

PLANO ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA AUTOLESÃO E DO SUICÍDIO

2025-2027



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

GOVERNADOR DO ESTADO DO CEARÁ

Elmano de Freitas da Costa

VICE-GOVERNADORA DO ESTADO DO CEARÁ

Jade Afonso Romero

SECRETÁRIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ

Tânia Mara Silva Coelho

SECRETÁRIA EXECUTIVA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO INTERNA

Carla Cristina Fonteles Barroso

SECRETÁRIO EXECUTIVO DE ATENÇÃO À SAÚDE E DESENVOLVIMENTO REGIONAL

Lauro Vieira Perdigão Neto

SECRETÁRIA EXECUTIVA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

Maria Vaudelice Mota

SECRETÁRIO EXECUTIVO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Antônio Silva Lima Neto

SECRETÁRIO EXECUTIVO ADMINISTRATIVO-FINANCEIRO

Luiz Otávio Sobreira Rocha Filho

COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E PREVENÇÃO EM SAÚDE

Ana Maria Peixoto Cabral Maia

SUPERINTENDENTE DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ

Luciano Pamplona de Góes Cavalcanti

SUPERINTENDÊNCIA DA REGIÃO DE SAÚDE /NORTE

Mônica Sousa Lima

SUPERINTENDÊNCIA DA REGIÃO DE SAÚDE /LITORAL LESTE JAGUARIBE

Mere Benedita do Nascimento

SUPERINTENDÊNCIA DA REGIÃO DE SAÚDE DO SERTÃO CENTRAL – SRCEN

Antônio Weliton Xavier Queiroz

SUPERINTENDÊNCIA DA REGIÃO DO CARIRI-SRSUL

Tereza Cristina Mota de Souza Alves

SUPERINTENDÊNCIA DA REGIÃO DE FORTALEZA-SRFOR

Icaro Tavares Borges

EQUIPE DE COORDENAÇÃO E ELABORAÇÃO

Coordenação Técnica

Mabell Kallyne Melo Beserra

Maria das Dores Lima

Raimunda Félix de Oliveira

Colaboradores

Alexandre Kerr Pontes

Lucas de Paula Ferreira

Equipe de apoio administrativo

Atila Pereira Mota Junior

Narlan da Silva Mota

Equipe - Coordenadoria de Políticas de Saúde Mental (COPOM)

Alexandre Kerr Pontes

Andrea Frota Sampaio Figueiredo

Ândrea Moreira de Alencar

Atila Pereira Mota Junior

Juliana Mara de Freitas Sena Mota

Lucas de Paula Ferreira

Maria das Dores Lima

Maria Luiza Ribeiro Pessoa

Narlan da Silva Mota

Raimunda Félix de Oliveira

Regina Cláudia Barroso Cavalcante

Sarah Lima Verde da Silva

Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVIG)

Ana Maria Peixoto Cabral Maia

Carlos Garcia Filho

Francisca Aline de Freitas Coelho

Mabell Kallyne Melo Beserra

Natália Gomes Machado

Osmar José do Nascimento

Pedro Antônio de Castro Albuquerque

Saúde Prisional (Saúde Prisional/SRFOR)

Matheus Veras Araújo Soares

COORDENADORA DE COMUNICAÇÃO

Helga Rackel Sousa Santos

DIAGRAMAÇÃO

Júlio César Alves Lopes

EQUIPE DE MARKETING SESA

Allane Marreiro de Sousa

Rayanne Nunes Forte de Aguiar

LISTAS DE QUADROS

Quadro 01 – Estrutura da Rede de Atenção Psicossocial. **Pág. 49**

Quadro 02 – Prioridades Sanitárias das Regiões de Saúde do Ceará na Rede de Atenção Psicossocial. **Pág. 51**

Quadro 03 – Consolidado dos Pontos de Atenção da RAPS por Região de Saúde. **Pág. 51**

Quadro 03.1 – Consolidado dos Pontos de Atenção da RAPS por Região de Saúde. **Pág. 51**

Quadro 04 – Investimento nos percursos formativos. **Pág. 81**

LISTAS DE FIGURAS

- Figura 1** - Taxa de suicídio padronizada por idade (per 100 000 population), em ambos os sexos, 2019. **Pág. 23**
- Figura 2** - Distribuição das taxas de mortalidade por suicídio no Brasil, segundo o sexo e a faixa etária. Brasil, 2021. **Pág. 24**
- Figura 3** - Taxas de mortalidade por suicídio, segundo o sexo (A), e variação percentual anual (B), Brasil, 2010 a 2021. **Pág. 25**
- Figura 4** - Distribuição e taxa de mortalidade por suicídios, Ceará, 2009 a 2023*. **Pág. 27**
- Figura 5** - Distribuição e taxa de mortalidade por suicídios, segundo sexo, Ceará, 2009 a 2023*. **Pág. 28**
- Figura 6** - Taxa de mortalidade por Suicídio, segundo Região de Saúde, Ceará, 2009 a 2023*. **Pág. 32**
- Figura 7** - Distribuição acumulada e taxa média da mortalidade por Suicídio, segundo Região de Saúde, Ceará, 2009 a 2023. **Pág. 32**
- Figura 8** - Distribuição acumulada e taxa média da mortalidade por Suicídio, segundo Área Descentralizada de Saúde, Ceará, 2009 a 2023*. **Pág. 33**
- Figura 9** - Coeficiente de mortalidade por Suicídio, segundo municípios e população padronizada, Ceará, 2009 a 2023*. **Pág. 35**
- Figura 10** - Número de notificações e Taxa de incidência por lesões autoprovocadas não letais, Ceará, 2009 a 2022*. **Pág. 37**
- Figura 11** - Frequência e Taxa de incidência por lesão autoprovocada não letais, segundo sexo, Ceará, 2009 a 2022*. **Pág. 37**
- Figura 12** - Frequência e proporção por lesões autoprovocadas não letais, segundo faixa etária, Ceará, 2009 a 2022. **Pág. 38**
- Figura 13** - Proporção por lesões autoprovocadas, segundo faixa etária, Ceará, 2009 a 2022*. **Pág. 38**
- Figura 14** - Frequência e proporção de lesões autoprovocadas não letais, segundo escolaridade/Ceará/ 2009 a 2022*. **Pág. 40**
- Figura 15** - Frequência de lesões autoprovocadas não letais, segundo raça/cor/ Ceará/2009 a 2022. **Pág. 40**
- Figura 16** - Taxa de incidência por lesão autoprovocada não letais, segundo Região de Saúde/ Ceará / 2022. **Pág. 41**
- Figura 17**- Taxa de incidência por lesão autoprovocada não letais, segundo Área Descentralizada de Saúde-ADS - Ceará, 2022. **Pág. 41**
- Figura 18** - Taxa de incidência por lesão autoprovocada não letal, segundo municípios Ceará, 2022. **Pág. 42**
- Figura 19** - Consolidado dos eixos estratégicos/ diretrizes e objetivos. **Pág. 68**
- Figura 20** - Gestão da Rede de Atenção e Cuidado em Saúde Mental. **Pág. 70**
- Figura 21** - Educação Permanente em Saúde Mental. **Pág. 72**
- Figura 22** - Prevenção e Promoção. **Pág. 74**
- Figura 23** - Vigilância das Violências. **Pág. 75**
- Figura 24** - Informação e Comunicação. **Pág. 76**
- Figura 25** - Participação Intersetorial e Comunitária. **Pág. 77**

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição e proporção acumulada da mortalidade por suicídios, segundo faixa etária, Ceará, 2009 a 2023*. **Pág. 29**

Tabela 2 - Distribuição e proporção da mortalidade por suicídio, segundo local de ocorrência, grau de instrução e raça cor, Ceará, 2009 a 2023*. **Pág. 30**

Tabela 3 - Frequência e proporção de lesões autoprovocadas não letais, segundo local de ocorrência. Ceará 2009 a 2022. **Pág. 39**

Tabela 4 - Frequência e proporção de lesões autoprovocadas não letais, segundo tipo de agressão, Ceará, 2009 a 2022. **Pág. 39**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADS – Área Descentralizada de Saúde

ALECE – Assembleia Legislativa do Estado do Ceará

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas

CAPS Geral – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS I – Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CIDH – Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CEREST – Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

CESAU/CE – Conselho Estadual de Saúde do Ceará

CEVEP – Célula de Vigilância e Prevenção de Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis

CEPIN – Célula de Planejamento Institucional

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIDACS – Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

COAPS – Coordenadoria de Atenção Primária à Saúde

CODIP – Coordenadoria de Desenvolvimento Institucional e Planejamento

COEPS – Coordenadoria de Políticas de Educação, Trabalho e Pesquisa em Saúde

COGEC – Coordenadoria de Políticas da Gestão do Cuidado Integral à Saúde

COPAF – Coordenadoria de Políticas de Assistência Farmacêutica e Tecnologias em Saúde

CORAS – Coordenadoria das Redes de Atenção à Saúde

COPOM – Coordenadoria de Políticas de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

COMAC – Coordenadoria de Monitoramento, Avaliação e Controle do Sistema de Saúde

COVEP – Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde

COSEMS – Conselho das Secretarias Municipais de Saúde

CRIFI – Comissão Revisora de Internações Psiquiátricas Involuntárias

DANT – Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

EAP – Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei

ESP/CE – Escola de Saúde Pública do Ceará

HGCC – Hospital Geral Dr. César Cals

HGF – Hospital Geral de Fortaleza

HGWA – Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara

HIAS – Hospital Infantil Albert Sabin

HELV – Hospital Estadual Leonardo Da Vinci

HEMOCE – Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará

HM – Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes

HMJMA – Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

HRN – Hospital Regional Norte

HRC – Hospital Regional do Cariri

HRSC – Hospital Regional do Sertão Central

HRVJ – Hospital Regional do Vale do Jaguaribe

HSJ – Hospital São José de Doenças Infecciosas

HSM – Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPC – Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará

IPECE – Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará

LACEN – Laboratório Central de Saúde Pública

LGBTQIAPN+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexuais, Assexuais, Pansexuais, Binários e não Binários

MPCE – Ministério Público do Estado do Ceará

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAS – Programação Anual de Saúde

PES – Plano Estadual da Saúde

PERFORM – Percursos Formativos em Saúde Mental

PESMAD – Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

PEEPS – Política Estadual de Educação Permanente em Saúde

PEAF – Política Estadual de Assistência Farmacêutica

PICS – Práticas Integrativas e Complementares

PNRMAV – Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PNPAS – Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

POEPS – Política Estadual de Promoção da Saúde

PPA – Plano Plurianual

PPL – População privada de liberdade

PSR – Plano de Saúde Regional

PSR – População em situação de rua

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RUE – Rede de Urgência e Emergência

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SEAPS – Secretaria Executiva da Atenção Primária e Políticas de Saúde

SEADE – Secretaria Executiva da Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional

SECULT – Secretaria da Cultura

SEDUC – Secretaria da Educação

SEDIV – Secretaria da Diversidade

SEIR – Secretaria da Igualdade Racial

SEM – Secretaria das Mulheres

SEDIH – Secretaria dos Direitos Humanos

SEPGI – Secretaria Executiva de Planejamento e Gestão Interna

SEPINCE – Secretaria dos Povos Indígenas do Ceará

SPS – Secretaria da Proteção Social

SESA – Secretaria da Saúde do Estado do Ceará

SEVIG – Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SISACIP – Sistema de acompanhamento da internação psiquiátrica

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SRFOR – Superintendência da Região de Saúde de Fortaleza

SRNOR – Superintendência da Região de Saúde de Sobral

SRSUL – Superintendência da Região de Saúde do Cariri

SRCEN – Superintendência da Região de Saúde do Sertão Central

SRLES – Superintendência da Região de Saúde do Litoral Leste

SUS – Sistema Único de Saúde

SVO – Serviço de Verificação de Óbito

TMRT – Transtorno mental relacionado ao trabalho

UAA – Unidade de Acolhimento Adulto

UAI – Unidade de Acolhimento Infante Juvenil

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UP – Unidade Prisional

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Plano estadual de prevenção da autolesão e do suicídio [livro eletrônico] : 2025-2027 / Secretaria da Saúde do Estado do Ceará ; organização Secretaria de Atenção Primária e Políticas de Saúde - SEAPS, Coordenadoria de Políticas de Saúde Mental - COPOM, Secretária Executiva de Vigilância em Saúde - SEVIG ; coordenação técnica Raimunda Félix de Oliveira, Maria das Dores Lima, Mabell Kallyne Melo Beserra ; colaboradores Alexandre Kerr Pontes, Lucas de Paula Ferreira. -- Fortaleza, CE : Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2025. PDF

Vários colaboradores.
Bibliografia.
ISBN 978-85-5326-090-4

1. Autolesão 2. Ceará - Condições sociais
3. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)
4. Diversidade 5. Políticas públicas de saúde
6. Saúde pública 7. Suicídio - Prevenção
I. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.
II. Secretaria de Atenção Primária e Políticas de Saúde. III. Coordenadoria de Políticas de Saúde Mental. IV. Secretária Executiva de Vigilância em Saúde. V. Oliveira, Raimunda Félix de. VI. Lima, Maria das Dores. VII. Beserra, Mabell Kallyne Melo. VIII. Pontes, Alexandre Kerr. IX. Ferreira, Lucas de Paula.

25-276096

CDD-362.1098131

Índices para catálogo sistemático:

1. Ceará : Planejamento de saúde : Saúde pública
362.1098131

SUMÁRIO

Mensagem da Secretária.....	14
Apresentação.....	15
1. Introdução.....	19
2. Contexto epidemiológico global do suicídio.....	23
2.1 Estimativas Globais.....	24
2.2 Contexto epidemiológico do suicídio no Brasil.....	24
2.3 Perfil epidemiológico da mortalidade por suicídio no estado do Ceará.....	25
2.3.1 Suicídio no Ceará : Taxa de mortalidade por sexo.....	27
2.3.2 Suicídio no Ceará: Proporção de mortalidade por faixa etária.....	28
2.3.3 Suicídio no Ceará: Ocorrência, grau de instrução e raça.....	30
2.3.4 Suicídio no Ceará: Regiões de Saúde.....	31
2.3.5 Suicídio no Ceará: Municípios.....	33
3. Contexto epidemiológico da autolesão não suicida no Brasil.....	36
3.1 Contexto epidemiológico das lesões autoprovocadas não letais no Ceará.....	36
3.2 Recomendações da Secretaria de Vigilância em Saúde.....	42
4. Objetivo Geral.....	44
4.1 Objetivos Específicos.....	44
5. Princípios.....	45
5.1 Integralidade.....	45
5.2 Intersetorialidade.....	45
5.3 Diversidade.....	45
5.4 Equidade em Saúde.....	45
5.5 Territorialidade.....	46
5.6 Participação Social.....	46
6. Rede de Atenção à Saúde no Ceará.....	47
6.1 A organização da Rede de Atenção Psicossocial.....	48
6.1.1 A RAPS nas regiões de saúde.....	49
6.1.2 Iniciativas de Inovação e Monitoramento: Sistema de Acompanhamento de Internações Psiquiátricas (SISACIP).....	52

7. A Interlocução da PESMAD com as Políticas Transversais	53
7.1 Política Estadual do Cuidado à Pessoa em Situação de Violência.....	53
7.2 Política Estadual de Educação Permanente em Saúde.....	54
7.3 Política Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora	54
7.4 Política Estadual de Assistência Farmacêutica.....	55
7.5 Política Estadual de Promoção da Saúde.....	55
8. Dialogando com as Populações Específicas e Prioritárias	56
8.1 População LGBTQIAPN+.....	56
8.2 População Indígena.....	58
8.3 População em situação de rua.....	59
8.4 População Negra.....	60
8.5 População privada de liberdade (PPL).....	61
8.6 População infanto-juvenil.....	62
8.7 População Idosa.....	63
9. Aspectos Éticos, Políticos e Sociais na Prevenção ao Suicídio no Ceará: uma abordagem Integrada	64
10. Responsabilidades Institucionais	66
11. Eixos estratégicos / diretrizes/ objetivos	68
12. Matriz das Diretrizes, Metas, Objetivos e Indicadores (DOMI), por eixo	70
12.1 Gestão da Rede de Atenção e Cuidado em Saúde Mental.....	70
12.2 Educação Permanente em Saúde Mental.....	72
12.3 Prevenção e Promoção.....	74
12.4 Vigilância das Violências.....	75
12.5 Informação e Comunicação.....	76
12.6 Participação Intersetorial e Comunitária	77
13. Monitoramento e Avaliação	79
14. Demonstrativo orçamentário/financeiro	81
15.Referências	83
16.Anexo	90



MENSAGEM DA SECRETÁRIA DA SAÚDE

A Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ceará (PESMAD) foi criada para fortalecer a gestão do cuidado e a governança em saúde mental em todo o estado. Temas como a prevenção da autolesão, do comportamento suicida e a posvenção são prioridades, e o diálogo e a difusão de informações são essenciais para superar estigmas e garantir suporte adequado às pessoas em risco.

O Plano Estadual de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (2025–2027), elaborado pela Secretaria da Saúde do Ceará (SESA), por meio da Secretaria Executiva da Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS), através da Coordenadoria de Políticas de Saúde Mental (COPOM), e Célula de Vigilância e Prevenção de Doenças transmissíveis e não transmissíveis, tem como objetivo reduzir as taxas de mortalidade por suicídio e promover ações preventivas intersetoriais. Esse plano, alinhado ao eixo “O Ceará que Cuida, Educa e Valoriza as Pessoas” do Plano Plurianual (PPA 2024–2027), reforça o compromisso com a dignidade humana e a ampliação da rede assistencial, com foco na inclusão social e na defesa dos direitos humanos.

O documento apresenta diretrizes, cenários epidemiológicos, o perfil da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e ações estruturantes para fortalecer o diálogo regional e apoiar estratégias de enfrentamento nas gestões municipais.

O Plano Estadual é um instrumento estratégico que orienta projetos e programas voltados à atenção psicossocial, reafirmando o compromisso com um cuidado equitativo e humanizado em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS).

Tânia Mara Silva Coelho



APRESENTAÇÃO

O Governo do Estado do Ceará, através da Secretaria Estadual de Saúde apresenta para gestores, trabalhadores, trabalhadoras, usuários e sociedade civil, o Plano Estadual de Prevenção da Autolesão e do Suicídio, em decorrência de um compromisso de gestão assumido no Plano Plurianual (2024–2027) e no Plano Estadual de Saúde (2024– 2027), considerando o crescimento da taxa de mortalidade por suicídio, trazido por uma série histórica de 2009 a 2023.

Esses instrumentos de gestão apresentam diretrizes, objetivos, metas e indicadores que norteiam as ações governamentais previstas para os próximos quatro anos, bem como as escolhas pactuadas com a sociedade, contribuindo para viabilizar o alcance dos resultados almejados pela população cearense. Nesse elenco destaca-se a Diretriz 1, pautada no PES (2024–2027), que preconiza aprimorar a assistência e as redes de atenção à saúde de forma regionalizada, integrada e humanizada, tendo a Atenção Primária à Saúde como estratégia central para a oferta de cuidado integral, com o objetivo de impactar positivamente a situação de saúde no estado.

Nessa perspectiva, o objetivo estratégico 1.1 propõe fortalecer as redes de atenção à saúde assegurando o acesso às ações e serviços de saúde de forma integrada, equânime e regionalmente bem distribuída, em consonância com as prioridades sanitárias, visando contribuir para a melhoria da saúde da população cearense.

Quando as redes de atenção à saúde são fortalecidas, o acesso aos serviços de saúde é ampliado e a qualidade da atenção à saúde é elevada. Isso resulta em uma redução da mortalidade, da morbidade e do sofrimento das pessoas, impactando na promoção da equidade na saúde. Quando as redes de atenção à saúde são integradas, equânimes e regionalmente bem distribuídas, todas as pessoas, independentemente de sua condição social ou localização, têm acesso aos mesmos serviços, levando a redução das desigualdades na saúde.

A meta estratégica 1.1.10 alinhada com o Plano Plurianual (PPA) e o Plano Estadual de Saúde (PES 2024–2027) se compromete a reduzir a taxa de mortalidade por suicídio passando de 8,9 em 2021 para 7,3 até 2027. O suicídio configura-se como morte intencional autoinfligida, sendo um importante problema de saúde pública, com impactos na sociedade como um todo. Esse indicador estima o risco de morte por suicídio e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública. Também expressa as condições da assistência médica dispensada e a qualidade do registro das ocorrências. A taxa de mortalidade específica por suicídio é um indicador que mede o número de mortes por suicídio por 100.000 habitantes. A diminuição da taxa pode servir como indicador de avanços no enfrentamento adequado do problema e nas ações de prevenção.

Nessa direção, compete à SESA acompanhar o progresso na redução da mortalidade, no acesso aos serviços de saúde e na melhoria da qualidade da atenção à saúde. Portanto o Plano emerge com o objetivo de contribuir para a redução das taxas das lesões autoprovocadas não letais, das tentativas e óbitos por suicídio no Estado, bem como ampliar e fortalecer ações integrais e intersetoriais de promoção da vida e prevenção do comportamento suicida e autolesão nas Regiões de Saúde.

Por sua vez, as iniciativas regionais voltadas ao enfrentamento da autolesão e do comportamento suicida, incluindo ações, programas e projetos, em sua maioria ainda se encontram na fase de compromisso e intenção, muitas vezes sem uma estratégia de ação consolidada. No entanto, algumas experiências já se encontram em fase de implementação e apresentam bons resultados. Cabe à Secretaria da Saúde do Estado, por meio da COPOM, o papel de impulsionar, coordenar e oferecer apoio técnico para que os planos municipais sejam efetivamente implantados, atualizados e executados.

Frente a esses cenários, a Secretaria Estadual da Saúde, reconhece a necessidade e urgência de lançar o Plano Estadual de Prevenção da Autolesão e do Suicídio (2025–2027), como referência para dialogar com as regiões de saúde sobre esse fenômeno que exige respostas a partir dos compromissos assumidos nos Planos de Saúde Regionais (2023–2027) e nos Planos de Ações Regionais da RAPS.

O plano responde às metas do PPA 2024–2027, ao Plano Estadual de Saúde e aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), reforçando o compromisso com ações transversais e intersetoriais.

O Plano traz objetivos, princípios (integralidade, intersetorialidade, diversidade, equidade em saúde, territorialidade, participação social), bem como a organização da Rede de Atenção Psicossocial, as prioridades das regiões de saúde na RAPS, o cenário epidemiológico da mortalidade por suicídio e as notificações de lesões autoprovocadas não letais (tentativas de suicídio) em série histórica por regiões de saúde, áreas descentralizadas de saúde e municípios, com dados de um período de 14 anos, 2009 a 2023, para propiciar uma compreensão da série histórica desse cenário epidemiológico no Estado do Ceará, para fins de análise e intervenção.

Neste Plano também buscamos informar e dialogar sobre a prevenção do comportamento suicida e da autolesão com gestores (as) e profissionais, conselheiros setoriais, movimentos sociais, entidades não governamentais e sociedade civil, que estão direta e indiretamente envolvidos no cuidado e na atenção a toda comunidade usuária da REDE SUS. Reforçamos que a divulgação de informações seguras é capaz de qualificar intervenções e mudar os rumos desses

agravos de saúde mental ainda nas fases iniciais da vida.

Registra-se o compromisso das interfaces da Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (PESMAD), com as diretrizes e objetivos das Políticas de Saúde temáticas transversais, que envolvem a gestão do cuidado integral a saúde da pessoa em situação de violência, a educação permanente em saúde, a saúde do trabalhador e da trabalhadora e a assistência farmacêutica e promoção a saúde.

O Diálogo com as populações específicas, ou seja, com a população negra, quilombola, povos indígenas, população LGBTQIAPN+, população em situação de rua e população privada de liberdade foi priorizado no Plano, considerando a necessidade de dar visibilidade aos desafios identitários das populações vulneráveis, periféricas, expostas a todas as formas de preconceito e discriminação, tais como racismo, homofobia, classismo, exclusão do convívio social, do mercado de trabalho e expostas a situações de ideação suicida, tentativa e suicídio consumado.

Aspectos éticos, políticos e sociais na prevenção do suicídio no Ceará, são temáticas abordadas no Plano, considerando a implementação de estratégias relacionadas ao acesso universal, integral e equitativo aos serviços de saúde mental. Responsabilidades institucionais, com ênfase no papel do Estado e dos municípios, estão destacadas neste instrumento para demarcar as competências de acordo com as suas esferas de poder.

O Plano contém 06 eixos estratégicos pautados na Gestão da Rede de Atenção e Cuidado em Saúde Mental, Educação Permanente em Saúde Mental, Prevenção e Promoção, Vigilância das Violências, Informação e Comunicação e Participação Intersetorial e Comunitária, com 06 Diretrizes, 06 Objetivos, 08 Metas e 06 Indicadores, onde estão definidas as estratégias de monitoramento e avaliação.

Estamos comprometidos em ouvir as demandas da sociedade, contribuir com a implementação, monitoramento e avaliação dos planos municipais de prevenção da autolesão e do suicídio alinhados às diretrizes estaduais, atentos a notificação completa e regular de casos no SINAN, bem como ao fortalecimento das ações intersetoriais e ao estímulo do compartilhamento de boas práticas entre os municípios. Este Plano reflete a necessidade de uma abordagem transversal para enfrentar os desafios do comportamento autolesivo e suicida no Ceará, onde através da união de esforços entre estado, municípios e sociedade civil será possível salvar vidas e promover a saúde mental nos territórios cearenses.



01. INTRODUÇÃO

Historicamente vêm sendo formuladas e desenvolvidas ações governamentais para o enfrentamento de diversas violências incluídas nas agendas estratégicas de gestão e para apoio a grupos vulnerabilizados. Institucionalizar o tema da violência como um grave problema de saúde pública e reconhecê-la pelo Estado brasileiro é uma prioridade das políticas públicas, projetos e planos de ação construídos ao longo de décadas, considerando que agravos e mortes por violências estão fortemente relacionadas às desigualdades sociais, imbricadas pelos marcadores de gênero, raça/cor da pele, classe social, orientação sexual, identidade de gênero e pelo nível de escolaridade (Brasil, 2021). Considerando que as violências e os acidentes exercem um grande impacto social e econômico, em especial sobre o SUS, e que as intervenções pautadas na prevenção e na promoção da saúde precisam ser ampliadas, o Ministério da Saúde lançou, em 2001, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV). Entre suas prioridades está a estruturação da vigilância de violências e acidentes, com ênfase na notificação da violência interpessoal/autoprovocada.

Esta surgiu como resposta ao desafio das chamadas causas externas — que englobam eventos como acidentes, violências e outras ocorrências não provocadas por doenças —, reconhecidas como um grave problema de saúde pública no País, devido à sua alta frequência e impacto social. A PNRMAV reconhece que as violências atingem de forma desigual a população brasileira e propõe a construção de ações que façam sentido nas realidades locais e estejam de acordo com as necessidades de saúde específicas das populações. O Ministério da Saúde, juntamente com o conjunto de instituições e serviços que compõem o setor saúde, buscou articular-se tanto internamente — entre suas secretarias, departamentos e redes de atenção — quanto externamente, com outros setores governamentais e da sociedade civil, com o objetivo

de fortalecer as ações de prevenção da violência e de promoção da saúde.

No âmbito das suas diretrizes destacam-se a qualificação das informações e criação de sistemas para registro dos casos, vigilância, monitoramento e notificação; formação dos profissionais da rede de serviços de saúde para o diagnóstico e atendimento integral às vítimas; ampliação, organização e estruturação dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) para o atendimento; e desenvolvimento de estudos e pesquisas (Brasil, 2005).

A partir de 2006, com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, que instituiu as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio, através da Agenda de Ações Estratégicas para a promoção da saúde, vigilância e prevenção do suicídio no Brasil, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo ações relacionadas à qualificação da vigilância e ao fortalecimento das ações de promoção da saúde, prevenção do suicídio e atenção às vítimas de tentativas e suicídios e seus familiares. A publicação desta Agenda estratégica ratifica este compromisso, estabelecendo novas ações e responsabilidades para as secretarias estaduais e municipais de saúde, outros setores governamentais e sociedade civil.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) revisada através da portaria nº 2.446 de 11 de novembro de 2014, traz a cultura de paz e direitos humanos como um tema transversal que dialoga com a criação de oportunidades de convivência, de solidariedade, de respeito à vida e de vínculos, garantindo os direitos humanos e as liberdades fundamentais, reduzindo as violências e construindo práticas solidárias e da cultura de paz.

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021–2030 (Plano de DANT), é uma ferramenta

voltada à prevenção dos fatores de risco e à promoção da saúde da população, com o objetivo de reduzir desigualdades em saúde. Entre suas metas, destaca-se a de deter o crescimento dos suicídios no país até 2030, diante do preocupante aumento de 43% na mortalidade por suicídio entre os anos de 2000 e 2019. Para isso, é fundamental a implementação das ações previstas em todos os níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2019 foi instituída a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (PNPAS) por meio da Lei nº13.819, de 26 de abril, e em 2020 foi criado o Comitê Gestor da PNPAS por meio do Decreto no 10.225, de 5 de fevereiro, com o papel de atuar para a implementação da política. Torna-se necessário, nesse sentido, fortalecer a política e o comitê gestor para o desenvolvimento e a implantação de uma agenda estratégica e um plano de ações intersetorialmente articulado para o enfrentamento do suicídio, considerando a diversidade de aspectos sociais e culturais que permeiam o fenômeno.

A PNPAS dialoga com temáticas relevantes no campo da promoção da saúde mental, da prevenção da violência autoprovocada, do controle dos fatores determinantes e condicionantes da saúde mental, da garantia do acesso à atenção psicossocial das pessoas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio e da atenção psicossocial aos sobreviventes enlutados.

Enfatiza a informação e sensibilização da sociedade sobre a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde públicas passíveis de prevenção, a promoção da articulação intersetorial para a prevenção do suicídio envolvendo os pontos de atenção da Rede SUS e Rede Intersetorial.

Preconiza o fortalecimento da vigilância de violência autoprovocada, sobretudo com o incremento nas práticas de notificação para subsidiar a formulação de políticas e tomada de decisões e a promoção da educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas (Brasil, 2019).

Por sua vez, a garantia do direito constitucional à saúde inclui o cuidado à saúde mental, enquanto um dever do Estado brasileiro que tem a responsabilidade em oferecer condições dignas de cuidado em saúde para toda população. No Brasil, a política de saúde mental se pauta em princípios como a desinstitucionalização, o cuidado em liberdade e os direitos humanos, garantindo que as pessoas recebam cuidados de saúde mental de uma maneira que respeite sua liberdade e dignidade (Brasil, 2023).

A realidade social, econômica, política, cultural e ambiental impacta diretamente na saúde mental da população, não sendo um problema meramente individual. Dessa maneira, compreende-se que a saúde mental resulta da interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, demandando para sua manutenção políticas públicas, redes de proteção, melhores condições de vida, segurança alimentar e suporte comunitário.

Dessa forma, o cuidado integral está vinculado à organização dos serviços de saúde em uma rede que funcione de maneira conectada e dinâmica. No SUS, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é uma das redes mais importantes, dedicada a cuidar da saúde mental.

A prevenção da automutilação (autolesão) e do suicídio é uma das prioridades do Ministério da Saúde (MS) e representa um desafio para a saúde pública por se tratar de um fenômeno complexo, multifacetado e de múltiplas determinações, com impacto social e econômico na saúde das populações, materializando a necessidade de políticas públicas.

Em consonância com os compromissos assumidos pelo Ministério da Saúde no âmbito de suas políticas e projetos nacionais, o Governo do Estado do Ceará tem desenvolvido esforços alinhados à diretriz “O CEARÁ QUE CUIDA, EDUCA E VALORIZA AS PESSOAS”. Por meio da Secretaria da Saúde, o Estado incorporou, em seus instrumentos de gestão e planejamento — o Plano Plurianual, o Plano Estadual de Saúde, a Programação Anual de Saúde e os Planos Regionais de Saúde (2024–2027) —, a pauta das ações de atenção, cuidado e prevenção ao comportamento suicida, voltadas tanto à população em geral quanto a grupos específicos. Essas ações são reafirmadas na Política Estadual de Saúde

Mental, Álcool e outras Drogas (PESMAD), considerando o aumento da taxa de mortalidade por suicídio e a incidência de lesões autoprovocadas não letais no Ceará.

A Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa), criada pela Lei nº 5.427, de 27 de junho de 1961, é um órgão da administração direta do governo estadual responsável pela coordenação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado, e tem sua base fundamentada em diretrizes constitucionais e na garantia do direito à saúde ao cidadão. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas públicas que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (Art. 196, da Constituição Federal).

Nesse contexto foram elaborados planos estratégicos que delineiam diretrizes e objetivos com vistas à melhoria da eficiência, eficácia e efetividade das políticas públicas de saúde, alinhando-se à missão da Sesa de promover a saúde e o bem-estar das pessoas, implementando políticas públicas pautadas na universalidade, integralidade e equidade.

No leque das suas prioridades destaca-se o fortalecimento das ações de prevenção da autolesão e do suicídio, considerando o desenvolvimento de estratégias junto a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Ceará para garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico, com histórico de autolesões e tentativa de suicídio, enfatizando a população LGBTQIAPN+, e a criação de um Grupo de Trabalho intersetorial, para desenvolver o Plano Estadual de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, envolvendo as demais secretarias do governo. (Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2024).

O Plano Plurianual (PPA 2024-2027), lei nº 18.662, de 27 de dezembro de 2023 é um instrumento de planejamento que estabelece, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública estadual para as despesas de capital e outras delas decorrentes, e para os programas de duração continuada, conforme disposto no artigo 165 da Constituição Federal de 1988 e no artigo 203

da Constituição Estadual de 1989. O PPA declara as ações governamentais previstas para os próximos quatro anos, bem como as escolhas pactuadas com a sociedade, contribuindo para viabilizar o alcance dos resultados almejados pela população cearense.

O referido instrumento preconiza o desenvolvimento de estratégias de comunicação que sensibilizem a população do Ceará sobre a importância da prevenção das lesões autoprovocadas e suicídio como problemas de saúde pública, bem como o desenvolvimento de estratégias que visem a promoção da articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo instituições de saúde, educação, assistência social, dentre outras, somada ao desenvolvimento de estratégias de educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção, considerando o sofrimento psíquico decorrentes de lesões autoprovocadas e suicídio.

Por sua vez, o Plano Estadual de Saúde (PES 2024-2027) desempenha um papel fundamental na organização e no direcionamento das políticas de saúde em nível estadual. Ele é um instrumento de gestão que estabelece diretrizes, metas, objetivos e indicadores, com ênfase no direcionamento de ações que visam a melhoria das condições de saúde da população e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

O PES 2024-2027 se destaca por sua construção democrática e participativa, alinhado com o Plano de Governo, com as diretrizes do PPA Participativo, da X Conferência Estadual de Saúde, com os Planos de Saúde Regionais e as prioridades sanitárias de cada região de saúde do Estado. Essa convergência garante uma resposta precisa às necessidades da população cearense, promovendo a equidade e a qualidade da atenção à saúde em todo o território. No âmbito desse instrumento, compete a Coordenadoria de Políticas de Saúde Mental, álcool e outras drogas (COPOM), o fortalecimento e qualificação da Rede de Atenção Psicossocial, com ênfase na ampliação e qualificação das estratégias de atenção psicossocial às pessoas em sofrimento psíquico para prevenção do suicídio.

A Programação Anual da Saúde (PAS) é o instrumento de planejamento, que operacionaliza as intenções expressas no Plano Estadual de Saúde (PES)

2024–2027, fundamentada nos artigos 97 e 98 da Portaria de Consolidação nº 01/2017–GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e art. nº 36, § 2º, da Lei Complementar nº 141/2012. (Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2024).

Estruturada por Diretrizes, Objetivos, Indicadores e Metas estabelecidos no PES 2024–2027, contém a definição das ações que garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas anualizadas, bem como a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento.

A PAS aborda o fortalecimento das ações de prevenção ao suicídio, editado no PPA 2024–2027, com ações a serem realizadas no âmbito da Coordenadoria de Políticas em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, nas quais destacam-se a implantação e implementação do Plano Estadual de prevenção da automutilação e prevenção/posvenção do suicídio, a promoção de capacitação permanente para os profissionais da rede de atenção à saúde e rede intersetorial, o fomento de ações de prevenção e posvenção do suicídio nas regiões de saúde e o apoio a projetos e ações focados na atenção a crise em saúde mental/suicídio.

Na Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Prevenção à Saúde (COVEP), evidencia-se o compromisso com o monitoramento da taxa de mortalidade por causas externas, em especial o suicídio, bem como com a produção e divulgação de informes epidemiológicos focados nas notificações de lesões autoprovocadas não letais e na taxa de mortalidade por suicídio. No entanto, considerando que o suicídio é um agravo historicamente subnotificado, torna-se imprescindível fortalecer os esforços para aprimorar os processos de notificação e qualificar a coleta e análise dos dados, de modo a garantir informações mais precisas que subsidiem ações efetivas de prevenção e cuidado.. Registra-se aumento na taxa de mortalidade por suicídio no Ceará, com média anual de 7,0 por 100 mil habitantes (2009–2023), justificando-se a necessidade de ações coordenadas em regiões críticas, como Sertão Central (10,0) e Região Norte (9,2) (Ceará, 2024). Por sua vez destaca-se o Plano de Saúde Regional (PSR), como um instrumento orientador para a gestão do sistema de saúde em toda a região, considerando as especificidades do território, necessidades, capacidade instalada, resolutividade, densidade tecnológica e responsabilidades dos entes federativos. No elenco das prioridades sanitárias destaca-se a ampliação e qualificação da RAPS, com ênfase no cuidado de base territorial.



02. CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO GLOBAL DO SUICÍDIO

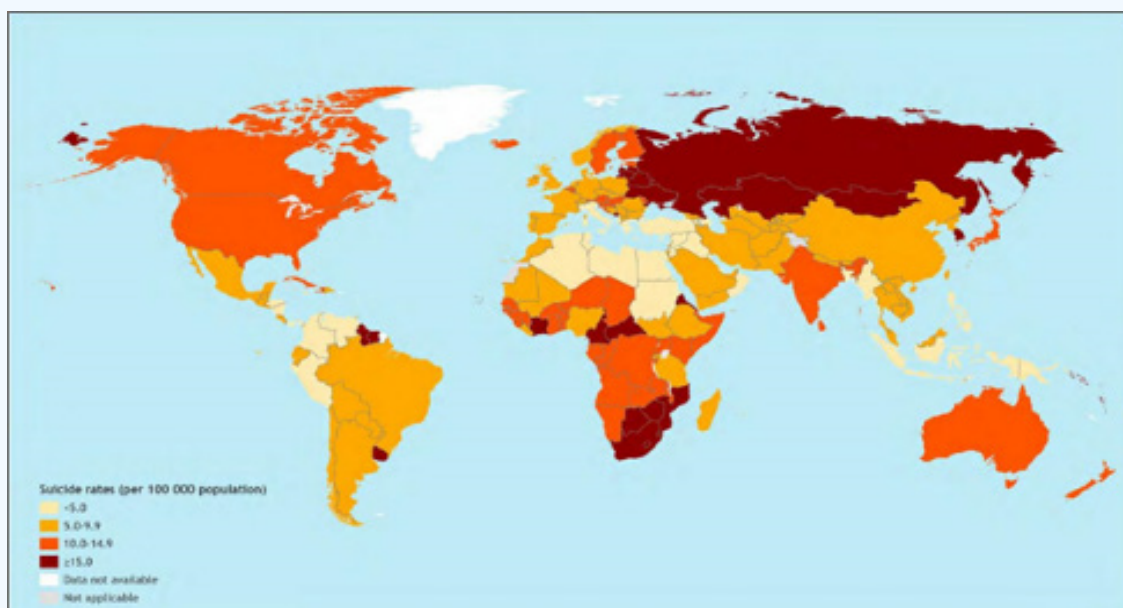
A compreensão da complexidade do suicídio e da autolesão envolve tanto uma análise dos fatores socioculturais quanto uma investigação detalhada dos dados epidemiológicos. É essencial não apenas explicitar seu contexto histórico e elencar definições, mas também quantificar a magnitude do problema para desenvolver intervenções eficazes. Diante disso, avançamos agora para uma análise detalhada do contexto epidemiológico, a fim de identificar padrões, tendências e áreas críticas que necessitam de atenção urgente e medidas preventivas.

A Organização Mundial da Saúde publicou o relatório *Prevenção ao suicídio: um imperativo global* (OMS, 2014), reconhecendo o suicídio como um problema de saúde pública global e exigindo prioridade em intervenções. Este relatório da OMS destaca que para cada morte por suicídio há cerca de vinte tentativas e que em média cinco a seis pessoas próximas sofrem com consequências emocionais, sociais e econômicas.

Segundo o Relatório *suicídio em todo o mundo: estimativas de saúde global* (OMS, 2019), cerca de 700 mil pessoas morrem por suicídio anualmente, sendo essa a quarta principal causa de morte de jovens entre 15 e 29 anos. A taxa global de suicídio padronizada por idade foi de 9,0 por 100.000 habitantes. Mundialmente as taxas de suicídio caíram 36% entre os anos de 2000 e 2019, com diminuições significativas em quase todas as regiões. É importante destacar que, apesar da diminuição a nível mundial, na região das Américas os números vêm crescendo. Entre 2000 e 2019, nas Américas, as taxas aumentaram em 17%.

Mais homens morrem devido ao suicídio do que mulheres (12,6 por 100 mil homens em comparação com 5,4 por 100 mil mulheres). Enquanto para as mulheres, as taxas mais elevadas de suicídio consumado nos países situavam-se acima de 10 por 100 mil habitantes, para o sexo masculino eram superiores a 45 por 100 mil habitantes. As taxas entre países variaram de menos de duas mortes para até mais de 80 por 100 mil habitantes. (Figura 01).

Figura 01 - Taxa de suicidio padronizada por idade (per 100 000 population), em ambos os sexos, 2019



Fonte: Relatório *Global Suicide Worldwide in 2019*

2.1 Estimativas globais de 2000-2019 (OMS, 2019)

A prevenção ao suicídio tem integrado as agendas prioritárias de alguns países, no entanto apenas 38 países estabeleceram uma estratégia nacional de prevenção, sendo necessária uma aceleração significativa na redução de suicídios para cumprir a meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, de uma redução de um terço na taxa global de suicídio até 2030 (OMS, 2019).

Como a maioria dos suicídios ocorre em países de baixa e média renda, a qualificação de registros e notificações são urgentes para melhorar a vigilância, o monitoramento e para avaliar com precisão o progresso da diminuição da mortalidade global por suicídio. Por ser uma causa de morte estigmatizada, os registros de casos de suicídio tendem a sofrer subnotificação ou limitação de informações nas certidões de óbito, sendo necessário o fortalecimento dos sistemas nacionais de informação sanitária.

2.2 Contexto epidemiológico do suicídio no Brasil

Em uma perspectiva mundial, segundo o Global burden of disease, estudo publicado em 2019 que apresenta as taxas de suicídio padronizadas por idade de 214 países e territórios, o Brasil ocupa o 155º lugar. Embora o Brasil não apresente taxas elevadas de suicídio em um contexto global, existe uma tendência crescente de mortalidade por essa causa no país. Um estudo sobre mortalidade por doenças e agravos não transmissíveis revelou um crescimento médio anual de

1,4% nas taxas de suicídio entre os anos de 2000 a 2018. Entretanto, observa-se um incremento de 3,2% ao ano a partir de 2014 ((BRASIL, 2024).

A última edição do [Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde](#) (BRASIL, 2024) traz uma análise da trajetória das taxas de suicídio no Brasil, revelando crescimento em ambos os sexos. Entre 2010 e 2021, as taxas de mortalidade subiram 42%, passando de 5,2 para 7,5 suicídios por 100 mil habitantes. O incremento mais pronunciado ocorreu entre 2020 e 2021, com um aumento de 11,4%, sendo contabilizados 15.507 suicídios no Brasil no ano de 2021, o que representa a 27ª causa de morte no país.

Ao analisar as taxas de suicídio de acordo com a idade, observa-se um aumento do risco ao longo da adolescência, estabilizando-se na vida adulta. Este fenômeno vem afetando principalmente a população adolescente e adulta jovem. Entre crianças e adolescentes de 5 a 14 anos, o suicídio representou a 11ª causa de morte, ao passo que entre adolescentes e jovens de 15 a 19 anos e 20 a 29 anos foi, respectivamente, a terceira e quarta maior causa de mortalidade no país.

Nos homens, as taxas de suicídio aumentam progressivamente com a idade, atingindo seu pico em idosos acima de 70 anos (18,1 óbitos por 100 mil). Por sua vez, nas mulheres o risco é mais elevado entre as adolescentes de 15 a 19 anos (4,5 óbitos por 100 mil), seguido de uma estabilização e declínio das taxas à medida que avançam em idade. Ao avaliar a carga de suicídios em relação ao total de óbitos, verifica-se que esses óbitos representaram 1,2% do total de mortes no sexo masculino, percentual três vezes maior que os 0,4% observados no sexo feminino. (Figuras 02,03).

Figura 02- Distribuição das taxas de mortalidade por suicídio no Brasil, segundo o sexo e a faixa etária. Brasil, 2021.

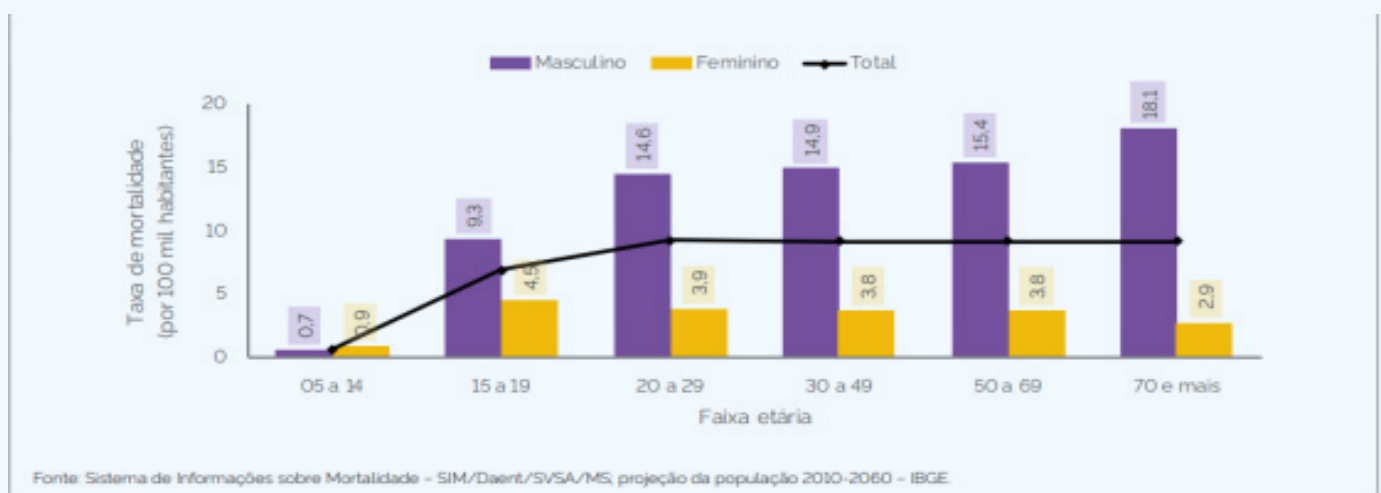
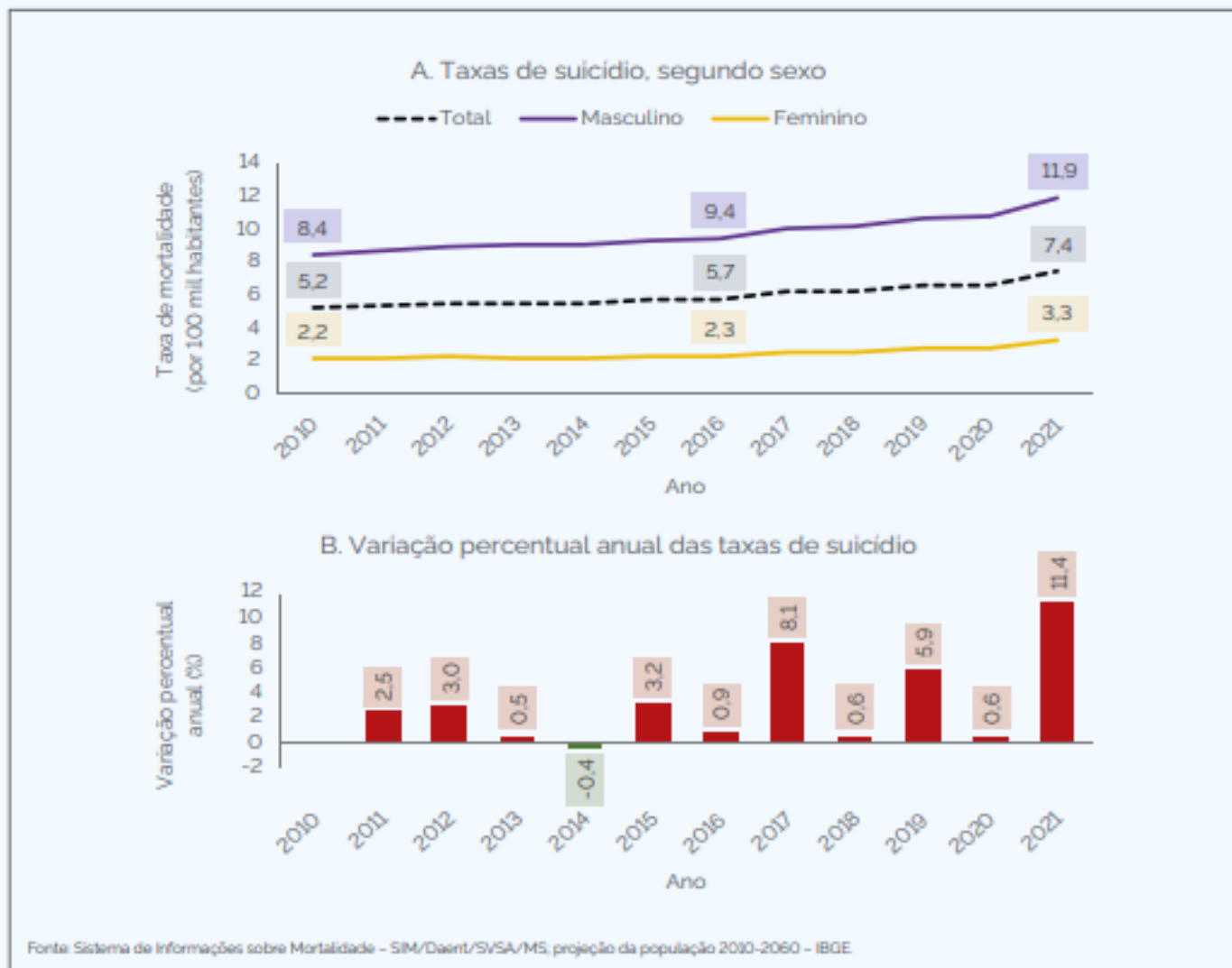


Figura 03 – Taxas de mortalidade por suicídio, segundo o sexo (A), e variação percentual anual (B), Brasil, 2010 a 2021.



Estudo desenvolvido pelo Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para a Saúde (Cidacs/Fiocruz Bahia), mostra que a taxa de suicídio entre jovens cresceu 6% ao ano no Brasil entre os anos de 2011 e 2022. As taxas de notificações por autolesões na faixa etária de 10 a 24 aumentaram 29% a cada ano nesse mesmo período. O número foi maior que na população em geral, cuja taxa de suicídio teve crescimento médio de 3,7% ao ano e a de autolesão 21% ao ano, no mesmo período.

2.3 Perfil epidemiológico da mortalidade por suicídio no estado do Ceará.

A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, comprometida com a promoção da saúde pública e a prevenção de agravos, apresenta o cenário

da Mortalidade por Suicídio no Estado do Ceará, referente ao período de 2009 a 2023, elaborado pela Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde (COVEP) e a Célula de Vigilância e Prevenção de Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis (CEVEP) em colaboração com a Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVIG).

O perfil traz uma análise detalhada dos dados de mortalidade por suicídio no estado, com base nos registros oficiais do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Ao longo dos 14 anos analisados, observamos tendências e padrões que ressaltam a importância de intervenções específicas para a prevenção desse grave problema de saúde pública.

Este percurso de produção de evidências, busca informar gestores e profissionais de saúde sobre a realidade atual da mortalidade por suicídio no Ceará,

mas também subsidiar a formulação de políticas públicas contribuindo para o desenvolvimento de ações que promovam a saúde mental da população.

O suicídio é reconhecido como um problema de saúde pública em todo o mundo, com profundas implicações sociais, emocionais e econômicas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 700 mil pessoas morrem por suicídio anualmente, o que equivale a uma morte a cada 40 segundos. Esse fenômeno é particularmente preocupante entre os jovens, sendo a segunda principal causa de morte entre aqueles com idades entre 15 e 29 anos.

Além disso, algumas estimativas sugerem que ocorrem até 20 tentativas para cada suicídio consumado (OMS, 2021). No Brasil, o suicídio também é uma questão de saúde pública, com taxas que variam entre as diferentes regiões e grupos demográficos. Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) indicam que cerca de 14 mil pessoas morrem por suicídio no país a cada ano, com uma taxa média de aproximadamente 6,5 por 100.000 habitantes.

Embora essa taxa seja relativamente baixa em comparação com a média global, o impacto do suicídio na sociedade brasileira é relevante, particularmente entre adolescentes, jovens adultos e populações indígenas (Ministério da Saúde, 2023). No estado do Ceará, os dados indicam uma tendência de aumento nas taxas de suicídio nos últimos anos.

As complexidades que envolvem o comportamento suicida exigem uma abordagem multifacetada para sua prevenção, incluindo restrição ao acesso aos meios letais, educação em saúde mental, suporte psicológico e intervenções em momentos de crise. Neste contexto, reforçamos o acesso e a divulgação do boletim epidemiológico como um instrumento pedagógico relevante, por fornecer uma análise detalhada da mortalidade por suicídio no Ceará, destacando as tendências, os fatores de risco e as recomendações para a formulação de políticas públicas efetivas (Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2024).

A análise epidemiológica da mortalidade por suicídio no estado do Ceará, entre 2009 e 2023, revelou

uma tendência de aumento nas taxas de suicídio, especialmente entre adolescentes e jovens adultos. Ao longo dos 14 anos analisados, foram registrados 9.290 óbitos por suicídio, com uma taxa média anual de 7,0 por 100.000 habitantes. Esse aumento é especialmente notável entre as faixas etárias de 20 a 39 anos e de 40 a 59 anos. A população idosa, embora com números absolutos menores, também apresentou um crescimento especialmente na faixa dos 60 anos ou mais, destacando a necessidade de intervenções de grupos mais vulneráveis na prevenção do suicídio e na promoção da saúde mental (Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2024).

Os resultados evidenciam diferenças entre as regiões do estado. O Sertão Central e a Região Norte apresentaram as maiores taxas médias de mortalidade por suicídio, destacando-se como áreas críticas que requerem intervenções específicas.

Em Fortaleza, embora a taxa de mortalidade seja relativamente menor, o número absoluto de óbitos é significativo devido à maior população da capital. A análise também identificou uma predominância de suicídios entre homens, que representaram a maioria dos casos em todos os anos analisados. No entanto, foi observada uma tendência crescente de suicídios entre as mulheres, especialmente a partir de 2016, destacando a necessidade de intervenções sensíveis às questões de gênero.

Os métodos de suicídio mais comuns incluíram enforcamento, autointoxicação por pesticidas e precipitação de lugares elevados, sendo o enforcamento responsável por quase três quartos dos casos. A predominância do enforcamento, resultando em quase três quartos dos casos, sugere que as estratégias de prevenção devem focar na restrição ao acesso a meios letais e nos fatores psicossociais que levam a essa escolha.

A incidência de suicídios por pesticidas, como segundo método mais comum, sinaliza a necessidade de regulamentação mais rigorosa dessas substâncias, especialmente em áreas rurais. A auto intoxicação por outras drogas e medicamentos e a auto intoxicação por outros produtos químicos, como terceiro e quarto métodos, estão condicionados ao fácil acesso a

medicamentos e a diversidade de outros produtos químicos disponíveis.

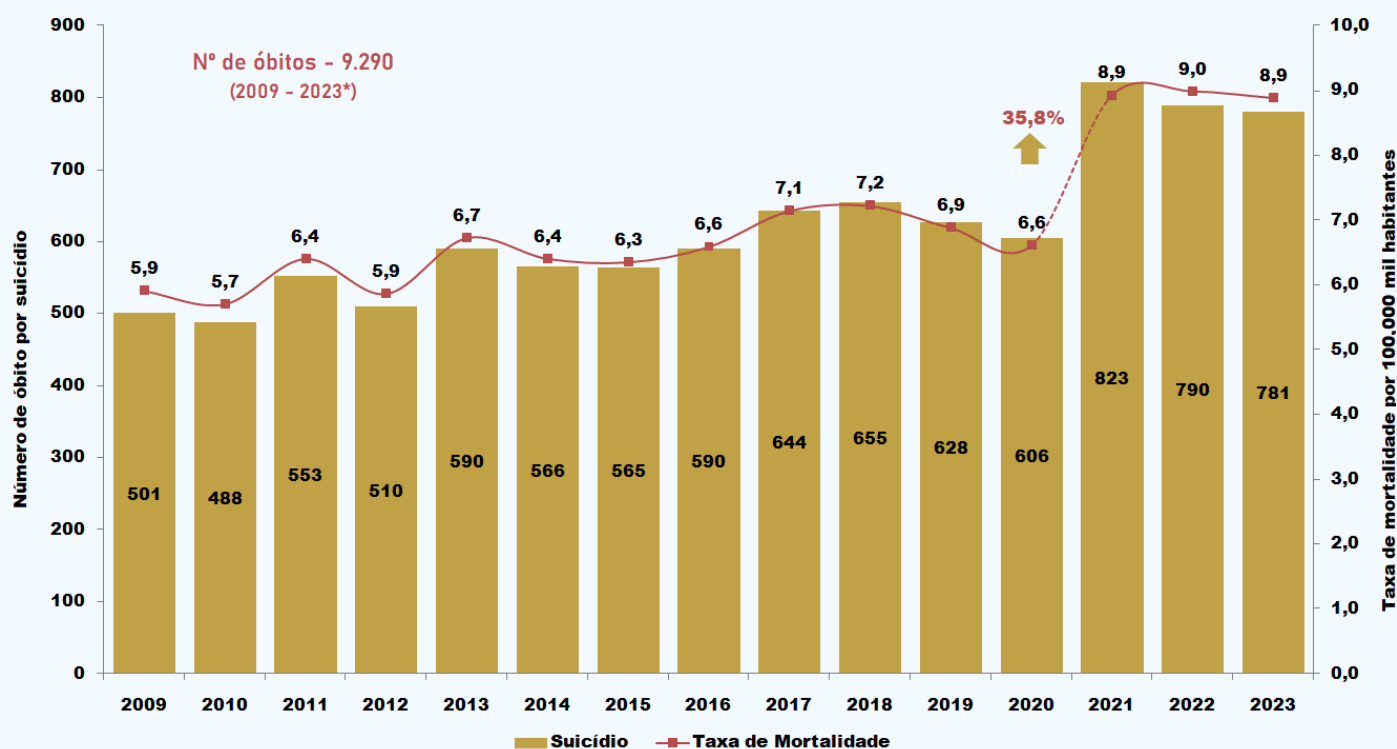
Além disso, a análise por faixa etária mostrou que as faixas de 20 a 39 anos e de 40 a 59 anos são as mais afetadas, com uma tendência clara de aumento nas taxas de suicídio. A população idosa, embora com números absolutos menores, também apresentou um crescimento preocupante, especialmente na faixa dos 60 anos ou mais.

Esses resultados reforçam a necessidade urgente

de políticas públicas e programas de prevenção que considerem as especificidades regionais, de gênero e de faixa etária. A diversidade de métodos utilizados para o suicídio indica que as estratégias de prevenção devem ser abrangentes e adaptadas às diferentes realidades locais.

A Figura 4 mostra a dinâmica e as variações anuais dos suicídios no estado do Ceará, ao longo de 14 anos, de 2009 a 2023, totalizando 9.290 óbitos com uma taxa média anual de 7,0 óbitos.

Figura 04 - Distribuição e taxa de mortalidade por suicídios, Ceará, 2009 a 2023*



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVOP/DATASUS/SIM. *Dados sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 06/08/2024

No período de análise, observou-se uma tendência geral de aumento no número de óbitos por suicídio, com discretas flutuações, variando de 488 em 2010 a um pico de 823 em 2021. Entre 2009 e 2020 a taxa variou entre o mínimo 5,7 e o máximo 7,2 óbitos por 100 mil habitantes, respectivamente em 2010 e 2018. No triênio 2021 a 2023 observa-se o número de óbitos em patamares mais elevados, com taxas variando de 8,9 a 9,0 óbitos por 100 mil habitantes.

O número de óbitos por suicídio em 2021 representa um aumento de 35,8% em relação ao ano anterior. Nos dois anos seguintes, 2022-2023, houve uma discreta

redução no número absoluto dos óbitos, mas o total de óbitos do ano, manteve-se superior ao registrado entre 2009 a 2020.

2.3.1 Suicídio no Ceará: taxa de mortalidade por sexo.

A Figura 5 apresenta a distribuição dos suicídios por sexo entre 2009 e 2023, destacando mudanças significativas nesse período. Observa-se um aumento acentuado no número de suicídios de 2020 para 2021, com a manutenção desse patamar elevado nos anos

subsequentes. Esse crescimento é evidente tanto entre homens quanto entre mulheres, com aumentos de 35% e 39%, respectivamente.

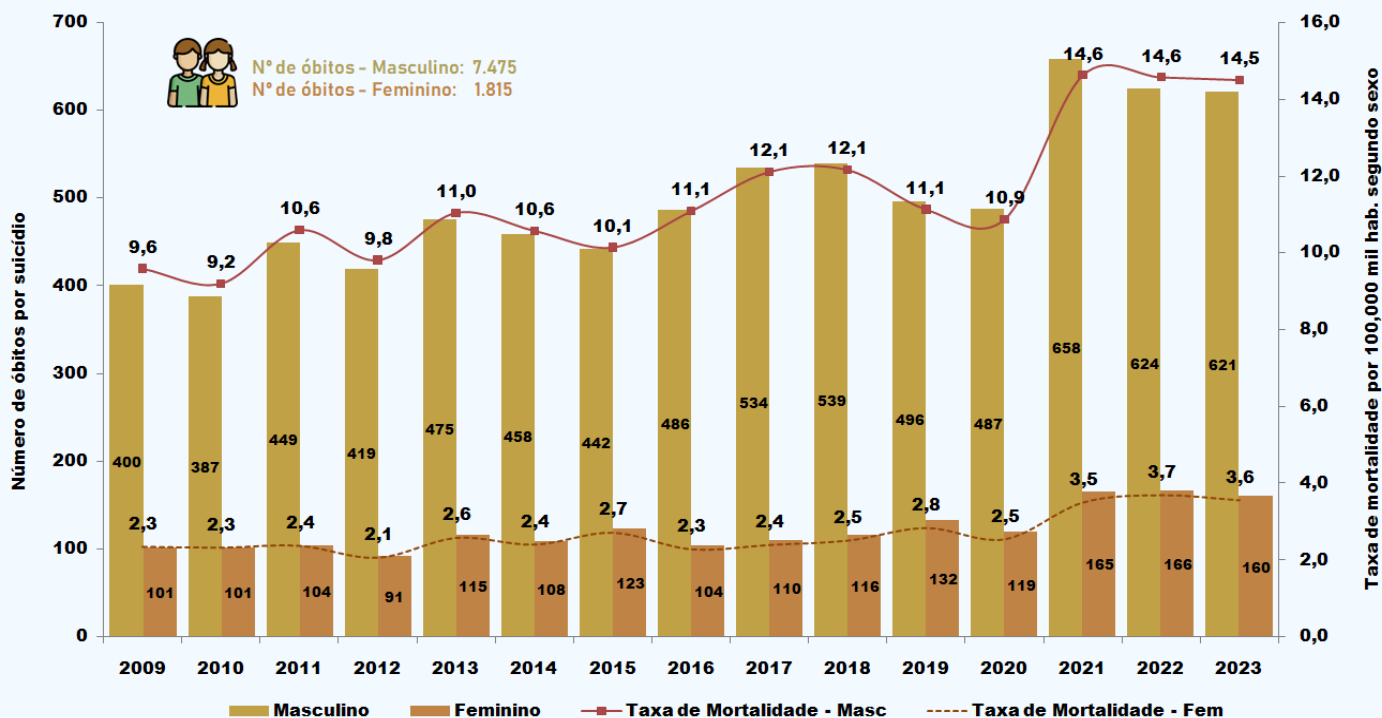
A taxa de suicídios entre homens, representada pela linha vermelha, mostra um aumento mais expressivo, mas a diferença pode estar relacionada ao tamanho das populações masculina e feminina, o que influencia as taxas.

