinfligidas**
- › **Métodos** de suicídio e tentativas de suicídio (autoimolação)
- › **Dados demográficos** dos indivíduos (sexo, idade, área geográfica)
- › Prováveis **fatores de risco** ou fatores **precipitantes** do suicídio (incluindo fatores de *stress* específicos)
- › Apoio e **intervenções** recebidas (em cuidados de saúde ou noutros contextos)
- › Qualidade ou frequência da **cobertura nos meios de comunicação social**.

Considerações-chave

- Como e por quem é **verificado o suicídio**? Ter em consideração em que medida a verificação pode condicionar a comunicação do suicídio, a qualidade dos dados disponíveis, e a sua possível subnotificação (relacionada com o estigma, enquadramento legal).
- Como e por quem são **registados e reportados** o suicídio e os comportamentos autolesivos? Existe um sistema informal de rastreio em países onde o suicídio é criminalizado?
- Em que variáveis são os dados **desagregados**?
- **Obter dados de acordo com:**
 - a) contexto (nacional, regional, distrital, serviços de internamento, serviços de ambulatório, serviços de emergência, centros de detenção, campos de refugiados, etc.);
 - b) grupos populacionais (toda a população e população desagregada por género, grupos etários, grupos étnicos, grupos religiosos, estatuto de migrante, urbano, rural, estatuto socioeconómico; pessoas com problemas de saúde mental e pessoas com deficiência).
- **Calcular taxas** (mortes ou casos por cada 100 000) em complemento aos números para identificar subpopulações desproporcionalmente afetadas.
- Rever dados plurianuais para **identificar tendências**.

Métodos e ferramentas de recolha de informação

Revisão e análise das fontes de dados disponíveis (por exemplo, sistemas de informação sobre saúde, registos de mortalidade, sistemas de controlo de proteção, tais como proGres V4, dados cumulativos do Sistema de Gestão de Informação da VbG (GBVIMS, na sigla em inglês), sistemas de proteção da criança).

Debates e entrevistas de informadores-chave com membros da comunidade e prestadores de serviços (por exemplo, prestadores de serviços de saúde mental, prestadores de serviços de saúde geral com formação em saúde mental, profissionais de saúde geral que trabalhem em salas de emergência, prestadores de serviços de assistência e proteção social, incluindo especialistas em VbG e Proteção da Criança).

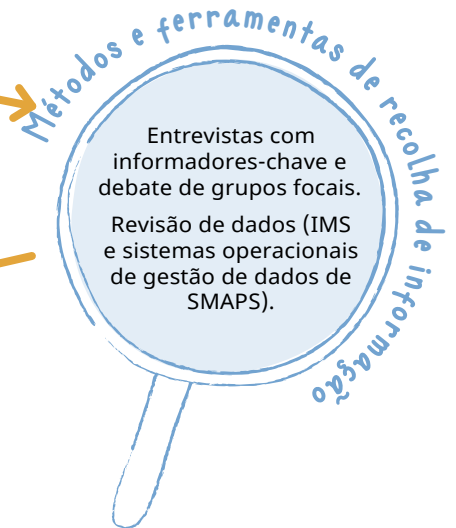
Informações sobre as tendências no contexto humanitário

Questões de avaliação

Quais são os **métodos de suicídio mais frequentemente utilizados**?

Quão prontamente **disponíveis ou acessíveis** estão os meios mais comuns de suicídio?

As populações afetadas estão **situadas perto** destes locais específicos?



Considerações-chave

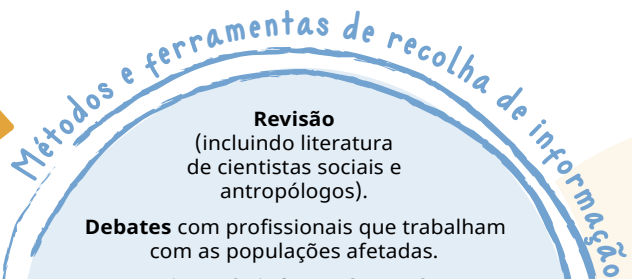
- Existem **locais específicos** (rios, ferrovias, pontes ou edifícios altos) associados a suicídios anteriores?
- As **populações afetadas** estão situadas perto destes locais específicos?

Perceções da comunidade

Questões de avaliação

Quais são as **perceções da comunidade** relativas ao suicídio e à prevenção do suicídio entre as populações afetadas e dos prestadores de serviços (conhecimento, estigma, atitudes culturais e religiosas)?

Quais são as estratégias para **lidar com a situação e procurar ajuda** e quais são os **obstáculos** à prestação de cuidados a pessoas com pensamentos suicidas e/ou condições de saúde mental relevantes (depressão)?



Considerações-chave

- Considerar quais são os **obstáculos** (conhecimentos, atitudes) que podem surgir durante a preparação da implementação de atividades e preparar **soluções** para os abordar.
- Considerar formas de desenvolver os **recursos existentes** e formas de lidar com os mesmos.



Recursos e apoios disponíveis

Questões de avaliação

Qual é o ponto de situação da **implementação** planeada ou em curso de **intervenções** ou **pilares** eficazes de prevenção do suicídio por parte do governo ou de atores humanitários? (ver OMS (2021). *LIVE LIFE*)

Quais os **serviços e apoios relevantes** (formais e não formais) que estão disponíveis e acessíveis para pessoas que estão em risco de suicídio, ou que estejam em luto causado por suicídio (serviços especializados de saúde mental, profissionais formados em avaliação e gestão de suicídio, profissionais de áreas de relevo, como da saúde e serviço social ou trabalhadores comunitários formados em apoio psicossocial básico e encaminhamento)?

Quais são os **obstáculos enfrentados pelos profissionais de saúde, e de profissões relacionadas**, na identificação precoce, avaliação, gestão, *follow-up* e na referenciação de comportamentos autolesivos?

Quais as **capacidades e lacunas existentes atualmente a nível dos conhecimentos e competências** (nos cuidados de saúde, apoio social, educação, judicial, grupos de utilizadores de serviços) para responder ao risco de suicídio?

Foram previamente organizadas **campanhas de sensibilização**, nacionais ou regionais, e qual foi o seu **impacto**?

Os profissionais de saúde têm **formação** para gerir **emergências médicas** relacionadas com o suicídio (intoxicação grave por pesticidas)?

Atualmente, existem iniciativas de capacitação de profissionais, locais ou regionais, de educação, saúde e segurança, para a avaliação, a gestão e o *follow-up* destas situações?

Existem **grupos ou associações para utilizadores de serviços e/ou pessoas que viveram esta experiência**, e que apoio prestam?

Os prestadores de cuidados de saúde, a polícia e outros que respondem a emergências no âmbito do suicídio têm **formação para reduzir o risco iminente de suicídio** (reduzir o acesso a meios de suicídio)?

Os **serviços e materiais disponíveis são acessíveis e inclusivos** para todos os grupos da população afetada pela crise humanitária (a informação de acesso aos serviços está disponível nos idiomas relevantes e em formatos diferentes, por exemplo, de leitura fácil e áudio)?

Considerações-chave

- Identificar os **serviços (públicos e privados) existentes** (no setor da saúde, na comunidade e noutros setores relevantes, linhas de apoio ou serviços de proteção de adultos e crianças), e considerar a disponibilidade, aceitação e qualidade dos serviços existentes, e como podem ser reforçados.
- Determinar as **lacunas nos serviços disponíveis** e identificar dificuldades de acessibilidade (incluindo de certos grupos específicos).
- Há que assegurar que os serviços e materiais estão disponíveis nos **idiomas relevantes**, para os tornar acessíveis aos migrantes e refugiados que não falam o(s) idioma(s) local(ais).
- Onde existem oportunidades para o **desenvolvimento de capacidades**? Incluir a formação inicial e a profissional, assim como o desenvolvimento profissional contínuo.
- Em que medida pode ser reforçada a **ligação** e a **referenciação** entre serviços e trabalhadores comunitários?
- Quais os **stakeholders** que já se encontram a implementar atividades de prevenção do suicídio ou a prestar serviços e que podem ser **envolvidos** (também secção 1.1)?
- Que partes interessadas estão já a implementar ou **concebem materiais de formação** que podem ser desenvolvidos?

Métodos e ferramentas de recolha de informação

Diretórios de serviços

Mapeamento de Saúde Mental e Apoio Psicossocial dos 4Ws (*Who is doing What, Where and When*)

Análise de Lacunas do Pacote de Serviços Mínimos de Saúde Mental e Apoio Psicossocial (SMAPS PSM)

Debates com GTTs de **SMAPS** e outras discussões com o grupo de **coordenação**.

Debates com **trabalhadores de relevo neste âmbito** (da saúde, proteção, educação, segurança/autoridade, saúde, bem-estar social e do ministério da educação).

Discussões com diferentes **representantes da comunidade** (jovens, homens, sobreviventes de VBG, pessoas com deficiência)

Principais recursos e orientação: avaliar o contexto, as necessidades e os recursos para orientar a programação



Organização Mundial de Saúde (2021). [LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries.](#)

LIVE LIFE [Part A: LIVE LIFE Core Pillar: Situation analysis.](#)

Organização Mundial de Saúde (2014). [Preventing suicide: A global imperative. Caixa 8. Realização de uma análise situacional: Exemplo SWOT \(p. 68, em inglês\).](#)

O Pacote de Serviços Mínimos de Saúde Mental e Apoio Psicossocial (em inglês). [Atividades do PSM 1.2 Avaliar as necessidades e recursos de SMAPS para orientar a programação; 2.1 Conceber, planejar e coordenar os programas de SMAPS.](#)



IASC (2007). [Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias. Plano de ação 2.1.](#)

Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (2022). *Draft: Preventing suicide and mitigating suicide risks in refugee settings: A multisectoral toolkit for UNHCR operations.* Este recurso inclui uma lista detalhada de ferramentas e modelos sugeridos para análises situacionais/avaliações rápidas.

Exemplos ilustrativos de análises situacionais focadas na, ou que incluem a, prevenção do suicídio

Abbas MJ, Alhemiary N, Razaq EA, Naosh S, Appleby L (2018). [The Iraqi national study of suicide: Report on suicide data in Iraq in 2015 and 2016.](#) *J Affect Disord.* 15(229):56-62.

International Medical Corps (2017). [Puerto Rico suicide prevention case study.](#)

De Lara M. (2019). [WHO Gaziantep situational analysis conducted in Northwest Syria \(online survey data\).](#)



2.

Componentes essenciais
de todos os programas

2.1 Sensibilização e advocacia

Porquê?

A **consciencialização** para a prevenção do suicídio em contextos humanitários é vital para chamar a atenção para o suicídio como um problema de saúde pública sério e evitável, e para alcançar tanto os agentes humanitários como as populações afetadas.

A **advocacia** pode contribuir para uma colaboração multissetorial mais eficiente, alocação de recursos e desenvolvimento de políticas para potencializar as medidas de prevenção do suicídio e influenciar diferentes decisores, políticos e outros *stakeholders*.

Como?

