

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

**Óbitos por suicídio entre
adolescentes e jovens negros
2012 a 2016**

**BRASÍLIA - DF
2018**





Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2018 – 1.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social
SRTVN, Quadra 701, bloco D, Ed. PO 700, 5º andar
CEP: 70719-040 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-8853
Site: <http://portalms.saude.gov.br/sgep>
E-mail: sgep@saude.gov.br

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Observatório de Saúde de Populações em Vulnerabilidade
AE, QNN 14, Campus Ceilândia Sul
CEP: 72.220-401 – Brasília/DF
Tel.: (61) 98555-0512
Site: <http://www.obvul.org/>
E-mail: contato@obvul.org

Coordenação:

Gerlane Baccarin
Marcus Vinícius Barbosa Peixinho
Maria Inez Montagner
Miguel Ângelo Montagner

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Colaboração:

| | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Ana Luísa Coelho Moreira | Kelly Bacelar Pereira Marinho |
| Caroline Oliveira Silva | Laura Díaz Ramirez Omotosho |
| Gabriela Cruz da Silva | Marina Melo Arruda Marinho |
| GT de Suicídio do Ministério da Saúde | Priscila de Oliveira |
| Henrique de Barros Moreira Beltrão | Renata Melo Barbosa do Nascimento |
| Juvenal Araújo Júnior | Rodrigo Barbosa da Silva |

A análise dos dados contidas nesta publicação foram realizadas pelo Núcleo de Evidências para Políticas de Equidade em Saúde – NEPS/DAGEP/SGEP/MS, composto por Maria Aline Siqueira Santos e Silvânia Suely Caribé de Araújo Andrade.

Fotografias:

<https://www.nappy.co/>

Projeto gráfico e capa:

Maria Aline Siqueira Santos

Normalização:

Editora MS/CGDI

Apoio financeiro:

Observatório de Saúde de Populações em Vulnerabilidade – ObVul/UnB

Ficha Catalográfica

Brasil. 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 de Saúde de Populações em Vulnerabilidade – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

ISBN 978-85-2672-6

CDU 613.96

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS

Título para indexação:

Suicide death among black adolescents and youth from 2012 to 2016

Sumário

| | |
|--|----|
| Apresentação | 2 |
| Prefácio | 3 |
| Introdução | 4 |
| População negra, políticas específicas e o suicídio | 6 |
| Como foi feito o estudo sobre suicídio entre adolescentes e jovens negros? | 18 |
| Resultados | 22 |
| Desigualdades raciais e suicídio entre adolescentes e jovens | 25 |
| Suicídio entre adolescentes e jovens - Desigualdades raciais e diferenciais por sexo | 31 |
| Suicídio entre adolescentes e jovens - Desigualdades raciais e diferenciais por faixa etária | 36 |
| Suicídio entre adolescentes e jovens negros: análise intra-grupo - Diferenciais por sexo | 41 |
| Suicídio entre adolescentes e jovens negros: análise intra-grupo - Diferenciais por faixa etária | 45 |
| Suicídio entre adolescentes e jovens negros: análise intra-grupo - Diferenciais por UF | 49 |
| Por que as maiores taxas de suicídio estão na população negra? | 53 |
| Qual é o papel do suporte social? | 55 |
| Ações do Ministério da Saúde | 58 |
| Ações em parceria com o Ministério da Saúde | 65 |
| Ações de outros ministérios | 69 |
| Recomendações às secretarias de saúde | 71 |
| Outras informações úteis | 74 |
| Referências | 78 |

Apresentação

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra foi instituída pelo Ministério da Saúde (MS) em 2009, com a finalidade de promover a saúde integral da população negra, com vistas à redução das desigualdades étnico-raciais e ao combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

As informações em saúde subsidiam a tomada de decisão por parte dos gestores, auxiliam os profissionais de saúde sobre a ocorrência e distribuição das doenças e agravos que afetam a população atendida, e permitem ao usuário conhecer a situação de saúde em que vive, além de encorajar o protagonismo da população negra com relação à sua saúde e seus direitos de cidadania.