Embora o aumento percentual seja ligeiramente

maior entre as mulheres, os homens continuam a representar a maior proporção absoluta de suicídios, com uma relação de quase quatro óbitos masculinos para cada óbito feminino em 2021. Em 2023, foram registrados 621 suicídios masculinos e 160 femininos, indicando a persistência dessa disparidade.

Esses dados ressaltam a necessidade de políticas públicas que abordem tanto os fatores de risco gerais quanto específicos de gênero na prevenção do suicídio.

Figura 05 - Distribuição e taxa de mortalidade por suicídios, segundo sexo, Ceará, 2009 a 2023*



Fonte: SESA/SEVIG/COPEP.CEVEP/DATASUS/SIM/ *Dados sujeitos a alteração e revisão atualizados até o dia 06 /08/2024. Nota: excluídos dados ignorados e brancos

2.3.2 Suicídio no Ceará: Proporção da Mortalidade por Faixa Etária

Os registros da Tabela 1 mostram a estratificação dos óbitos por suicídio acumulados nos anos de 2009 a 2023, segundo a faixa etária, em residentes no Estado do Ceará:



0 a 9 anos:

tendência extremamente baixa e estável, com apenas 4 casos registrados de 2009 a 2023.



10 a 19 anos:

representando 8,6% dos casos totais, essa faixa etária exibe leve oscilação ao longo dos anos, sem aumentos significativos. No entanto, há sinais de estabilização ou ligeiro aumento no final do período analisado, indicando a necessidade de intervenções focadas em adolescentes e jovens adultos.



20 a 39 anos:

com 42,6% dos casos totais, essa faixa etária mostra uma tendência de alta nos primeiros anos do período, seguida por uma estabilização em um patamar elevado, sem sinais de reversão até 2023.



40 a 59 anos:

com 32,1% dos suicídios, essa faixa etária apresenta flutuações significativas, com picos em certos anos, mas uma tendência geral de alta.



60 a 79 anos:

com 13,8% dos casos, essa faixa etária mostra um ligeiro aumento ao longo do período, com variações menores em comparação às faixas mais jovens. O crescimento gradual pode estar relacionado ao envelhecimento populacional, problemas crônicos de saúde e isolamento social.



80 anos ou mais:

embora represente 2,8% dos casos totais, essa faixa etária mostra um aumento constante ao longo do período analisado.

Tabela 1 - Distribuição e proporção acumulada da mortalidade por suicídios, segundo faixa etária, Ceará, 2009 a 2023*

Faixa Etária	N	%
0 a 9 anos	4	0,0
10 a 19 anos	802	8,6
20 a 39 anos	3954	42,6
40 a 59 anos	2978	32,1
60 a 79 anos	1284	13,8
80 e +	259	2,8
Total	9281	100,0




Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/DATASUS/SIM. *Dados sujeitos à alteração e revisão, atualizados até o dia 06/08/2024

2.3.3 Suicídio no Ceará: ocorrência, grau de instrução e raça

A análise epidemiológica dos suicídios no Ceará entre 2009 e 2023, apresentada na Tabela 2, distribui os dados conforme o local de ocorrência, o grau de instrução e a raça/cor das vítimas. A variável local de ocorrência mostra que a maioria dos suicídios no Ceará ocorreu em domicílios, representando 60,9% dos casos. Este dado destaca a importância do ambiente doméstico como um espaço crítico onde a maioria dos eventos fatais se desenrola.

No tocante a escolaridade, observa-se que pessoas com nenhuma ou baixa escolaridade (até 7 anos de estudo) representaram 56,5% dos óbitos por suicídio. Já a estratificação da mortalidade por suicídio, segundo a raça/cor, indica que a grande maioria ocorreu entre pessoas identificadas como pardas, que representaram 72,5% do total. Em seguida, as pessoas brancas constituíram a segunda maior proporção de suicídios, representando 13,4% do total. Destaca-se que o campo raça/cor não foi informado em 12,1% do total.

Tabela 2 - Distribuição e proporção da mortalidade por suicídio, segundo local de ocorrência, grau de instrução e raça cor, Ceará, 2009 a 2023*

 Local de Ocorrência	N	%
Hospital	1213	13,1
Out est saúde	74	0,8
Domicílio	5656	60,9
Via pública	540	5,8
Outros	1756	18,9
Ign	51	0,5
Total	9290	100
 Grau de Instrução	N	%
Nenhuma	901	9,7
01 a 03	1976	21,3
04 a 07	2369	25,5
08 a 11	1528	16,4
12 e +	569	6,1
Ign	1401	15,1
N Inf	546	5,9
Total	9290	100
 Raça/cor	N	%
Branca	1249	13,4
Preta	154	1,7
Amarela	18	0,2
Parda	6738	72,5
Indígena	8	0,1
N Inf	1123	12,1
Total	9290	100

Fonte: SESA/SEVIG/COPEP/CEVEP/DATASUS/SIM. *Dados sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 06/08/2024

2.3.4 Suicídio no Ceará: Regiões de Saúde

Os dados apresentados nas Figuras 6 e 7, oferecem uma visão detalhada das taxas de mortalidade por suicídio em diferentes regiões do Ceará, ao longo do período de 2009 a 2023.

Na Região de Fortaleza, a taxa média de mortalidade por suicídio foi de 6,1 óbitos por 100.000 habitantes, com um total de 3.947 óbitos acumulados. A região de saúde manteve uma taxa relativamente estável durante o período analisado, variando de 3,7 em 2020 a 7,3 em 2023. Observou-se queda entre 2019 e 2020, com a menor taxa registrada em 2020 (3,7). No entanto, a partir de 2021, houve um aumento gradual, atingindo 7,3 em 2023. Os desafios persistem quando identificamos no Plano Regional de Saúde a meta de reduzir em 1,2 a taxa de mortalidade por suicídio passando de 7,20 em 2018 para 6,0 até 2023.

Na Região Norte, a taxa média de mortalidade por suicídio foi de 9,2 óbitos por 100.000 habitantes, com um total de 2.098 óbitos acumulados. Esta região apresentou uma das taxas mais elevadas ao longo dos anos, com um aumento constante de 7,6 em 2009 até um pico de 11,5 em 2022. Em 2023, a taxa sofreu uma leve queda, atingindo 9,6, mas permanece acima da média. A região pactuou no Plano Regional (2023–2027) a meta de reduzir em 4% a taxa de mortalidade por suicídio, passando de 11,2 em 2021 para 7,2 até 2027. A análise epidemiológica sinaliza a redução da taxa de mortalidade como uma meta irrevogável, considerando a tendência de crescimento observada ao longo dos anos (2009–2022).

A Região do Cariri registrou uma taxa média de mortalidade por suicídio de 8,6 óbitos por 100.000 habitantes, totalizando 1.761 óbitos acumulados. Esta região mostrou uma trajetória ascendente, especialmente a partir de 2017, com a taxa subindo de 5,0 em 2009 para 11,7 em 2022. Em 2023, a taxa se manteve alta em 11,6.

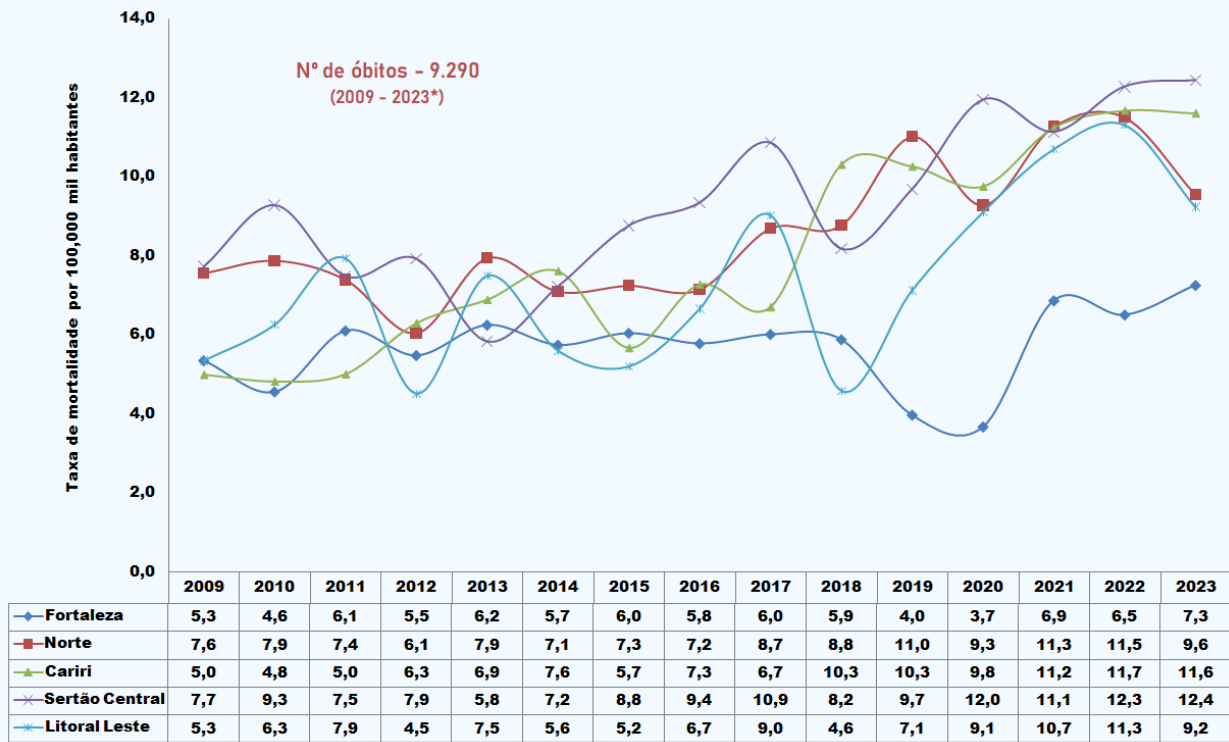
No Plano de Saúde Regional (2023–2027), foi pactuada a meta de reduzir a taxa de mortalidade por suicídio de 11,4/100.000hab, em 2021, para 10/100.000hab, até 2027. Porém a análise epidemiológica revela que essa realidade não difere das demais regiões, dada a tendência de crescimento demonstrada numa série histórica de 14 anos.

No Sertão Central, a taxa média foi a mais elevada entre as regiões analisadas, alcançando 10,0 óbitos por 100.000 habitantes, com um total de 892 óbitos acumulados. A taxa na região começou em 7,7 em 2009 e atingiu o pico de 12,4 em 2023. A partir de 2016, observou-se tendência de aumento nas taxas de mortalidade por suicídio. A região pactuou no Plano de Saúde Regional a meta de reduzir em 1,8 a taxa de mortalidade por suicídio, passando de 11,1 em 2022 para 9,3 até 2027. Todavia o pico de crescimento em 2023, chama atenção para a Região refletir a revisão da meta e a adotar iniciativas intersetoriais de prevenção e promoção do cuidado em Saúde Mental.

O Litoral Leste apresentou uma taxa média de 7,9 óbitos por 100.000 habitantes, com 592 óbitos acumulados. A taxa de mortalidade por suicídio variou ao longo dos anos, de 5,3 em 2009 a 9,2 em 2023. Esta região experimentou aumento a partir de 2017, com um pico de 11,3 em 2022, seguido de uma leve queda em 2023. A meta de reduzir a taxa de mortalidade por suicídio de 9,5/100.000hab em 2020 para 9,0/100.000hab até 2027, declarada no Plano de Saúde Regional, considerando as variações na taxa de mortalidade ao longo dos anos, mostra a região como uma área ainda não crítica.

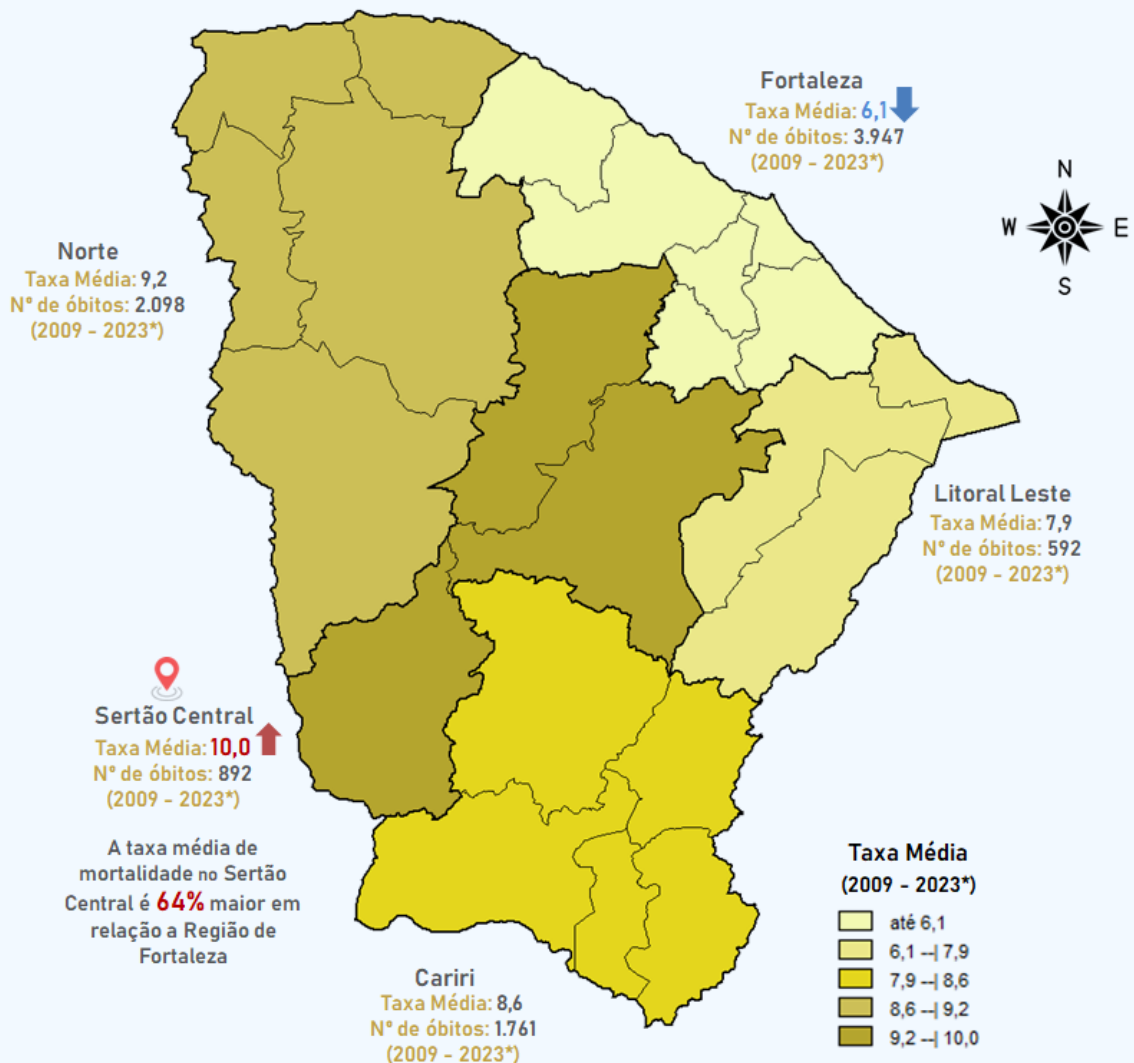
Os dados revelam que o Sertão Central e a Região Norte apresentam as maiores taxas de mortalidade por suicídio, com médias de 10,0 e 9,2, respectivamente. **Essas regiões, juntamente com o Cariri, que também mostra uma tendência crescente, destacam-se como áreas críticas para intervenções.** Apesar de Fortaleza ter uma média menor (6,1), a capital contribui significativamente para o número absoluto de óbitos, dada sua maior população (FIGURAS 6 e 7).

Figura 6 - Taxa de mortalidade por Suicídio, segundo Região de Saúde, Ceará, 2009 a 2023*



Fonte: SESA/SEVIG/COPEP/CEVEP/DATASUS/SIM. *Dados sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 06/08/2024.

Figura 7 - Distribuição acumulada e taxa média da mortalidade por Suicídio, segundo Região de Saúde, Ceará, 2009 a 2023



Fonte: SESA/SEVIG/COPEP/CEVEP/DATASUS/SIM. *Dados sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 06/08/2024

A Figura 8 traz a análise das mortes por suicídios segundo Áreas Descentralizada de Saúde (ADS) do Ceará, na qual evidencia uma disparidade significativa tanto no número absoluto de óbitos quanto nas taxas médias de mortalidade por suicídio. Regiões como Tauá, Canindé, e Tianguá requerem atenção especial devido às suas elevadas taxas médias, enquanto Fortaleza, apesar de seu elevado número de óbitos, apresenta uma taxa média relativamente baixa. As diferenças regionais destacam a necessidade de estratégias de prevenção ao suicídio adaptadas às características e necessidades específicas de cada área, considerando os fatores socioeconômicos e culturais que podem influenciar a vulnerabilidade ao suicídio.

Fortaleza lidera em número absoluto de óbitos por suicídio, com 2.295 casos, refletindo tanto sua grande população quanto os desafios urbanos específicos. Sobral (761 óbitos) e Caucaia (559 óbitos) seguem,

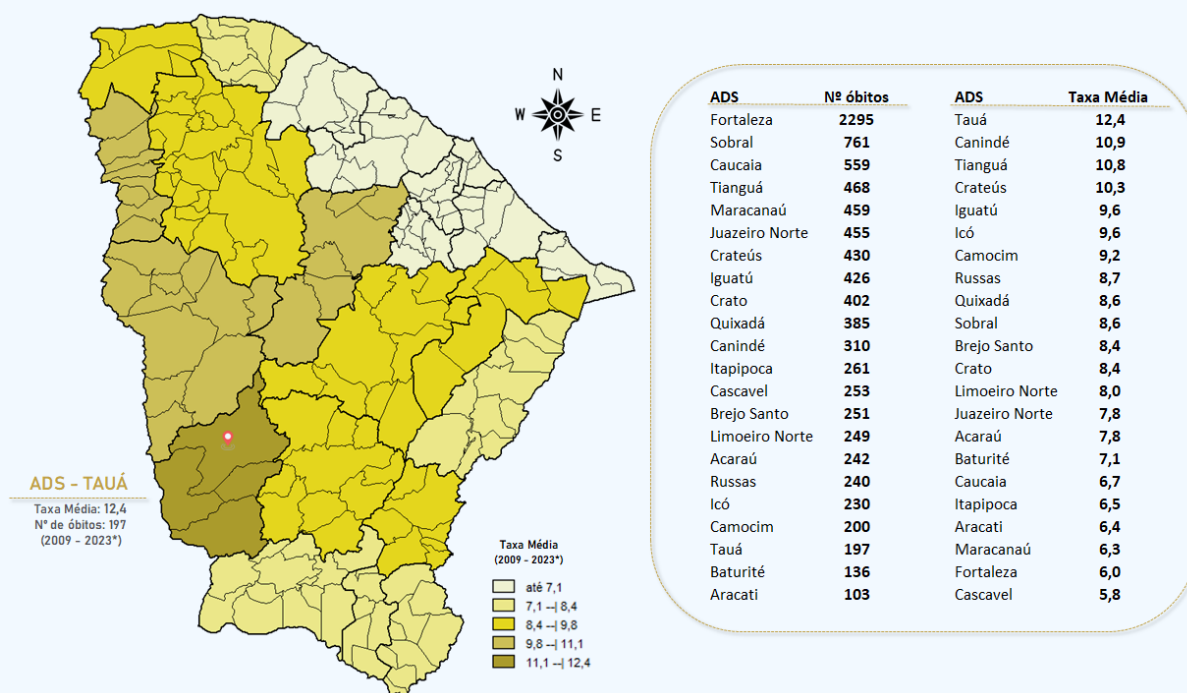
destacando-se como áreas de alta carga de suicídios.

Tianguá (468 óbitos) e Maracanaú (459 óbitos) também apresentam números significativos, sugerindo influência de fatores socioeconômicos e de saúde.

Nas taxas médias de mortalidade, Tauá se destaca com a mais alta taxa, 12,4 por 100.000 habitantes, seguida por Canindé (10,9), Tianguá (10,8) e Crateús (10,3), todas acima de 10 por 100.000 habitantes, indicando uma vulnerabilidade elevada. Iguatu, Icó e Camocim têm taxas de 9,6, com Camocim um pouco abaixo, e 9,2, mostrando preocupação moderada.

ADS com menores taxas incluem Maracanaú (6,3), Fortaleza (6,0) e Cascavel (5,8). Fortaleza, apesar do maior número absoluto de óbitos, tem uma taxa média baixa devido à sua grande população. As taxas médias variam consideravelmente entre as ADS, refletindo as influências de fatores locais nas taxas de suicídio.

Figura 8 - Distribuição acumulada e taxa média da mortalidade por Suicídio, segundo Área Descentralizada de Saúde, Ceará, 2009 a 2023*



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/DATASUS/SIM. *Dados sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 06/08/2024

2.3.5 Suicídio no Ceará: municípios

A Figura 09 traz a análise dos dados de mortalidade por suicídio no Ceará, segmentados pelo tamanho populacional dos municípios, revela importantes diferenças nas taxas ao longo do período de 2009 a

2023. As taxas são expressas como coeficientes de mortalidade por 100.000 habitantes, padronizadas para a população.

a) Municípios com População Acima de 100 mil Habitantes (9 municípios): As taxas de mortalidade por suicídio nesta categoria populacional são as mais

baixas entre os grupos analisados, variando de 4,0 em 2019 a 8,1 em 2023.

Observa-se uma tendência de aumento a partir de 2019, quando a taxa caiu para o menor valor (4,0). A partir de 2020, houve um crescimento contínuo, atingindo 8,1 em 2023, sugerindo um aumento preocupante nos suicídios em grandes centros urbanos.

b) Municípios com População entre 50 e 100 mil Habitantes (24 municípios): Este grupo apresenta uma tendência de aumento nas taxas de mortalidade, com variações significativas ao longo dos anos. As taxas oscilaram entre 6,0 em 2012 e 10,0 em 2020.

Após uma leve queda entre 2012 e 2016, as taxas subiram de forma mais acentuada a partir de 2017, alcançando o pico de 10,0 em 2020, antes de registrar 8,8 em 2023. Essa trajetória sugere uma crescente vulnerabilidade ao suicídio em municípios de médio porte.

c) Municípios com População entre 25 e 50 mil Habitantes (42 municípios): As taxas neste grupo são relativamente altas e apresentaram flutuações consideráveis, variando de 6,1 em 2009 a 11,9 em 2021.

Há uma clara tendência de aumento das taxas de mortalidade por suicídio a partir de 2016, com picos notáveis em 2019 (9,8) e 2021 (11,9). Em 2023, a taxa caiu ligeiramente para 9,9, mas ainda assim é alta. Este padrão sugere que municípios menores estão enfrentando desafios significativos em termos de saúde mental e prevenção do suicídio.

d) Municípios com População abaixo de 25 mil Habitantes (109 municípios): Este grupo apresenta as taxas mais altas de mortalidade por suicídio, com um pico em 2021 de 11,9. As taxas variaram de 6,1 em 2009 a 9,7 em 2023.

As taxas mostraram um padrão oscilante, mas com uma tendência geral de aumento, especialmente a partir de 2018. O pico de 11,9 em 2021 reflete uma vulnerabilidade muito alta nos municípios menores.

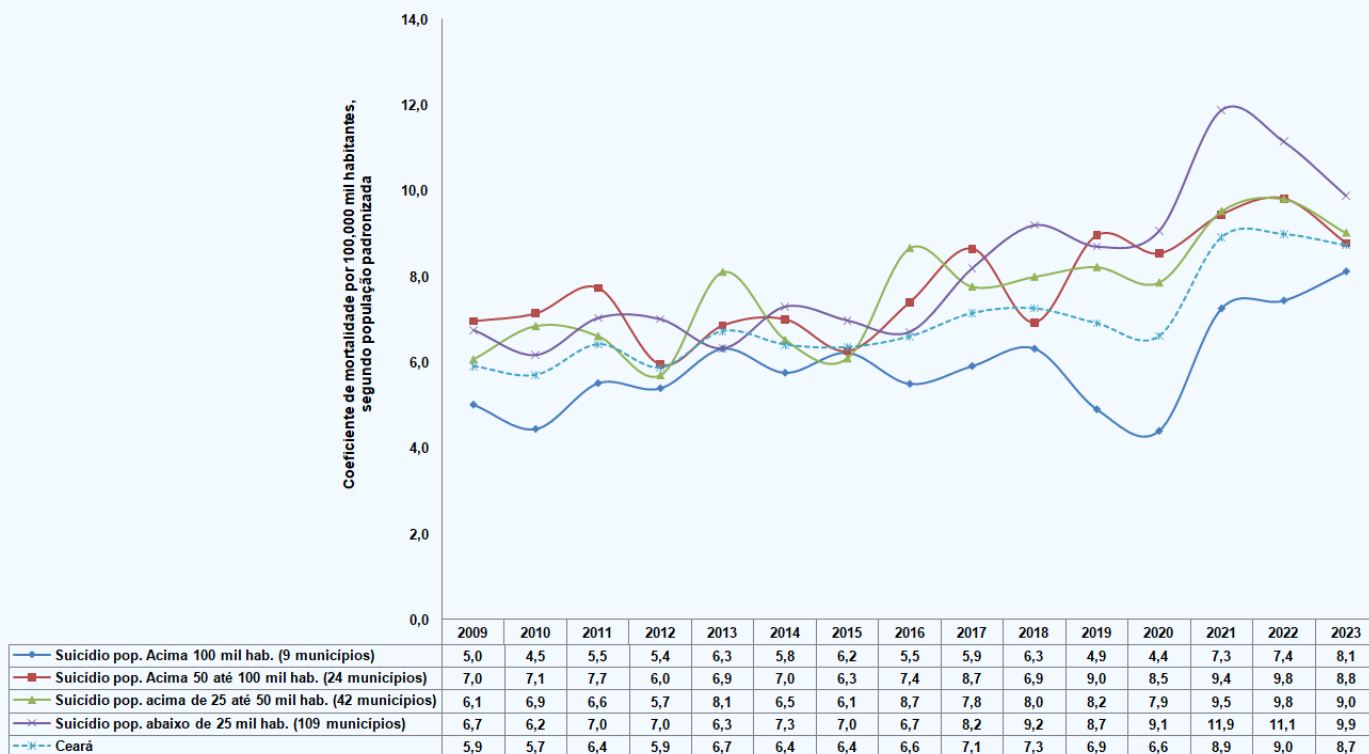
e) Média Geral do Estado do Ceará: A taxa de mortalidade por suicídio no estado do Ceará manteve-se relativamente estável, com uma média que variou de 5,9 em 2009 a 9,7 em 2023.

A partir de 2018, há uma tendência de aumento mais acentuada, com a taxa chegando ao seu valor máximo em 2023 (9,7). Esse aumento reflete uma preocupação crescente em todo o estado, independentemente do tamanho populacional dos municípios.

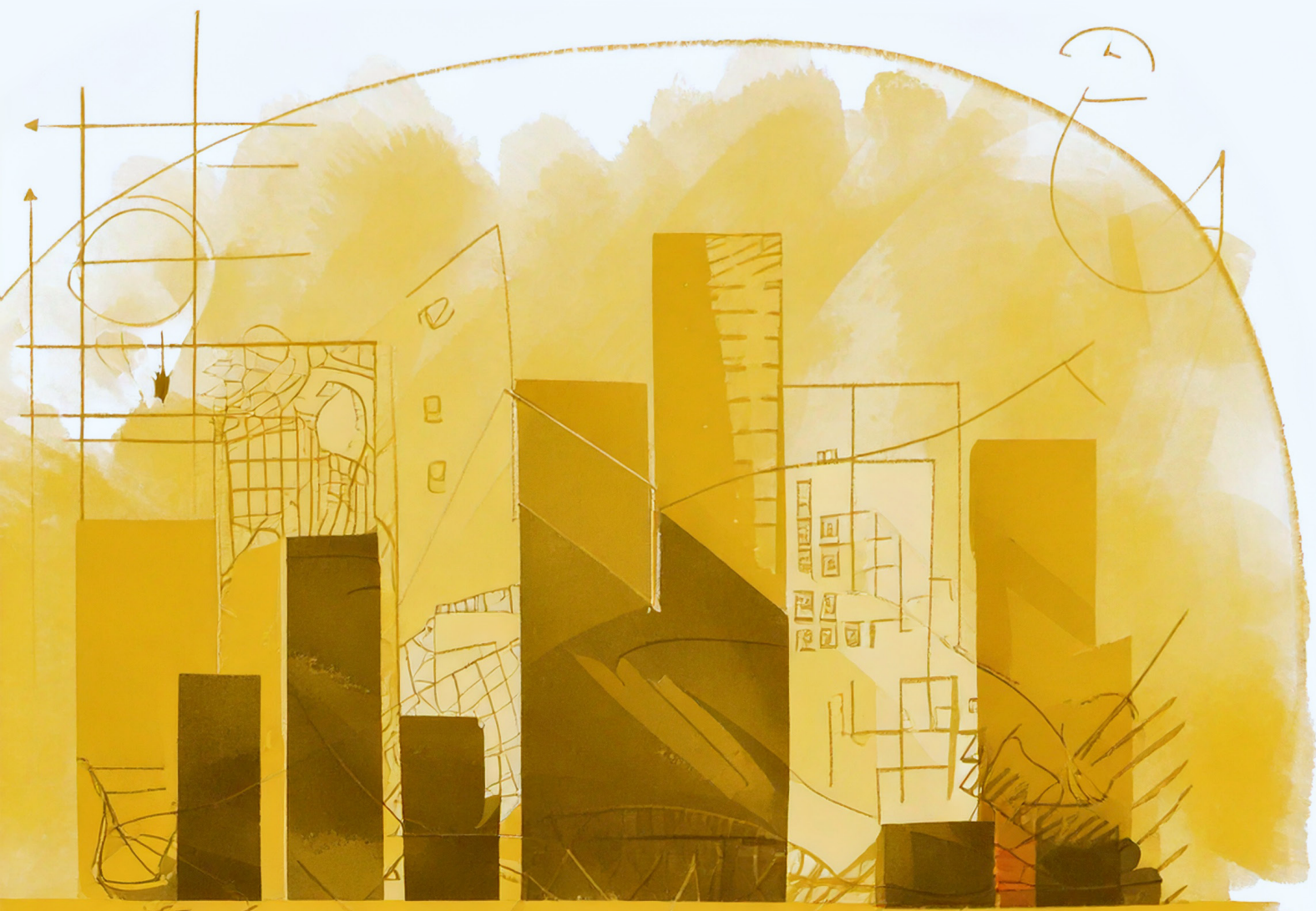
Os dados sugerem que municípios menores, especialmente aqueles com menos de 25 mil habitantes, apresentam as maiores taxas de mortalidade por suicídio, indicando uma necessidade urgente de intervenções específicas.