Considere envolver múltiplas **partes interessadas**, tais como os meios de comunicação social, ministérios da saúde, mecanismos de coordenação humanitária (incluindo GTTs de Saúde Mental e Apoio Psicossocial, o *cluster* de Saúde, Proteção de Crianças e Área de Responsabilidade de VBG), pessoas com experiência vivida, representantes do público-alvo (jovens, homens, sobreviventes de VBG, pessoas com deficiências) ou ONGs e influenciadores comunitários (líderes religiosos ou comunitários, curandeiros tradicionais, redes de apoio de pares de jovens) ou defensores da saúde mental (celebridades relevantes com experiência vivida).

As duas datas anuais relevantes para a prevenção do suicídio são:



O Dia Mundial de Prevenção do Suicídio (DMPS) foi estabelecido no ano 2003, pela Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio (AIPS) em coordenação com a Organização Mundial da Saúde (OMS). O dia 10 de Setembro de cada ano, foca a sua atenção no assunto, reduz o estigma e realiza campanhas de sensibilização entre as organizações, governos e ao público, passando uma única mensagem de que o suicídio pode ser prevenido.

A consciencialização e o desenvolvimento de mensagens-chave devem envolver *stakeholders-chave* (ver secção 1.1), beneficiar dos resultados da avaliação/análise situacional (equívocos comuns, recursos disponíveis: ver secção 1.2) e podem abranger tópicos como:

- Suicídio e os **fatores de risco e de proteção** associados
- **Sinais de aviso e identificação precoce** de comportamentos suicidas (incluindo diferenças de idade e género e subgrupos da população)
- Apoio a **grupos em risco**
- **Erros ou mitos** comuns
- **Formas positivas de lidar** com o sofrimento psicológico e com os pensamentos suicidas
- **Como ajudar** e apoiar pessoas com pensamentos ou comportamentos suicidas
- Apoio pós-venção, incluindo orientações de **apoio** a famílias que estão de luto.

Assegurar que as mensagens são **sempre positivas e esperançosas**.

É fundamental que seja **incluída informação sobre onde e como aceder à ajuda** (informação sobre linhas telefónicas locais de acesso a SMAPS, centros de SMAPS, ou serviços locais de saúde mental e linhas de apoio à proteção da criança¹⁹).

19. Organização Mundial de Saúde (2018). *Preventing suicide: A community engagement toolkit*.

Assegurar que as mensagens são apropriadas, que abordam mitos e equívocos e que utilizam uma linguagem que não é sensacionalista nem inflamatória. Testar primeiro as mensagens com grupos-alvo e pessoas com experiência vivida (ver secção 1.1) e acompanhar e avaliar de perto a forma como as mensagens são percebidas, adaptando ainda mais as mensagens com base no *feedback*.



Adaptar os métodos e mensagens para assegurar que são relevantes e acessíveis à população-alvo no contexto humanitário, tendo em consideração:

- Diferentes **grupos etários** (os adultos mais velhos podem preferir métodos de comunicação diferentes dos adolescentes) e **género**;
- Composição **sociodemográfica** e **linguística** de uma comunidade (mensagens em línguas predominantes; imagens e mensagens representativas da comunidade, ou seja, raça/etnia, sexualidade, estatuto de migrante, religião, etc.);
- **Literacia** da população (utilização de mensagens verbais ou visuais, isto é, baseadas em imagens);
- Múltiplas formas de **alcançar populações-alvo**, dependendo do contexto (meios de comunicação social, emissões de rádio, eventos e debates comunitários, panfletos e painéis publicitários);
- **Acessibilidade e inclusividade** para todos os grupos da comunidade, incluindo **crianças e pessoas portadoras de deficiência e sobreviventes de VBG** (considere os obstáculos de comunicação e assegure-se de que a informação e os materiais estão disponíveis em formatos acessíveis, são de fácil leitura e estão nos idiomas relevantes)

Integrar a consciencialização e mensagens-chave com os serviços disponíveis e apoios a que os grupos de risco possam aceder, tais como:

- Serviços de saúde
- Atividades de SMAPS lideradas pela comunidade
- Atividades de grupo para a saúde mental e bem-estar psicossocial de crianças e adolescentes
- Educação formal e informal e espaços de aprendizagem
- Serviços de proteção, incluindo espaços seguros para mulheres e meninas
- Postos de registo ou verificação, locais de distribuição e pontos de entrega de serviços.



A advocacia é utilizada para influenciar a mudança:

- ◇ Maior **financiamento** alocado às medidas de prevenção do suicídio, incluindo financiamento de doadores;
- ◇ Integração da prevenção do suicídio nos **planos para escolas, locais de trabalho e sistemas de saúde**;
- ◇ **Políticas** (incluindo a descriminalização do suicídio), recursos e apoio a grupos vulneráveis;
- ◇ **Ações específicas de prevenção de suicídio** (ver secção 3.1 sobre a redução do acesso aos meios e secção 3.2 sobre comunicação responsável e cobertura mediática);
- ◇ Ações que ajudem a assegurar que a **resposta humanitária** visa minimizar o sofrimento psicológico e promover a saúde mental, o bem-estar e o apoio às populações afetadas.



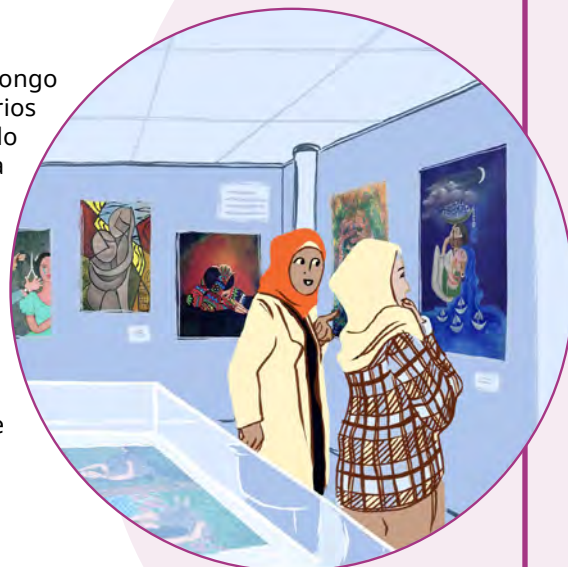


Exemplos de campo



No Sudão do Sul, cinco anos depois da guerra civil, e com a nação a atravessar uma grave crise de escassez alimentar, **a OIM apoiou um programa em que foram transmitidas atuações musicais e teatrais nas estações de rádio locais**. Estas visaram promover medidas de prevenção do suicídio e sensibilizar a comunidade para gestos ou ações simples, tais como procurar as pessoas e perguntar-lhes se estão bem, ajudar os outros a exprimirem as suas preocupações e ouvi-las. As principais mensagens sobre prevenção de suicídio foram concebidas pela OIM e divulgadas com o intuito de educar e sensibilizar os membros da comunidade para a prevenção do suicídio, bem como para reduzir o estigma para com aqueles que tentaram o suicídio e as respetivas famílias²⁰.

Na Jordânia, que tem sido um país de acolhimento de refugiados ao longo das décadas, existem atualmente cerca de 1,3 milhões de refugiados sírios (com 672 000 formalmente registados), 80% dos quais vivem abaixo do limiar da pobreza. Além disso, 15% dos jordanos vivem abaixo do limiar da pobreza, e o país também acolhe dois milhões de refugiados palestinos. O GIZ (Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit), o ACNUR, a Embaixada da Holanda e o International Medical Corps (IMC) da Jordânia estabeleceram uma parceria num **projeto de promoção de workshops e exposições que permitem às pessoas com experiências prévias de comportamentos suicidas utilizar a arte como forma de expressão**, trabalhar em conjunto e apresentar os seus trabalhos em exposições, aumentando a consciencialização do suicídio e dando voz e expressão a quem já viveu experiências de pensamentos e comportamentos suicidas²¹.



Na Ucrânia, num contexto de guerra em curso, o IMC organizou uma campanha de sensibilização sobre comportamentos autolesivos e prevenção do suicídio com adolescentes e jovens. A equipa de SMAPS formou agentes comunitários, que realizaram sessões de sensibilização sobre comportamentos autolesivos e prevenção do suicídio ao nível da comunidade. Os folhetos informativos focaram-se em explicar como reconhecer se uma pessoa pode ter intenções suicidas, como comunicar de forma adequada e como encontrar apoio de SMAPS, e incluíam números de telefone de linhas de crise nacionais. Além disso, **um grupo de teatro juvenil amador de uma aldeia na área próxima da linha de contacto ofereceu peças teatrais a adolescentes e jovens em diferentes locais, para capacitar as pessoas na transmissão de mensagens de esperança a quem precise de ajuda**.

20. Organização Internacional para as Migrações — Sudão do Sul (2020). *Mental Health and Psychosocial Support Quarter 3 report*.

21. Francis A (2015). *Jordan's refugee crisis*. Carnegie Endowment for International Peace.

Viabilizar atividades que promovam a coesão da comunidade e o apoio mútuo



Os fatores de risco de suicídio comuns em contextos humanitários incluem apoio social e relações sociais insuficientes. As pessoas que vivem nestes contextos podem ficar assoberbadas por sentimentos de aflição e desespero, e podem perder o sentido de controlo e desenvolver uma atitude profunda de dependência e letargia. Esta situação pode fomentar muitos problemas sociais, incluindo o suicídio. Os elementos-chave na prevenção do suicídio são a promoção do bem-estar na comunidade e a criação de redes alicerçadas na comunidade, que podem favorecer um ambiente protetor e de apoio, bem como um sentimento de ligação social.

As atividades potenciais que promovem o apoio social, onde as mensagens-chave e a sensibilização podem ser integradas, devem ser co-projetadas com as comunidades e podem incluir:

- A implementação de espaços e centros comunitários seguros, que podem servir como lugares de esperança, de positividade e de ligação social;
- O apoio a iniciativas de base comunitária que reforcem a solidariedade e a coesão social;
- Viabilizar atividades culturais e recreativas com as quais as pessoas estejam familiarizadas, particularmente as que reúnem grupos comunitários de diferentes gerações.

Assegurar que todas as atividades são adequadas à idade e ao género, de forma a garantir espaços comunitários seguros para crianças e adolescentes.



Atividades de SMAPS PSM:

3.3 Divulgar mensagens-chave para promover a saúde mental e o bem-estar psicossocial;

3.4 Apoiar atividades de SMAPS lideradas pela comunidade;

3.5 Providenciar atividades de desenvolvimento na primeira infância (DPI);

3.6 Oferecer atividades de grupo para a saúde mental e bem-estar psicossocial das crianças;

3.7 Apoiar cuidadores para que promovam a saúde mental e o bem-estar psicossocial de crianças e adolescentes;

3.9 Garantir o apoio em Saúde Mental e Apoio Psicossocial através de espaços seguros para mulheres e meninas.

Atenção: assegure-se de que tem capacidade para satisfazer a procura de serviços e de apoio



Ao fomentar a consciencialização a respeito da saúde mental, é provável que se verifique um **aumento da procura de serviços** e de apoio. Isto significa que, a par dos esforços de sensibilização, a equipa deve estar preparada para responder ao aumento da procura ou ser capaz de **encaminhar para serviços e apoio adequados**.

Principais recursos e orientação: consciencialização e advocacia

LIVE LIFE

Organização Mundial de Saúde (2021). [LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries](#).