Os modos de adoecer e morrer da população negra no Brasil refletem contextos de vulnerabilidade que são expressos em iniquidades em saúde. Produzir informações que possam dar visibilidade a este problema de saúde pública entre os negros é uma atividade extremamente necessária e urgente, a qual é possibilitada pelo preenchimento do quesito raça/cor nos sistemas de informação do SUS.

No intuito de construir indicadores específicos por raça/cor que descrevam as iniquidades em saúde, em especial, da população negra, e gerar informações em tempo oportuno para a tomada de decisão, o Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do MS (DAGEP/SGEP/MS) criou o Núcleo de Evidências para Políticas de Equidade em Saúde. Esse Núcleo gerou as informações sobre o suicídio entre adolescentes e jovens no período de 2012 a 2016 a partir de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Departamento de Informática do SUS do MS (DATASUS/SIM/MS).

A presente cartilha foi elaborada pelo DAGEP em parceria com outras áreas do MS, especialistas e com a Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial do Ministério dos Direitos Humanos, com a finalidade de auxiliar a compreensão das vulnerabilidades e, assim, instrumentalizar a gestão no desenvolvimento de ações e estratégias para prevenção do suicídio e atendimento integral para as faixas etárias mais jovens da população negra.

Prefácio

Qual o valor da vida de um jovem negro? Qual o valor de algo que não tem preço? Ao sabermos de um jovem que se suicidou, pensamos na fraqueza de espírito, somos levados a crer que ele não foi forte o bastante para superar as crises e os hormônios da adolescência. Consideramos os problemas econômicos da família, do país, pois não é fácil para um jovem cheio de sonhos não ter “uma vida boa”, sem as roupas da moda, computadores e celulares que representam o grupo social a que ele poderia fazer parte. Morar em lugares considerados “insalubres”, seria o disparador de inúmeros sentimentos de descaso com a própria existência? Onde estão as escolas, onde está o trabalho? Certamente esses podem ter sido os problemas para o jovem se sentir fora desse mundo! Ou ainda, seria a falta de fé da sua rede de amigos e familiares, afinal, se ele estivesse firme em suas crenças religiosas isso jamais teria acontecido.

A tendência natural, ao saber de um caso de suicídio, é tentar colocar a responsabilidade no “outro”. Entendemos que é doloroso lidar com esse tema, mas não seria mais doloroso se você soubesse agora que, enquanto você leu esse prefácio, alguém no mundo se suicidou? Uma pessoa a cada 40 segundos... Mas onde você entra nessa história? Em 2016, foram 3.097 jovens que saíram de sua vida para sempre. E, dentre esses jovens a maioria era negro... Você quer que isso continue acontecendo?

Essa cartilha contém a análise global dos resultados de pesquisas sobre o tema, com o objetivo de divulgar esses dados e discutir o tema em todos os setores da sociedade: é um guia de ações. A cartilha, além das informações atualizadas e precisas, está toda voltada para apoiar atitudes concretas no dia a dia. O que esperamos de você é: leia e pratique! Nem todos os suicídios podem ser evitados, mas você pode fazer a diferença: faça!

Maria Inez Montagner e Miguel Ângelo Montagner

Profs. da Universidade de Brasília e coordenadores do Observatório de Saúde de Populações em Vulnerabilidade

Introdução

O suicídio é um fenômeno social presente ao longo da história da humanidade associado a uma série de fatores psicológicos, culturais, morais, socioambientais, econômicos, entre outros fatores¹. Trata-se de um grave problema de saúde pública; no entanto, os suicídios podem ser evitados em tempo oportuno, com base em evidências e com intervenções de baixo custo. Para uma efetiva prevenção é necessária uma ampla estratégia multisetorial. Os pensamentos, os planos e a tentativa de suicídio são o que chamamos habitualmente de comportamento suicida. Uma pequena proporção do comportamento suicida chega ao nosso conhecimento.²