Enquanto isso, municípios maiores, com mais de 100 mil habitantes, têm taxas mais baixas, mas também apresentam um aumento recente que não pode ser ignorado. A análise indica que a vulnerabilidade ao suicídio é influenciada por fatores relacionados ao tamanho populacional, acesso a serviços, e outras condições socioeconômicas e culturais. As estratégias de prevenção devem ser adaptadas para abordar essas diferenças e mitigar os riscos em todas as regiões do estado (FIGURA 09).

Figura 9 - Coeficiente de mortalidade por suicídio, segundo municípios e população padronizada, Ceará, 2009 a 2023 *



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVOP/DATASUS/SIM. *Dados sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 06/08/2024



03. CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO DA AUTOLESÃO NÃO SUICIDA NO BRASIL

De acordo com dados de notificações de violências autoprovocadas extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), no ano de 2021 foram registrados 114.159 casos de violência autoprovocada, dos quais 70,3% ocorreram no sexo feminino (conferir figura 11). Verificou-se um predomínio de notificações na faixa de 20 a 49 anos de idade (60,2%), e maiores percentuais de adolescentes de 5 a 14 (11,5%) e 15 a 19 (23,2%) anos no sexo feminino, em comparação ao masculino, respectivamente 4,1% e 17,5% (Brasil, 2024).

Os dados de 2021 do Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2024), que analisa os meios de agressão, demonstrou predomínio de violências autoprovocadas por meio de intoxicação exógena (67,1%), seguido de objetos cortantes (17,9%) e enforcamentos (6,6%). A análise comparativa por sexo demonstrou que homens apresentaram percentuais de autolesões por enforcamento (12,9%) e arma de fogo (1,4%), respectivamente 3,3 e 7,2 vezes maiores que os observados em mulheres.

Na perspectiva de uma visão longitudinal, estudo que analisa dados sobre violência autoprovocada no Brasil entre os anos de 2011 a 2022, demonstra que houve 720.480 notificações de lesões autoprovocadas no Brasil, registradas no SINAN/DATASUS, revelando que as taxas gerais de autolesão aumentaram nove vezes, de 7,6 para 70,1 por 100.000 habitantes.

No mesmo período foram registrados 147.698 suicídios no SIM, com variação percentual média anual de 3,70% nas taxas de suicídio neste período. O estudo revela o aumento expressivo nas taxas de automutilação (autolesão) e suicídio e sugere a necessidade de uma maior alocação de recursos para reduzir os fatores de risco associados ao suicídio, como a desigualdade social e o acesso a cuidados de saúde mental (ALVES, et al., 2024).

3.1 Contexto epidemiológico das lesões autoprovocadas não letais no Ceará.

No Estado do Ceará, entre 2009 a 2022, foram registradas um total de 24.450 lesões autoprovocadas não letais. No mesmo intervalo de tempo foram contabilizados 8.527 óbitos por suicídio. Cabe ressaltar que as notificações de violência doméstica, sexual e outras violências tornaram-se compulsórias para todos os serviços de saúde, públicos ou privados apenas a partir de 2011 e no ano de 2014 foi atribuído caráter de notificação imediata (em até 24 horas pelo meio de comunicação mais rápido) às tentativas de suicídio e violência sexual).

A figura 10 registra o número de notificações e taxa de incidência por (de) lesões autoprovocadas no Estado do Ceará no período de 2009 a 2022*. Ao analisar as notificações de lesões autoprovocadas não letais, é possível identificar uma tendência de crescimento, com destaque para os anos de 2018 e 2019, que refletem taxas de incidência de 23,5 e 46,1 casos por 100 mil habitantes, respectivamente. Entretanto, o ano de 2020 mostrou uma ligeira redução no número de notificações, possivelmente relacionada ao início da pandemia de COVID-19, devido ao isolamento social que pode ter dificultado o registro de novos casos dessa violência. Por outro lado, foi apresentado um aumento nos anos de 2021 e 2022, sendo este último o que registrou o maior número de notificações e a maior taxa de incidência por lesões autoprovocadas.

Figura 10 - Número de notificações e Taxa de incidência por lesões autoprovocadas não letais, Ceará, 2009 a 2022*

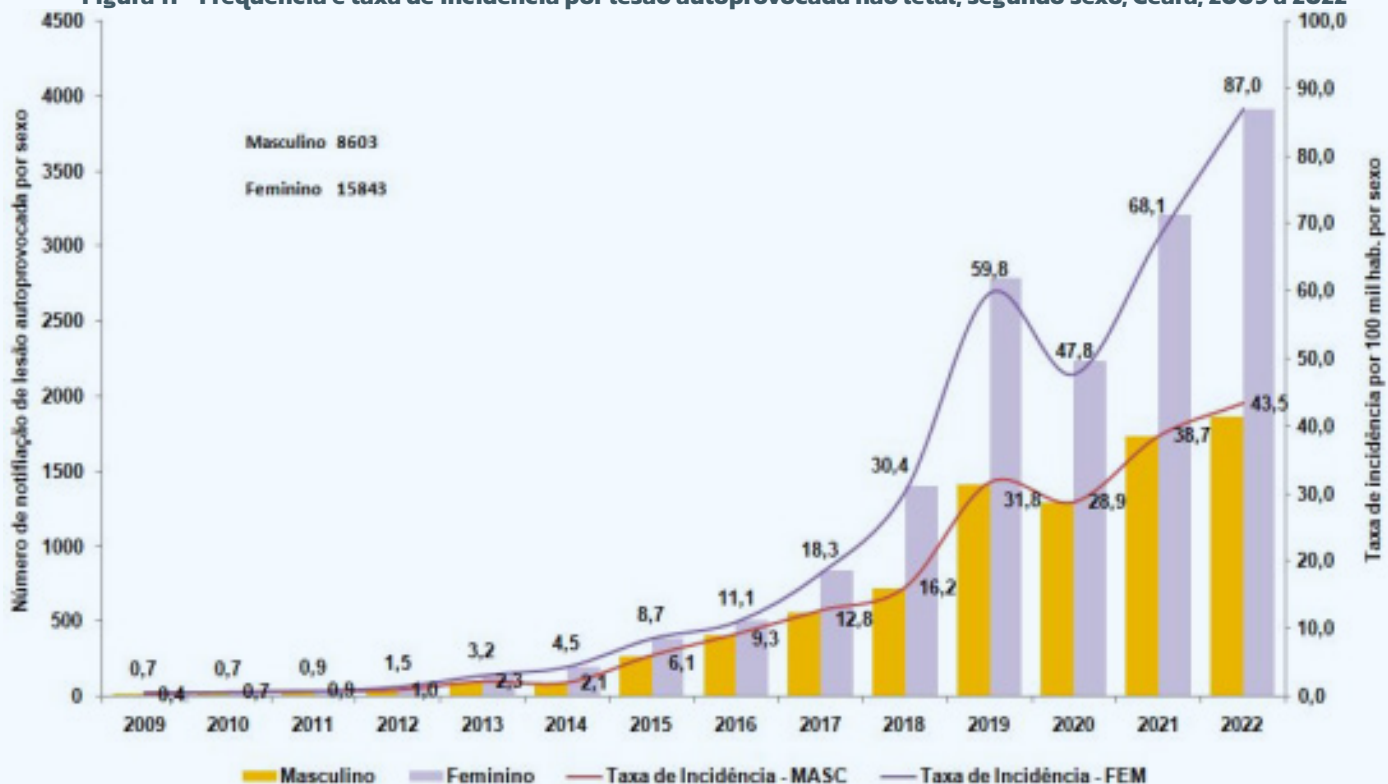


Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/Célula de Vigilância e Prevenção de Doenças Transmissíveis e não Transmissíveis/DATASUS/SINAN/SIM. *

*Dados sujeitos à alteração e revisão, atualizados até o dia 30/08/2023. Nota 1: Foram considerados os óbitos por causas externas classificados com os seguintes códigos da CID-10: Suicídios (X60 a X84 e Y87.0);

A análise na figura 11, revela que as notificações de lesões autoprovocadas não letais foram mais frequentes no sexo feminino durante todos os anos observados (2009 a 2022), atingindo a taxa mais alta de 87,0 notificações por 100 mil mulheres no ano de 2022.

Figura 11 - Frequência e taxa de incidência por lesão autoprovocada não letal, segundo sexo, Ceará, 2009 a 2022*



A Figura 12 apresenta as frequências e proporções acumuladas das notificações de lesões autoprovocadas, abrangendo o período de 2009 a 2022, com base nas diferentes faixas etárias. Observa-se que, em todos os anos analisados, a faixa etária de 20 a 39 anos registra o maior número de notificações de lesões autoprovocadas não letais, acumulando um total de 11.163 notificações, o que corresponde a 45,7% dos casos. A seguir, a faixa etária de 10 a 19 anos, conforme ilustrado na Figura 13, também apresenta números expressivos.

Figura 12 – Frequência e proporção por lesões autoprovocadas não letais, segundo faixa etária, Ceará, 2009 a 2022*

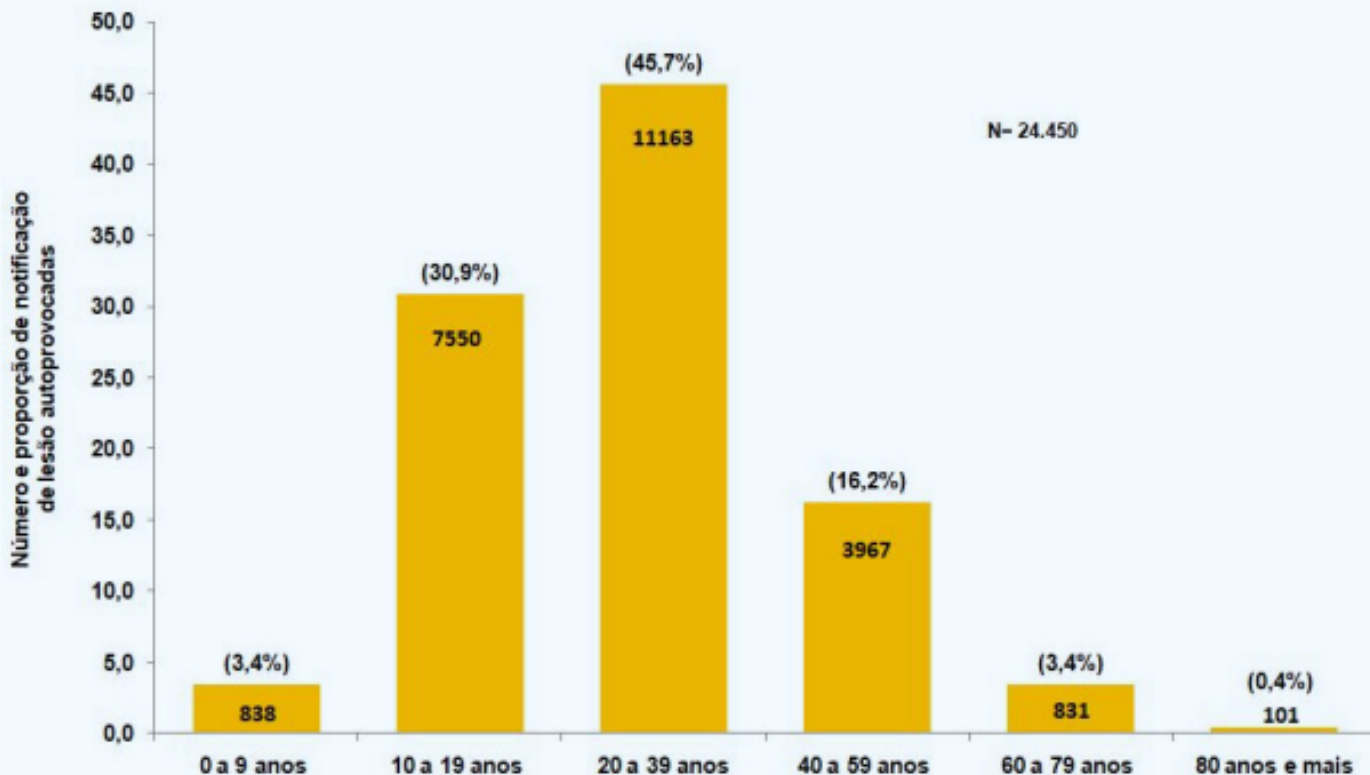
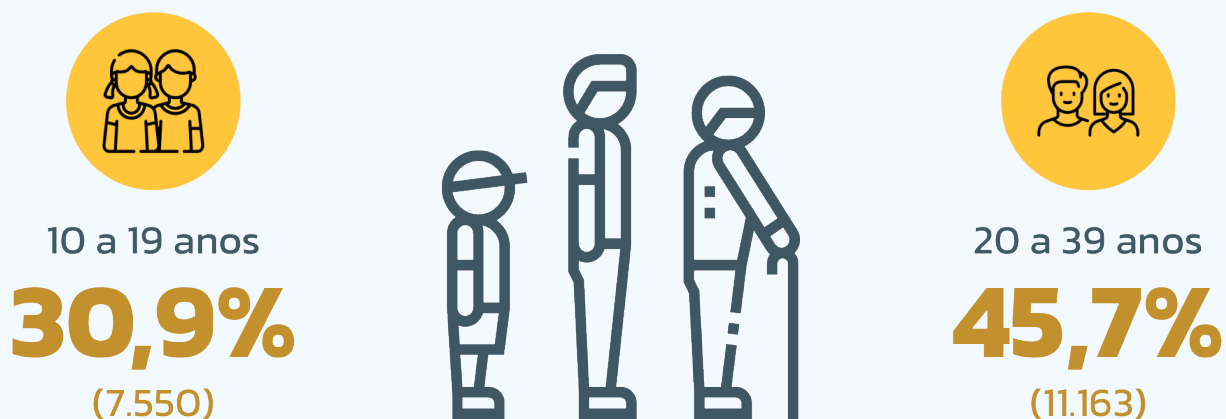


Figura 13 – Proporção por lesões autoprovocadas, segundo faixa etária, Ceará, 2009 a 2022*



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/Célula de Vigilância e Prevenção de Doenças Transmissíveis e não Transmissíveis/DATASUS/SINAN/SIM. *

*Dados sujeitos à alteração e revisão, atualizados até o dia 30/08/2023. Nota 1: Foram considerados os óbitos por causas externas classificados com os seguintes códigos da CID-10: Suicídios (X60 a X84 e Y87.0);

Ao longo de toda a série histórica, podemos notar que o domicílio continua sendo o local com o maior número de notificações de lesões autoprovocadas não letais, totalizando 19.111 notificações, o que corresponde a uma proporção de 87,7% do total dessas notificações (Tabela 03).

Tabela 03 – Frequência e proporção de lesões autoprovocadas não letais segundo local de ocorrência. Ceará 2009 a 2022.

Número e Proporção de Lesões Autoprovocadas Segundo local de ocorrência, Ceará, 2009 a 2022*	Nº	%
Residência	19111	87,7
Habitação Coletiva	113	0,5
Escola	266	1,2
Local de prática esportiva	34	0,2
Bar ou similar	139	0,6
Via Pública	1204	5,5
Comércio/Serviços	94	0,4
Indústria/construção	14	0,1
Outros	813	3,7
Total	21788	100,0

Conforme mostrado na Tabela 04, os principais métodos relacionados às evidências de lesões autoprovocadas não letais, ou seja, que não resultaram em óbito envolvem os envenenamentos, com um total acumulado de 13.958 notificações, representando 60,9% dos casos.

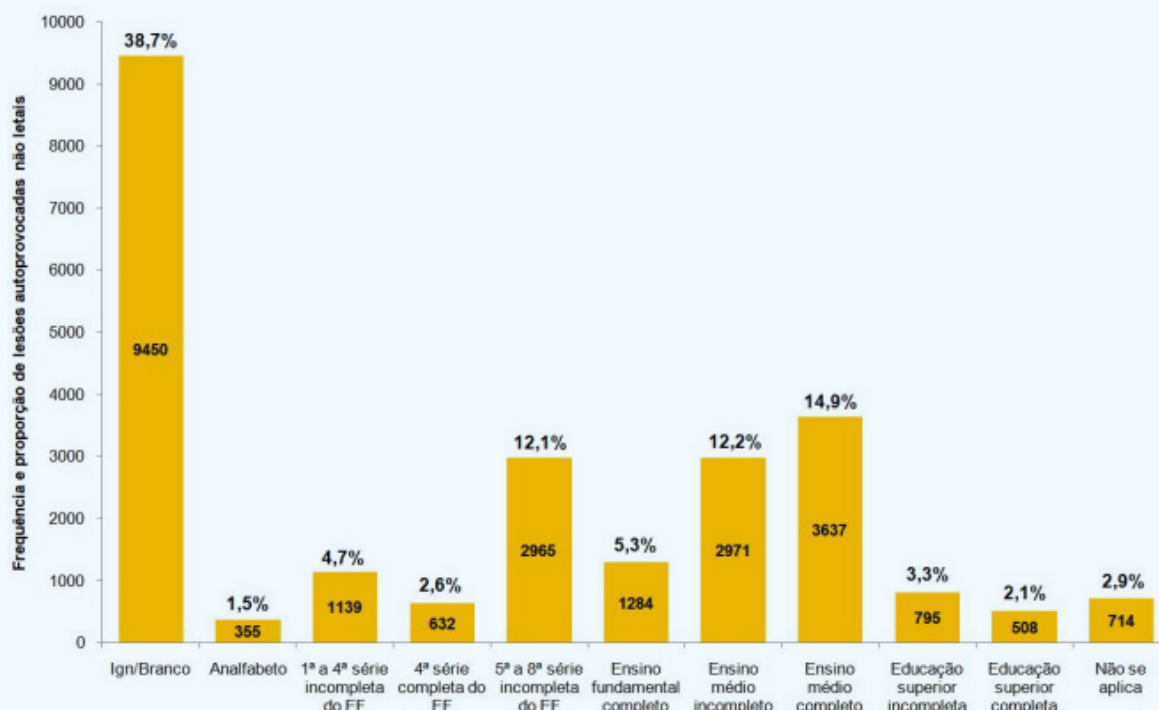
Tabela 04 – Frequência e proporção de lesões autoprovocadas não letais, segundo tipo de agressão, Ceará, 2009 a 2022

Número e Proporção de Lesões Autoprovocadas Segundo local de ocorrência, Ceará, 2009 a 2022*	Nº	%
Forç corp. Espancamento	983	4,3
Enforcamento	2519	11,0
Obj. Contundente	462	2,0
Obj. perf-cortante	3932	17,1
Subs Obj Quente	366	1,6
Envenenamento	13958	60,9
Arma de fogo	322	1,4
Ameaça	390	1,7
Total	22932	100,0

Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/Célula de Vigilância e Prevenção de Doenças Transmissíveis e não Transmissíveis/DATASUS/SINAN/SIM. *
 *Dados sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 30/08/2023. Nota 1: Foram considerados os óbitos por causas externas classificados com os seguintes códigos da CID-10: Suicídios (X60 a X84 e Y87.0); Nota 2: Para o cálculo da taxa de mortalidade foi considerada a população consultada no site do DATASUS- Projeção da população do Brasil.

Ao analisar a variável escolaridade, percebemos que 9.450 notificações de lesões autoprovocadas (38,7%) foram ignorados ou brancos, enquanto (14,9%) relataram ter concluído o ensino médio, (12,2%) possuem ensino médio incompleto e (12,1%) indicaram ter frequentado do 3º ao 8º ano do ensino fundamental, porém sem completar (Figura 14) Em relação à raça/cor, a maioria das notificações, ou seja, 16.147 casos, declararam-se pardos (Figura 15).

Figura 14 - Frequência e proporção de lesões autoprovocadas não letais, segundo escolaridade, Ceará, 2009 a 2022*



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/Célula de Vigilância e Prevenção de Doenças Transmissíveis e não Transmissíveis/DATASUS/SINAN/SIM. *
 *Dados sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 30/08/2023. Nota 1: Foram considerados os óbitos por causas externas classificados com os seguintes códigos da CID-10: Suicídios (X60 a X84 e Y87.0); Nota 2: Para o cálculo da taxa de mortalidade foi considerada a população consultada no site do DATASUS- Projeção da população do Brasil.

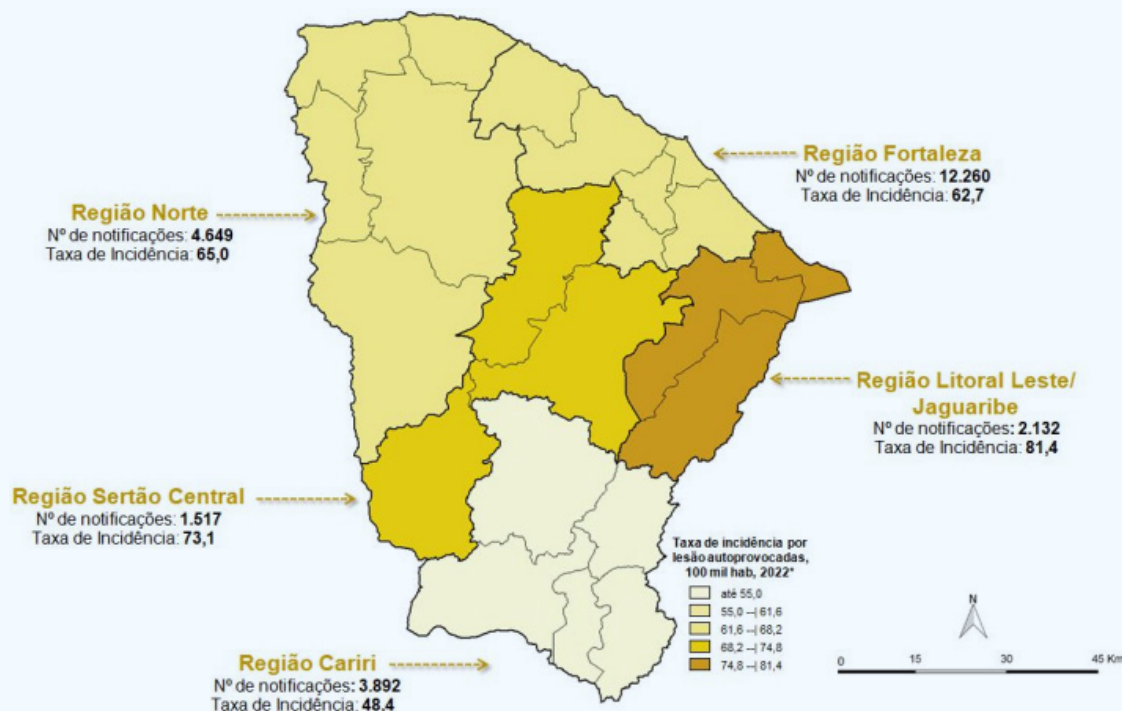
Figura 15 - Frequência de lesões autoprovocadas não letais, segundo raça/cor, Ceará, 2009 a 2022*



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/Célula de Vigilância e Prevenção de Doenças Transmissíveis e não Transmissíveis/DATASUS/SINAN/SIM. *
 *Dados sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 30/08/2023. Nota 1: Foram considerados os óbitos por causas externas classificados com os seguintes códigos da CID-10: Suicídios (X60 a X84 e Y87.0); Nota 2: Para o cálculo da taxa de mortalidade foi considerada a população consultada no site do DATASUS- Projeção da população do Brasil.

Na Figura 16 é possível observar que as lesões autoprovocadas não letais se concentraram na Região de Saúde Litoral Leste Jaguaribe, apresentando uma taxa de incidência de 81,4 notificações por 100 mil habitantes, seguida pela Região Sertão Central, que registra uma taxa de 73,1 notificações por 100 mil hab.

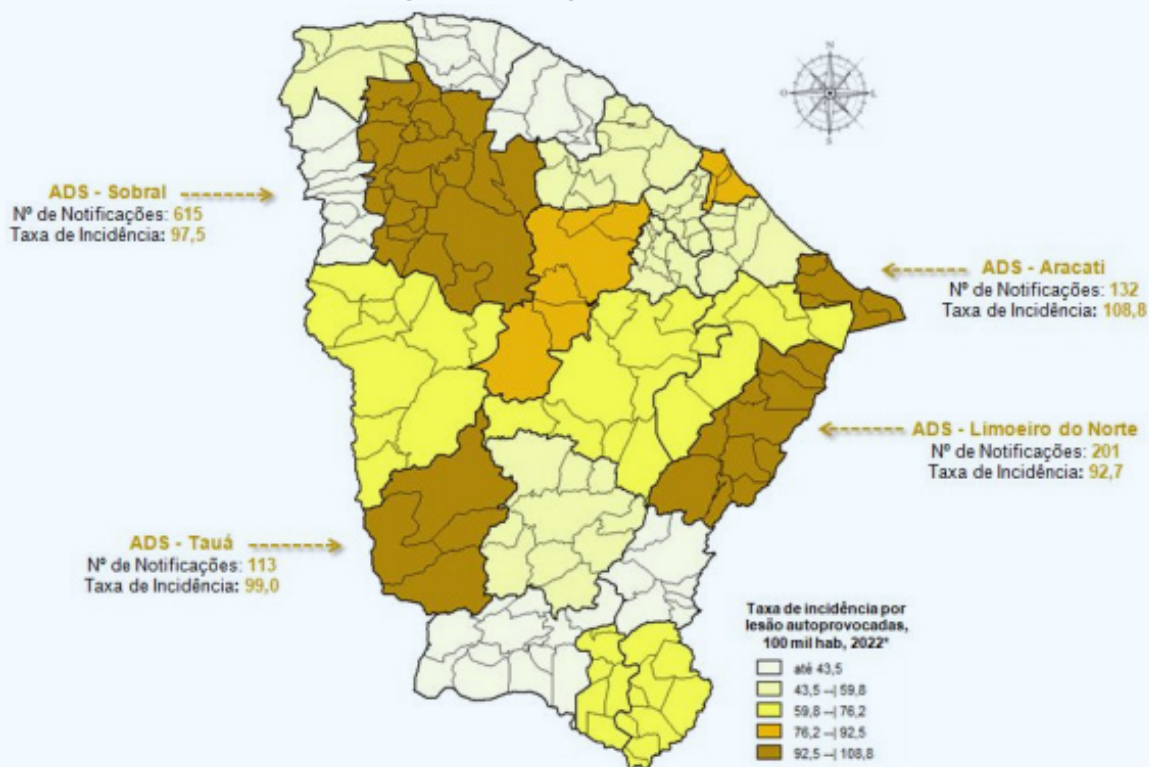
Figura 16 - Taxa de incidência por lesão autoprovocada não letais, segundo Região de Saúde, Ceará, 2022*



Fonte: SESA/SEVIG/COPEP/Célula de Vigilância e Prevenção de Doenças Transmissíveis e não Transmissíveis/DATASUS/SINAN/SIM. *
 *Dados sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 30/08/2023. Nota 1: Foram considerados os óbitos por causas externas classificados com os seguintes códigos da CID-10: Suicídios (X60 a X84 e Y87.0); Nota 2: Para o cálculo da taxa de mortalidade foi considerada a população consultada no site do DATASUS- Projeção da população do Brasil.

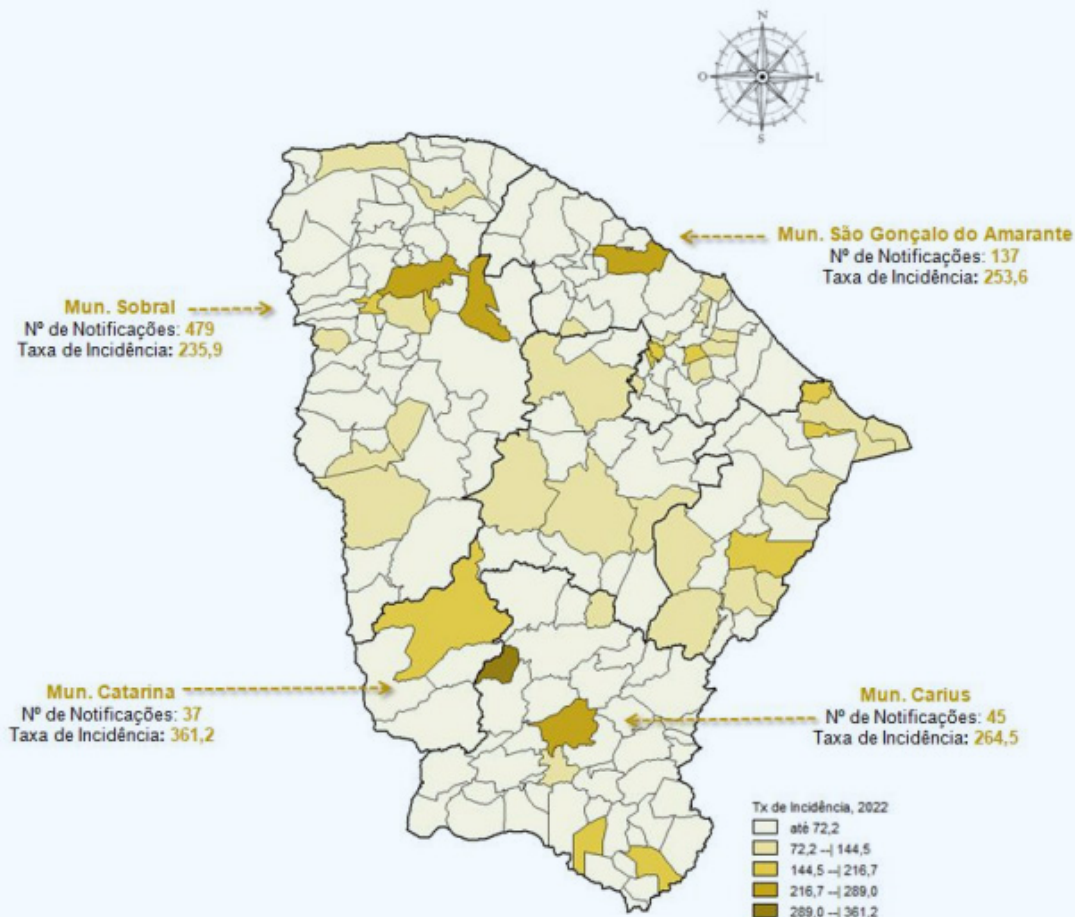
A Figura 17 ilustra a distribuição da taxa de incidência de lesões autoprovocadas, com destaque para as maiores taxas nas ADS de Aracati, Tauá, Sobral e Limoeiro do Norte, registrando incidências de 108,8; 99,0; 97,5 e 92,7 notificações por 100 mil habitantes, respectivamente.

Figura 17 - Taxa de incidência por lesão autoprovocada não letais, segundo ADS, Ceará, 2022*



Conforme os dados de 2022, os municípios cearenses com as maiores taxas de incidência de lesões autoprovocadas foram Catarina, Cariús, São Gonçalo do Amarante e Sobral, com taxas de 361,2; 264,5; 253,6 e 235,9 notificações por 100 mil habitantes, respectivamente. Logo em seguida, observaram-se taxas elevadas nos municípios de Barbalha (241,6 notificações por 100 mil habitantes), Mucambo (232,1 notificações por 100 mil habitantes), Groaíras (201,6 notificações por 100 mil habitantes) e Alto Santo (190,7 notificações por 100 mil habitantes). Destacamos que o município de Catarina registrou 37 notificações de lesões autoprovocadas não letais e informamos adicionalmente à figura 18 que neste município foram registrados 4 óbitos por suicídio no ano de 2022.

Figura 18 - Taxa de incidência por lesão autoprovocada não letal, segundo municípios/Ceará/ 2022*



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/Célula de Vigilância e Prevenção de Doenças Transmissíveis e não Transmissíveis/DATASUS/SINAN/SIM. *
 *Dados sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 30/08/2023. Nota 1: Foram considerados os óbitos por causas externas classificados com os seguintes códigos da CID-10: Suicídios (X60 a X84 e Y87.0); Nota 2: Para o cálculo da taxa de mortalidade foi considerada a população consultada no site do DATASUS- Projeção da população do Brasil.

3.2 Recomendações da Secretaria de Vigilância em Saúde

Foco na Prevenção e Intervenção

Desenvolver e implementar programas contínuos de educação em saúde mental nas escolas, comunidades e locais de trabalho, com foco especial em adolescentes e jovens adultos. Esses programas devem incluir treinamentos para identificar sinais de alerta e fornecer apoio psicológico imediato.