O Pacote de Serviços Mínimos de Saúde Mental e Apoio Psicossocial (em inglês). [Atividades do PSM 3.1 Orientar atores humanitários e membros da comunidade sobre SMAPS e advogar considerações e ações de SMAPS; 3.3 Divulgar mensagens-chave para promover a saúde mental e o bem-estar psicossocial](#).

OMS (2021). Dia Mundial da Saúde Mental 2021. Mensagem-Chave sobre o suicídio.

Organização Mundial de Saúde (2019). [World suicide prevention day 2019 – 40 seconds of action](#).

Organização Mundial de Saúde (2014). [Preventing suicide: A global imperative](#).

Organização Mundial de Saúde (s.d). [Preventing suicide: Information for journalists and others writing about suicide](#).

[Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio](#).

Organização Mundial de Saúde (s.d). [Suicide Prevention](#).

Envolvimento dos jovens e advocacia liderada por jovens: [Fundo das Nações Unidas para a Infância \(2020\). Adolescent Mental Health Matters](#).

Fundo das Nações Unidas para a Infância Reino Unido (2019). [Youth Advocacy Toolkit](#).

Exemplo de um vídeo de campanha de sensibilização: Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio (2022). [Dia Mundial de Prevenção de Suicídios: Criando Esperança Através de Ação](#).



IASC (2007). [Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias. Planos de ação 8.1, 8.2](#).



2.2. Vigilância, monitorização e avaliação

Porquê?

Os esforços de **monitorização e avaliação** avaliam se as atividades de prevenção e resposta têm os resultados pretendidos. É necessária uma avaliação a longo prazo, utilizando uma série de indicadores, para determinar se as mudanças observadas estão relacionadas com as atividades de prevenção (melhor conhecimento, atitudes e práticas do pessoal de saúde/saúde mental, aumento do número de pessoas que utilizam serviços de apoio) e podem ajudar a otimizar a programação.

Como?

Está disponível uma lista abrangente de indicadores concebidos para contextos de emergência no *LIVE LIFE implementation guide*²² da OMS e no *Monitoring and Evaluation Framework for MHPSS*²³ do Comité Permanente Interagências.

Utilizar os dados relevantes de forma responsável

Os dados recolhidos devem ser utilizados principalmente para informar o desenvolvimento das atividades do programa e para destacar quaisquer impactos negativos dos fatores de *stress* contextuais no bem-estar da comunidade, ou para advogar a expansão da prevenção e dos recursos de resposta. As necessidades, riscos e implicações éticas devem ser cuidadosamente consideradas antes de se aprovar a utilização dos dados recolhidos para comunicações externas, incluindo relatórios governamentais ou de doadores. Todas as possíveis utilizações dos dados devem ser incluídas nos materiais de consentimento informado, que devem estar disponíveis sob forma escrita e/ou verbal na língua da população afetada, conforme o caso.



As lições aprendidas através de programas M&E devem ser partilhadas (através de GTTs de SMAPS, com atores nacionais), para impulsionar outros esforços de prevenção do suicídio.

Riscos e segurança da recolha de dados

A conceção dos sistemas de vigilância deve considerar a utilidade e a necessidade de todos os dados recolhidos, bem como o **risco inerente** para toda a comunidade afetada, em particular para aqueles que possam sofrer adversidades como resultado da recolha de dados (sobreviventes de VbG, pessoas idosas, crianças e jovens). Além disso, o **contexto legal do suicídio** no país deve ser considerado, para que os dados recolhidos sejam desidentificados/anonimizados e não-rastreáveis, de forma a evitar a criminalização dos sobreviventes. Só devem ser recolhidos os dados necessários para intervenções específicas de saúde pública, tal como acordado pela comunidade afetada.

Conduzir análises de risco contínuas para avaliar métodos de recolha de dados, métodos de armazenamento e utilização de dados. Os impactos das mudanças e desafios contextuais também devem ser analisados.

Dar prioridade à disponibilização destes dados à comunidade junto da qual são recolhidos. Isto pode ser feito com apresentações comunitárias, emissões de rádio ou outros meios da preferência da própria comunidade.

Ao escolher uma plataforma para armazenamento e manutenção de dados, assegurar que a entidade que arquiva é relativamente estável, confidencial e bem estabelecida nesse contexto. O registo da prática de gestão ética de dados é ainda mais importante do que a capacidade técnica.
Verificar a disponibilidade da agência de acolhimento para manter uma parceria contínua e significativa com a comunidade afetada.

22. Organização Mundial de Saúde (2021). *LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries*.

23. Grupo de Referência do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências (2021). *MHPSS M&E Toolkit, versão 1.0*.

Apoio aos sistemas de vigilância

A **falta de conhecimento adequado sobre suicídio em contextos humanitários** deve-se, em parte, a um déficit a nível de vigilância de dados e sistemas de registo de suicídio e comportamentos autolesivos. A informação recolhida pelas atividades de vigilância e monitorização **informa as estratégias de saúde pública e as intervenções orientadas para a conceção e implementação de programas.**

- **A vigilância** pode fornecer informações sobre o âmbito e a gravidade dos comportamentos suicidas, bem como sobre os fatores-chave que os determinam, e pode também clarificar mais o impacto dos fatores de *stress* contextuais na tendência suicida. A vigilância mantém-se **eficaz e apropriada à medida que o contexto evolui**, e a comunidade afetada e os principais *stakeholders* mantêm-se confortáveis e aceitam as práticas de recolha e armazenamento de dados.

Vigilância: o que registar

- Dados sobre o **número de suicídios e comportamentos autolesivos** (desagregados, no mínimo, por género, idade e método).
- **Ações tomadas** (referenciação para serviços de SMAPS e intervenção utilizada pelas famílias ou membros da comunidade, fatores causais identificados, tais como fatores de *stress* interpessoais ou contextuais, consciência da família, e outros sobre a gravidade do risco e ponto de contacto inicial do serviço).

Vigilância: fontes de informação

- Rever os **sistemas existentes** de recolha de dados de rotina, tais como sistemas de registo civil e estatísticas vitais (CRVS, na sigla em inglês) e registos das instalações de cuidados de saúde e da polícia.
- Considerar modelar ou integrar um sistema de vigilância num sistema funcional existente:
 - estratégias nacionais de prevenção do suicídio, incluindo monitorização e vigilância dos riscos (preferencial quando a integração da estratégia nacional não aumenta o risco a nível da comunidade afetada);
 - sistemas de recolha de dados locais em uso (programação a nível de agência, GBVIMS, Sistema de Informação Sanitária do ACNUR — Registo de Mortalidade e Orientações da Esfera, 2.4 Modelo de formulário de relatório de vigilância do Sistema de Informação de Gestão Sanitária (HMIS, na sigla em inglês) de rotina²⁴).
- Estabelecer parcerias com uma **série de atores humanitários e comunitários** com maior probabilidade de ter um conhecimento único dos sistemas de recolha de dados existentes, riscos associados à recolha de dados sensíveis no contexto, e onde recolher dados sobre suicídio e comportamentos autolesivos. Esta situação varia de acordo com a cultura e o contexto, e deverá ser avaliada de forma independente em cada contexto específico. Estes parceiros podem incluir atores em papéis relacionados com a saúde mental e outros (os responsáveis por funerais, registos de nascimento e morte, certas atividades comunitárias, etc.). Os atores comunitários podem incluir líderes religiosos e comunitários, parteiras e outros.
- **Sensibilizar** a equipa para o uso da vigilância, considerando uma possível hesitação, ou estigma social, relacionada com a comunicação e registo de suicídio e comportamento autolesivo.



24. Sphere (2018). *O Manual Sphere: Carta Humanitária e Normas Mínimas para Resposta Humanitária*.



Exemplos de campo



Desenvolvimento de um Sistema de Gestão de Informação no Bangladeche

Em Cox's Bazar, no Bangladeche, os muçulmanos rohingya que fugiram do Mianmar vivem em campos de refugiados desde 2017²⁵. Foi desenvolvido um Sistema de Gestão de Informação de Risco de Suicídio Humanitário (HSR-IMS, na sigla em inglês) pelo Subgrupo Intersetorial de Prevenção do Suicídio, Resposta aos Refugiados Rohingya. Foi informado por diretrizes globais para registos de mortalidade e morbidade e moldado conforme a estrutura GBVIMS²⁶. **O HSR-IMS recolhe dados sobre ideação, tentativas de suicídio e mortes por suicídio, utilizando o software existente de recolha de dados KoBo Toolbox**²⁷. A recolha de dados é estruturada por meio de agências signatárias, que concordam com a recolha regular e responsável de dados. A informação recolhida cruza dados sobre comportamentos suicidas, para revelar mais sobre o âmbito, gravidade e prevalência de comportamentos suicidas nessa comunidade. O HSR-IMS será liderado pelo Subgrupo de Prevenção Intersetorial de Suicídios do Grupo de Trabalho de SMAPS, com contributos das agências signatárias.

Principais recursos e orientação: monitorização e avaliação



LIVE LIFE

Organização Mundial de Saúde (2021). [LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries.](#)



O Pacote de Serviços Mínimos de Saúde Mental e Apoio Psicossocial (em inglês). [Atividade do PSM 2.2 Desenvolver e implementar um sistema de monitorização e avaliação \(M&E\).](#)

Organização Mundial de Saúde (2018). [Preventing suicide: a community engagement toolkit. Capítulos 1-3, 5-6, pp. 1-30, 35-43.](#)



IASC (2007). [Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias. Plano de ação 2.2](#)

25. Ação Contra a Fome (2021). [Rohingya crisis: Challenges in Cox's Bazar continue.](#)

26. GBVIMS (2021). [Sistema de Gestão de Informação sobre Violência Baseada no Género. Formulários de Admissão e Consentimento \(em inglês\).](#)

27. Conjunto de ferramentas — KoBo Toolbox. [Ferramentas simples, robustas e poderosas para a recolha de dados.](#)



Principais recursos e orientações: vigilância

LIVE LIFE Organização Mundial de Saúde (2021). [LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries.](#)

Organização Mundial de Saúde (2021). [Preventing suicide: a resource for suicide case registration.](#)

Organização Mundial de Saúde (2014). [Preventing suicide: A resource for non-fatal suicidal behaviour case registration, pp. 6-21.](#)

Organização Mundial de Saúde (2016). [Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm. Capítulos 2-5, pp. 13-56.](#)

Organização Mundial de Saúde (2018). [Preventing suicide: a community engagement toolkit. Capítulos 1-3, 5-6, pp. 1-30, 35-43.](#)

Exemplos ilustrativos de vigilância, monitorização ou avaliação

Cwik MF, Barlow A, Goklish N et al. (2014). [Community-based surveillance and case management for suicide prevention: An American Indian tribally initiated system. American Journal of Public Health. 104\(SUPPL. 3\):18-23.](#)

Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D et al. (2008). [Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: A randomized controlled trial in five countries. Bull World Health Organization. 86\(9\):703-709.](#)

Haroz EE, Decker E, Lee C (2018). [Evidence for suicide prevention and response programs with refugees: A systematic review and recommendations.](#)

Vijayakumar L, Pathare S, Jain N et al. (2020). [Implementation of a comprehensive surveillance system for recording suicides and attempted suicides in rural India. BMJ Open. 2020;10\(11\):1-9.](#)

2.3. Cuidado e bem-estar dos colaboradores e dos voluntários

Porquê?