As três principais características das pessoas que tentam o suicídio, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), são¹:

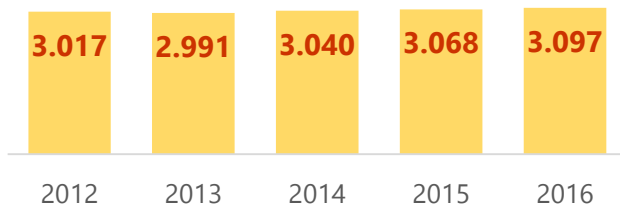
- **Ambivalência:** conflito entre o desejo de viver e o desejo de morrer. Anseio de sair da dor e do sofrimento e encontrar na morte uma única alternativa ou a forma mais rápida para fugir dessa situação de angústia;
- **Impulsividade:** a tentativa de suicídio é um ato impulsivo desencadeado por pensamentos e sentimentos negativos que podem ser temporários;
- **Rigidez:** as pessoas que tentam suicídio possuem pensamentos fixos e constantes sobre suicídio, e encaram esta como a única alternativa para enfrentar o problema.

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 anos¹.

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 suicídio².

Destaca-se que, no período de 2012 a 2016, o número de suicídios entre adolescentes e jovens manteve-se elevado, com pouca variação anual².



Números do suicídio no Brasil



1. População negra, políticas específicas e o suicídio

1.1 Você sabe quem pertence à população negra?

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) definiu que cor ou raça é uma característica individual que é autodeclarada e assume as seguintes categorias: branca, preta, amarela, parda e indígena¹.

A autodeclaração é um ato afirmativo que reconhece não apenas a aparência física, mas também a origem étnica-racial (ancestralidade), o contexto sociocultural e a percepção de cada indivíduo sobre si mesmo².

A população negra é composta pelas pessoas que se autodeclararam pretas ou pardas, de acordo com o IBGE. A população brasileira no ano de 2016 apresentava 54,9% de negros, ou seja, 112,7 milhões de pessoas negras¹.

Você, como usuário, pode e deve se identificar como preto ou pardo em qualquer serviço de saúde próprio do SUS ou conveniado³.

Para garantir este direito, em 2017, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, estabeleceu a obrigatoriedade de coletar e preencher o quesito raça/cor pelos profissionais atuantes nos serviços de saúde do SUS³.

Os usuários dos serviços de saúde devem ser orientados quanto às categorias de classificação da sua raça/cor e ser respeitados na sua autodeclaração³.

1.2 Como realizar o preenchimento do campo raça/cor?

Portaria nº 344/2017

Categorias do campo raça/cor:

- Branca
- Preta
- Amarela
- Parda
- Indígena

Opções segundo padrão
utilizado pelo IBGE para a
autodeclaração

1.3 O que muda para você, usuário ou profissional

Usuário dos serviços de saúde:

- É direito do usuário responder sobre sua raça/cor no momento do atendimento*.

*** Em caso de recém-nascidos, óbitos ou outra impossibilidade da própria pessoa responder, os familiares ou responsáveis deverão fazê-lo.**

Profissional dos serviços de saúde:

- O preenchimento passa a ser obrigatório.
- Pergunte! A resposta é autodeclarada.

Mas... em último caso, você, como profissional responsável pelo atendimento, deve responder o campo raça/cor.

Saiba mais: Guia de Implementação do Quesito Raça/Cor/Etnia, 2018, disponível na Biblioteca Virtual em Saúde.

1.3 O que muda para você, gestor

Gestores do SUS:

Estimule o preenchimento em sua localidade:

- Divulgue a obrigatoriedade do preenchimento;
- Promova o preenchimento nos serviços de saúde de sua responsabilidade;
- Promova a capacitação dos profissionais a fim de qualificar não somente a coleta, mas também o processamento e a análise dos dados desagregados por raça/cor.