Implementação Prática

Criar parcerias entre secretarias de saúde, educação e assistência social para desenvolver materiais educativos, realizar workshops e formar equipes de intervenção rápida em escolas e comunidades. Monitorar a eficácia dessas intervenções por meio de indicadores específicos de saúde mental. Realizar diagnósticos regionais detalhados para identificar os fatores de risco específicos de cada área. Desenvolver planos de ação regionais com metas claras, envolvendo as prefeituras, secretarias municipais de saúde, afins e comunidade em geral. Avaliar periodicamente os resultados e ajustar as

estratégias conforme necessário. Estabelecer centros de apoio psicológico e linhas de ajuda telefônicas gratuitas nos municípios menores. Organizar visitas regulares de equipes de saúde mental às comunidades rurais e indígenas, oferecendo suporte diretamente onde ele é mais necessário. Promover a formação de redes de apoio comunitárias que possam atuar como ponto de contato inicial em crises. Realizar campanhas de conscientização sobre saúde mental, utilizando mídias sociais, rádio e televisão para alcançar públicos amplos. Promover grupos de apoio com enfoque no gênero, em que os participantes possam discutir questões específicas com profissionais de saúde qualificados. Fortalecer a fiscalização do comércio de pesticidas e criar um sistema de licenciamento para a compra desses produtos. Além disso, oferecer programas de troca de produtos tóxicos por alternativas mais seguras nas comunidades rurais.

Regulamentação de Substâncias Tóxicas

Implementar regulamentações mais rigorosas para a venda e o uso de pesticidas, especialmente em áreas rurais, onde a auto intoxicação com essas substâncias é mais frequente. Incluir a obrigatoriedade de registro e

controle na venda desses produtos.

Sensibilidade às diferenças de Gênero

Elaborar políticas de prevenção ao suicídio que considerem as diferenças de gênero, com campanhas direcionadas aos fatores de risco e proteção.

Estratégias Regionais

Adaptar as estratégias de prevenção ao suicídio às características socioeconômicas e culturais das diferentes regiões do estado. As intervenções devem ser baseadas em dados regionais específicos e envolver líderes comunitários e religiosos para aumentar a aceitação e a eficácia das ações.

Atenção aos Grupos de maior risco

Direcionar esforços para os municípios menores, especialmente aqueles com menos de 25 mil habitantes, que apresentam as maiores taxas de mortalidade por suicídio. Desenvolver programas de intervenção e apoio para grupos etários e populacionais vulneráveis, como pessoas idosas e comunidades indígenas.

04. OBJETIVO GERAL

Contribuir para a redução da taxa de mortalidade por suicídio no Estado do Ceará, passando de 8,9, em 2021, para 7,3, por 100.000 habitantes, até 2027, fortalecendo ações integradas, transversais e regionais de prevenção e cuidado em saúde mental, com foco na equidade, integralidade e articulação intersetorial.

4.1. Objetivos específicos

- Fortalecer a garantia do acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico, sobretudo aquelas com histórico de ideação suicida, lesões autoprovocadas não letais e tentativa de suicídio;
 - Sensibilizar a sociedade sobre a relevância das lesões autoprovocadas não letais, tentativas e suicídio como problemas de saúde pública passíveis de prevenção;
 - Qualificar a informação e a comunicação transversal sobre esse cenário para desconstruir mitos, tabus e preconceitos;
 - Acompanhar a qualificação da vigilância dos óbitos por suicídio e as notificações de tentativas e de lesões autoprovocadas não letais no Estado do Ceará, para subsidiar a formulação de políticas públicas;
 - Promover a articulação intersetorial para a prevenção da autolesão não letal e do suicídio, envolvendo os equipamentos da Rede de Atenção à Saúde e Proteção Social (educação, cultura, esporte, juventude, assistência social, direitos humanos, segurança, justiça e ministério público);
 - Promover a educação permanente de gestores e de profissionais da rede de atenção à saúde e proteção social, com foco no manejo do comportamento suicida, nas lesões autoprovocadas não letais e no cuidado ao luto por suicídio, preconizada pela PESMAD;
 - Apoiar as iniciativas, projetos e programas desenvolvidos pelas regiões de saúde, na temática da prevenção da autolesão, do comportamento suicida e posvenção;
 - Fortalecer ações integrais de promoção da vida e prevenção do comportamento suicida e autolesão, no âmbito intra e intersetorial, incluindo as populações específicas e prioritárias;
- Acompanhar os Planos de Prevenção da Autolesão e do Suicídio implantados nos municípios.

05. PRINCÍPIOS

5.1 Integralidade

É um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e determina que, além da articulação da saúde com outras políticas públicas, o Sistema de Saúde considere as pessoas em sua totalidade, levando em conta contextos sociais e de vida, demandas e necessidades específicas de quem utiliza o SUS. A integralidade também se estende ao SUS, que deve elaborar e executar políticas integradas articulando ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças, de tratamento e reabilitação. (Ieps, 2023).

5.2 Intersetorialidade

Se refere ao processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns (Brasil, 2014).

É importante compreender a intersetorialidade como um processo técnico, administrativo e político que envolve a negociação e a distribuição de poder, recursos e capacidades (técnicas e institucionais) entre os diferentes setores. Portanto, esse processo não demanda apenas uma visão social ou uma intenção política de governança, mas também o desenvolvimento de novas capacidades de gestão e novos compromissos institucionais. (Serrano, 2019, pág 01)

5.3 Diversidade

Explicita as diferenças entre sujeitos e coletivos, abrangendo as diversidades étnicas, etárias, de capacidade, de gênero, de orientação sexual, entre territórios e regiões geográficas, dentre outras formas e tipos de diferenças que influenciam ou interferem nas condições e determinações da saúde (Brasil, 2014).

5.4 Equidade em saúde

Significa atender às demandas de pessoas e coletivos conforme sua necessidade, provocando ajustes sociais favoráveis à melhoria das condições de vida. Este conceito considera as desigualdades sociais injustas e evitáveis, sendo necessária a implementação de ações governamentais voltadas ao atendimento das diferentes necessidades da população, com foco na atenção prioritária a grupos ou populações vulneráveis. O princípio da equidade deve nortear as políticas de saúde pública, reconhecendo as necessidades de grupos específicos e atuando para reduzir o impacto das diferenças. Orientado pelo respeito às necessidades, diversidades e especificidades de cada cidadão ou grupo social, o princípio da equidade inclui o reconhecimento de determinantes sociais, como as diferentes condições de vida, que envolvem habitação, trabalho, renda, acesso à educação, lazer, entre outros que impactam diretamente na saúde. (Brasil, 2023).

5.5 Territorialidade

A organização do cuidado em saúde mental deve partir do território como espaço vivo, relacional e simbólico, onde se constroem identidades, vínculos e projetos de vida. Nesse contexto, é fundamental reconhecer e utilizar os recursos e saberes locais, integrando-os aos serviços e políticas públicas para garantir um cuidado integral e contextualizado.

É necessário uma articulação com outros dispositivos da Rede de Atenção à Saúde e políticas setoriais (assistência social, educação, justiça, trabalho, cultura, meio ambiente, entre outros).

Nesse sentido, o cuidado psicossocial deve valorizar e ativar as redes locais — como escolas, coletivos culturais, associações comunitárias, espaços religiosos, projetos de geração de renda, entre outros — promovendo a circulação dos sujeitos e sua inserção cidadã.

5.6 Participação Social

Ocorre quando as intervenções consideram a visão de diferentes atores, grupos e coletivos na identificação de problemas e solução de necessidades, atuando como corresponsáveis no processo de planejamento, de execução e de avaliação das ações (Brasil, 2014).



06. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO CEARÁ

No contexto da prevenção da autolesão e do suicídio, a articulação da Rede de Atenção à Saúde se configura como eixo estruturante do cuidado. A presente seção detalha os principais componentes da rede no Ceará, com ênfase na sua capacidade de resposta aos agravos em saúde mental, considerando a capilaridade dos serviços e a integração com os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A Rede da Secretaria da Saúde do Ceará (SESA) é composta por diversos serviços que visam a promoção da saúde da população cearense, com uma ampla cobertura nos níveis de atenção. Esta rede engloba hospitais, unidades de pronto atendimento (UPAs), serviços especializados, policlínicas, centros de especialidades odontológicas (CEOs), e serviços de apoio à saúde mental, garantindo a integralidade no cuidado.

A Rede SESA é composta por 13 hospitais, dos quais 9 estão localizados em Fortaleza e 4 no interior do estado.

Fortaleza: A capital cearense conta com dois hospitais de atenção secundária de médio porte: o Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar (HMJMA) e o Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara (HGWA). Além disso, há sete hospitais de grande porte especializados na Atenção Terciária, como o Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC), Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ), Hospital de Messejana Dr. Alberto Studart Gomes (HM), Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSMM) e Hospital Estadual Leonardo Da Vinci (HELV).

Interior do Estado: O interior conta com quatro hospitais de grande porte, sendo o Hospital Regional Norte (HRN), em Sobral, o Hospital Regional do Cariri (HRC), em Juazeiro do Norte, o Hospital Regional do Sertão Central (HRSC), em Quixeramobim, e o Hospital Regional do Vale do Jaguaribe (HRVJ), em Limoeiro do Norte.

A rede SESA conta ainda com as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), que funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, e atendem boa parte das urgências e emergências, envolvendo diversas situações, tais como: alteração de pressão e febre alta, fraturas, cortes, infarto e derrame. Nas localidades que contam com UPA, 98% dos casos são solucionados na própria unidade. A Rede SESA possui 06 (seis) UPAs, localizadas em Fortaleza. Há, ainda, os Hospitais polo e estratégicos para os quais o Governo do Ceará libera recursos financeiros no intuito de apoiar os municípios e fortalecer o atendimento à saúde da população, totalizando 85 (oitenta e cinco) hospitais públicos e filantrópicos que recebem este apoio referente a procedimentos de média complexidade, por clínica aprovada na Política Estadual de Incentivo Hospitalar para unidades regionais.

A rede SESA abrange ainda os chamados serviços especiais de saúde específicos para o atendimento à pessoa que, em razão de agravos, necessite de atendimento especial. São exemplos destes serviços, o Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Cerest), a Casa de Cuidados do Ceará, o Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia, o Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará (IPC) e o Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão que é referência de nível secundário no atendimento a pessoas com diabetes e hipertensão arterial no Estado (CIDH).

Destacamos também os Serviços de Apoio da Rede SESA, que são o Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (Hemoce), o Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen), o Serviço de Verificação de Óbito (SVO) e o Samu 192 Ceará, que cobre 100% dos municípios cearenses, exceto a capital Fortaleza, onde o serviço é municipalizado.

A rede de assistência à saúde no Ceará, além de crescer no interior e na capital, trouxe inovações na oferta de serviços. Atualmente, são 22 policlínicas

que atendem as cinco macrorregiões de saúde do Estado (Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Litoral Leste/Jaguaribe e Cariri). As policlínicas regionais estão localizadas em Acaraú, Aracati, Barbalha, Baturité, Brejo Santo, Camocim, Campos Sales, Caucaia, Crateús, Icó, Iguatu, Itapipoca, Limoeiro do Norte, Pacajus, Quixadá, Russas, Tauá, Tianguá, Sobral, Maracanaú, Canindé e Crato, ampliando e facilitando o acesso a exames e a consultas com especialistas.

Na saúde bucal, já são 18 Centros de Especialidades Odontológicas regionais construídos pelo Governo do Ceará, os quais estão sob gestão dos consórcios públicos de saúde e mais três CEOs na capital, sob gestão da Secretaria da Saúde do Estado. Em Fortaleza, estão localizados nos bairros Centro, Rodolfo Teófilo e Joaquim Távora. Já os CEOs regionais estão em Acaraú, Baturité, Brejo Santo, Camocim, Canindé, Caucaia, Cascavel, Crateús, Crato, Icó, Itapipoca, Juazeiro do Norte, Limoeiro do Norte, Maracanaú, Quixeramobim, Russas, Sobral e Ubajara em pleno funcionamento, com a população tendo acesso a serviços de ortodontia, periodontia, endodontia e a diagnóstico de câncer de boca. Em todos, há atendimento a pessoas com deficiência.

Considerando as estratégias próprias a cada uma das redes de atenção à saúde do estado, cabe destacar a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência que recentemente teve suas competências atualizadas pelo Ministério da Saúde (Portaria nº1.526/2023), tendo por objetivo ofertar ações e serviços de saúde para o cuidado integral à pessoa com deficiência, coerentes às reais demandas dos usuários, articulada às demais redes e alinhada ao planejamento em saúde das regiões.

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) é uma rede de complexidade diferenciada pela característica da oferta de atendimento 24 horas às condições de saúde agudas ou crônicas agudizadas, de natureza clínica, cirúrgica, entre outras, o que faz-se necessário profissionais qualificados e aptos para a oferta de uma assistência de excelência aos usuários, possibilitando a que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. A Rede SESA soma aproximadamente 5.618 profissionais da saúde distribuídos nos vários equipamentos da saúde, que precisam compreender sobre o tema do Cuidado à Autolesão, ao Suicídio e à Posvenção.

6.1 A Organização da Rede de Atenção Psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Ceará é uma das principais estratégias para garantir o cuidado integral às pessoas que necessitam de atendimento especializado em saúde mental. Atualmente, o estado conta com:

- 24 CAPS AD II;
- 89 CAPS Geral I;
- 32 CAPS Geral II;
- 17 CAPS infantis;
- 05 Unidades de Acolhimento Adulto (UAA);
- 02 Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI);
- 10 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

Além disso, existem 4 CAPS Geral III e 6 CAPS AD III funcionando 24 horas. A RAPS também conta com um total de 235 leitos de atenção psicossocial distribuídos em hospitais gerais do estado, com 19 enfermarias que possuem 4 ou mais leitos, organizados nas cinco regiões de saúde do Ceará.

Para além destes, foram mapeados na Atenção Primária à Saúde (APS):

- 6 Consultórios na Rua;
- 2.927 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF);
- 375 equipes multiprofissionais em processo de habilitação pelo Ministério da Saúde.

Além disso, a atuação de 1.613 profissionais especialistas em saúde mental, como psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, médicos psiquiatras, médicos clínicos e terapeutas ocupacionais, dentre outros, distribuídos nas cinco regiões de saúde do Ceará. A Portaria GM/MS nº757/2023 do Ministério da Saúde, restabelece a estrutura da RAPS originalmente instituída pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011, conforme quadro abaixo.

Quadro 01 – Estrutura da Rede de Atenção Psicossocial

Atenção Básica	Unidade Básica de Saúde / E- multi
	Consultório na Rua
	Centros de Convivência e Cultura CECO (Portaria GM/MS nº 874/2023)
Atenção Psicossocial	Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades :
	CAPS I: 15.000 habitantes
	CAPS II: 70.000 habitantes
	CAPS III: 150.000 habitantes
	CAPS Infantil: 70.000 habitantes
	CAPS AD: 70.000 habitantes CAPS AD III: 150.000 habitantes
Atenção de urgência e emergência	SAMU
	UPA 24HS
	Sala de estabilização
	Portas hospitalares de atenção à urgência/ pronto socorro em hospital geral
	Unidades básicas de saúde (entre outros)
Atenção residencial de caráter	Unidade de acolhimento (adulto e infantil)
	Serviço de atenção em regime residencial
Atenção Hospitalar	Serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (leitos de saúde mental em hospital geral)
	Leitos de psiquiatria em Hospital Geral
Estratégias de desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas

Fonte: Portaria nº 757/2023

6.1.1 A RAPS nas regiões de saúde

A literatura evidencia que suicídios são evitáveis, sendo necessário desenvolver ações de prevenção abrangentes e integradas com diferentes setores da

sociedade, como a educação, cultura e assistência social. Entre as estratégias de prevenção do suicídio, está a necessidade de envolvimento de gestores e profissionais da rede de atenção a saúde no planejamento de ações e na definição das intervenções voltadas à prevenção do

comportamento suicida e uma articulação intersetorial com formação de redes de apoio a comunidade. (Sousa, 2021).

É importante ressaltar, que o suicídio e as autoagressões são eventos estigmatizados e subnotificados. O estigma em relação ao tema do suicídio e da saúde mental como um todo frequentemente impede a procura por ajuda, que poderia evitar mortes (Al-Shannaq, 2021).

Enfatiza-se que falar de forma responsável e segura sobre o fenômeno do suicídio opera como um fator de prevenção, podendo, contribuir para a ruptura do estigma e do alarmismo que cerca o fenômeno. Assim, conscientizar e estimular sua prevenção, pode contribuir para o enfrentamento do problema de saúde pública representado pelo comportamento autolesivo e suicida.

Expandir a rede assistencial em todos os níveis de complexidade especialmente no componente ambulatorial especializado e no atendimento a crises e urgências, torna-se uma prioridade de gestão. Serviços de urgência e emergência tendem a ser os primeiros pontos de atenção, onde as pessoas que tentaram suicídio recebem cuidados, sendo fundamental que seja realizado o acompanhamento e monitoramento desses casos pela rede de atenção à saúde, com acolhimento adequado e ofertado um cuidado longitudinal tanto na Atenção Primária a Saúde (APS), como na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde é estratégica para a prevenção do suicídio, apresentando elevado potencial para o desenvolvimento de ações que propiciem a identificação e intervenção precoce em casos de risco e situações de vulnerabilidade (Ferreira, 2018).

Cabe ainda destacar a atuação da Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP) da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará- SESA, que tem por objetivo principal apoiar ações e serviços para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS do Sistema Único de Saúde – SUS.

A Equipe EAP está alinhada aos princípios que regem a Lei Antimanicomial, bem como às recomendações da Resolução CNJ nº 487/2023 do Conselho Nacional de

Justiça. Esta equipe tem a competência de acompanhar pelo período de 02 (dois) anos, as ações da RAPS nos territórios por meio de ações intersetoriais, no cumprimento do Plano Terapêutico Singular (PTS).

A partir deste cenário evidenciamos a relevância do processo de regionalização por meio da estrutura organizacional desenhada nas superintendências estão distribuídas em cinco regiões: Fortaleza, Norte, Cariri, Sertão Central, Litoral Leste/Jaguaribe. Todas são responsáveis por implementar as políticas de saúde do Estado, organizando processos e articulando atores-chaves em um modelo de governança compartilhada. Além disso, também é função de cada uma implantar as diretrizes do Plano Regional de Saúde (PRS), conforme a Lei Estadual 17.006/2019, bem como coordenar e monitorar a gestão orçamentária, financeira, contábil, patrimonial, documental e de recursos humanos necessários ao funcionamento da região sob sua competência. O Ceará possui 22 Áreas Descentralizadas de Saúde, com sedes em Fortaleza, Quixadá, Limoeiro do Norte, Sobral e Juazeiro do Norte, contemplando as cinco Regiões de Saúde. Frente as competências dessas coordenadorias das ADS, destacam-se a coordenação, articulação e organização do sistema de saúde na Área; a promoção e a articulação interinstitucional no âmbito da ADS; o acompanhamento, monitoramento e avaliação do cumprimento dos Indicadores das pactuações da Sesa no âmbito da ADS, bem como a realização da gestão dos processos e a análise de desempenho dos resultados da área, alinhados aos objetivos organizacionais e às melhores práticas de gestão. O processo de regionalização tangencia a construção dos Planos de Saúde Regionais na qual foi realizada envolvendo um processo de planejamento, com a colaboração dos técnicos das Superintendências Regionais de Saúde, Coordenadorias das Áreas Descentralizadas de Saúde, das Secretarias Municipais de Saúde, COSEMS e Conselhos de Saúde. Foi considerado o diagnóstico da situação de saúde das regiões para a identificação das necessidades de saúde da população, ancoradas em um modelo de gestão em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, voltado ao enfrentamento dos problemas e considerando as prioridades sanitárias. No âmbito da Rede de Atenção Psicossocial foram elencadas as seguintes prioridades sanitárias conforme quadro abaixo.

Quadro 02 – Prioridades Sanitárias das Regiões de Saúde do Ceará na Rede de Atenção Psicossocial.

Regiões da Saúde	Prioridades Sanitárias
Fortaleza	Qualificação e ampliação da RAPS na região com ênfase na política de atenção à saúde mental de álcool e outras drogas junto às equipes de base territorial e habilitação de leitos de saúde mental em hospitais gerais.
Sobral	Qualificação e ampliação da RAPS na região com ênfase na política de atenção à saúde mental de álcool e outras drogas junto às equipes de base territorial e habilitação de leitos de saúde mental em hospitais gerais.
Sertão Central	Qualificação e ampliação da RAPS na região com ênfase à atenção psicossocial estratégica infanto-juvenil.
Litoral Leste/Jaguaribe	Qualificação da RAPS com articulação dos pontos de atenção em rede, fortalecimento da Educação Permanente em Saúde – EPS e ampliação das estratégias de cuidado de base regional.
Cariri	Implementar a RAPS a partir da articulação dos diferentes pontos de atenção com ênfase ao cuidado de base territorial.

Fonte: Agenda Estratégica da Secretaria da Saúde do Ceará (2024)

Segue o consolidado dos pontos de atenção que compõem majoritariamente a Rede de Atenção Psicossocial, como uma das redes prioritárias na agenda estratégica da SESA.

Quadro 3 – Consolidado dos Pontos de Atenção da RAPS por Região de Saúde

Regiões da Saúde	População	Cons na rua	Esf	Esmult*	Caps AD II	Caps AD III	Caps Geral I	Caps Geral II
Sertão Central	655.267	0	241	11	3	1	7	4
Litoral Leste	551.911	0	221	19	2	0	7	4
Norte/Sobral	1.677.641	0	673	35	3	0	28	9
Sul/Cariri	1.503.248	0	589	29	6	1	22	2
Fortaleza	4.852.513	6	1.203	54	10	4	25	13
Total	9.263.053	6	2.927	148*	24	6	89	32

Fonte: Regiões de Saúde/SESA, 2023 *375 Equipes e Muti solicitadas e 148 habilitadas

Quadro 03 (cont.) – Consolidado dos Pontos de Atenção da RAPS por Região de Saúde

Regiões da Saúde	População	Caps Geral III	Caps Infantil I	UAA	UAI	Leitos HG	SRT
Sertão Central	655.267	0	1	0	0	30	0
Litoral Leste	551.911	0	0	0	0	24	0
Norte/Sobral	1.677.641	0	3	1	1	41	1
Sul/Cariri	1.503.248	4	5	1	0	54	2
Fortaleza	4.852.513	0	8	3	1	86	7**
Total	9.263.053	4	17	5	2	235	10

Fonte: Regiões de Saúde/SESA, 2024 *** 03 SRT's Estadualizadas

6.1.2 Iniciativas de Inovação e Monitoramento: Sistema de Acompanhamento de Internações Psiquiátricas (SISACIP)

A Rede SESA vem implementando o Sistema de Acompanhamento de Internações Psiquiátricas (SISACIP), que é uma ferramenta de inovação tecnológica de gestão em saúde mental criada pela SESA, com o objetivo de aprimorar a transparência dos indicadores e qualificar o cuidado aos usuários da RAPS.

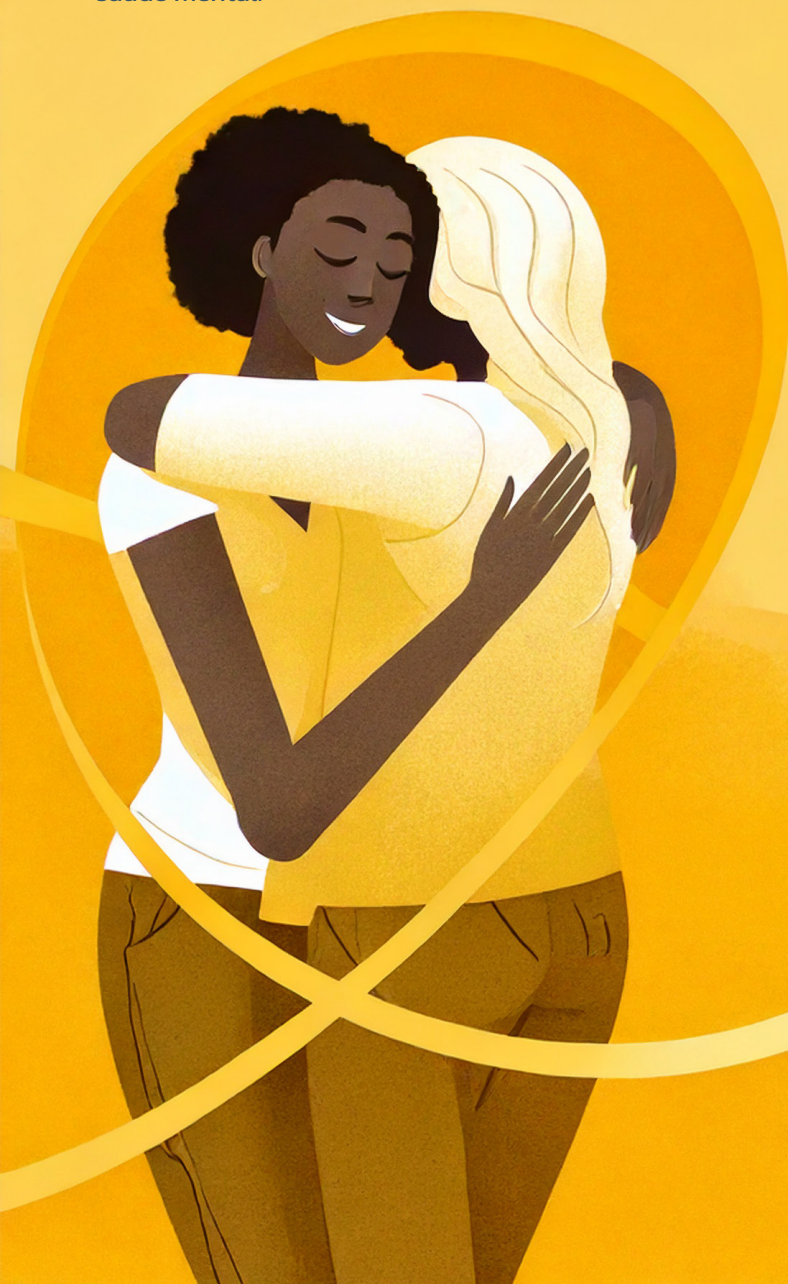
Este sistema tem favorecido o aperfeiçoamento das atividades desenvolvidas pela Comissão Revisora de Internações Psiquiátricas Involuntárias (CRIPI) e a comunicação entre as instituições que realizam internações psiquiátricas e os serviços territoriais de referência em saúde mental. Nos municípios que não possuem Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o SISACIP é operado por um profissional de referência em saúde mental.

O SISACIP é um sistema que permite o acompanhamento sistemático de pacientes que foram internados em decorrência do contexto de crises por transtornos mentais e/ou do uso problemático de álcool e outras drogas, contemplando adultos, crianças e adolescentes, e que possui notificação dos três tipos de internação: voluntária, involuntária e compulsória.

O processo de implementação do sistema vem sendo acompanhado pelo Ministério Público do Estado do Ceará – MPCE, que também se utiliza desta ferramenta para instruir-se e subsidiar suas competências na esfera judiciária. Neste processo, os 44 municípios que compõem a Superintendência Regional de Saúde de Fortaleza foram treinados para acessar e utilizar o sistema. Em junho, de 2024, teve início a expansão para as demais Regiões de Saúde do Ceará.

Um avanço de relevância política a partir do SISACIP tem sido a geração de alertas assistenciais para os serviços da RAPS, de pessoas com tentativas de suicídio. O sistema proporciona a continuidade no cuidado em saúde mental, após a alta hospitalar, visando a redução de crises e reinternações. O SISACIP monitora a assistência em saúde mental dos serviços públicos e/ou conveniados ao Sistema Único de Saúde – SUS que realizam internações psiquiátricas, sejam eles hospitais psiquiátricos, leitos de atenção psicossocial em hospitais gerais ou clínicas especializadas em psiquiatria.

O acesso ao Sistema de Acompanhamento de Internações Psiquiátricas – SISACIP se dá por meio do link: <https://sisacip.saude.ce.gov.br/sisacip/front/index.php> conforme a pactuação dos gestores mediante o consentimento das exigências legais, assistenciais e éticas.



07. A INTERLOCUÇÃO DA PESMAD COM AS POLÍTICAS TRANSVERSAIS

A Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (PESMAD) é um instrumento aprovado pela Resolução nº 07/2022, pelo Conselho Estadual de Saúde (CESAU), marcado pela participação social. A PESMAD define diretrizes e responsabilidades e norteia práticas neste campo à luz de um projeto ético-político fundamentado no cuidado em liberdade, no território e voltado para a inclusão social. Foi elaborada para fortalecer a gestão do cuidado e a governança em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, no âmbito das Regiões de Saúde, em todo o território do Ceará.

A PESMAD é uma política robusta e transversal, cuja concepção e estrutura asseguram uma política sempre alinhada e atualizada aos cenários e demandas em saúde mental no estado. Assim, a COPOM vem realizando a sua revisão com objetivo de submetê-la ao projeto de lei por meio da Comissão de Previdência Social e Saúde da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará (ALECE) para que se torne uma lei estadual.

Compete a PESMAD fortalecer a gestão do cuidado e a governança em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, no âmbito das Regiões de Saúde, em todo o território do estado do Ceará, bem como elaborar e priorizar linhas de cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas; ampliar o acesso do cidadão ao cuidado integral em saúde mental, álcool e outras drogas durante todo o ciclo de vida, incluindo estratégias para populações vulneráveis em todos os níveis de atenção.

Estratégias que visem a articulação intersetorial, envolvendo gestores, trabalhadores, profissionais da saúde, educação, assistência social, cultura, esporte e lazer, direitos humanos, justiça, ministério público, segurança e sociedade civil, para as ações de prevenção da autolesão, suicídio e posvenção somadas as estratégias de educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção e as estratégias de comunicação, que sensibilizem a população cearense sobre prevenção do comportamento suicida tratando-os como problema de saúde pública,

torna-se prioridade na agenda de compromissos da Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ceará (PESMAD).

A PESMAD no âmbito dos seus objetivos preconiza a promoção de articulações intersetoriais na prevenção do suicídio. No âmbito das diretrizes estabelecidas, enfatiza o fortalecimento do processo de regionalização, a organização dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de forma territorializada, integrada e intersetorial, a construção participativa do cuidado, a garantia do acesso equânime com qualidade e cuidados em saúde mental e atenção psicossocial para populações especiais ou vulneráveis, com ênfase nos serviços de base territorial e comunitária.

Nesse sentido, é fundamental a estruturação do Plano Estadual de Prevenção da Autolesão e do Suicídio (2025-2027), com práticas de cuidado ampliado e transversal para além do tratamento do agravo, através da organização de uma rede de proteção e cuidado integral, articulada com as Políticas afins, tais como a Política Estadual de Cuidado a Pessoa em Situação de Violência, a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde, a Política Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Política Estadual de Assistência Farmacêutica e a Política Estadual de Promoção da Saúde.

7.1 Política Estadual do Cuidado à Pessoa em Situação de Violência

A Portaria nº 769/2024 institui a Política Estadual do Cuidado a Pessoa em Situação de Violência, aprovada pelo Conselho Estadual da Saúde (CESAU), conforme Resolução nº 05, de 06 de março de 2023. Está estruturada em 06 eixos estratégicos que conectam-se com as iniciativas do Plano Estadual de Prevenção da Autolesão e do Suicídio (2025-2027). No eixo do Cuidado integral à Saúde, destaca-se o acolhimento prioritário e assistência à saúde em todos os níveis da atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça um canal

de comunicação entre a atenção primária, especializada e terciária/alta complexidade, assegurando a continuidade da atenção, bem como o desenvolvimento de ações de informação, educação e comunicação voltadas à prevenção das violências e promoção da cultura de paz. No eixo do atendimento preferencial destacam-se as pessoas em situação de violência e/ou em programas de proteção que deverão ter atendimento prioritário nos serviços de saúde. A PESMAD, por sua vez, no âmbito das suas Diretrizes, preconiza a garantia do acesso e cuidados em saúde mental e atenção psicossocial para populações especiais ou vulneráveis.