Em contextos de crise humanitária, o bem-estar da equipa e dos voluntários é especialmente importante, uma vez que afeta a capacidade de desempenharem os seus papéis e de apoiarem as populações afetadas. No seio da equipa ou das populações afetadas, um incidente de suicídio provoca, com frequência, reações emocionais fortes, sendo crucial o apoio inicial.

As **equipas e os voluntários** que prestam serviços e apoio em **condições extremamente stressantes e desafiantes** (resposta a emergências agudas, prestação de cuidados durante surtos de doenças infecciosas) podem, também, correr um risco mais elevado de suicídio. Considere a importância de prestar os cuidados e o apoio adequados à equipa.

Como?

Uma componente importante do bem-estar da equipa e dos voluntários é garantir que medidas de prevenção do suicídio, seguras e de qualidade, estão em vigor **antes de qualquer incidente**.

Estas medidas incluem proporcionar um **ambiente seguro**, onde a equipa é encorajada a aceder a serviços de SMAPS **confidenciais**, proporcionar o acesso a **recursos e ferramentas** que promovam estratégias de *coping* positivas e bem-estar, assegurar **condições de trabalho** adequadas e de apoio, levar a cabo supervisão e *check-ins* regulares, e encorajar uma **rede** ou grupo de apoio de pares. Inclui ainda a **redução do acesso a meios** nos locais de trabalho (a medicamentos ou veneno, instalação de barreiras nos telhados; ver também secção 3.1).



Principais recursos e orientação: cuidados e bem-estar da equipa e dos voluntários



IAASC

O Pacote de Serviços Mínimos de Saúde Mental e Apoio Psicossocial (em inglês). [Atividade do PSM 2.3 Cuidados à equipa e aos voluntários que prestam serviços de SMAPS.](#)

IAASC (2007). [Diretrizes do IAASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias. Plano de ação 4.4.](#)



2.4. Competências dos colaboradores e dos voluntários

Porquê?

O suicídio é um tema complexo e delicado, e aqueles que trabalham na prevenção e na resposta ao suicídio podem ter crenças culturais e contextuais particulares que afetam a sua perspetiva sobre o suicídio. Além disso, a equipa pode estar sob níveis elevados de *stress* psicológico ao apoiar indivíduos que necessitam de ajuda urgente. Por conseguinte, é importante que a equipa receba apoio, para que possa ser competente na ajuda aos indivíduos em risco.

Como?

Antes da implementação de um programa, assegure-se de que a equipa e os voluntários obtêm orientação e formação.

A equipa e os voluntários devem obter apoio a nível de:



♦ **Utilização de linguagem apropriada** (ver Caixa 1 sobre considerações de linguagem);



♦ Proteção da **confidencialidade**, limites à confidencialidade e segurança (ver secção 1.1 sobre a análise situacional);



♦ **Avaliação do risco** de comportamentos autolesivos ou de suicídio, incluindo sinais de alerta relacionados com riscos iminentes, integrando fatores de risco a nível individual, fatores relacionais, fatores de risco comunitários e fatores de risco a nível da sociedade e de saúde, bem como fatores de risco específicos dos jovens (ver exemplo do ENACT abaixo);



♦ Avaliação dos fatores de proteção que podem reduzir os riscos iminentes ou a curto prazo de comportamentos autolesivos e de suicídio;



♦ Como prestar o **apoio básico** a quem tem pensamentos suicidas ou está de luto devido a um suicídio (ver secção 3.4), incluindo ser empático, não julgar, validar, utilizar competências psicossociais básicas e implementar os princípios da não-discriminação e da inclusão, a participação das crianças e o interesse superior da criança, reforçar a segurança, a dignidade e os direitos das pessoas, evitando expô-las a mais danos, assegurando o seu acesso a uma assistência imparcial, de acordo com as suas necessidades e sem discriminação, e reforçar a resiliência das crianças na ação humanitária;



♦ Quais os **serviços e apoios disponíveis e como encaminhar para os serviços de saúde mental** (informações de contacto dos profissionais, vias de referência, procedimentos harmonizados e colaborativos e acesso seguro) e para outros serviços e apoios necessários (apoio financeiro, serviços de proteção);



♦ As vias de referência devem ser acordadas e comunicadas aos **GTTs de SMAPS** e a outros grupos de coordenação relevantes (por exemplo, educação, Proteção da Criança e Área de Responsabilidade de VbG) e fazer parte do **mapeamento** (os 4Ws) e dos **diretórios de serviços** (ver também secção 1.1).

Uma forma de apoiar a equipa a desenvolver as competências acima mencionadas é **formar e avaliar a nível das competências** de ajuda fundamentais, conforme delineado na Plataforma de Garantia de Qualidade no Apoio Psicológico (EQUIP, na sigla em inglês).

A equipa e os voluntários também devem ser capazes de aceder a alguém, com conhecimentos de nível superior, para **apoio regular**, dúvidas e conselhos (um supervisor ou um profissional de saúde mental).



Captura de ecrã da ferramenta Avaliação de Competências EQUIP-ENACT, competência #7: Avaliação e gestão do risco de suicídio e de comportamentos autolesivos

Principais recursos e orientação: competências da equipa e dos voluntários

LIVE LIFE

Organização Mundial de Saúde (2021). [LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries.](#)



O Pacote de Serviços Mínimos de Saúde Mental e Apoio Psicossocial (em inglês). [Atividade PMS 2.4 Apoiar competências de Saúde Mental e Apoio Psicossocial da equipa e dos voluntários.](#)

EQUIP: Ensuring Quality in Psychological Support

A [Plataforma de Garantia da Qualidade no Apoio Psicológico \(EQUIP\)](#) inclui uma ferramenta interativa para averiguar as competências em avaliação de suicídio e de comportamentos autolesivos, assim como um plano de segurança. Na Plataforma EQUIP, a competência ENACT #7 pode ser utilizada para identificar comportamentos potencialmente lesivos, assim como competências básicas e avançadas de ajuda relacionadas com as competências de redução do risco de suicídio. Além disso, a Competência ENACT #3 pode ser utilizada para avaliar o respeito pela confidencialidade, bem como para discutir quando a confidencialidade poderá ter de ser quebrada no contexto da redução do risco de suicídio. Nas secções ENACT-Remote, a confidencialidade e as competências de avaliação e apoio em contextos de suicídio são adaptadas à prestação de serviços psicossociais à distância (comunicação por voz ou vídeo).



O [EQUIP Foundational Helping Skills \(FHS\) Training Manual](#), Módulo #8, contém material de formação sobre competências de redução do risco de suicídio, incluindo avaliação de suicídio e outros riscos de danos e o desenvolvimento de um plano de segurança. O módulo #3 inclui formação sobre confidencialidade, incluindo quando e como debater os casos em que não é possível assegurar a confidencialidade no contexto da redução do risco de suicídio de emergência.

[EQUIPAMENTO Remoto inclui um curso sobre «Avaliação Remota e Apoio a Pessoas com Comportamentos Suicidas».](#) Isto inclui: Módulo 1: Preparação para avaliação remota de comportamentos suicidas; Módulo 2: Avaliação remota de comportamentos suicidas; Módulo 3: Responder a comportamentos suicidas e abordar obstáculos à prestação de apoio à distância.

Centro de Referência de Apoio Psicossocial da FICV (2021). [Suicide Prevention.](#)



IASC (2007). [Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias. Plano de ação 4.1-4.4.](#)



3.

Lista de atividades-chave
para programas eficazes
de prevenção de suicídio e
de intervenção

3.1. Reduzir o acesso a métodos de suicídio

Porquê?

A redução do acesso a meios de suicídio é uma das **formas mais significativas e universais, baseadas em evidências e eficazes** de prevenir o suicídio. Concluiu-se que a restrição do acesso a meios reduz o número de suicídios relacionados com esses meios, e também reduz as taxas globais de suicídio de alguns países (uma vez que pode haver alternativas menos letais). A ideação e o comportamento suicida podem ser impulsivos, e a maioria das pessoas que se envolve em comportamentos suicidas mostram-se ambivalentes quanto a querer viver ou morrer — outra razão pela qual tornar os meios letais menos acessíveis é fundamental.

Como?

Os **métodos** de suicídio e as tentativas de suicídio variam de acordo com o contexto humanitário e refletem o que se encontra acessível. Geralmente, os métodos mais comuns de suicídio são o enforcamento, as armas de fogo e o autoenvenenamento com pesticidas²⁸.

A efetiva **restrição dos meios** em contextos humanitários deve concentrar-se nos métodos que:

- Causam mais mortes e/ou são os meios mais letais
- São os mais utilizados (ver secção 1.2 sobre análise situacional).

- **Identificar e envolver os principais atores/stakeholders humanitários e comunitários, para uma consulta colaborativa sobre ações comunitárias exequíveis, que visem restringir ou reduzir o acesso aos meios mais letais e comuns de suicídio.**
- **Restringir o acesso aos meios utilizados em contexto humanitário, tais como:**
 - › restringir o acesso da comunidade a armas de fogo²⁹
 - › restringir o acesso a pesticidas de elevada perigosidade
 - › instalar barreiras em potenciais locais de salto
 - › modificar pontos de contacto em ambientes institucionais ou prisões
 - › restringir a prescrição de medicamentos de alta toxicidade
 - › remover artigos letais das casas de indivíduos em risco (facas, lâminas de barbear, querosene, pesticidas, cordas).
- **Restringir a disponibilidade dos meios utilizados em contexto humanitário, por exemplo:**
 - › limitar a quantidade de venda individual de medicamentos tóxicos e outras substâncias venenosas, tais como pesticidas³⁰
 - › limitar a quantidade de medicamentos psicotrópicos prescritos a indivíduos em risco, e/ou nomear outro indivíduo para supervisionar os medicamentos e administrá-los de acordo com as instruções.



28. Organização Mundial de Saúde (2021). *LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries.*

29. Lubin G, Werbeloff N, Halperin D, Shmushkevitch M, Weiser M, Knobler HY (2010). *Diminuição das taxas de suicídio após uma mudança de política que reduz o acesso às armas de fogo nos adolescentes: um estudo naturalista epidemiológico.* *Suicide Life Threat Behavior.* 40(5):421-424.

30. Knipe DW, Chang SS, Dawson A et al. (2017). *Suicide prevention through means restriction: Impact of the 2008–2011 pesticide restrictions on suicide in Sri Lanka.* *PLoS One.* 12(3):0172893.



Exemplos de campo



No Iraque, o Gabinete de Saúde Mental do Ministério da Saúde iniciou um estudo nacional sobre o suicídio (2015–2016), em colaboração com investigadores internacionais. **O Ministério do Interior encarregou a equipa da polícia de preencher formulários relativos a mortes individuais nas suas jurisdições que tinham sido consideradas suicídio e de acompanhar as famílias nos casos em que existiam dados em falta.** Os resultados foram utilizados para identificar as taxas de suicídio da população e da subpopulação (idade e género), os métodos mais comuns e o perfil médico, de saúde mental, suicídio e fatores precipitantes relacionados com mortes por suicídio; foram também identificados grupos de risco. As lições aprendidas contribuíram para o planeamento de um registo nacional de suicídios. O estudo indicou a necessidade de implementar a restrição de acesso a armas de fogo e querosene (relacionados com autoimolação) em futuras medidas de prevenção de suicídio.