O preenchimento do quesito raça/cor nos sistemas de informação possibilita reconhecer as diferenças populacionais nos indicadores de saúde e, assim, planejar estratégias que reduzam as desigualdades. Planejar de acordo com a situação de saúde de sua população é promover a equidade e a justiça.

1.4 Base legal

- **Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010:** institui o Estatuto da Igualdade Racial.
- **Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009:** institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.
- **Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017:** dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde.

1.5 O que é vulnerabilidade em saúde?

A vulnerabilidade em saúde é constituída pela interação entre o contexto social, cultural, político, econômico e ambiental, entre si e entre os aspectos individuais, criando condições que favorecem certos riscos ou ameaças à saúde¹. Os fatores que influenciam na vulnerabilidade em saúde são chamados de determinantes.

Segundo a Política Nacional de Promoção da Saúde, os determinantes sociais são diferenças nas condições e nas oportunidades de vida que podem gerar desigualdades injustas e evitáveis².

1.6 Você sabia que o suicídio é um problema de saúde pública?

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano, o que representa uma pessoa a cada 40 segundos. O suicídio ocorre em todos os países do mundo, mas 79% das mortes por suicídio em 2016 foram em países em desenvolvimento¹.

O suicídio é um problema de saúde pública no Brasil², pois é a quarta causa de mortalidade na população brasileira no ano de 2016, mobiliza a comunidade perante o sofrimento humano e é um agravo que pode ser prevenido¹.

O suicídio pode afetar qualquer pessoa. No entanto, são mais vulneráveis à morte por suicídio: homens, pessoas com pouca escolaridade, idosos, adultos, população indígenas³ e adolescentes e jovens negros.

1.7 Principais determinantes para o suicídio

O suicídio é um fenômeno complexo e apresenta diversos fatores que aumentam o risco da tentativa e da morte por essa causa. Entretanto, ressalta-se que **uma tentativa de suicídio é o principal fator de risco para outra tentativa e para o próprio suicídio.**

| Determinantes de risco para o suicídio | | | |
|--|------------------------------|---|---------------------------------|
| Perfil predominante | Sociodemográficos | Psicológicos | Condições Clínicas |
| Sexo masculino | Desemprego | Conflitos interpessoais | Transtornos mentais |
| 15 a 35 anos Acima 75 anos | Migração | Perda de parentes, amigos Perdas recentes | Depressão Alteração de humor |
| Solteiro ou separado | Isolamento social | Mudanças políticas e financeira | Alcoolismo |
| Aposentado | Guerras Conflitos armados | Rejeição, discriminação Racismo, LGBTfobia | Dores crônicas Lesões graves |

1.8 Quais os determinantes para o suicídio em adolescentes e jovens?

O suicídio é influenciado por diversos fatores. 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 também 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*.

Entretanto, o suicídio pode ser prevenido!

1.9 A população negra e o suicídio

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra reconhece o racismo, as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde¹.

Um dos grupos vulneráveis mais afetados pelo suicídio são os jovens e sobretudo os jovens negros², devido principalmente ao preconceito e à discriminação racial e ao racismo institucional.

Muitas vezes as queixas raciais podem ser subestimadas ou individualizadas, tratadas como algo pontual, de pouca importância e ainda culpabilizando aquele que sofre o preconceito.

O estigma em torno do suicídio, aliados a elementos estruturantes como o racismo estão relacionados e contribuem para o silenciamento em torno da questão, além das dificuldades de se falar abertamente sobre o assunto.

As principais causas associadas ao suicídio em negros são:

- a) o não lugar,
- b) ausência de sentimento de pertença,
- c) sentimento de inferioridade,
- d) rejeição,
- e) negligência,
- f) maus tratos,
- g) abuso,
- h) violência,
- i) inadequação,
- j) inadaptação,
- k) sentimento de incapacidade,
- l) solidão,
- m) isolamento social.

Outros fatores relacionados:

- a) não aceitação da identidade racial, sexual e afetiva, de gênero e de classe social.