No Eixo da Prevenção, Promoção e Cultura de Paz, ressaltam-se as ações que visam a redução das violências, que estimulem a solidariedade, o respeito à vida, o desenvolvimento de tecnologias sociais que favoreçam a mediação de conflitos, o respeito às diversidades, orientação sexual e identidade de gênero; No eixo da participação intersetorial e comunitária destaca-se a promoção de espaços de discussão e desenvolvimento de ações no enfrentamento à violação dos direitos humanos e a promoção de uma cultura de paz.

Na Educação permanente enfatiza-se a formação de gestores, profissionais de saúde e conselheiros de saúde, bem como o apoio a pesquisa, produção e geração de conhecimentos na área; por fim no eixo da rede de proteção aos profissionais de saúde, destaca-se a definição de fluxos nos serviços com classificação de risco e atendimento preferencial de acordo com a legislação e a utilização de práticas integrativas e complementares em saúde e técnicas que auxiliem o relaxamento, para enfrentamento aos desafios que têm causado sofrimento físico, mental e emocional.

7.2 A Política Estadual de Educação Permanente em Saúde

A Resolução nº 46/2022 dispõe pela aprovação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), no Estado do Ceará, com o objetivo de promover a formação e a qualificação permanente dos trabalhadores e trabalhadoras, gestores, conselheiros e comunidade, de forma articulada e em conformidade com as necessidades e transformação do trabalho, dos processos formativos e das práticas de educação permanen-

te em saúde no Ceará. Fundamenta-se em 10 Diretrizes, dentre elas destacamos a descentralização, regionalização, inclusão e integração para melhor atendimento à sociedade cearense; a comunicação e informação para a sociedade em linguagens acessíveis que possibilitem o amplo acesso; às ações educativas que devem responder às demandas da gestão, e a melhoria dos processos de trabalho e bem-estar dos trabalhadores e trabalhadoras, bem como o impacto das ações educativas nos serviços de saúde que deve estar centrado na satisfação do trabalhador e da trabalhadora, do usuário e devem ser mensuradas.

Portanto, o eixo da educação permanente é transversal a todas as políticas sociais, considerando que a PESMAD traz no seu bojo esse compromisso com os processos formativos em saúde mental, com foco na qualificação dos trabalhadores e trabalhadoras para atuação nos diversos serviços de atenção às pessoas com transtornos mentais e pessoas com problemas por uso de substâncias psicoativas na perspectiva da intersectorialidade.

7.3 Política de Saúde das Trabalhadoras e Trabalhadores do Estado do Ceará

A Portaria nº 925/2024 institui a Política de Saúde das Trabalhadoras e Trabalhadores no Estado do Ceará, com o objetivo de promover atenção integral à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras do Ceará, visando a redução dos agravos e morbimortalidade decorrentes dos processos de trabalho. Fundamenta-se em 08 Diretrizes, dentre elas destacamos a integralidade das ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, recuperação da saúde e reabilitação; Articulação e Integração intra e intersetorial, em todos os níveis de atenção da saúde, com as instituições governamentais; Comunicação e informação sobre as situações de riscos presentes nos ambientes de trabalho e impacto na saúde, geradores de riscos e agravos relacionados ao trabalho; Princípio da precaução, prevenção de possíveis agravos à saúde dos trabalhadores causados pela utilização de processos produtivos e tecnologias, uso de substâncias químicas, equipamentos, entre outros. Nesse sentido, o Plano Estadual de Prevenção da Autolesão e do Suicídio (2025-2027), dentre as suas prioridades, tem um olhar

voltado para a Saúde Mental do Trabalhador e da Trabalhadora, considerando os transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRT).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2019, apontou que 10,2% das pessoas com 18 anos ou mais receberam o diagnóstico de depressão. Dados oriundos do sistema de informação de óbitos dão conta que o crescimento do suicídio é exponencial e a ocorrência desencadeada por adoecimento no trabalho é notória. Neste mesmo ano foram notificados 13 mil suicídios no país, sendo quase 12 mil casos em população de 14 a 65 anos. Destes, 10 mil casos ocorreram em pessoas em atividade de trabalho; 77% dos suicídios ocorreram entre homens (Brasil, 2024).

7.4 Política Estadual de Assistência Farmacêutica

A Política Estadual de Assistência Farmacêutica (Peaf) é uma das prioridades da Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa) para a consolidação de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo como eixo central o cuidado farmacêutico ao cidadão cearense.

A mesma foi elaborada pela Secretaria Executiva de Políticas de Saúde (Sepos), por meio da Coordenadoria de Políticas de Assistência Farmacêutica (Copaf), em parceria com o Grupo Condutor. A Política foi aprovada, em 24 de novembro, de 2021, pelo Conselho Estadual de Saúde do Ceará (Cesau-CE), por meio da Resolução nº 55/2021.

A Peaf visa fortalecer a Assistência Farmacêutica em todos os níveis de atenção (primário, secundário e terciário), objetivando a organização e a ampliação do acesso a medicamentos, de promoção do uso racional, de estruturação do cuidado farmacêutico, de organização da infraestrutura e de mecanismos de governança, de um financiamento adequado com uma gestão democrática e participativa.

A Política Estadual de Assistência Farmacêutica (PEAF) pode contribuir para a restrição do acesso aos meios de suicídio por meio do controle rigoroso da distribuição de medicamentos, especialmente aqueles psicotrópicos que são frequentemente utilizados em

tratamentos de saúde mental e que podem, em casos de abuso, ser usados em tentativas de suicídio. A PEAF orienta a promoção do uso racional de medicamentos e a qualificação dos serviços farmacêuticos, assegurando que o acesso a substâncias potencialmente letais seja monitorado com responsabilidade. Além disso, a integração de serviços de saúde mental com a assistência farmacêutica, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), permite um acompanhamento contínuo dos pacientes com transtornos mentais, que estão entre os grupos de risco. Dessa forma, a PEAF colabora com a prevenção ao suicídio ao garantir que medicamentos sejam prescritos e dispensados de forma segura e controlada, promovendo a educação sobre o uso adequado e minimizando o risco de abuso de substâncias.

7.5 Política Estadual de Promoção da Saúde

A Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS) aprovada pelo Cesau-CE, em 16 de novembro, de 2022, através da resolução nº 65/2022, emerge com o objetivo de promover a saúde e a melhoria da qualidade de vida da população cearense, intervindo sobre os determinantes sociais de saúde (DSS), proporcionando a equidade, sustentabilidade, justiça social, compreendendo a saúde como direito humano fundamental.

Os eixos transversais (determinantes sociais da saúde, equidade em saúde, participação social, intersetorialidade, direitos humanos) e operacionais (territorialização, regionalização, articulação intra e intersetorial, redes de atenção e cuidado, participação e controle social, produção e disseminação de conhecimentos e saberes, comunicação e informação), pautados pela POEPS estão diretamente vinculados aos princípios preconizados pelo Plano Estadual de Prevenção da Autolesão e do Suicídio (2025–2027), bem como os temas prioritários, tais como educação permanente, cultura de paz e enfrentamento das violências.

Fortalecer as relações de cuidado, tangenciadas por acolhimento, vínculo, corresponsabilidade e autonomia que visem a promoção da saúde mental e o desenvolvimento de práticas integrais e intersetoriais na conexão com a PESMAD, é uma das prioridades da POEPS, anunciada no âmbito dos temas prioritários.

08. DIALOGANDO COM AS POPULAÇÕES ESPECÍFICAS

A análise da autolesão e do suicídio em diferentes grupos populacionais revela a complexidade e a diversidade dos fatores que influenciam esses comportamentos. Entre as populações específicas, como a comunidade LGBTQIAPN+, os povos indígenas, as pessoas em situação de rua, a população negra e a população privada de liberdade (PPL), há uma série de vulnerabilidades e desafios únicos que contribuem para um aumento significativo dos riscos de autolesão e suicídio.

Essas populações frequentemente enfrentam discriminação, estigmatização e barreiras de acesso aos serviços de saúde mental, exacerbando sua exposição a fatores de risco e limitando o acesso a redes de apoio e recursos de prevenção.

A interseccionalidade das experiências desses grupos destaca a necessidade urgente de abordagens sensíveis e identitárias que considerem suas particularidades culturais e sociais. Compreender essas dinâmicas é essencial para desenvolver estratégias de prevenção e intervenção que promovam a saúde mental e o bem-estar, abordando não apenas os fatores de risco, mas também fortalecendo os fatores de proteção para reduzir a incidência de comportamentos autolesivos e suicidas.

O conceito de interseccionalidade, formulado por Kimberley Crenshaw (2020) no final da década de 1980, refere-se à maneira como diferentes formas de discriminação e opressão interagem e se sobrepõem, afetando as experiências e identidades das pessoas. A ideia central é que identidades múltiplas, como raça, gênero, classe social e sexualidade, não devem ser analisadas isoladamente, mas sim em suas interações complexas, pois essas interações podem criar formas únicas de desvantagem e privilégio.

Os estudos sobre determinação social do processo saúde-doença (Brasil, 2024) evidenciam que as condições de saúde, adoecimento e morte das populações são

mobilizadas a partir de diversos elementos, dentre os quais o território onde vive, sua idade, seu nível de renda, moradia, escolaridade, profissão, trabalho, gênero, sexualidade, se é uma pessoa com deficiência, raça e pertencimento étnico-racial, demarcando sua posição dentro da sociedade brasileira.

Diante disso, é oportuno explicitar que as tentativas e óbitos por suicídio e lesões autoprovocadas se expressam de maneiras diferentes, de acordo com cada grupo populacional, apresentando características específicas. E isso é necessário para que consigamos intervir adequadamente nos processos de saúde, em especial o suicídio, tendo em vista que apresenta relação direta com a saúde mental, modos de vida e existência.



8.1 População LGBTQIAPN+

De acordo com Duarte e Dantas (2016), a autolesão e o suicídio são problemas de saúde pública que afetam diretamente a população LGBTQIAPN+, que se manifesta por um risco aumentado de comportamentos autolesivos e de suicídio em comparação com a população cis heterossexual.

O adoecimento psíquico que essas pessoas vivem está relacionado às discriminações, preconceitos, violações de direitos, falta de oportunidades profissionais, medo da não aceitação familiar e social, ou até mesmo para o suporte psicossocial no acompanhamento ambulatorial para as mudanças corporais. Algumas dessas situações são causas de sofrimento psíquico desde a infância, sendo essencial o acompanhamento psicossocial para superá-las (SILVA et al., 2021).

Em decorrência desse sofrimento, a prevalência de autolesão e suicídio na população LGBTQIAPN+, são significativamente altos. Conforme Giusti e Leite (2021), a autolesão é mais prevalente entre adolescentes da população LGBTQIAPN+, enquanto o suicídio é mais comum entre pessoas transgênero. Um dos principais fatores de vulnerabilidade ao suicídio nessa população é a transfobia.

De acordo com o último Boletim epidemiológico (Brasil, 2024), a comparação, segundo características de orientação sexual e identidade de gênero, demonstrou que pessoas LGBTQIAPN+ apresentaram percentuais de autolesões, por meio de objetos cortantes, aproximadamente 50%, maiores que pessoas não LGBTQIAPN+.

Conhecer as ações que podem ser realizadas para trabalhar com a saúde da população LGBTQIAPN+ é fundamental para uma atenção integral e melhor qualidade de vida. A implementação de ações de saúde de acordo com as necessidades da população LGBTQIAPN+ é um passo importante para um Sistema Único de Saúde (SUS) equitativo. As estratégias de cuidado para essa população estão pactuadas nos instrumentos de gestão e planejamento do SUS, tais como o PPA 2024-2027, Plano Estadual de Saúde 2024-2027, Programação Anual de Saúde e Relatórios Quadrimestrais e Anual de Gestão.

Durante esse triênio foram pautadas ações no campo dos processos formativos, a inclusão da Secretaria da Diversidade na composição do Comitê Gestor de operacionalização do Plano, as ações de intensificação de apoio a vigilância das violências no tocante a visibilidade da taxa de mortalidade por suicídio nas regiões e as notificações de lesões autoprovocadas na população LGBTQIAPN+, além da realização de fóruns temáticos e um ciclo de debates intersetoriais, focados na temática da atenção e prevenção do comportamento

suicida e do apoio técnico pedagógico à realização de campanhas educativas.

Segundo dados exportados do Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN) e registrados pela Coordenadoria da Vigilância Epidemiológica e Prevenção e Saúde da SESA, o número de casos notificados, segundo orientação sexual e lesão autoprovocada (tentativa de suicídio) no Ceará, no período de 2014 a 2024, no universo total de 30.780 casos notificados, 17.491 casos notificados aparecem na população hétero, 1349 casos na população homossexual e 385 casos de notificação de tentativa de suicídio na população bissexual.

No tocante a identidade de gênero, no universo total de 16.636 casos notificados, 408 casos de notificação de tentativa de suicídio aparecem na população de mulheres trans, seguidas de 168 casos de notificação de lesão autoprovocada na população de homens trans e 96 casos de notificação de travestis. Ressalta-se 11.555 casos de notificação de tentativa de suicídio com orientação sexual não informada e 15.904 casos de notificação de lesão autoprovocada com identidade de gênero não informada, comprometendo a qualidade da informação e a decisão de gestão.

Em pesquisa realizada, em 2021, pela Coordenadoria Especial de Políticas Públicas para LGBT do Estado do Ceará, com 5.598 pessoas entrevistadas nos 184 municípios do Estado, com dados sistematizados pelo Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (Ipece), revelou-se que 2.813 pessoas afirmaram já ter sofrido alguma forma de LGBTfobia no ambiente escolar, o que representa 50,3% da amostra.

Sobre trabalho e renda, 58,8% afirmaram que estavam trabalhando, 38,2% não estavam trabalhando e 2,8% desistiram de procurar trabalho/emprego. Sobre a promoção de saúde da população LGBTQIAPN+, 19,6% dos respondentes afirmaram ter sido vítimas de LGBTfobia na rede de saúde, 39,4% que não sofreram e 41% não souberam informar.

No que diz respeito ao acesso a serviços e programas, benefícios e projetos socioassistenciais, a grande maioria do público respondente não teve acesso (55,6% na capital; 59,7% no interior; e 58,2% na amostra total), destacando-se que 96% dos entrevistados relataram sofrer LGBTfobia no cotidiano.

Todas essas violações de Direitos Humanos citadas envolvem circunstâncias que levam à vulnerabilidade social e econômica da população LGBTQIAPN+ no Estado. Diante do exposto, é fundamental a realização de iniciativas do Estado, no campo da educação, emprego e cultura, que foquem em ações preventivas e campanhas para ampliar os cuidados e a atenção na forma sistêmica de violência contra essa população, preservando suas vidas e promovendo a cidadania das pessoas LGBTQIAPN+ do Estado do Ceará. (Ceará, 2023)



8.2 População Indígena

A população indígena brasileira apresenta as mais altas taxa de suicídio, fenômeno análogo ao de outros países. Os dados do Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2024) revelam um elevado número de suicídios entre indígenas em relação a outros grupos raciais, conforme evidenciado pela alta mortalidade proporcional por essa causa. Análises anteriores já haviam destacado essa grave realidade, indicando que a taxa de suicídios entre indígenas no Brasil é aproximadamente três vezes maior que a da população geral.

Existem vários fatores de risco diante dessa situação entre indígenas, dentre eles se destacam as mudanças socioculturais decorrentes do contato com a sociedade não indígena, o confinamento territorial, o abandono das tradições, o enfraquecimento de laços familiares e comunitário, somado ao contexto de violência e pobreza (BRASIL, 2019).

Cabe, portanto, investigar os impactos das vulnerabilidades sociais decorrentes dos processos históricos que impactaram as comunidades indígenas no fenômeno do suicídio nessa população (SOUSA, 2020). Deve-se considerar, ainda, que o fenômeno do suicídio é mediado por diferentes concepções de sofrer e morrer. Essas concepções são próprias de cada povo indígena e devem ser levadas em consideração na formulação de estratégias de prevenção do suicídio nessas populações.

Muitos povos indígenas se deslocaram para as cidades em busca de sobrevivência, visto que muitos sofrem intrusão em suas terras por fazendeiros e garimpeiros. Sem preparo para inserção laboral e com dificuldades relacionadas à linguagem, eles são discriminados e passam por diversas dificuldades e barreiras sociais concretas. A situação decorrente da limitação do acesso às formas de trabalho e produção usuais com a terra cultivável, caça, rios e outros, aliada ao contexto de violência sofrida na discriminação vivida enquanto grupo, gera um contexto social de risco aos eventos de suicídio (BRASIL, 2019).

Em 2015, se iniciou um processo de implementação de um projeto de qualificação das estratégias de cuidado para prevenção do suicídio nos DSEI (Distritos Sanitários Especiais Indígenas). As sugestões foram incluídas na Linha de Cuidado Integral para Atenção e Prevenção do Suicídio entre Povos Indígenas (BRASIL, 2019).

No âmbito do Estado do Ceará, segundo o mapeamento elaborado pela SEAPS/ Célula de Atenção à Saúde das Comunidades Tradicionais e Populações Específicas (CEPOP), a localização geográfica da população indígena, distribuída em 14 etnias, está situada nas ADS de Fortaleza, Caucaia, Maracanaú, Baturité, Itapipoca, Canindé, Acaraú, Tianguá e Crateús.

Em 2020, a Lei Estadual nº 17.165 foi sancionada, reconhecendo oficialmente a existência e contribuição dos povos indígenas na formação da sociedade cearense. Já no ano de 2023, por meio do Decreto Estadual nº 35.354, de 16 de março, a Secretaria dos Povos Indígenas (Sepin) é oficialmente regulamentada e passa a atuar junto à população indígena do Estado.

A população indígena, que estava estimada em pouco mais de 19,3 mil, conforme o censo do IBGE de

2010, saltou para uma população de 56.353 indígenas no ano de 2023, representando 3,33% do total nacional e 10,66% da região Nordeste (Ceará, 2024).

O aumento da população indígena reflete a necessidade de oferecer educação e formação que respeitem suas culturas, ao mesmo tempo em que os capacitem para enfrentar os desafios modernos. Isso não só promove o desenvolvimento econômico, mas também preserva e enriquece seus conhecimentos tradicionais. Por fim, está pautado na agenda governamental a implantação de um Programa abrangente para a população indígena do Ceará, baseado na busca por justiça histórica, respeito à diversidade cultural e garantia de direitos humanos (Ceará, 2023).



8.3 População em Situação de Rua

A População em Situação de Rua (PSR) é um grupo populacional heterogêneo que compartilha características como pobreza extrema, vínculos familiares interrompidos ou frágeis e a falta de moradia convencional. Essas pessoas frequentemente utilizam áreas degradadas e espaços públicos como locais de moradia e sustento, seja de forma temporária ou permanente. Além disso, eles podem recorrer às unidades de acolhimento para pernoite temporário ou moradia provisória (Brasil, 2009).

Diversos fatores contribuem para a maior vulnerabilidade da PSR em relação ao suicídio e a comportamentos autolesivos. Entre esses fatores estão as dificuldades

concretas de sobrevivência, como insegurança alimentar, ausência de moradia, perda de bens, desemprego e estigma associado à sua condição de vida. Além disso, conflitos interpessoais e a penúria social resultante de desesperança, sofrimento e isolamento social são fatores importantes a serem considerados. É fundamental também refletir sobre a desigualdade flagrante que desafia o modelo atual de desenvolvimento, muitas vezes orientado por princípios neocapitalistas.

O uso problemático de álcool e outras drogas é outro fator de vulnerabilidade à ideação e tentativa de suicídio. No entanto, essa questão deve ser abordada com responsabilidade, considerando a contradição entre uma sociedade que exclui e não garante condições básicas e a exposição contínua à violência. As precárias condições de vida na rua dificultam a manutenção de uma rotina de autocuidado, contribuindo para o surgimento ou intensificação de transtornos mentais e problemas de saúde física, agravados pelo acesso limitado às políticas públicas. Nesse contexto, as ideações suicidas estão fortemente associadas à falta de moradia e ao déficit de apoio emocional e social (CASTRO et al., 2019).

A falta de dados sobre suicídio entre a população em situação de rua torna desafiador o planejamento de ações de prevenção. Sousa (2017) destaca que proporcionar acolhimento e promover a saúde por meio da construção de redes de cuidado e da ampliação das ações diretamente no espaço da rua, utilizando a redução de danos como diretriz ético-política, é um caminho eficaz para a atenção psicossocial dessa população.



8.4. População negra

Historicamente, as pessoas negras no Brasil tiveram seus direitos negados e foram submetidas a uma condição subalterna na sociedade. Expostas continuamente à violência e marcadas pelos resquícios da escravidão, elas enfrentam pobreza, condições adversas de moradia e trabalho, barreiras de acesso e desigualdades em saúde. O suicídio entre a população negra brasileira está profundamente ligado ao processo de escravização dos africanos e à persistência do racismo estrutural no país (TAVARES, 2017).

A pesquisa “Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil” (IBGE, 2022) revela que as pessoas brancas têm um rendimento mensal quase duas vezes maior do que as pessoas negras. A média de rendimentos é de R\$ 3.099 para brancos, R\$ 1.810 para pardos e R\$ 1.764 para pretos. No que diz respeito ao desemprego, a taxa é de 11,3% entre brancos, 16,5% entre pretos e 16,2% entre pardos.

As desigualdades de rendimento estão diretamente relacionadas às desigualdades de patrimônio. Entre a população residente em domicílios próprios, 20,8% das pessoas pardas e 19,7% das pessoas pretas residem em domicílios sem documentação de propriedade, enquanto a proporção entre pessoas brancas é cerca de metade desse valor (10,1%).

Portanto, pretos e pardos enfrentam uma maior insegurança em relação à posse e informalidade da moradia própria. Além disso, as desigualdades por cor ou raça se

refletem também no acesso a serviços de saneamento, o que afeta não apenas a saúde e as condições de vida, mas também o patrimônio (IBGE, 2022).

A última edição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2017) destaca um aumento nos casos de ansiedade, hipertensão, diabetes, acidentes cardiovasculares, além de doenças físicas, estupros, internações e transtornos mentais entre a população negra. Todos esses fatores são considerados riscos para o suicídio.

Além dos dados epidemiológicos e socioeconômicos, Lima e Paz (2021) apontam que o racismo contribui significativamente para a vulnerabilidade ao suicídio. Entre os fatores associados estão a sensação de não pertencimento, sentimento de inferioridade, rejeição, maus-tratos, negligência, violência, abuso, inadaptação, sentimento de incapacidade, isolamento social e solidão.

Lima e Paz (2021) interpretam o suicídio como um ato de resistência, uma forma de romper o ciclo de violência imposto. Para esses autores, a morte autoprovocada denuncia a falta de direitos à dignidade e a precarização contínua das condições de vida dessa população. Essas questões visam aprofundar o debate sobre o tema e subsidiar políticas e práticas efetivas de prevenção do suicídio entre populações vulneráveis.

O Estado do Ceará é rico em diversidade étnico-racial. Conforme o Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (Ipece, 2020) há, no Estado, 72% de população negra, sendo 66,1% pardos e 5,9% pretos. De acordo com o Mapeamento das Comunidades Quilombolas do Ceará (2019), da Fundação Cultural Palmares, e levantamento realizado pela Secretaria da Igualdade Racial do Ceará, temos 113 comunidades quilombolas espalhadas em aproximadamente 60 municípios cearenses. Conforme pesquisadores do Estado, há mais de 5 mil terreiros no Ceará, dentre esses, por meio do Inventário dos Povos de Terreiro do Ceará (2022), foram mapeados mais de 500 terreiros de candomblé e umbanda. Em andamento, o Inventário dos Povos Ciganos (2023) já aponta a existência de ciganos em mais de 20 municípios cearenses (CEARÁ, 2024).

No Estado do Ceará, segundo o mapeamento elaborado pela SEAPS/ Célula de Atenção à Saúde das Comunidades Tradicionais e Populações Específicas (CEPOP),

a localização geográfica da população quilombola, distribuída em 41 municípios, está situada nas ADS de Fortaleza, Caucaia, Maracanaú, Baturité, Itapipoca, Cascavel, Canindé, Quixadá, Tauá, Aracati, Russas, Limoeiro do Norte, Acaraú, Tianguá e Crateús.



8.5. População Privada de Liberdade (PPL)

O suicídio é um fenômeno complexo e multifatorial que representa um grave problema de saúde pública. Trata-se de uma condição de relevância social indiscutível, com inúmeras consequências de ordem psiquiátrica, sociológica e econômica (BRASIL, 2020). De acordo com a Organização Mundial de Saúde, as taxas de suicídio são elevadas em grupos vulneráveis que sofrem discriminação, como refugiados e migrantes; indígenas; lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexuais (LGBTQIAPN+); e pessoas privadas de liberdade.

As PPL no Sistema Prisional designam pessoas maiores de dezoito anos, sob custódia do Estado em caráter provisório ou sentenciadas para cumprimento de pena privativa de liberdade ou medida de segurança. O encarceramento é uma experiência traumática, que perpassa o isolamento social. Muitas pessoas sofrem com conflitos na dinâmica familiar, discriminação e sofrimento psíquico, dadas as condições de superlotação, violência e falta de suporte adequado nas Unidades Prisionais (UPs).

No ano de 2023, a segunda maior causa de mortes nos complexos prisionais no Brasil foi o suicídio, seja nos presídios nacionais, no feminino, masculino e na instância federal. Um estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado com 228 participantes, a partir de um questionário sociodemográfico, de contexto prisional e presença do pensamento suicida, com aplicação de escalas validadas, constatou que mais de 21% dos participantes declararam ideação suicida após o encarceramento (RANUZI et al, 2020).

Soma-se a isso o estigma associado à saúde mental entre as pessoas privadas de liberdade. Vergonha ou medo de serem julgados ao expressar suas dificuldades emocionais, são obstáculos que retardam a assistência especializada e culminam com o agravamento do quadro de sofrimento psíquico. Noutro estudo transversal, em unidade prisional do Paraná, com 30 mulheres, foi observado que histórico anterior de ideação suicida influenciou no desfecho de tentativa de suicídio (FARIAS et al, 2024).

Dessa forma, retratar melhor a realidade dessa população e seu perfil, compreender a violência da morte em decorrência do suicídio, bem como compreender os fatores correlacionados, pode contribuir para a instrumentalização de ações de intervenção e promoção de barreiras à sua ocorrência. Por fim, deve-se fomentar uma política de apoio e compreensão dentro das UPs que contemple intervenções precoces e o tratamento adequado de agravos para reduzir o risco de suicídio no público em análise.



8.6 População Infanto-juvenil

Segundo a OMS, morrem no mundo em média 800 mil pessoas todos os anos por suicídio, sendo que esta é a principal causa de morte entre os jovens de 15 a 29 anos. O suicídio ocorre em todos os países do mundo, mas 79% das mortes por suicídio em 2016, foram em países em desenvolvimento (OMS, 2018).

No Brasil, entre todos os adolescentes e jovens, o número de suicídios é bastante elevado. De 2012 a 2016, ocorreram em média 11 mil suicídios na população geral e 3.043 suicídios entre adolescentes e jovens, colocando o suicídio como a quarta causa de morte nesses grupos etários. Para os adolescentes e jovens negros, a primeira causa de morte são os homicídios, seguida dos acidentes (incluindo acidentes de trânsito), neoplasias malignas e o suicídio (Brasil, 2016).

A taxa de suicídio entre jovens cresceu 6% por ano no Brasil entre 2011 a 2022, enquanto as taxas de notificações por autolesões na faixa etária de 10 a 24 anos de idade evoluíram 29% ao ano no mesmo período. Os números apurados superam os registrados na população em geral, cuja taxa de suicídio apresentou crescimento médio de 3,7% ao ano e de autolesão de 21% ao ano, no período analisado. (Cidacs, 2022).

Ao analisar as taxas de suicídio de acordo com a idade, observa-se um aumento do risco ao longo da adolescência, principalmente entre crianças e adolescentes de 5 a 14 anos, onde o suicídio representou a 11ª causa de morte (Brasil, 2024).

O suicídio pode afetar qualquer pessoa. No entanto, são mais vulneráveis à morte por suicídio: homens, pessoas com pouca escolaridade, idosos, adultos, população indígena, adolescentes e jovens negros. Um dos grupos vulneráveis mais afetados pelo suicídio são os jovens e sobretudo os jovens negros, devido principalmente ao preconceito e à discriminação racial e ao racismo institucional (Brasil, 2017).

Os impactos do racismo geram efeitos que incidem diretamente no comportamento das pessoas negras, que normalmente estão associados à humilhação racial e à negação de si, que podem levar a diversas consequências, inclusive às práticas de suicídio.

A tendência da taxa de mortalidade por suicídio entre adolescentes e jovens negros apresentou um crescimento estatisticamente significativo no período de 2012 a 2016. Em 2012, a taxa de mortalidade por suicídio foi de 4,88 óbitos por 100 mil entre adolescentes e jovens negros e aumentou 12%, alcançando 5,88 óbitos por 100 mil, entre adolescentes e jovens negros em 2016.

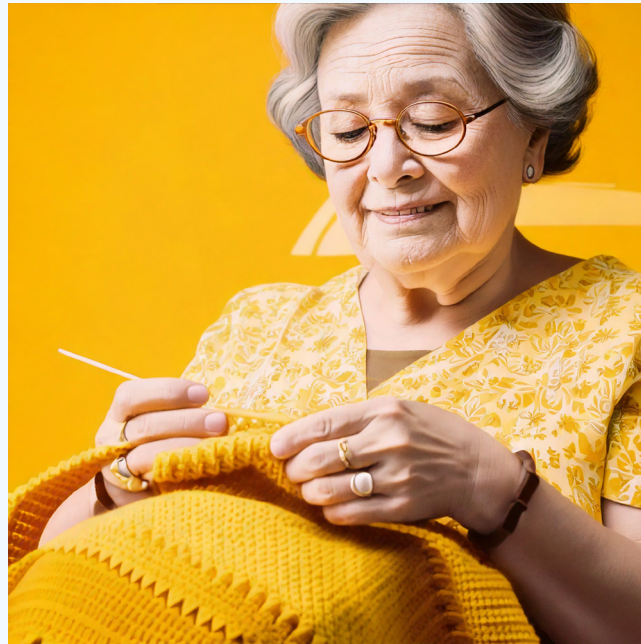
Nota-se que a cada 10 suicídios em adolescentes e jovens, aproximadamente seis ocorreram em negros e quatro em brancos. No ano de 2016, essa diferença entre negros e brancos aumentou: a cada 100 suicídios em adolescentes e jovens brancos do sexo masculino, ocorreram 150 suicídios em negros.

A depressão é um dos principais determinantes para a tentativa de suicídio e para a ação efetiva tanto entre adolescentes como jovens. Situações que envolvem violência física, homofobia, consumo abusivo de álcool e uso de drogas contribuem para aumentar a vulnerabilidade dos adolescentes e dos jovens para o suicídio.

Sentimentos de não pertencimento, exclusão e não aceitação de si mesmo por parte do próprio adolescente/jovem, sua família e/ou amigos são fatores que aumentam o risco de suicídio. Nos adolescentes, dentre os principais determinantes para o suicídio também podem ser relacionados: indiferença/omissão dos pais sobre suas ações, violência familiar, cyberbullying e bullying.

A análise epidemiológica da mortalidade por suicídio no estado do Ceará, entre 2009 e 2023, revelou uma

tendência de aumento nas taxas de suicídio, especialmente entre adolescentes e jovens adultos. A análise por faixa etária mostrou que as faixas de 20 a 39 anos e de 40 a 59 anos são as mais afetadas, com uma tendência clara de aumento nas taxas de suicídio.



8.7 População idosa

No ano de 2021 foram contabilizados 15.507 suicídios. Destes, 77,8% ocorreram no sexo masculino. Nesse mesmo ano, o suicídio representou a 27ª causa de morte no país, ocupando a 34ª na faixa de 50 a 69 anos e 58ª na faixa de 70 anos e mais. Nos homens, as taxas de suicídio aumentam progressivamente com a idade, atingindo seu pico em idosos acima de 70 anos (18,1 óbitos por 100 mil) (Brasil, 2024).