Recursos-chave



LIVE LIFE

Organização Mundial de Saúde (2021). [LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries. Part B: Key Effective Interventions for Suicide Prevention: Limit access to the means of suicide, pp. 58–63.](#)



O Pacote de Serviços Mínimos de Saúde Mental e Apoio Psicossocial (em inglês). [Atividade do PSM 2 3.1 Orientar agentes humanitários e membros da comunidade sobre a SMAPS e promover reflexões e ações sobre SMAPS.](#)

Organização Mundial de Saúde (2012). [Public health action for the prevention of suicide: A framework.](#)

3.2. Garantir uma comunicação e uma cobertura mediática responsáveis

Porquê?

Os meios de comunicação social desempenham um papel fundamental na influência da opinião pública, pelo que podem ser úteis na prevenção do suicídio, mas também podem contribuir para o aumento do seu risco. Tem sido demonstrado que a cobertura repetida e romantizada de casos mediáticos, com descrições detalhadas sobre os métodos de suicídio, **umenta o risco de comportamentos suicidas**³¹. As descrições fictícias de suicídios, que não representam com precisão a realidade, são igualmente problemáticas.

Como?

Os meios de comunicação social podem **alcançar um grande número de pessoas** em simultâneo e podem chegar a grupos específicos de pessoas, dependendo do meio de comunicação social utilizado (canais de comunicação social ou emissões de rádio a que as comunidades afetadas tenham acesso). Os meios de comunicação social podem **reforçar a prevenção do suicídio** transmitindo mensagens-chave e mensagens de esperança, aumentando a sensibilização (ver secção 2.1) e fazendo uma cobertura do tema com sensibilidade e precisão.

Para efetuar a cobertura do tema do suicídio com sensibilidade e relevância, são recomendadas as seguintes ações:

- **Identificar os principais stakeholders e os agentes-chave** do contexto humanitário, dos meios de comunicação social e do governo, para colaboração e envolvimento (ver secção 1.1), incluindo organizações nacionais, regionais ou locais de meios de comunicação social, reguladores e empresas de comunicação social.
- Determinar a **área de atuação dos meios de comunicação social**, tais como o jornalismo, entretenimento ou redes sociais, e **promover com estes o desenvolvimento conjunto de mensagens-chave**.
- Interagir com os meios de comunicação social de forma pró-ativa, e não apenas em resposta a reportagens sensacionalistas ou perigosas.
- Considerar **momentos estrategicamente importantes para comunicar**: por exemplo, a formação pode fazer parte da integração de novos profissionais e os eventos mediáticos podem ser planeados para dias específicos (ver secção 2.1).
- As conversas em torno da **comunicação sensacionalista** do suicídio não devem ser punitivas, nem adotar uma perspetiva de julgamento; em vez disso, devem ser colaborativas e baseadas na responsabilidade partilhada de uma comunicação ética e responsável e no impacto positivo que esta pode ter na prevenção do suicídio.

Exemplos de campo

No Bangladeche, o Subgrupo Intersetorial de Prevenção do Suicídio organizou uma formação virtual, de meio dia, sobre «Reportagem e Prevenção de Suicídios para Jornalistas e Profissionais de Comunicação Social». Com a orientação de um especialista nacional em prevenção de suicídio, verificou-se que, a nível nacional, as práticas de informação sobre suicídio raramente tiveram em atenção as diretrizes para boas práticas da OMS. **O conteúdo da formação foi desenvolvido em parceria com membros do Subgrupo, com o objetivo de contextualizar e disseminar estas diretrizes a nível nacional.** Os convites para formação foram divulgados através de redes, tanto profissionais como académicas, de profissionais dos meios de comunicação do Bangladeche, incluindo os envolvidos na resposta humanitária dos rohingya. Esta iniciativa facilitou a ligação entre os profissionais dos meios de comunicação social nacionais, psiquiatras, académicos e a resposta humanitária em Cox's Bazar, e **encorajou o acompanhamento e a advocacia por jornalistas no seio das suas próprias redes, incluindo em programas de formação profissional.**

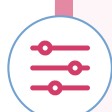


31. Organização Mundial de Saúde (2017). *Preventing suicide: A resource for media professionals*.

Desenvolver estratégias para promoção de comunicações responsáveis



- ◇ Construir **relações positivas com os stakeholders dos meios de comunicação social**, por exemplo, envolvê-los ativamente em ações de sensibilização pode ajudar a estabelecer uma relação de maior receptividade aquando da preparação de formações ou no desenvolvimento de políticas.
- ◇ Chegar a um acordo sobre a utilização e adaptação dos recursos existentes ou do desenvolvimento de novas **políticas e orientações sobre a comunicação responsável**.
- ◇ Se existirem orientações, políticas e formação, assegurar que estão **atualizadas** e que atendem às melhores práticas, baseadas nas evidências mais recentes.
- ◇ Desenvolver um **kit de informação para a imprensa**, que forneça recursos aos meios de comunicação social ou o contacto de especialistas em prevenção de suicídio, para que possam recorrer aos mesmos ao fazer a cobertura de uma história sobre o suicídio.
- ◇ Para as **redes sociais**, considerar destacar vias de referência, de informação sobre como aceder a serviços de saúde mental e a outros recursos que sejam específicos para a população de determinado contexto humanitário.
- ◇ Chegar a um acordo sobre **mecanismos de responsabilização** para monitorização e gestão de comunicações problemáticas.
- ◇ Desenvolver sistemas para reconhecer e **destacar as boas práticas** ou para nomeação de meios de comunicação para os prémios de excelência existentes.




- Desenvolver e colaborar na **formação de profissionais e estudantes de comunicação social, gabinetes de comunicação de ONGs** e outros *stakeholders* importantes para a implementação da brochura de recursos da OMS para profissionais de comunicação social³². Há que ter em mente que quem está nos meios de comunicação social pode sofrer o impacto de histórias de suicídio ou poderá ser pessoalmente afetado por elas.
- **Monitorizar e avaliar todas as atividades** (ver secção 2.2). Os indicadores podem incluir mudanças ao nível das reportagens sensacionalistas dos meios de comunicação social ou no número de exemplos de reportagens responsáveis. Planear a divulgação de resultados-chave, de forma a encorajar uma aceitação mais ampla das iniciativas ou para servir de ensinamento a outros profissionais. Ferramentas de avaliação de reportagens sobre suicídio nos meios de comunicação social podem ajudar a monitorizar a adesão a diretrizes de reportagem segura dentro de um determinado setor ou meio de comunicação social³³.

Principais recursos e orientação: garantir uma comunicação e uma cobertura mediática responsáveis



LIVE LIFE Organização Mundial de Saúde (2021). [LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries.](#)

 O Pacote de Serviços Mínimos de Saúde Mental e Apoio Psicossocial (em inglês). [Atividade do PSM 3.1 Orientar agentes humanitários e membros da comunidade sobre a SMAPS e promover reflexões e ações sobre SMAPS.](#)

Organização Mundial de Saúde (2019). [Preventing suicide: A resource for filmmakers and others working on stage and screen.](#)

Everymind (2020). [Mindframe for media professionals.](#)

Organização Mundial de Saúde (2017). [Preventing suicide: A resource for media professionals.](#)

Centro de Recursos para a Prevenção de Suicídio (2013). [Responding to a cry for help: Best practices for online technologies.](#)

Reporting on Suicide (s.d.). [Best Practice and Recommendations for Reporting on Suicide.](#)

República do Líbano, Ministério da Saúde Pública (2019). [Practical guide for media professionals on the coverage of mental health and substance use.](#)

32. Organização Mundial de Saúde (2017). [Preventing suicide: A resource for medical professionals.](#)

33. Sorenson CC et al. (2022). [The Tool for Evaluating Media Portrayals of Suicide \(TEMPOS\): Development and Application of a Novel Rating Scale to Reduce Suicide Contagion. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19\(5\), 2994.](#)

3.3. Capacitar profissionais da linha de frente e gatekeepers

Porquê?

De forma a identificar situações de risco de suicídio e encaminhar para os serviços apropriados, é fundamental que os profissionais da linha da frente de vários setores (saúde, educação e serviço social), assim como os *gatekeepers* da comunidade, recebam formação para uma **identificação** segura dos indivíduos em risco de suicídio, para lhes fornecer ou mobilizar **apoio** e para providenciar a sua **referenciação** e acompanhamento³⁴.

Como?

Os futuros profissionais da linha da frente e os *gatekeepers* podem ser **selecionados estrategicamente** dentro do contexto humanitário, tais como os que trabalham em **áreas geográficas de alto risco** ou aqueles que são capazes de desenvolver competências em áreas rurais ou de difícil acesso.

Os profissionais da linha da frente e os *gatekeepers* podem incluir:

- **Profissionais de saúde** (tais como profissionais de emergência médica, clínicos gerais, enfermeiros, profissionais de saúde comunitária ou de serviço social), especialmente os que trabalham em unidades com maior probabilidade de contacto com indivíduos em risco, tais como os que lidam com perturbações relacionadas com consumo de substâncias, dores crónicas ou doenças crónicas;
- **profissionais de outros setores e outros *gatekeepers* comunitários**, tais como trabalhadores de serviços de emergência (polícias, bombeiros, técnicos de ambulância ou de linhas de emergência); profissionais do setor da educação (professores); profissionais que providenciam a proteção de crianças e os serviços de proteção contra a VbG; e fornecedores de bens essenciais/de subsistência;
- ***Gatekeepers* comunitários** (pessoas com probabilidade de contacto com indivíduos em risco) ou pessoas com influência junto da comunidade (líderes comunitários, líderes, incluindo jovens adultos, trabalhadores dos transportes públicos, cabeleireiros, taxistas, líderes religiosos).

A formação deve incluir:

- ◆ O conhecimento das **atitudes** culturais e tradicionais que influenciam a identificação e o cuidado de pessoas em **risco**, bem como fatores de risco e de **proteção**;
- ◆ A consciência dos **grupos que podem estar especialmente em risco**, dependendo do contexto humanitário específico e do papel do profissional (minorias sexuais e de género, refugiados e requerentes de asilo, sobreviventes de VbG, militares no ativo ou na reserva, adolescentes grávidas);
- ◆ Assegurar que a informação e os serviços são **acessíveis e inclusivos** para os diferentes grupos da população afetada;
- ◆ A tomada de consciência das **manifestações mais comuns** de comportamentos autolesivos/suicídio, com o objetivo de identificar indivíduos em situação de risco;
- ◆ Competências básicas de **avaliação e gestão** de risco, incluindo em situações de crise (como fazer perguntas sobre comportamentos autolesivos; reconhecer lesões autoinfligidas ou intoxicações voluntárias);
- ◆ Apoio **psicossocial básico** (isto é, aplicar princípios Psicológicos e Primeiros Socorros, proporcionar psicoeducação sobre suicídio; mobilizar recursos familiares e comunitários de apoio social; apoiar pessoas que estão de luto por situações de suicídio);
- ◆ **Encaminhamento** para cuidados de saúde mental (não-especialistas que tenham formação em prevenção de suicídio e na prestação de intervenções adequadas utilizando o mhGAP-HIG da OMS (ver secção 3.5) ou outros serviços necessários), incluindo vias de encaminhamento e formulários e procedimentos de encaminhamento relevantes (consentimento e partilha de informação);
- ◆ **acompanhamento** continuado;

A capacitação deve ser **contínua e sustentável**. Os modelos que promovem a sustentabilidade são o modelo de formação de formadores, o apoio e a supervisão contínuos e a planificação de formações de atualização.