Fonte: 1. Miller, et al, 2015 - Role of social support in adolescent suicidal ideation and suicide attempts. 2. Baskin, et al, 2010 - Belongingness as a protective factor against loneliness and potential depression in a multicultural middle school. 3. Tomek, et al, 2018 - Suicidality in Black American youth living in impoverished neighborhoods: is school connectedness a protective factor?. 4. Stewart, 1989 - Young, black, and male in America: An endangered species. 5. Hollingsworth, et al, 2017 - Experiencing racial microaggressions influences suicide ideation through perceived burdensomeness in African Americans.

2. Como foi feito o estudo sobre suicídio entre adolescentes e jovens negros?

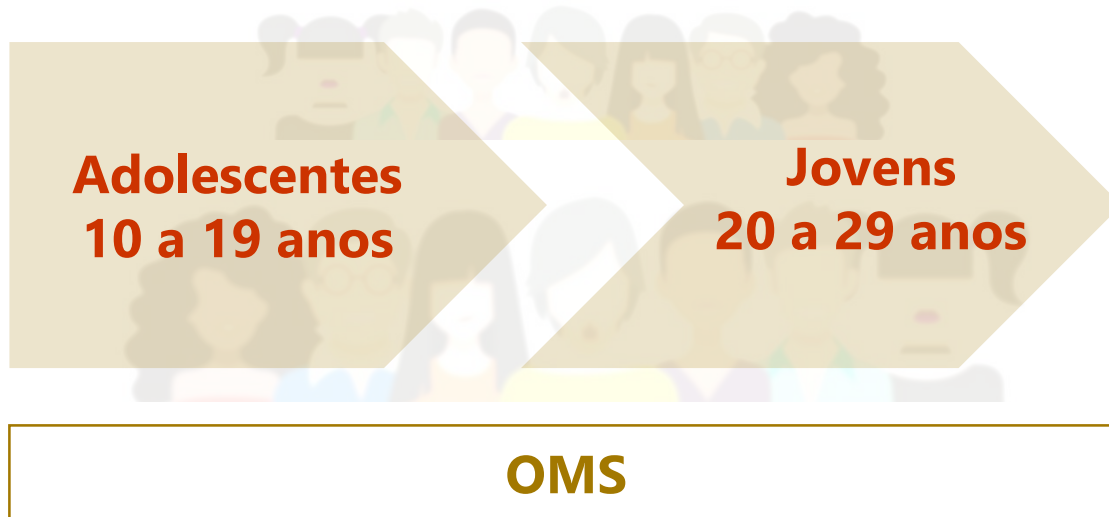
2.1 Como este estudo foi feito?

- **Fonte:** a fonte de dados sobre o número de óbitos por raça/cor da pele utilizada foi o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), que está disponível no site do Departamento de Informática do SUS do MS (DATASUS/MS):
<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10>
- **Seleção dos óbitos:** no SIM, foram selecionados apenas os óbitos que tiveram como causa de morte o suicídio. Para isso, foi utilizada a Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) com os seguintes diagnósticos correspondentes ao suicídio: X60 a X84 (óbitos por autointoxicações ou lesões autoprovocadas).

2.1 Como este estudo foi feito?

- **Indicador:** foram calculadas as taxas anuais de mortalidade por suicídio entre adolescentes e jovens negros e brancos, onde o numerador foi composto pelo número de mortes e para o denominador foi utilizada uma estimativa da população por raça/cor e faixa etária baseada na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD/IBGE). A PNAD tem uma amostra urbana que não é representativa para indígenas e amarelos, assim, esses grupos foram excluídos da análise.
- **Análise de tendência:** as variações de crescimento, queda ou mesmo estabilidade apontadas para o período de 2012 a 2016, foram resultado de uma regressão linear. As séries históricas cuja regressão tiveram $p > 0,05$ foram consideradas de estabilidade.
- **Período analisado:** 2012 a 2016.
- **Raça/cor:** para este estudo, foram descritos primeiramente os suicídios por raça/cor dos adolescentes e jovens negros (pardos e pretos), brancos, indígenas e amarelos. Além disso, foram comparadas as taxas específicas de mortalidade por suicídio entre as populações de adolescentes e jovens negros (pardos e pretos) e brancos.