No triênio 2021 a 2023, observa-se o número de óbitos em patamares mais elevados, com taxas variando de 8,9 a 9,0 óbitos por 100 mil habitantes. O aumento no número de óbito por suicídio registrado nos últimos três anos sugerem a necessidade de reforçar as intervenções voltadas à saúde mental e à prevenção do suicídio.

A população idosa, embora com números absolutos menores, também apresentou um crescimento preocupante, especialmente na faixa dos 60 anos ou mais. A população entre 60 a 79 anos apresenta uma tendência crescente, exigindo políticas de saúde pública que abordem as necessidades específicas dos idosos. O grupo de pessoas com 80 anos e mais, registrou as maiores taxas no período de 2009 a 2023 (Ceará, 2024).

09. ASPECTOS ÉTICOS, POLÍTICOS E SOCIAIS NA PREVENÇÃO AO SUICÍDIO NO CEARÁ: UMA ABORDAGEM

A prevenção ao suicídio no Ceará é uma questão de profunda relevância ética, exigindo um compromisso sólido dos profissionais de saúde e das políticas públicas. O estado tem atentado para a necessidade de intervenções eficazes e humanizadas, especialmente em relação às populações vulnerabilizadas. De acordo com o “Panorama dos Suicídios e Lesões Autoprovocadas no Brasil” (MS, 2024), o Ceará registra taxas preocupantes, o que demanda uma abordagem ética centrada na dignidade humana, na confidencialidade e no respeito aos direitos das pessoas.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem sido crucial para fornecer suporte integral, mas é fundamental que os profissionais atuem com alteridade e sensibilidade cultural, reconhecendo as particularidades locais e as necessidades específicas de cada usuário dos serviços públicos acompanhados.

A implementação de estratégias preventivas no Ceará deve considerar os aspectos éticos relacionados ao acesso universal, integral e equitativo aos serviços de saúde mental. A exclusão social e a estigmatização, ainda, são barreiras presentes, particularmente para populações marginalizadas, como a comunidade LGBTQIAPN+. Conforme apontado por Calazans *et al.* (2021), a falta de acesso a serviços de saúde adequados, é uma vulnerabilidade crítica.

A formação contínua dos profissionais de saúde, destacada no documento “Estratégias de Prevenção do Suicídio em Povos Indígenas” (2019), é vital para garantir que as intervenções sejam baseadas em uma compreensão profunda das realidades culturais e sociais do estado. Isso inclui a promoção de políticas públicas inclusivas e a criação de linhas de cuidado específicas para populações em risco. Ademais, a ética na prevenção do suicídio no Ceará também envolve o fortalecimento das ações intersetoriais e comunitárias. Iniciativas como grupos de apoio, campanhas educativas e atividades comunitárias desempenham um papel essencial na

redução do estigma e na promoção de uma cultura de cuidado e solidariedade.

A Colaboração entre os setores de Saúde, Educação, Cultura, Assistência Social, Justiça, Segurança, Ministério Público é crucial para a construção de uma rede de apoio eficaz. Conforme indicado no Boletim Epidemiológico (MS, 2024), é imperativo que as ações sejam coordenadas e que envolvam a participação ativa da sociedade civil. O respeito pela autonomia das pessoas e a promoção de um ambiente seguro e acolhedor são princípios éticos fundamentais que devem nortear todas as práticas preventivas no estado do Ceará.

A prevenção ao suicídio no Ceará envolve um compromisso político que se reflete na implementação de políticas públicas voltadas para a saúde mental. O estado tem desenvolvido diversas estratégias de intervenção, contempladas nos instrumentos de governo e planejamento do SUS, que visam fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Destaca-se a importância de uma abordagem integrada e coordenada na Rede Intersetorial, como saúde, educação, cultura, direitos humanos e assistência social. Essas políticas buscam garantir que as ações preventivas sejam efetivas e acessíveis a toda a população, com especial atenção às áreas rurais e comunidades vulneráveis.

As ações políticas no Ceará têm enfatizado a necessidade de capacitação contínua dos profissionais de saúde e a ampliação do acesso aos serviços de saúde mental nas regiões de saúde. A implementação de programas de educação permanente em saúde e de formação especializada para os profissionais que atuam na RAPS são essenciais para garantir um atendimento qualificado e humanizado. Além disso, o fortalecimento das parcerias intersetoriais é fundamental para a criação de redes de apoio que possam responder de forma eficaz às demandas locais.

Um aspecto político importante na prevenção ao suicídio no Ceará é a promoção de políticas públicas

inclusivas e participativas. A Secretaria da Saúde do Estado tem se empenhado em desenvolver campanhas de sensibilização e de redução do estigma associado ao suicídio e aos transtornos mentais. O Ministério da Saúde (2024), aponta que as políticas devem incentivar a participação ativa da sociedade civil e das organizações não governamentais na formulação e implementação das estratégias de prevenção. Isso inclui a criação de espaços de diálogo e de apoio comunitário, que são essenciais para a construção de uma cultura de cuidado e solidariedade. O compromisso político com a saúde mental deve ser contínuo e adaptável, visando sempre a melhoria da qualidade de vida da população cearense.

No Ceará, a prevenção ao suicídio tem ganhado destaque nas políticas públicas de saúde mental, conforme refletido no “Plano Estadual de Saúde 2025–2027”. Este plano atualizado orienta a implementação de estratégias adaptadas às necessidades atuais do estado, destacando a integração dos serviços de saúde com redes de apoio comunitário e familiar (CEARÁ, 2024). A ênfase é na construção de um sistema de suporte abrangente, que inclui escolas, equipamentos de saúde, da assistência social e organizações não governamentais, visando oferecer um cuidado contínuo e eficaz.

Além das diretrizes estaduais, o Ceará está alinhado com as orientações da “Prevenção do Suicídio” do Ministério da Saúde, que fornece um *framework* atualizado para a implementação de ações coordenadas e efetivas em nível nacional (MS, 2024b). Esta cartilha destaca elementos importantes que devem ser considerados para a prevenção do suicídio e na necessidade de conscientização para reduzir o estigma associado aos transtornos mentais. No Ceará, iniciativas como o Programa de Saúde Mental Comunitária exemplificam o compromisso com uma abordagem sistêmica, integrada e comunitária para a prevenção do suicídio, através do fortalecimento das práticas integrativas e complementares em saúde (PICS).

A análise dos aspectos sociais da prevenção ao suicídio no Ceará também deve considerar o papel crucial da educação e do envolvimento comunitário. Pesquisas indicam que campanhas de sensibilização e treinamentos em instituições educacionais e sociais têm um impacto positivo na prevenção. Esses esforços locais são essenciais para criar um ambiente de apoio que ajude a identificar e apoiar pessoas em risco, prevenindo o desenvolvimento de situações críticas.



10. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS



Papel do Estado

- Contribuir com a implantação, monitoramento e avaliação dos Planos Municipais de Prevenção da Autolesão e Suicídio (2025–2027), garantindo apoio técnico as Regiões de Saúde;
- Realizar processos formativos em parceria com a Rede Saúde Escola, Núcleos Regionais e Municipais de Educação Permanente, Instituições Universitárias, no campo da prevenção da autolesão, comportamento suicida e posvenção, com enfoque intersetorial, capacitando equipes das áreas da Saúde, Assistência Social, Educação, Cultura, Juventude, Direitos Humanos, Justiça, Segurança Pública, Ministério Público e populações específicas;
- Incentivar a promoção de campanhas educativas regionais, integrando as redes de atenção à saúde e as redes de apoio intersetorial;
- Reduzir o acesso a meios letais através da implementação de marcos legais sobre venda e uso de pesticidas e armas;
- Realizar campanhas estaduais de conscientização sobre o armazenamento seguro de meios letais;
- Consolidar o monitoramento de dados sobre comportamento autolesivo e suicida, incluindo variáveis sociais e econômicas;



Papel do Município

- Elaborar o Plano Municipal de Prevenção da Autolesão e do Suicídio (2025–2027), priorizando a criação de um Grupo de trabalho intersetorial;
- Implantar um Comitê Municipal intersetorial, reunindo representantes de diferentes áreas para acompanhamento e avaliação integrada, das entregas previstas no Plano Municipal de prevenção da autolesão e do suicídio (2025–2027);
- Implantar, ampliar e fortalecer serviços da RAPS, priorizando áreas de alta vulnerabilidade;
- Promover ações intersetoriais para um cuidado em saúde mental ampliado;
- Apoiar os processos formativos das equipes locais e monitorar a implementação das práticas pedagógicas aplicadas nos serviços;
- Fomentar o uso de boas práticas integradas em saúde mental e assistência em situações de autolesão, ideação e tentativa de suicídio;
- Promover iniciativas de educação permanente em saúde mental nos serviços da Rede SUS e da Rede de Apoio intersetorial, em articulação com os núcleos municipais, com ênfase na promoção da saúde mental, prevenção da autolesão, suicídio e posvenção, considerando as necessidades das populações específicas;



Papel do Estado

- Publicar relatórios e boletins epidemiológicos para análise de tendências;
- Instituir o Comitê Gestor para a operacionalização do Plano Estadual de Prevenção da Autolesão e do Suicídio no Ceará (2025–2027).



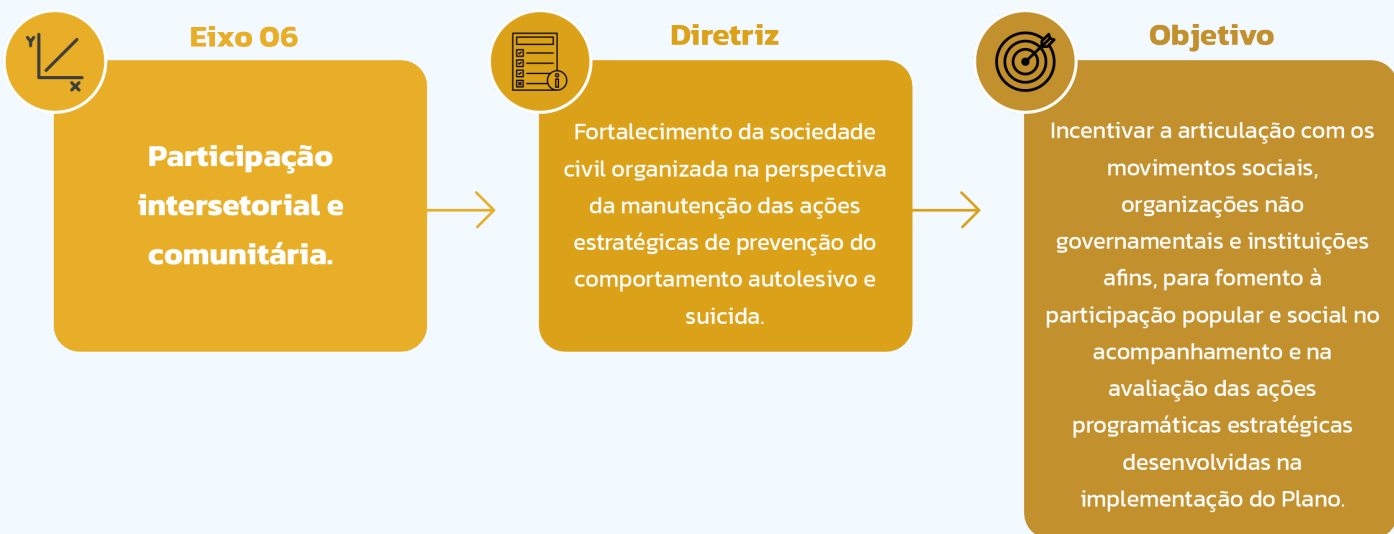
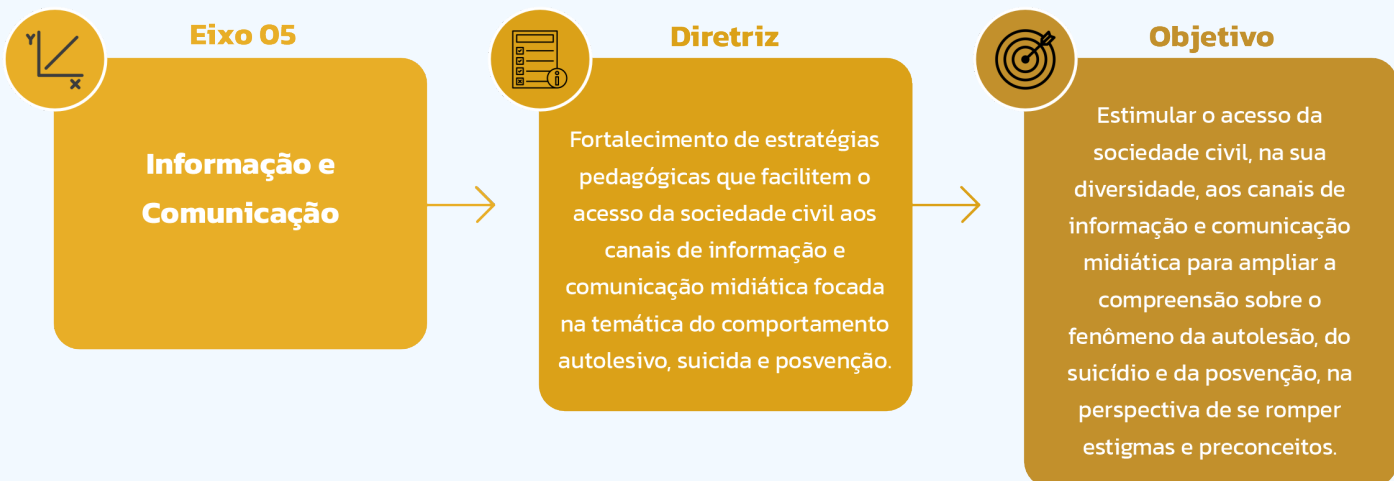
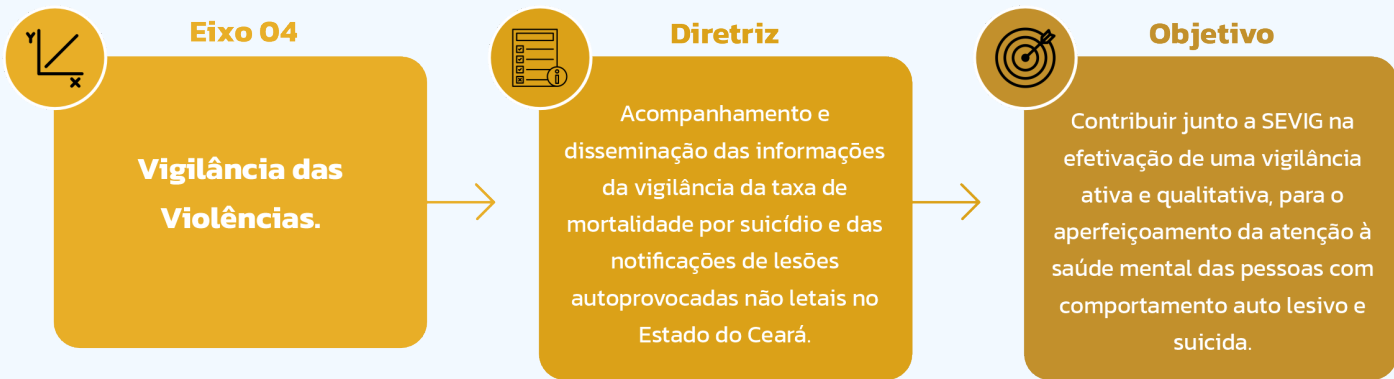
Papel do Município

- Apoiar as campanhas ofertadas no município, engajando associações comunitária, escolas, serviços, empresas e sociedade civil;
- Fortalecer ações de promoção da saúde mental em escolas, comunidades e locais de trabalho, bem como engajar comunidades na adoção de medidas práticas para limitar o acesso a meios letais;
- Realizar notificações completas e regulares no SINAN e registros no SIM, promovendo vigilância ativa em nível local;
- Coletar dados de forma integrada com setores correlatos, promovendo análises conjuntas;
- Fiscalizar o comércio local de substâncias controladas;
- Envolver lideranças comunitárias, religiosas, populações específicas e organizações da sociedade civil na execução de ações locais.

11. EIXOS ESTRATÉGICOS, DIRETRIZES E OBJETIVOS

Figura 19 – Consolidado dos eixos estratégicos/ diretrizes e objetivos





12. MATRIZ DAS DIRETRIZES, METAS E OBJETIVOS POR EIXO

12.1 Eixo Gestão da Rede de Atenção e Cuidado em Saúde Mental

Figura 20 – Gestão da Rede de Atenção e Cuidado em Saúde Mental



específicas (comunidades indígenas, quilombolas, população LGBTQIAPN+, comunidades de religiões de matriz africana, população em situação de rua, pessoas com deficiências, população privada de liberdade, dentre outras);

- Apoiar as iniciativas existentes e ofertar apoio técnico as equipes da Rede SUS e as equipes da rede de apoio intersetorial, que atuam nas práticas de cuidado e atenção as pessoas com comportamento autolesivo e suicida.



Responsáveis

Secretarias temáticas: Saúde, Educação, Cultura, Proteção Social. **Parceiras:** Igualdade Racial, Diversidade, Juventude, Esporte, Direitos Humanos, Secretaria das Mulheres e dos Povos Indígenas.



Meta 02

Identificar e avaliar todos os Planos, Projetos, Programas e Iniciativas vigentes, de atenção e prevenção da autolesão e manejo do comportamento suicida e posvenção, nos 184 municípios do estado do Ceará.



Indicador

Número de municípios com iniciativas identificadas e avaliadas

Fonte de verificação: Planos municipais de prevenção da autolesão e suicídio existentes, com ações efetivadas e em curso, com o monitoramento e avaliação.

ANO - BASE 2023	VALOR - BASE -	UNIDADE DE MEDIDA - BASE Números	UNIDADE DE MEDIDA - META Números
		META 2025 100	META 2026 50
			META 2027 34



Meta 2025-2027



Produto

Programas, Projetos e iniciativas avaliadas.



Ações

- Pactuar com as equipes de referência em Saúde Mental nas 05 Regiões de Saúde, o acompanhamento das entregas previstas nos Planos Municipais de Prevenção da Autolesão e do Suicídio (2025-2027);
- Acompanhar com a Vigilância da Saúde do Trabalhador, sobre as estratégias de prevenção a autolesão, comportamento suicida e posvenção, relacionado ao trabalho;
- Apoiar as estratégias de suporte aos sobreviventes enlutados, nos ambientes de trabalho e nos territórios;
- Contribuir junto a Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVIG), nas análises dos dados e estatísticas relacionados às taxas de incidência das lesões autoprovocadas notificadas e as taxas de mortalidade por suicídio a partir dos marcadores de identidade de gênero, orientação sexual, classe, religião, faixa etária, escolaridade, local de ocorrência, meio de agressão;
- Contribuir junto a SEVIG, na revisão e atualização dos protocolos existentes.



Responsáveis

Secretaria Executiva da Atenção Primária e Políticas de Saúde, Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, Coordenadoria de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Coordenadoria da Vigilância Epidemiológica das Regiões.



Meta 03

Apoiar as equipes profissionais de 75 serviços da RAPS, para comporem as Comissões de cuidado às pessoas em situação de violência interpessoal e autoprovocada.



Indicador

Número de serviços da RAPS com comissões implantadas

Fonte de verificação: Mapa da RAPS com comissões implantadas por portaria municipal

ANO - BASE 2024	VALOR - BASE -	UNIDADE DE MEDIDA - BASE Números	UNIDADE DE MEDIDA - META Números
		META 2025 30	META 2026 30
			META 2027 15



Meta 2025-2027



Produto

Equipes profissionais integradas às Comissões de Cuidado.



Ações

Ofertar diálogos temáticos permanentes para as Comissões de Cuidado a pessoa em situação de violência, da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), focados na pauta do comportamento autolesivo e suicida em crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, população negra, população LGBTQIAPN+, quilombola, indígena e suas famílias.



Responsáveis

Equipe técnica da COPOM e Secretaria da Saúde dos municípios; Parcerias: Secretarias municipais de Educação, Esporte e Lazer, Cultura e Assistência Social.

12.2 Educação Permanente em Saúde Mental

Figura 21 - Educação Permanente em Saúde Mental



Diretriz 02

Fortalecimento da Educação Permanente em Saúde mental



Objetivo

Investir na formação e qualificação dos trabalhadores e trabalhadoras da Rede SUS para atuação nos diversos serviços de atenção às pessoas com comportamento suicida e autolesivo, na perspectiva da intersetorialidade.



Meta

Realizar 03 processos formativos a cada quadrimestre nas Regiões de Saúde sobre a temática do manejo da autolesão, comportamento suicida e posvenção para Gestores e Profissionais da REDE SUS, sobretudo da RAPS e Rede de Proteção Social.



Indicador

Número de processos formativos quadrimestrais realizados, para os profissionais inseridos nos Comitês e Comissões Municipais do Cuidado à pessoa em situação de violência.

Fonte de Verificação: relatórios, listas de frequência, registros fotográficos, manuais, materiais didáticos e fichas de avaliação.

ANO - BASE	VALOR - BASE	UNIDADE DE MEDIDA - BASE	UNIDADE DE MEDIDA - META
2024	-	Números	Números



Meta 2025-2027

META 2025
09

META 2026
09

META 2027
09



Produto

Profissionais, Gestores, Conselheiros e Sociedade Civil organizada capacitada



Ações

- Ofertar vagas nas Regiões para os cursos de Prevenção da automutilação, suicídio e posvenção, Manejo de Crises em Saúde Mental: Urgência e Emergência, para a REDE SUS e demais redes de apoio intersetorial;
- Apoiar processos formativos no manejo da autolesão, prevenção do suicídio e posvenção, no manejo de crises em saúde mental: urgência e emergência, envolvendo a população em geral e as populações específicas; Apoiar o fortalecimento do Movimento Saúde Mental na APS;
- Ofertar capacitações para os influenciadores digitais e jornalistas das rádios comunitárias com o objetivo de conscientizar a categoria sobre a importância do manejo na comunicação da temática da autolesão e do comportamento suicida, com foco nos sinais de alerta, fatores de risco e proteção, mitos e verdades, canais de ajuda existentes, medidas de prevenção, dentre outros;
- Realizar oficinas de capacitação com os Comitês existentes nas Regiões de Saúde, com foco na ampliação das estratégias de cuidado do comportamento suicida e autolesivo;
- Apoiar a realização de ciclos de debates nos equipamentos municipais (Unidades básicas de Saúde, Caps, Hospitais, UPAS, Policlínicas, Ceos, Centros de reabilitação, Escolas, Creches, Cras, Creas, Centros de Convivência, Casa da Mulher Cearense, Casa da Criança e do Adolescente, Conselho Tutelar, Associações Comunitárias, Organizações não governamentais, Terreiros, Lideranças religiosas, Universidades dentre outros);
- Fortalecer as ações do Programa Saúde na Escola, na Rede de Atenção Psicossocial, com foco na temática do comportamento autolesivo e suicida;
- Contribuir junto a Coordenadoria de Políticas de Educação, Trabalho e Pesquisa em Saúde (SEAPS/COEPS) no desenvolvimento de estudos e círculos de diálogos de pesquisas estratégicas na interlocução com laboratórios e observatórios focados na contextualização sobre o fenômeno da autolesão, comportamento suicida e posvenção, na saúde do trabalhador, nas estratégias de prevenção, no cenário epidemiológico da taxa de mortalidade por suicídio, na taxa de incidência de lesões autoprovocadas não letais e na atuação da rede de cuidado no âmbito estadual, regional e municipal;
- Articular os processos formativos juntos a Rede de Saúde Escola no Estado, Regiões e Municípios, fortalecendo a potência dos Núcleos de Educação Permanente Regionais e Municipais; Contribuir na elaboração de materiais educativos (manuais, cartilhas, folders, vídeos, etc) ancorados nas metodologias ativas e na comunicação inclusiva; Contribuir com a produção e publicação de artigos, capítulos e relatos de experiências exitosas em revistas científicas, bem como com a participação dos profissionais de Saúde da RAPS e demais da rede de apoio intersetorial, em simpósios, congressos e seminários; Realizar e apoiar a organização de seminários, congressos e fóruns temáticos com gestores, profissionais e sociedade civil organizada.



Responsáveis

Equipe técnica da COPOM e Escola Estadual de Saúde Pública (ESP). **Parceiros:** Regiões de Saúde, COADS, Secretaria da Saúde dos municípios, Rede Saúde Escola, Núcleos de Educação Permanente em Saúde e Universidades.

12.3 Prevenção E Promoção

Figura 22 – Prevenção e Promoção



- Apoiar a participação proativa de gestores, profissionais, conselheiros setoriais, estudantes, professores, guardas municipais, policiais, delegados (as), promotores (as), juízes (as), defensores (as), e usuários das redes de atenção à saúde, proteção social e defesa de direitos, nos eventos alusivos ao Janeiro Branco (Prevenção e Cuidados com a Saúde Mental), 08 de Abril Verde (combate a intolerância e racismo religioso), Junho da Diversidade (mês do orgulho LGBTQIAPN+), Agosto Lilás (fim da violência doméstica e familiar contra a mulher), Setembro Amarelo (mês da prevenção do Suicídio), Novembro da Consciência Negra, dentre outros, considerando a transversalidade da temática da prevenção da autolesão e do comportamento suicida, nos eventos temáticos;
- Apoiar as práticas intersetoriais de promoção da vida, orquestradas por gestores, trabalhadores (as), organizações não governamentais e instâncias colegiadas de controle social (conselhos tutelares, conselhos municipais de saúde, educação, assistência social, segurança e direitos humanos, conselho municipal dos direitos da mulher, conselhos escolares, conselho municipal da igualdade racial, da diversidade);
- Apoiar no fortalecimento das parcerias com os projetos e programas vigentes nas 05 Regiões de Saúde (Vidas Preservadas, Impulso pela Vida, dentre outros).



Responsáveis

SEAPS /COPOM, Regiões e COADS. **Parcerias:** Secretarias Temáticas.

12.4 Vigilância das Violências

Figura 23 – Vigilância das Violências



Diretriz 04

Acompanhamento e disseminação das informações da vigilância da taxa de mortalidade por suicídio e das notificações de lesões autoprovocadas não letais no estado do Ceará.



Objetivo

Contribuir junto a SEVIG na efetivação de uma vigilância ativa e qualitativa, para o aperfeiçoamento da atenção à saúde mental das pessoas com comportamento autolesivo e suicida.



Meta

Ampliar o número de equipamentos que realizam notificação de lesão autoprovocada não suicida e tentativas de suicídio, alcançando 70% dos pontos de atenção da Rede SUS, até 2027.



Indicador

Percentual de equipamentos que realizam notificação de lesão autoprovocada não suicida e tentativa de suicídio

Fonte de Verificação: Sistema SINAN e Boletins epidemiológicos

ANO - BASE 2024	VALOR - BASE -	UNIDADE DE MEDIDA - BASE Percentual	UNIDADE DE MEDIDA - META Percentual
		META 2025	META 2026
		30	30
			META 2027
			10



Meta 2025-2027



Produto

Crescimento das notificações nos equipamentos da Rede SUS



Ações

- Coletar, analisar e disseminar dados sobre mortalidade por suicídio e lesões autoprovocadas para monitorar tendências e mudanças nos padrões de incidência;
- Incentivar a ampliação da cobertura do VIVA-SINAN-NET no município, estimulando a efetiva realização e qualificação dos registros de lesão autoprovocada (autolesão e tentativa de suicídio), por meio da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocadas, nos pontos de atenção da rede de cuidado e proteção social, como instrumento público de diagnóstico a fim de subsidiar a construção de políticas de promoção da saúde, valorização da vida e a alimentação dos sistema de vigilância de agravos;
- Apoiar na divulgação do fluxo das notificações nos equipamentos intersetoriais; articular e envolver as equipes técnicas da vigilância epidemiológica na dinâmica dos protocolos e fluxos da rede de atenção e cuidado às pessoas com comportamento autolesivo e suicida; capacitar as Comissões do Cuidado no manejo do instrutivo de notificação de violência autoprovocada (VIVA – NET);
- Assegurar a formação adequada dos profissionais de saúde e codificadores para garantir a precisão e confiabilidade dos dados coletados sobre suicídio e autolesão, observando a obrigatoriedade da notificação de violência autoprovocada imediata em até 24h;
- Colaborar com instituições como a Secretaria de Segurança Pública e Perícia Forense para melhorar os diagnósticos post-mortem e os registros de causa de morte. Fomentar pesquisas e estudos para compreender os determinantes sociais do suicídio e da autolesão e identificar lacunas nos sistemas de informação; Publicar dados e relatórios periodicamente para aumentar a transparência e ajudar a comunidade e profissionais a entenderem as tendências e necessidades.



Responsáveis

SEVIG e Célula da Vigilância Epidemiológica das Secretarias Municipais.

Parcerias: COPOM e COADS.

12.5 Informação e Comunicação

Figura 24 - Informação e Comunicação



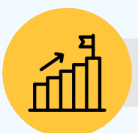
Diretriz 05

Fortalecimento de estratégias pedagógicas que facilitem o acesso da sociedade civil aos canais de informação e comunicação midiática focada na temática do comportamento autolesivo e suicida.



Objetivo

Estimular o acesso da sociedade civil, na sua diversidade, aos canais de informação e comunicação midiática para ampliar a compreensão sobre o fenômeno da autolesão, da tentativa e do suicídio consumado, incluídos as suas causas, os determinantes sociais e os fatores de risco associados, na perspectiva de se romper estigmas e preconceitos.



Meta

Apoio técnico pedagógico na realização de 02 campanhas educativas anuais, focadas na prevenção do comportamento autolesivo e suicida, nas 05 Regiões de Saúde.



Indicador

Número de campanhas educativas realizadas no ano pelas 05 Regiões de Saúde.





Fonte de Verificação: Manuais, Material Educativo, Folhetos Informativos, Registros e material de divulgação Multimídia (Documentários, Vídeos, Entrevistas).

ANO - BASE	VALOR - BASE	UNIDADE DE MEDIDA - BASE	UNIDADE DE MEDIDA - META
2024	-	Número	Número

 Meta 2025-2027	META 2025 02	META 2026 02	META 2027 02
 Produto	Campanhas Educativas realizadas		
 Ações	<ul style="list-style-type: none"> Incentivar a divulgação de relatórios, sites, cartilhas, infográficos, podcasts, panfletos, aplicativos, ebooks, guias, boletins epidemiológicos, manuais, vídeos, filmes, documentários, entrevistas com foco na democratização de informações no campo da violência autoprovocada, para qualificar as práticas do cuidado integrado no âmbito da Rede SUS, e Rede Intersetorial; Divulgar recursos adicionais da comunidade que podem ser úteis para identificar informações, profissionais e grupos de suporte, bem como contatos de serviços de emergência e outros dispositivos, tais como grupos de apoio aos enlutados, centro de valorização da vida, serviço de emergência e outros serviços de apoio online; Estimular a divulgação de equipamentos de suporte em saúde mental e reforçar a importância de atenção interdisciplinar especializada; Apoiar na socialização das publicações informativas sobre cuidado em saúde mental com o objetivo de desconstruir estigmas, preconceitos e cenários sensacionalistas para os casos de tentativa e suicídio consumado; Apoiar as Regiões de Saúde na realização de campanhas educativas focadas na prevenção do comportamento autolesivo e suicida, bem como nas condutas de abordagem dos cenários do suicídio consumado (a não divulgação do método empregado, não divulgação de fotos da pessoa falecida ou de cartas de despedida, não glamourização da pessoa falecida por suicídio). 		
 Protagonista	COPOM, Regiões de Saúde, COADS e Secretarias Municipais de Saúde, Educação, Cultura e Assessoria de Comunicação. Parcerias: Outras Secretarias Temáticas.		