34. Vijayakumar L, Mohanraj R, Kumar S, Jeyaseelan V, Sriram S, Shanmugam M (2017). *CASP – An intervention by community volunteers to reduce suicidal behaviour among refugees. The International Journal of Social Psychiatry, 63(7), 589-597.*

Reduzir o risco entre os requerentes de asilo e os refugiados



Os fatores que contribuem para o **risco de suicídio entre os requerentes de asilo e os refugiados** incluem as condições de saúde mental (depressão comórbida ou PSPT, consumo abusivo de álcool), ter chegado recentemente a um país de acolhimento (nos últimos seis meses), ameaça percebida de rejeição do pedido de asilo e rejeição do mesmo após um longo período de espera³⁵. As pessoas detidas também se podem encontrar em risco acrescido de suicídio e de ideação suicida³⁶.

É fundamental **reforçar a capacidade da equipa que trabalha com os requerentes de asilo e com os refugiados**, assim como assegurar a prestação de apoio e as intervenções junto destes, particularmente em determinados momentos (no momento da chegada, durante o tempo de espera e no momento da decisão de asilo, aquando do realojamento ou do repatriamento).

Devem promover-se **fatores de proteção**, que incluem a educação precoce sobre o idioma e a cultura do país de acolhimento; a provisão precoce de atividades económicas e educativas; a garantia de comunicação e a ligação a redes de apoio social; e o envolvimento da comunidade e dos meios de comunicação social na criação de um ambiente acolhedor e de apoio para os requerentes de asilo e os refugiados.

Responder às necessidades dos sobreviventes da violência baseada no género (VbG)

Os sobreviventes de VbG (incluindo os sobreviventes da VPI) apresentam um **risco acrescido de ideação suicida ou de morte** por suicídio. Algumas estimativas indicam que um terço das mulheres que morrem por suicídio já vivenciaram situações de VPI³⁷. Os sobreviventes de VPI são especialmente vulneráveis ao risco de morte por suicídio, e este risco tem vindo a aumentar para os sobreviventes que experimentaram padrões de **comportamento coercivo e de controlo e VPI de alto risco** (estrangulamento não fatal e uso de armas³⁸). Estes riscos são agravados quando ocorre uma separação, tal como acontece com o homicídio de parceiros íntimos³⁹.

É importante que os **gatekeepers tenham formação para apoiarem, de forma solidária e centrada no sobrevivente, os sobreviventes de VbG** que expressem pensamentos ou intenção suicida, e para os encaminharem para respostas especializadas em violência de género. É crucial que quem presta assistência e apoio aos sobreviventes de VbG receba formação em identificação, apoio básico e referência (pessoas que trabalham nos serviços de gestão de casos da VbG, em casas de abrigo de mulheres e meninas ou profissionais de saúde com formação em gestão clínica de violações).



Recursos relevantes para dar resposta a situações de ideação suicida no contexto da resposta de VbG:

Comité de Direção do Sistema de Gestão da Informação sobre Violência Baseada no Género (GBVIMS, na sigla em inglês) (2017). [Interagency Gender-Based Violence Case Management Guidelines. Responding to suicide risks in a survivor centered manner and safety planning. See pages 70-74 for suicide risk assessment, Annex Part VI for Suicide Safety.](#)

[Como apoiar os sobreviventes da violência baseada no género quando um agente de VbG não está disponível na sua área — Guia de Bolso.](#)

GBV AoR (2020). [Normas Mínimas Interagências para a Programação sobre Violência Baseada no Género em Emergência.](#)

GBV AoR, UNFPA (2021). [Orientações sobre COVID-19 para Serviços de Violência Baseada no Género à Distância com Foco na Gestão de Casos por Telefone e Linhas de Atendimento Telefónico. Ver secção IV: Remote services guidance for engaging with suicidal clients on a GBV hotline call.](#)



35. Wasserman D (2017). *Suicide risk in refugees and asylum seekers. European Psychiatry, 41(S1), S35-S36.*

36. Gargiulo A, Tessitore F, Le Grottaglie F, Margherita G (2021). *Self-harming behaviours of asylum seekers and refugees in Europe: A systematic review. Int J Psychol. 56(2):189-98.*

37. Walby S. (2004). *The Cost of Domestic Violence. Londres: Women and Equality Unit (DTI).*

38. Aitken R and Munro V (2018). *Domestic abuse and suicide: exploring the links with Refuge's client base and work force. Londres: University of Warwick, School of Law: Refuge.*

39. Vulnerability Knowledge and Practice Programme (VKPP) (2021). *Domestic Homicides and Suspected Victim Suicides During the Covid-19 Pandemic 2020-2021.*

Estabelecimento de uma linha de apoio a situações de crise



As linhas de apoio a situações de crise podem contribuir para o alívio do sofrimento vivenciado pelas pessoas e, ao reduzir a intensidade destes sentimentos, poderá permitir a resolução de problemas e ações práticas a serem ponderadas como resposta a problemas pessoais. Os serviços confidenciais oferecidos pelas linhas de apoio a situações de crise podem apoiar a ultrapassar a barreira do estigma em torno do suicídio e os problemas de saúde mental que podem impedir alguém de procurar ajuda.

As linhas de apoio a situações de crise podem:

- Proporcionar o acesso, 24 horas por dia, a uma equipa especializada em avaliação e intervenção em suicídio;
- Avaliar cuidadosamente o risco de suicídio, prestar apoio, proporcionar referenciação, desenvolver um plano de segurança e acionar a intervenção de emergência, se necessário;
- Estabelecer uma ligação direta com equipas móveis locais de intervenção em crise;
- Evitar visitas desnecessárias aos serviços de emergência;
- Intervir quando um interlocutor não estiver disposto ou não conseguir garantir a sua própria segurança.

Considerações adicionais:

- Ponderar a capacitação para a prevenção do suicídio noutras linhas diretas de crise, tais como VbG e as linhas telefónicas de proteção de crianças.
- As linhas de apoio a situações de crise em contextos humanitários raramente incluem equipas formadas em avaliação e intervenção em situações de suicídio específicas para os jovens. Deve ser dada prioridade à formação das equipas das linhas de assistência focada na infância e na adolescência, e devem ser estabelecidas ligações robustas com os serviços de SMAPS da comunidade.
- Garantir alguns aspetos contextuais, tais como o acesso a telefones (que pode ser limitado a mulheres ou jovens) e possíveis restrições nas redes de telecomunicações.

Recursos relevantes



Linha de Vida Nacional de Prevenção de Suicídios (2021). [Follow-Up Care. A resource for establishing a crisis line and Helpline Checklist.](#)

Área de Responsabilidade de VbG e UNFPA (2021). [COVID-19 Guidance on Remote GBV Services Focusing on Phone-based Case Management and Hotlines. Ver secção IV: How to Engage with a Suicidal Client.](#)

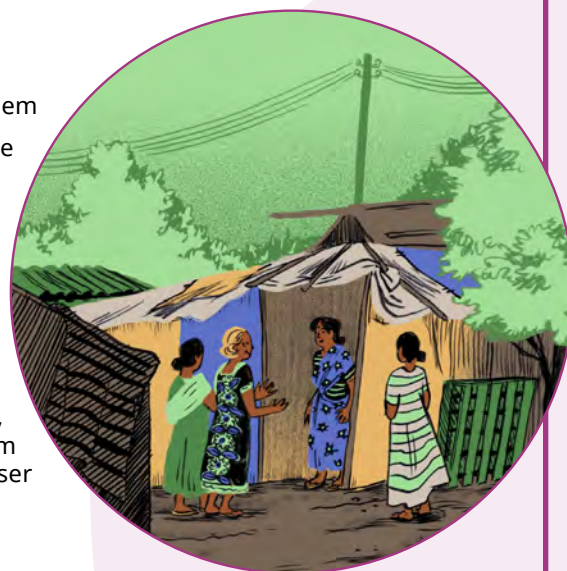


Exemplos de campo



No Uganda, onde vivem 40% dos refugiados sul-sudaneses, o ACNUR, a Agência das Nações Unidas para os Refugiados, constatou que o número de suicídios e de tentativas de suicídio entre os refugiados mais do que duplicou em 2019 em comparação com o ano anterior⁴⁰. Em 2019, com o apoio do ACNUR, a ONG local Organização Psicossocial Transcultural (TPO) do Uganda liderou um programa de prevenção do suicídio que alcançou 9000 refugiados e ugandeses locais no Campo de Refugiados de Bidibidi e arredores. Entre outras estratégias de apoio, ofereceu aconselhamento sobre como gerir pensamentos negativos, pedir ajuda e participar em atividades sociais. **Também foram implementados programas para minimizar o estigma em torno da saúde mental e para formar prestadores de cuidados de saúde e conselheiros comunitários**⁴¹.

Em 2017, foi realizado um estudo entre os **cingaleses** que vivem em campos de refugiados **do sul da Índia**, para avaliar a viabilidade de uma intervenção que utilize a autoajuda comunitária e o apoio social, com o intuito de reduzir o comportamento suicida. A intervenção exigiu o contacto regular e a utilização de cartões de planeamento de segurança (CASP, na sigla em inglês). Os voluntários da comunidade participaram num programa de formação de 20 horas para conduzir avaliações e implementar a intervenção entre os refugiados. **Estes voluntários visitaram indivíduos identificados como sendo de alto risco**, prestaram apoio emocional e colaboraram com eles na criação de cartões de plano de segurança, que enumeravam sinais de alerta e estratégias de *coping*, juntamente com os apoios disponíveis. Os resultados do estudo mostraram que a intervenção poderia ser implementada facilmente e que poderia ser utilizada para reduzir o comportamento suicida entre os refugiados⁴².



No Egito, as organizações de apoio aos refugiados e aos requerentes de asilo estavam preocupadas com o elevado número de tentativas e de mortes por suicídio. As atitudes culturais podem levar a que as famílias e a comunidade ocultem quem está em risco. Após um suicídio, foi frequentemente reconhecido que essa pessoa tinha revelado sinais de depressão ou de desespero, e tinha mesmo chegado a fazer outras tentativas. Depois de debaterem esta questão, as comunidades concordaram que uma maior consciencialização poderia ser útil aos esforços de prevenção. **O Instituto de Serviços Psicossociais e Formação do Cairo (PSTIC, na sigla em inglês) deu formação a profissionais psicossociais refugiados para organizarem workshops de sensibilização nos idiomas locais em locais comunitários**. Os *workshops* incluíram dados sobre suicídio; conversas sobre os motivos do desespero e da perda; e encorajaram debates, recorrendo a questões, para ajudarem os participantes a compreender melhor as atitudes culturais (por exemplo, «Quais são as atitudes da sua comunidade em relação a pessoas que morrem por suicídio?»; «Como é que elas influenciam alguém que tenha pensamentos suicidas e precise de ajuda?»; «Como é que estas atitudes influenciam as famílias e as comunidades quando se ajuda alguém com pensamentos suicidas?»).