12.6 Participação Intersetorial e Comunitária

Figura 25 – Participação Intersetorial e Comunitária

 Diretriz 06	Fortalecimento da sociedade civil organizada na perspectiva da manutenção das ações estratégicas de prevenção do comportamento autolesivo e suicida.
 Objetivo	Incentivar a articulação com os movimentos sociais, organizações não governamentais e instituições afins, para fomento à participação popular e social no acompanhamento e na avaliação das ações estratégicas desenvolvidas na implementação do Plano Estadual de Prevenção da Autolesão e do Suicídio.
 Meta	Realizar 02 Fóruns Temáticos a cada semestre, com a sociedade civil organizada nas ADS com maior taxa de incidência de lesões autoprovocadas não letais e maior taxa de mortalidade por suicídio.
 Indicador	<p>Número de Fóruns Temáticos realizados nas ADS com maior taxa de incidência de lesões autoprovocadas não letais e maior taxa de mortalidade por suicídio</p> <p>Fonte de Verificação: Registros Oficiais, Listas de Frequência, Fotografias, Depoimentos da Comunidade.</p>

ANO - BASE 2024	VALOR - BASE -	UNIDADE DE MEDIDA - BASE Número	UNIDADE DE MEDIDA - META Número
--------------------	-------------------	---------------------------------------	---------------------------------------



Meta 2025-2027

META 2025

02

META 2026

02

META 2027

02



Produto

Fóruns Temáticos realizados nas ADS com maior taxa de incidência de lesões autoprovocadas não letais e maior taxa de mortalidade por suicídios.



Ações

- Apoiar as iniciativas vigentes (programas, projetos) das organizações não governamentais e movimento sociais, na perspectiva da prevenção e do manejo do comportamento autolesivo e suicida;
- Incentivar a participação da comunidade na implementação e monitoramento das ações, criando mecanismos de feedback e avaliação contínua;
- Mobilizar famílias, amigos, membros da comunidade, líderes religiosos, comunidade escolar, guardas municipais, policiais civis, militares e forenses, juizes, defensores, promotores, servidores públicos em geral, políticos e governos para se engajarem nos espaços de disseminação de troca de saberes e práticas que contemplem a importância epidemiológica, a identificação dos transtornos associados ao suicídio e suas tentativas, e o manejo do comportamento autolesivo e suicida, em populações vulneráveis, tais como: pessoas com transtornos psíquicos, especialmente as depressões; pessoas que já tentaram suicídio; usuários de álcool e outras drogas; populações residentes e internadas em instituições específicas (clínicas, hospitais, presídios e outros); população em situação de rua, gestantes e/ou vítimas de violência sexual; trabalhadores rurais expostos a determinados agentes tóxicos e/ou a precárias condições de vida; pessoas com doenças crônicas degenerativas; pessoas que convivem com o HIV/AIDS, populações de etnias indígenas, comunidades quilombolas, população LGBTQIAPN+ dentre outras).



Responsáveis

SEAPS/ COPOM/SEVIG, Regiões de Saúde, COADS e Secretarias Municipais de Saúde, Educação, Cultura e Assistência Social.

13. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O Processo de Monitoramento e a Avaliação (M&A) são etapas essenciais do processo de planejamento, pois fornecem informações sobre o andamento das ações, atores implicados (agentes que formulam, tomam decisões e que por ela são afetadas) o que permite identificar fortalezas e fragilidades, realizar ajustes e aperfeiçoar os processos de trabalho (fluxo das atividades) e sua função (resultado da política e sua relevância para a sociedade). (Ceará, 2023)

Temos como prioridade garantir o acesso universal, integral e equitativo ao Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, investimos no fortalecimento da Regionalização da Saúde do Ceará, processo que consiste na organização e articulação de ações e serviços em saúde mental no campo da atenção e do cuidado do comportamento suicida, em cinco regiões do Estado e vinte e duas Áreas Descentralizadas de Saúde.

Ao pensar a assistência e a prevenção com base na realidade local, o Plano Estadual de Prevenção da Autolesão e do Suicídio (2025–2027) está comprometido com a redução de barreiras geográficas, possibilitando, com maior agilidade, a proximidade dos serviços de saúde à população, a descentralização da atenção e ações de integração dos pontos de atenção à saúde, em consonância com as prioridades sanitárias. Faz-se necessário integrar ações preventivas, programas e estratégias que permitam uma resposta assertiva às iniciativas demarcadas nos 06 eixos estratégicos, no decorrer do quadriênio.

Para que possamos avançar, precisamos concentrar esforços na promoção da saúde e garantir a continuidade do cuidado. Diversos atores desempenham papéis fundamentais na gestão da saúde pública e contribuem para assegurar o funcionamento e a qualidade dos serviços. Devemos, portanto, trabalhar em parceria e de forma integrada para gerar mudanças concretas e duradouras, sem descontinuidades.

O fortalecimento da regionalização das ações e dos serviços de saúde que compõem um dos compromissos da agenda estratégica preconiza ações de enfrentamento às desigualdades de gênero, raça, etnia, orientação sexual e identidade de gênero com ênfase na humanização do atendimento e equidade social.

O acompanhamento e avaliação do plano acontece mediante a atuação do Comitê Gestor, composto de representações intra e intersetoriais. Os relatórios trimestrais e anuais de gestão são dispositivos que nos permitem avaliar o alcance ou não das metas estabelecidas.

Em caso de não atingimento das metas, serão mapeados os obstáculos encontrados, visando identificar as barreiras e propor ajustes necessários. Os indicadores para essa análise incluirão dados epidemiológicos em série histórica, proporcionando uma base comparativa sólida. Ao longo das reuniões mensais do Comitê, será conduzida uma discussão reflexiva sobre as ações implementadas no mês corrente.

No eixo da Gestão da Rede de Atenção e Cuidado em Saúde Mental, os êxitos das sensibilizações dos pontos de atenção, na temática do comportamento autolesivo e suicida, serão demonstrados pelas práticas assistenciais integradas dos profissionais da Rede SUS e afins, com implementação de fluxos resolutivos entre os níveis de atenção à saúde, articulados com a rede de apoio intersetorial.

No eixo da Educação Permanente em Saúde Mental, a consistência dos processos formativos trimestrais, disparados pelas oficinas, círculos de debates, rodas de conversas, seminários e cursos, será verificada pela democratização dos saberes multiplicados na Rede de Cuidado, por Gestores, Profissionais, Conselheiros nos territórios municipais, com apoio da Rede Saúde Escola, Núcleos Regionais e Municipais de Educação Permanente em Saúde.

No eixo da prevenção e promoção, a ênfase nos círculos de debates intersetoriais trimestrais, estabelece conexões com as estratégias pedagógicas do Programa Saúde na Escola (PSE), com a ocupação dos equipamentos culturais nas Regiões de Saúde, bem como com os programas e projetos vigentes nos 184 municípios, somando à transversalidade da temática da prevenção da autolesão e do comportamento suicida, nos eventos temáticos (de Janeiro a Janeiro, de Setembro a Setembro).

Monitorar e avaliar os impactos dessas iniciativas nos municípios é uma prática contínua a ser adotada, considerando que vai incidir na redução da taxa de mortalidade por suicídio e no incremento das notificações de lesões autoprovocadas não letais, sobretudo nas áreas mais críticas, como Sertão Central, Norte e Cariri.

No eixo da Vigilância das Violências, os boletins epidemiológicos serão as referências que estarão sinalizando a ampliação do número de equipamentos que realizam notificação de lesão autoprovocada não suicida e tentativas de suicídio. Daí a importância do investimento nas capacitações focadas na alimentação correta da ficha de violência interpessoal e autoprovocada (Ficha SINAN), para mitigar inconsistências e subnotificações.

No eixo da informação e comunicação, o impacto das campanhas educativas anuais está vinculado à apropriação de informações qualificadas no campo da violência autoprovocada, através dos dispositivos midiáticos seguros, contribuindo para o rompimento de estigmas e preconceitos. Nas ações pensadas neste eixo destaca-se o monitoramento e avaliação do acesso aos serviços de suporte em saúde mental, e das práticas do cuidado integrado na Rede SUS e Rede de apoio intersetorial.

O eixo da participação intersetorial e comunitária traz no seu objetivo o pertencimento dos sujeitos protagonistas (movimentos sociais, organizações não governamentais) no acompanhamento e na avaliação das ações estratégicas preconizadas pelo Plano Estadual. Os impactos trazidos na realização dos Fóruns temáticos anuais envolvendo a sociedade civil organizada nas ADSs com maior taxa de incidência

de lesões autoprovocadas não letais e maior taxa de mortalidade por suicídio, exigem engajamentos contínuos nos espaços de troca de saberes e práticas, focados nos cenários epidemiológicos, na identificação dos transtornos associados ao suicídio e suas tentativas e no manejo do comportamento autolesivo e suicida e prevenção.

A análise regular permitirá uma compreensão mais dinâmica e detalhada do progresso das ações, proporcionando assim a verificação do impacto das intervenções. Este processo de avaliação sistemática visa promover a adaptabilidade e eficácia contínua das estratégias, incentivando um ambiente colaborativo para o aprimoramento constante das práticas preventivas.

Afirmamos a necessidade de fortalecimento de ações de prevenção da autolesão e do suicídio e promoção da saúde mental no Brasil, nos Estados e Municípios, de ações para o enfrentamento do estigma relacionado aos transtornos mentais e ao suicídio, bem como a expansão da rede de atenção psicossocial a fim de garantir o acesso democrático aos serviços de saúde mental no país.

Diante de um cenário multifacetado, é crucial que as estratégias de prevenção da autolesão e do suicídio no Brasil não só considerem a diversidade de fatores de risco, mas também reconheçam e atendam às especificidades socioculturais das populações mais vulneráveis.

Além disso, torna-se essencial ampliar e qualificar as notificações de violência interpessoal e autoprovocada e fortalecer a atuação dos serviços de saúde e das Perícias Forenses para a investigação dos óbitos por causas externas, elucidando as circunstâncias dessas mortes e reduzindo o Sub-registro de óbitos por suicídio no país a fim de permitir uma melhor compreensão da magnitude do problema e direcionar intervenções mais eficazes.

14. DEMONSTRATIVO ORÇAMENTÁRIO / FINANCEIRO

O Programa de Formação e Educação Permanente em Saúde Mental contempla as demandas de saúde mental da Coordenadoria de Políticas de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (COPOM) da Secretaria da Saúde (SESA) pactuadas com a Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues (ESP-CE).

O Programa é constituído pelo Projeto Percursos Formativos no Campo da Saúde Mental (PERFORSM) englobando as ações dos seguintes eixos: Eixo I - Percursos Formativos; Eixo II - Movimenta Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde, considerando

a responsabilidade da COPOM na implementação da Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (PESMAD), publicada em 2022 e constituída de forma participativa e colaborativa.

A parceria com a ESP-CE, através do PERFORSM, visa promover essa implementação e tem como objetivo qualificar os profissionais e gestores que integram os serviços da Rede de Atenção Psicossocial e redes intersetoriais sobre os processos de trabalho em saúde mental, álcool e outras drogas nas regiões de saúde do estado do Ceará, conforme Quadro 04.

Quadro 04 - Investimento nos percursos formativos.

Percursos Formativos	Órgão	Ação Orçamentária	Valor do Investimento
Curso manejo de autolesão, suicídio e posvenção	Escola Estadual de Saúde Pública	20930 - Qualificação dos trabalhadores da saúde	R\$ 1.207.258,00
Curso crises em saúde mental: Urgência e Emergência			
Movimenta Saúde Mental na APS			

Fonte: SEAPS/SESA



15. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, F. J. O. et al. As tendências crescentes de automutilação no Brasil: uma análise ecológica de notificações, hospitalizações e mortalidade entre 2011 e 2022. *Lancet Reg Health Am.* 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38500959/> Acesso em: 30 de Maio de 2024.

AL-SHANNAQ Y, Aldalaykeh M. Suicide literacy, suicide stigma, and psychological help seeking attitudes among Arab youth. *Curr Psychol.* Epub ahead of print 20 June 2021. DOI: 10.1007/s12144-021-02007-9.

BRASIL. Portaria n.º 36, de 15 de setembro de 2020. Estabelece o Protocolo de Atendimento e Acompanhamento dos custodiados nos casos de risco ou tentativa de suicídio no âmbito do Sistema Penitenciário Federal. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Universidade de Brasília, Observatório Saúde de Populações em Vulnerabilidade–Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Boletim Epidemiológico: Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM n.º 737 de 16/05/2021, publicada no DOU n.º 96 seção 1E de 18/5/01 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – 2. ed Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 64 p. (Série. Legislação de Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed.pdf Acesso em: 11 de Junho de 2024.

_____. Ministério da Saúde. Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico. v. 55, n. 4, Brasília, 2024. Disponível em; <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf> Acesso em: 02 de Agosto de 2024

_____. Ministério da Saúde. SUS e a Saúde Mental, ano 2023 <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental/sus-e-a-saudemental> Acesso em: 02 de Agosto de 2024.

_____. Resolução Conselho Nacional de Justiça - CNJ n.º 487, de 15 de fevereiro de 2023. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf> Acesso em: 23 de Setembro de 2024.

_____. Portaria GM/MS N.º 757, de 21 de junho de 2023. Diário Oficial da União Publicado em: 22/06/2023 | Edição: 117 | Seção: 1 | Página: 296 Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms->

_____. Portaria GM/MS N° 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html Acesso em: 25 de Setembro de 2024.

_____. Cartilha Prevenção de Suicídio. Série Saúde Mental e Atenção Psicossocial em Desastres. Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2024/cartilha-prevencao-de-suicidios.pdf/view> Acesso em: 25 de Setembro de 2024.

_____. Vigilância em Saúde. Lista Nacional de Notificação Compulsória. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

_____. Estratégias de Prevenção do Suicídio em Povos Indígenas. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Departamento de Atenção à Saúde Indígena. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Estrategia_Prevencao_Suicidio_Povos_Indigenas.pdf Acesso em: 25 de Setembro de 2024.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 1876 de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: DF. Diário Oficial da União, 2006. Disponível em: https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u34/portaria_no_1876_de_14_de_agosto_de_2006.pdf Acesso em: 10 de Outubro de 2024.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS n° 992, de 13 de maio de 2009 – Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Diário Oficial da União.

_____. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – Participa SUS 2ª ed., 2009.

_____. Lei n° 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998. Diário oficial da união, Brasília, DF, 24 de abril. 2019 Seção 1- Pág 01.

_____. Decreto n° 10.225, de 05 de fevereiro de 2020. Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada. Diário oficial da união, Brasília, DF, 05 de fevereiro de 2020. <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-collegiados/cgpnas/atos-normativos/decreto-no-10-225-de-5-de-fevereiro-de-2020.pdf> Acesso em: 19 de Outubro de 2024.

_____. Ministério da Saúde, Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância e Saúde e Ambiente. Volume 55 . N° 4/ 06 fev.2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/>

publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf/view Acesso em: 25 de Setembro de 2024.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS / 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3_d.pdf Acesso em: 19 de Outubro de 2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Departamento de Atenção à Saúde Indígena. Estratégias de Prevenção do Suicídio em Povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019 Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Estrategia_Prevencao_Suicidio_Povos_Indigenas.pdf Acesso em: 19 de Outubro de 2024.

_____. Ministério da Saúde (Brasil). Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Departamento de Informática do SUS – DATASUS, 2023. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 12 ago. 2024.

_____. Ministério da Saúde. (2023). Saúde de A a Z.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf Acesso em: 21 de Outubro de 2024.

_____. Boletim Epidemiológico. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 48, n. 30, 2017. [acesso em outubro de 2018]. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025->

_____. Ministério da Saúde. Análise do Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social (DAGEP/SGEP/MS) utilizando dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/DATASUS/MS), 2018.

CALAZANS, J.; FERREIRA, M. P.; SANTOS, N. J. Saúde da população LGBTQIA +: desafios e perspectivas. São Paulo: Editora Fiocruz. 2021.

CASTRO, R. A. S. et al. Vulnerabilidades da População em Situação de Rua ao comportamento suicida. Revista de enfermagem UFPE on-line., Recife. 2019. Disponível: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1010212> Acesso em: 21 de Outubro de 2024.

CEARÁ. Portaria SESA Nº1893/2023 – CRIPI Estadual. Diário Oficial do Estado | Série 3 | Ano XV Nº223 | 2023. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2020/03/do20231229p22.pdf> Acesso em: 05 de Novembro de 2024.

_____. História da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Disponível em <https://www.saude.ce.gov.br/institucional/secretaria/#>: Acesso em: 12 de novembro de 2024.

_____. Boletim Epidemiológico. Mortalidade por Suicídio e Notificações de lesões autoprovocadas não letais no Ceará. Nº 01 - 2023. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/BOLETIM-EPIDEMIOLOGICO_SUICIDIO_LESAO-AUTO_mabell.pptx.pdf Acesso em: 12 de novembro de 2024.

_____. Secretaria Estadual da Saúde. Política Estadual de Assistência Farmacêutica, 2021 <https://www.saude.ce.gov.br/assistenciafarmaceutica/fiquepordentro/politica-assistencia-farmaceutica/> Acesso em: 12 de novembro de 2024.

_____. Secretaria Estadual da Saúde. Política Estadual de Promoção da Saúde, 2022 <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2022/03/RESOLUCAO-152-Politica-Estadual-de-Promocao-a-Saude.pdf> Acesso em: 12 de novembro de 2024.

_____. Secretaria da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2024-2027. Disponível em: Governo do Estado do Ceará https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2024/03/Plano-Estadual-da-Saude-2024-2027_Volume-2.pdf Acesso em: 12 de novembro de 2024.

_____. Secretaria da Saúde. Boletim Epidemiológico. Mortalidade por Suicídio. Nº 02- 2024. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/Boletim_Epidemiologico_Suicidios-2024_.pdf Acesso em: 12 de novembro de 2024.

_____. Governo do Estado do Ceará. Secretaria de Planejamento e Gestão. Plano Plurianual 2024-2027. Ceará, 2024. Lei do Plano Plurianual 2024-2027 – Lei Nº 18.662, de 27 de dezembro de 2023. Disponível em <https://www.seplag.ce.gov.br/planejamento/menu-plano-plurianual/ppa-2024-2027/> Acesso em: 12 de novembro de 2024.

_____. Secretaria da Saúde. Plano Estadual de Saúde, Planos de Saúde Regionais. Ceará, 2024. Disponível em <https://www.saude.ce.gov.br/planejamento/> Acesso em: 13 de novembro de 2024.

_____. Secretaria da Saúde. Secretaria Executiva de Planejamento e Gestão Interna. Programação Anual de Saúde, 2024. Disponível em <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2024/04/Programacao-Anual-de-Saude-PAS-2024.pdf> Acesso em: 13 de novembro de 2024.

_____. Secretaria da Saúde. Planos de Saúde Regionais. Ceará, 2024. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/institucional/regionalizacao/> Acesso em: 13 de novembro de 2024.

_____. Lei nº. 17.006, de 30 de setembro de 2019. Dispõe sobre a Integração, no Âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, das Ações e dos Serviços de Saúde em Regiões de Saúde no Estado do Ceará. Diário Oficial do Estado 30 set 2019.

_____. Resolução 07/2022-CESAU/CE. Dispõe sobre a aprovação da Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras drogas. Diário Oficial do Estado do Ceará. Poder Executivo. Fortaleza. 23 de fevereiro

de 2022. Série 3. Ano XIV. N° 042.

_____ Portaria n°769/2024. Dispõe sobre a aprovação da Política Estadual do Cuidado à Pessoa em situação de violência. Diário Oficial do Estado do Ceará. Poder Executivo. Fortaleza, 17 de maio de 2024. Série 3. Ano XVI.

_____ Portaria n° 925/2024. Dispõe sobre a aprovação da Política Estadual de Saúde das Trabalhadoras e Trabalhadores no Estado do Ceará. Fortaleza, 14 de maio de 2024. Diário Oficial do Estado. Série 3. Ano XVI. N° 092. Fortaleza, 17 de maio de 2024.

_____ Resolução n°46/2022. CESAUC-CE Dispõe pela aprovação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) no âmbito do Estado do Ceará. Fortaleza, 10 de Junho de 2022. Diário Oficial do Estado. Série 3. Ano XVI. N° 186. Fortaleza, 14 de setembro de 2022.

_____ Sistema Único de Saúde. Conselho Estadual de Saúde. Relatório Final da IV Conferência Estadual de Saúde Mental. 2022. Ceará.

CEVS-RS. Tipologia da Violência. Centro Regional de Vigilância em Saúde do Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/tipologia-da-violencia> Acesso em: 09 de Outubro de 2024.

CIDACS, Centro de Integração de Dados e Conhecimento para a Saúde, Salvador, Bahia, 2024 <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2024-02/fiocruz-alerta-para-aumento-da-taxa-de-suicidio-entre-crianca-e-jovem>

CRENSHAW, Kimberly. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. Revista Estudos Feministas, UFSC, Ano 10; 1º semestre de 2002.

FARIAS M, Maftum MA, Kaled M, Ferreira ACZ, Haeffner R, Capistrano FC, et al. TENTATIVA DE SUICÍDIO EM MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE EM UNIDADE PRISIONAL. Cogitare Enferm [Internet]. 2024;29:92132. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.92132>

FERREIRA ML, Vargas MA de O, Rodrigues J, et al. Comportamento suicida e atenção primária à saúde. Enfermagem em Foco 2018; 9: 50–54. FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. 18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/253>. Acesso em: 09 de Outubro de 2024.

GIUSTI, J.; LEITE, R. F. Martins. Suicídio e autolesão não suicida. In: CIASCA, et al. LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar. Santana do Parnaíba: Manole, 2021.

IBGE. Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2022. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-so>

IEPS; Instituto Cactus. 10 ações de políticas públicas para saúde mental de meninas e mulheres. Recomendações aos Poderes Executivo e Legislativo. Ano 2023.

LIMA, I.; PAZ, F. P. C. (2021) A morte como horizonte? Notas sobre suicídio, racismo e necropolítica. Teoria e cultura. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais – UFJF. 2021.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2001.

_____. Prevención del suicídio: un imperativo global. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2014. Disponível em; <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141> Acesso em: 17 de Julho de 2024.

_____. Organização Mundial da Saúde, 2018 – Folha informativa.

_____. Suicide in the World: global health estimates. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/suicide-in-the-world> Acesso em: 17 de Julho de 2024.

_____. World Health Organization Global Health Estimates: Leading causes of death. Geneva, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/data/global-health-estimates>. Acesso em: 12 ago. 2024.

_____. Plano de Ação de Saúde Mental 2013–2020. Genebra: OMS; 2013.

OPAS/OMS. Manejo Clínico de Condições Mentais, Neurológicas e por Uso de Substâncias em Emergências Humanitárias. Guia de Intervenção Humanitária mhGAP (GIH-mhGAP). OPAS, 2020.

SERRANO-Gallardo MP. I Intersetorialidade, a chave para enfrentar as Desigualdades Sociais em Saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3124.

SILVA, D. C. N. et al. Perfil epidemiológico de lesões autoprovocadas no estado do Piauí entre 2012 e 2022. Revista Contemporânea, 4 (4), e 4082, 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/4082> Acesso em: 02 de Dezembro de 2024.

SILVA, J. C. P. et al. Diversidade sexual: uma leitura do impacto do estigma e discriminação na adolescência. Ciência & Saúde Coletiva, 2021. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TCJ6mXyyK4pB94FDNhcjZZc/> Acesso em: 23 de Maio de 2024.

SOUSA, W. L. O Suicídio entre Pessoas em situação de rua: interfaces para o cuidado. Revista Brasileira de Psicologia, 04(01), Salvador, Bahia, 2017.

SOUSA NTB de, Teixeira LOO, Vedana KGG, et al. Preditores de recorrência de lesões autoprovocadas e de óbitos por suicídio em um estado brasileiro. *Research, Society and Development* 2021; 10: e4110212142–e4110212142.

SOUZA, R. S. B. Et al. Suicídio e povos indígenas brasileiros: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Pública* 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52373> Acesso em: 02 de Dezembro de 2024.

Suicidal thinking, depression, and religiosity in a freedom-deprived population. (2020). *Revista Latino-americana De Enfermagem*, 28, e3368. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3713.3368>

TAVARES, J. Suicídio na População Negra Brasileira: notas sobre mortes invisibilizadas. In: *Revista Brasileira de Psicologia*, vol. 4, no 1, Salvador, Bahia, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/325426336_Suicidio_na_populacao_negra_bras_ileira_nota_sobre_mortes_invisibilizadas Acesso em: 05 de Dezembro de 2024.

16. ANEXOS

Minuta da Portaria que institui o Comitê Gestor para a operacionalização do Plano Estadual de Prevenção da Autolesão e do Suicídio no Ceará (2025–2027).

Portaria que institui o Comitê para a operacionalização do Plano Estadual de Prevenção da Autolesão e do Suicídio no Ceará (2025–2027).

A SECRETÁRIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, no uso de suas atribuições legais que lhe conferem o art. 93, inciso III, da Constituição Estadual, o art. 17 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, o art. 50, inciso XIV, da Lei 16.710 de 21 de dezembro de 2018, e art. 6º, inciso XIV, do Decreto nº 34.048 de 28 de abril de 2021.

CONSIDERANDO que cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS) dispor de condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços;

CONSIDERANDO que o Cuidado das Pessoas em situação de autolesão e comportamento suicida, envolve todas áreas técnicas da Saúde, a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) por meio da Secretaria Executiva de Atenção Primária e Públicas em Saúde, em parceria com as áreas técnicas da SESA e outras áreas intersetoriais afins;

CONSIDERANDO o art. 3º, inciso III da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, na forma do Anexo VIII;

CONSIDERANDO art. 2º da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata das diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, na forma do Anexo I;

CONSIDERANDO a Lei nº 13.819 de 26 de abril de 2019 que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios;

CONSIDERANDO o Decreto nº 10.225 de 05 de fevereiro de 2020, que institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada.

CONSIDERANDO a Resolução nº07/2022 – CESAUC/CE, que dispõe sobre a aprovação da Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (PESMAD)

CONSIDERANDO a autolesão e o suicídio como um fenômeno complexo e multifacetado que afeta toda a sociedade e pode ser prevenido, reconhecido pela Organização Mundial de Saúde como um grave problema de saúde pública de relevância mundial, resolve:

Art. 1º Fica instituído, no âmbito da Secretaria da Saúde, o Comitê do Plano Estadual de Prevenção da Autolesão e do Suicídio no Ceará

Art. 2º O Comitê de que trata esta Portaria será formado por representantes, titulares e suplentes, dos seguintes órgãos:

I - Secretaria da Saúde:

a) Secretaria Executiva da Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS)

1. Coordenadoria de Políticas de Educação, Trabalho e Pesquisa em Saúde (COEPS)

2. Coordenadoria de Políticas de Saúde Mental (COPOM)

3. Coordenadoria de Políticas de Assistência Farmacêutica e Tecnologias em Saúde (COPAF)

4. Coordenadoria de Políticas da Gestão do Cuidado Integral à Saúde (COGEC)

5. Coordenadoria de Atenção Primária à Saúde (COAPS)

b) Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVIG)

1. Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde (COVEP)

2. Coordenadoria de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (COVAT)

c) Secretaria Executiva da Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional

1. Coordenadoria de Atenção Especializada e das Redes de Atenção à Saúde/ Célula de Atenção às Doenças Crônicas não transmissíveis

2. Coordenadoria das Redes em Saúde (CORAS)

3. Coordenadoria de Monitoramento, Avaliação e Controle do Sistema de Saúde (COMAC)

4. Coordenadoria de Atenção a Rede de Urgência e Emergência

5. Superintendência da Região de Saúde de Fortaleza (SRFOR)

6. Superintendência da Região de Saúde de Sobral (SRNOR)

7. Superintendência da Região de Saúde do Cariri (SRSUL)

8. Superintendência da Região de Saúde do Sertão Central (SRCEN)

9. Superintendência da Região de Saúde do Litoral Leste (SRLES)

d) Secretaria Executiva de Planejamento e Gestão Interna (SEPGI)

1. Coordenadoria de Desenvolvimento Institucional e Planejamento (CODIP)

2. Célula de Planejamento Institucional (CEPIN)

II – Secretaria da Educação (SEDUC)

III – Secretaria da Cultura (SECULT)

IV – Secretaria da Proteção Social (SPS)

V – Secretaria das Mulheres (SEM)

VI – Secretaria dos Direitos Humanos (SEDIH)

VII – Secretaria da Diversidade (SEDIV)

VIII – Secretaria da Igualdade Racial (SEIR)

IX – Secretaria dos Povos Indígenas (SEPINCE)

Parágrafo único. Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos ór-

gãos a SEAPS/COPOM, no prazo de 15 (quinze) dias contados da data de publicação desta Portaria.

Art. 3º Compete ao Comitê de que trata o art. 1º:

I - coordenar a construção de diagnósticos situacionais sobre o cenário relativo a autolesão, prevenção do suicídio e posvenção no Ceará;

II - acompanhar a proposta do Plano Estadual de Prevenção da Autolesão e do Suicídio (2025-2027), em consonância com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, com as Diretrizes Organizacionais das Redes de Atenção à Saúde, com as Diretrizes Nacionais da Política de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e com as Diretrizes Estaduais da Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (PESMAD);

III - articular a implementação e implantação do Plano Estadual de Prevenção da Autolesão e do Suicídio no Ceará (2025-2027);

IV - realizar o monitoramento e avaliação do Plano Estadual de Prevenção da Autolesão e do Suicídio no Ceará (2025-2027);

Art. 4º O Comitê ora instituído, no decorrer de suas atividades, poderá convidar eventualmente apoio de especialistas ou instituições afins no tema.

Art. 5º A Coordenadoria de Políticas de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, será responsável pelo apoio administrativo necessário ao desenvolvimento dos trabalhos, pela convocação e coordenação das reuniões, elaboração de atas e sistematização dos documentos produzidos.

Art. 6º As funções dos membros do Comitê não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante.

Art. 7º O Comitê deverá se reunir mensalmente, e em casos que se considere necessário, poderá ocorrer com maior frequência.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação. Art 9º Revogam-se as disposições em contrário.

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), em Fortaleza- CE.

Tânia Mara Silva Coelho

Secretária da Saúde do Estado do Ceará

Aprova o Plano Estadual de Prevenção da Autolesão e do Suicídio, 2025-2027.

RESOLUÇÃO Nº 82/2025 – CIB/CE

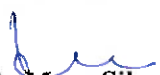
A Comissão Intergestores Bipartite do Ceará - CIB/CE, no uso de suas atribuições legais e considerando:


1. O Art. 3º, inciso III da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, na forma do Anexo VIII;
2. O Art. 2º da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata das diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, na forma do Anexo I;
3. A Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;
4. Que a Organização Mundial de Saúde - OMS destaca que para cada morte por suicídio há cerca de vinte tentativas e que em média cinco a seis pessoas próximas sofrem com consequências emocionais, sociais e econômicas;
5. A taxa global de suicídio padronizada por idade foi de 9,0 por 100.000 habitantes. Mundialmente as taxas de suicídio caíram 36% entre os anos de 2000 e 2019, com diminuições significativas em quase todas as regiões; Que apesar da diminuição a nível mundial, na região das Américas os números vêm crescendo. Entre 2000 e 2019, nas Américas, as taxas aumentaram em 17%;
6. Que entre 2009 e 2023, o Estado do Ceará registrou 9.290 óbitos por suicídio, com uma taxa média anual de 7,0 por 100.000 habitantes;
7. Que a análise por faixa etária mostrou que as faixas de 20 a 39 anos e de 40 a 59 anos são as mais afetadas, com uma tendência clara de aumento nas taxas de suicídio;
8. Que esses resultados reforçam a necessidade urgente de Políticas Públicas e Programas de Prevenção que considerem as especificidades regionais, de gênero e de faixa etária; **resolve:**

Art. 1º. Aprovar o Plano Estadual de Prevenção da Autolesão e do Suicídio, 2025-2027 com o objetivo de reduzir os fatores de risco e as tentativas e mortes por suicídio, contribuindo para a redução da taxa de mortalidade por suicídio no Estado do Ceará, conforme o Anexo desta Resolução.

Art. 2º. Esta Resolução entrará em vigência na data de sua assinatura.

Fortaleza, 14 de março de 2025.


Tânia Mara Silva Coêlho
Presidente da CIB/CE
Secretária de Saúde


Rilson Sousa de Andrade
Vice - Presidente da CIB/CE
Presidente do COSEMS

PLANO ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA AUTOLESÃO E DO SUICÍDIO

2025-2027



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