Os formandos aprenderam a importância da prevenção e de valorizar os sinais de alerta. Aprenderam a «IR — PERGUNTAR — OUVIR — CUIDAR — ENCORAJAR — ENCAMINHAR — ACOMPANHAR»: IR imediatamente ao encontro da pessoa em risco

e garantir a sua segurança; PERGUNTAR para determinar o risco; OUVIR o que é dito; CUIDAR da pessoa e envolver o sistema social de apoio; ENCORAJAR a pessoa a deixar-se ser ajudada; ENCAMINHAR para profissionais para apoio adicional; e ACOMPANHAR!

40. Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (2020). *Suicides on the rise among South Sudanese refugees in Uganda*.

41. *Ibid.*

42. Vijayakumar L, Mohanraj R, Kumar S, Jeyaseelan V, Sriram S, Shanmugam M (2017). *CASP – An intervention by community volunteers to reduce suicidal behaviour among refugees*. *The International Journal of Social Psychiatry*, 63(7), 589-597.

Principais recursos e orientação: reforço da capacidade dos profissionais da linha de frente e dos gatekeepers



LIVE LIFE

Organização Mundial de Saúde (2021). [LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries. Part A: LIVE LIFE Core Pillars: Capacity-building and Part B: Early identify, assess, manage and follow up anyone who is affected by suicidal behaviours.](#)



O Pacote de Serviços Mínimos de Saúde Mental e Apoio Psicossocial (em inglês). [Atividades do Pacote de Serviços Mínimos 3.2 Orientar profissionais da linha da frente e líderes comunitários para competências básicas de apoio psicossocial; 3.13 Garantir o apoio em SMAPS através de serviços de gestão de proteção de casos.](#)

Organização Pan-Americana da Saúde. [Preventing self-harm/suicide: Empowering primary health care providers.](#)

Centro de Referência de Apoio Psicossocial da FICV (2022). [Pulsar da Humanidade: Movimento de Prevenção do Suicídio da Cruz Vermelha e no Crescente Vermelho \(Podcast\).](#)

Organização Pan-Americana da Saúde (s.d.). [Engaging communities in preventing suicide.](#)



IASC (2007). [Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias. Plano de ação 4.1-4.1.](#)

Exemplos ilustrativos da capacitação para a prevenção de suicídio:

Haroz EE, Decker E, Lee C (2018). [Evidence for suicide prevention and response programs with refugees: A systematic review and recommendations.](#) Genebra: Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados.

Haroz EE, Decker E, Lee C, Bolton P, Spiegel, B, Ventevogel P (2020). [Evidence for suicide prevention strategies with populations in displacement: a systematic review.](#) *Intervention*, 8(1):37-44.

Vijayakumar L, Mohanraj, R, Kumar S, Jeyaseelan V, Sriram S, Shanmugam M. (2017). [CASP – An intervention by community volunteers to reduce suicidal behaviour among refugees.](#) *International Journal of Social Psychiatry*. 63(7):589-597.

3.4. Prestar cuidados de saúde mental como parte integrante dos serviços gerais de saúde

Porquê?

Em contextos humanitários, verifica-se geralmente **uma lacuna considerável de tratamento ao nível da saúde mental**, tendo em conta as necessidades crescentes e a escassez de prestadores de serviços de saúde mental qualificados. As **condições de saúde mental**, como a depressão e o consumo de álcool e drogas, são frequentemente mais prevalentes em contextos humanitários e podem contribuir para o risco de suicídio. Um **sistema de saúde mental** com bom funcionamento, que inclua uma formação adequada da sua equipa, pode contribuir para a prevenção do suicídio⁴³.

Como?

Integrar a prestação de **cuidados de saúde mental nos serviços gerais de saúde**, formando e supervisionando os profissionais para a avaliação, gestão e acompanhamento de situações prioritárias a nível da saúde mental, incluindo o suicídio (ver mhGAP-HIG da OMS/ACNUR ou mhGAP 2.0 da OMS).

Considerar o desenvolvimento de **protocolos de intervenção detalhados** e prestar formação à equipa de saúde e de SMAPS sobre a sua utilização⁴⁴.

Na sequência do contacto com serviços de saúde, após uma tentativa de suicídio, as pessoas podem sentir-se isoladas e encontram-se numa situação de risco agravado de novas tentativas de suicídio. O **acompanhamento sistemático** e imediato é essencial, estando comprovado que reduz o risco de suicídio.

O apoio de **pós-venção** deve estar disponível para pessoas que tentaram o suicídio ou que estão de luto devido a um suicídio⁴⁵.

Abordagem das condições de consumo de substâncias⁴⁶

Especialmente entre os **jovens**, o **consumo de substâncias** como mecanismo de *coping* pode ser precipitado pela exposição a conflitos, catástrofes, abuso/negligência, lesões físicas ou problemas de saúde mental; por ambientes novos e exigentes (campos de refugiados); pela monotonia e pela marginalização; pela perda de recursos (sociais e/ou financeiros); o que pode reforçar os fatores de risco e as vulnerabilidades preexistentes e aumentar o risco de suicídio. O uso nocivo de drogas e álcool pode ser abordado a nível dos **cuidados gerais de saúde** (ver também mhGAP-HIG); as **atividades a nível comunitário** podem promover ambientes livres de álcool e drogas (durante eventos especiais, tais como eventos desportivos juvenis) e introduzir políticas que limitem a venda de bebidas alcoólicas.



Principais recursos e orientação: prestação de cuidados de saúde mental como parte dos serviços gerais de saúde

LIVE LIFE

Organização Mundial de Saúde (2021). [LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries. Part B: LIVE LIFE Key Effective Interventions: Early identify, assess, manage and follow up anyone who is affected by suicidal behaviours.](#)



O Pacote de Serviços Mínimos de Saúde Mental e Apoio Psicossocial (em inglês). [Atividades do Pacote de Serviços Mínimos 3.10 Prestar cuidados de saúde mental como parte dos serviços gerais de saúde; 3.11 Prestar serviços SMAPS como parte dos cuidados clínicos para sobreviventes de violência sexual e violência nas relações de intimidade; 3.12 Iniciar ou reforçar a disponibilização de intervenções psicológicas.](#)

Organização Mundial de Saúde. [Aplicação do mhGAP para profissionais de saúde não especializados na avaliação e gestão de comportamentos autolesivos/suicídio \(em inglês\).](#)

Organização Mundial de Saúde (2019). [Módulo de comportamentos autolesivos/suicídio do Guia de Intervenção mhGAP da OMS e materiais de formação associados: manuais de formação mhGAP \(em inglês\).](#)

IASC

IASC (2007). [Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias. Plano de ação 6.1–6.5.](#)



43. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, De Silva D, Phillips M, Vijayakumar L, Värnik A, Schlebusch L, Thanh HTT. (2008). *Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: A randomized controlled trial in five countries.* *Boletim da Organização Mundial de Saúde*, 86(9), 703–709.

44. Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Cruz Vermelha Crescente (2021). *Suicide prevention during COVID-19.*

45. Vijayakumar L (2016). *Suicide among refugees – A mockery of humanity (Editorial).* *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 37(1), 1–4.

46. Kane JC, Greene MC (2018). *Addressing alcohol and substance use disorders among refugees: A desk review of intervention approaches.* *Genebra: Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados.*

3.5. Desenvolvimento de competências de vida para jovens

Porquê?

Os jovens são um grupo particularmente vulnerável ao risco de morte por suicídio. À escala mundial, o suicídio é a **quarta principal causa de morte entre os jovens de 15-19 anos de idade**⁴⁷. A adolescência (10-19 anos de idade) é um período crítico para a aquisição de **competências socioemocionais**, que são a base para a saúde mental posterior. A adolescência marca, também, um período de risco para o **aparecimento de condições de saúde mental**, ocorrendo metade dos casos por volta dos 14 anos de idade. Além disso, os adolescentes em contextos humanitários podem correr maior risco de problemas de saúde mental devido às condições adversas que podem perturbar o seu desenvolvimento cognitivo, emocional, social e físico.

Como?

Os **contextos educativos** são um importante ponto de contacto para os jovens. Em contextos humanitários, muitos jovens podem não frequentar a escola e não ter acesso a espaços de aprendizagem apropriados, encontrando-se, frequentemente, entre os mais vulneráveis. É importante que os programas alcancem grupos-alvo através da **implementação de formação de competências socioemocionais para a vida nas escolas**, espaços de aprendizagem informais, espaços recreativos, programas vocacionais, programas de competências para a vida ou clubes juvenis⁴⁸. Também se deve considerar a integração em atividades de grupo para a saúde mental e bem-estar psicossocial das crianças (ver Atividade de Pacote de Serviços Mínimos 3.6⁴⁹), atividades em centros de juventude ou programas relevantes acessíveis adaptados para uso digital.

Nestes contextos, é importante ter em conta os mecanismos de apoio de pares entre crianças e jovens, especialmente porque as crianças e os adolescentes têm, com frequência, a capacidade de agir e a capacidade de desenvolver competências para apoiar os amigos. É importante assegurar que o possam fazer em segurança, com a supervisão de adultos próximos e tendo em atenção a proteção das crianças⁵⁸.

- Identificar as **iniciativas existentes**, tanto a nível nacional como regional, para o desenvolvimento de competências de vida nos jovens, e os manuais e materiais existentes que já tenham sido utilizados e adaptados às populações-alvo.
- **Avaliar as necessidades de formação e as capacidades** dos profissionais que trabalham em determinados locais (através de consultas com professores e outros profissionais da educação e com as autoridades educativas, tais como funcionários do Ministério da Educação).
- **Reconhecer possíveis fatores de risco** e formas de apoiar grupos específicos de jovens (por exemplo, jovens/adolescentes com deficiência).

Recordar os professores ou os cuidadores de que falar sobre suicídio com jovens não aumentará o risco de suicídio; pelo contrário, permitirá que se sintam mais à vontade para procurar o seu apoio quando necessário.

Selecionar uma intervenção baseada em evidências para os jovens (ver também a secção Recursos abaixo).

Adaptar o programa à população-alvo e ao contexto, incluindo cuidados de adaptação à idade (ao abordar mitos existentes sobre suicídio, na abordagem de fatores específicos do contexto que dificultam a gestão de comportamentos suicidas).

- **Envolver os profissionais de educação**, bem como outros profissionais relacionados, **na adaptação da formação** ao contexto local pode aumentar a motivação e a eficácia da formação (que contemple informação sobre a cultura e o contexto, envolvendo adolescentes em debates e fornecendo *feedback* que fundamente o *design* e a linguagem utilizada).
- **Envolver os jovens** nas adaptações, no *design* e no *feedback* imediato sobre o programa (sobre as atitudes dos estudantes em relação à saúde mental, sobre como identificar fatores de risco de suicídio, sobre como comunicar sinais de alerta, sobre comportamentos habituais de procura de ajuda e sobre como melhorar o envolvimento dos pares).



Garantir que as escolas têm um plano de ação para apoiar os estudantes e as ligações adequadas aos serviços de saúde mental para os quais podem encaminhar os estudantes em risco. Estabelecer vias claras de referência para pessoas em risco de suicídio e para prestadores de cuidados, incluindo para serviços de saúde mental para crianças e adolescentes, sempre que existam, e para outros serviços e apoios necessários (serviços de saúde, de proteção social e de proteção de crianças).

Em vez de se concentrarem explicitamente no suicídio, recomenda-se que os programas empreguem uma abordagem positiva à saúde mental⁵¹. A prevenção eficaz do suicídio nas escolas terá como objetivo melhorar a consciência sobre a saúde mental e reduzir o estigma, e procurará reforçar fatores de proteção, tais como a capacidade de resolução de problemas, a tomada de decisão, o pensamento crítico, a gestão de *stress*, a regulação emocional, a autoestima, a autoconsciência, a identificação de ajuda e a empatia e relações interpessoais saudáveis⁵².

Sustentabilidade

Identificar oportunidades de desenvolvimento de competências a longo prazo, tais como a inclusão de competências socioemocionais para a vida nos currículos educativos e na formação inicial ou contínua (o desenvolvimento profissional para professores).

A implementação nas escolas de programas de competências socioemocionais para a vida, baseados em evidências, inclui:

- Atividades para **aumentar a consciência da saúde mental** entre os jovens;
- **Formação de gatekeepers** para profissionais da educação sobre como criar um ambiente escolar de apoio, como reconhecer fatores de risco e sinais de alerta de comportamentos suicidas, como prestar apoio a jovens em situações de *stress* intenso e como encaminhá-los, de forma colaborativa, para apoio complementar;
- Promover um **ambiente escolar seguro** (programas *antibullying*, iniciativas para aumentar a ligação social e formação dos profissionais sobre como criar um ambiente de apoio);
- Criar e reforçar as **ligações a serviços de apoio externos** (cuidados de saúde mental) e disponibilizar esta informação aos estudantes;
- Estabelecer **apoio específico aos estudantes em risco**, tais como os que já fizeram tentativas de suicídio, passaram por um luto provocado por um suicídio ou pertencem a grupos em risco de suicídio (devido à orientação sexual ou a corresponderem a uma minoria de género);
- Proporcionar aos **profissionais** uma **política e protocolos claros** quando é identificado o risco de suicídio (incluindo a garantia do anonimato dos estudantes e quem deve e não deve ser informado dos dados de um estudante); para a comunicação de uma tentativa ou suicídio entre os profissionais ou estudantes; e para apoiar um estudante a regressar à escola após uma tentativa de suicídio;
- **Envolver os pais** com o intuito de aumentar a sua consciência acerca da saúde mental e dos fatores de risco;
- Sensibilizar para o **uso saudável da Internet e das redes sociais** (utilização segura da Internet; utilização das redes sociais para construção de uma via de apoio social saudável; e identificar e responder a atividades *online* perigosas, tais como o *bullying*);
- Desenvolver **iniciativas para a abordagem de outros fatores de risco** para os jovens (violência parental, trauma familiar, consumo de substâncias).

47. Organização Mundial de Saúde (2021). *LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries*.

48. A versão de 2012 das Normas Mínimas de Proteção da Criança em Ação Humanitária (CPMS, na sigla em inglês) incluía a «Norma 17: Espaços amigos das crianças». Na edição de 2019, esta foi substituída pela mais ampla «Norma 15: Atividades de grupo para o bem-estar das crianças». As atividades de grupo estruturadas para o bem-estar da criança (por vezes conhecidas como programas «orientados» ou «manualizados») envolvem uma série de sessões facilitadas, planeadas de acordo com um currículo com objetivos explícitos de SMAPS.

49. O Pacote de Serviços Mínimos de Saúde Mental e Apoio Psicossocial (em inglês). *Atividade de Pacote de Serviços Mínimos 3.6 Oferecer atividades de grupo para a saúde mental e bem-estar psicossocial das crianças*.

50. Fundo das Nações Unidas para a Infância (2021). *I Support my Friends: A Four-Part Resource Kit for Children and Adolescents to Support a Friend in Distress*.

51. Uma abordagem positiva da saúde mental tem como foco a promoção dos pontos fortes e das capacidades dos estudantes e ajudá-los a desenvolver novas competências para melhorar o bem-estar mental geral, em vez de se concentrar especificamente no suicídio.

52. Organização Mundial de Saúde (2014). *Preventing suicide: A global imperative*.

Recurso-chave: OMS e UNICEF: Helping Adolescents Thrive (HAT)



A OMS e a UNICEF desenvolveram conjuntamente [diretrizes para ajudar os adolescentes a progredir](#) (HAT, na sigla em inglês), que facultam recomendações fundamentadas sobre intervenções psicossociais para a promoção da saúde mental, a prevenção de condições mentais e a redução de comportamentos autolesivos e outros comportamentos de risco entre adolescentes. As diretrizes foram concebidas para serem aplicadas em várias plataformas, tais como escolas, cuidados de saúde ou social, na comunidade e nos meios digitais. As diretrizes incluem um pacote de intervenções — o *kit* de ferramentas HAT —, que foi desenvolvido para apoiar a sua operacionalização. O *kit* de ferramentas descreve programas que revelaram evidências a nível da promoção da saúde mental em adolescentes ou da redução de fatores de risco de doenças mentais, de consumo de substâncias e de comportamentos autolesivos. O *kit* de ferramentas tem como principais objetivos: 1. melhorar leis e políticas; 2. melhorar o ambiente dentro das escolas, das comunidades e *online*, para promover e proteger a saúde mental dos adolescentes; 3. apoiar os prestadores de cuidados; e 4. melhorar as competências psicológicas dos adolescentes.

Principais recursos e orientação: desenvolvimento de competências de vida para jovens



LIVE LIFE

Organização Mundial de Saúde (2021). [LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries. Part B: LIVE LIFE Key Effective Interventions: Foster socio-emotional life skills in adolescents.](#)



O Pacote de Serviços Mínimos de Saúde Mental e Apoio Psicossocial (em inglês). [Atividades do Pacote de Serviços Mínimos 3.6 Providenciar atividades de grupo para a saúde mental e bem-estar psicossocial das crianças; 3.8 Apoiar os profissionais de educação para a promoção da saúde mental e do bem-estar psicossocial das crianças; 3.12 Iniciar ou reforçar a disponibilização de intervenções psicológicas.](#)

Organização Mundial de Saúde (2021). [Guidelines on promotive and preventive interventions for adolescents: Helping Adolescents Thrive.](#)

Organização Mundial de Saúde (2000). [Preventing suicide: A resource for teachers and other school staff.](#)

Hope Squad (2021). [What is Hope Squad?](#)

Centro de Recursos de Prevenção de Suicídios (2002). [Enhance Life Skills and Resilience.](#)

Fundação Americana para Prevenção ao Suicídio e Centro de Recursos de Prevenção de Suicídios (2011). [After a Suicide: A Toolkit for Schools.](#)

Karolinska Institutet (2021). [SEYLE: Saving and Empowering Young Lives in Europe.](#)

Papyrus (2018). [Building Suicide-Safer Schools and Colleges: A guide for teachers and staff.](#)

Save the Children (2017). [PFA II: Dealing With Traumatic Responses in Children.](#)

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2012). [Preventing suicide: A Toolkit for Schools. Sources of Strength \(s.d.\).](#)



IASC (2007). [Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias. Plano de ação 7.1.](#)

Agradecimentos

O conteúdo desta publicação foi elaborado pelo Grupo de Referência do IASC para a Saúde Mental e o Apoio Psicossocial em Situações de Emergência (IASC MHPSS RG).

O IASC MHPSS RG gostaria de agradecer sinceramente e saudar a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o International Medical Corps (IMC) por liderar a elaboração da publicação e coordenar as revisões e a edição.

O Grupo de Referência agradece as valiosas contribuições recebidas dos membros do grupo temático dedicado à elaboração da publicação: A Agência Alemã para a Cooperação Internacional (GIZ), o Centro Psicossocial IFRC, a Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho (IFRC), a Organização Internacional para a Migração (IOM), o Comitê Internacional de Resgate (IRC), a Universidade Johns Hopkins (JHU), Médecins du Monde (Mdm), o Colaborativo MHPSS, Os Serviços Psicossociais e o Instituto de Formação no Cairo (PSTIC), Save the Children, O Centro Carter, o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), War Child Holanda. Contribuições adicionais valiosas para esta publicação foram recebidas das agências do Grupo de Referência do IASC e das agências parceiras, incluindo Médicos Sem Fronteiras (MSF), a Organização Pan-Americana da Saúde (PAHO), a Universidade Palo Alto, Trócaire, Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), assim como profissionais individuais, especialistas e parceiros acadêmicos.

O design foi concebido pelo The Ink Link.

Como foi elaborada esta nota de orientação

O Grupo de Referência do MHPSS do IASC identificou o suicídio e a comportamentos autolesivos como um problema significativo em contextos humanitários desafiadores e de poucos recursos, com a necessidade de orientações e ferramentas mais práticas para apoiar a equipa e os programas do MHPSS.

Este documento baseia-se em recursos existentes, alguns dos quais foram elaborados no mesmo período que o documento atual, como uma síntese bibliográfica encomendada por Sonali Gupta (2020)⁵³, o documento WHO LIVE LIFE⁵⁴ e o documento preliminar sobre Prevenção e Atenuação do Suicídio nos Campos de Refugiados do UNHCR: Um kit de ferramentas para ação multissetorial⁵⁵.

Contribuições técnicas adicionais foram recebidas de pessoas que trabalham em diferentes áreas temáticas (por exemplo, crianças e proteção infantil (CP), violência sexual (GBV)).

A nota de orientação passou por várias fases de análises técnicas pelos atores humanitários que apoiam a programação do MHPSS para obter opiniões valiosas de atores a nível do país, da região e da sede. Isso incluiu duas análises completas por todos os membros do IASC MHPSS RG.

Para entrar em contacto conosco e fornecer as suas opiniões sobre esta publicação, envie um e-mail ao Grupo de Referência do IASC para a Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Situações de Emergência: mhpss.refgroup@gmail.com.

IASC Inter-Agency
Standing Committee

53. Gupta S. (2020). *Síntese bibliográfica: Suicídio e comportamentos autolesivos em Contextos Humanitários. Análise inédita para informar o trabalho do Subgrupo Temático do IASC sobre o suicídio e a comportamentos autolesivos em contextos humanitários.*

54. Organização Mundial de Saúde (2021). *LIVE LIFE: Um guia de implementação para a prevenção do suicídio nos países.*

55. UNHCR (2022). *Documento preliminar: Prevenir o suicídio e atenuar os riscos de suicídio nos campos de refugiados: Um kit de ferramentas multissetorial para operações do UNHCR.*