2.2 Grupo analisado: adolescentes e jovens, segundo a classificação da Organização Mundial da Saúde



3. Resultados

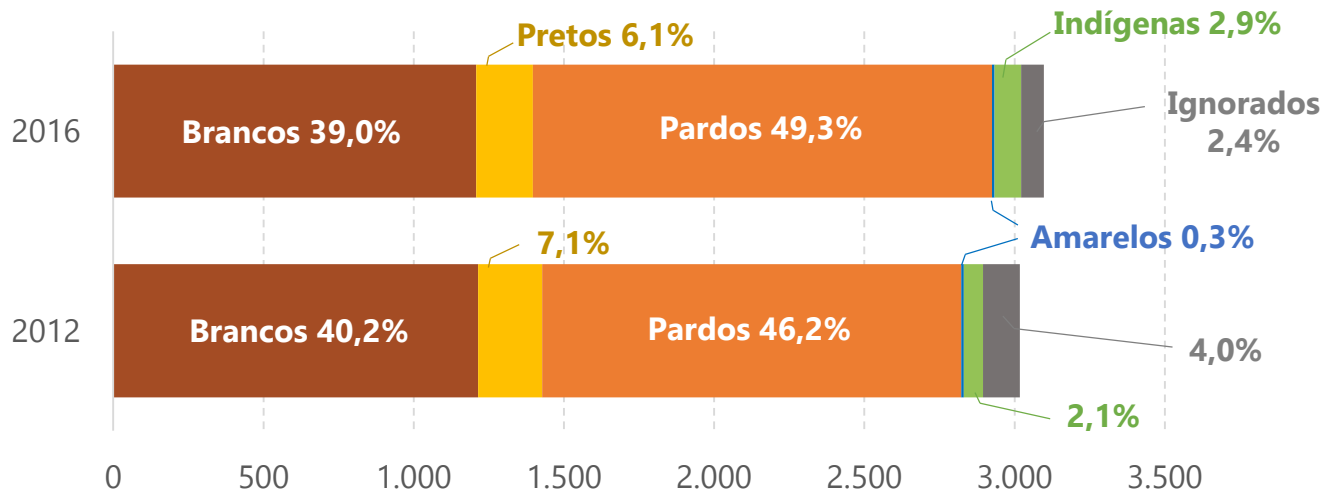
Suicídio entre os adolescentes e jovens

Em 2012, foram registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade 3.017 mortes por suicídio em adolescentes e jovens. Esse número manteve-se estável no decorrer dos cinco anos analisados (2013: 2.991; 2014: 3.040; 2015: 3.068), chegando a 3.097 óbitos em 2016.

Nesse período, houve melhoria da qualidade da informação, evidenciada pela diminuição do percentual de ignorados no campo raça/cor das declarações de óbito que passou de 4,0% em 2012 para 2,4% em 2016, conforme gráfico da página seguinte.

De 2012 a 2016, a proporção de suicídios entre negros aumentou em comparação às demais raças/cores, subindo de 53,3% em 2012 para 55,4% em 2016. O percentual de suicídios aumentou entre os pardos (2012: 46,2% e 2016: 49,3%) e indígenas (2012: 2,1% e 2016: 2,9%).

Entre 2012 e 2016, a proporção de suicídios entre negros (pretos e pardos) aumentou



Fonte: 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).

3.1 Desigualdades raciais e suicídio entre adolescentes e jovens

Tendência da taxa de mortalidade por suicídio entre adolescentes e jovens negros

A tendência da taxa de mortalidade por suicídio entre adolescentes e jovens negros apresentou um crescimento estatisticamente significativo no período de 2012 a 2016.

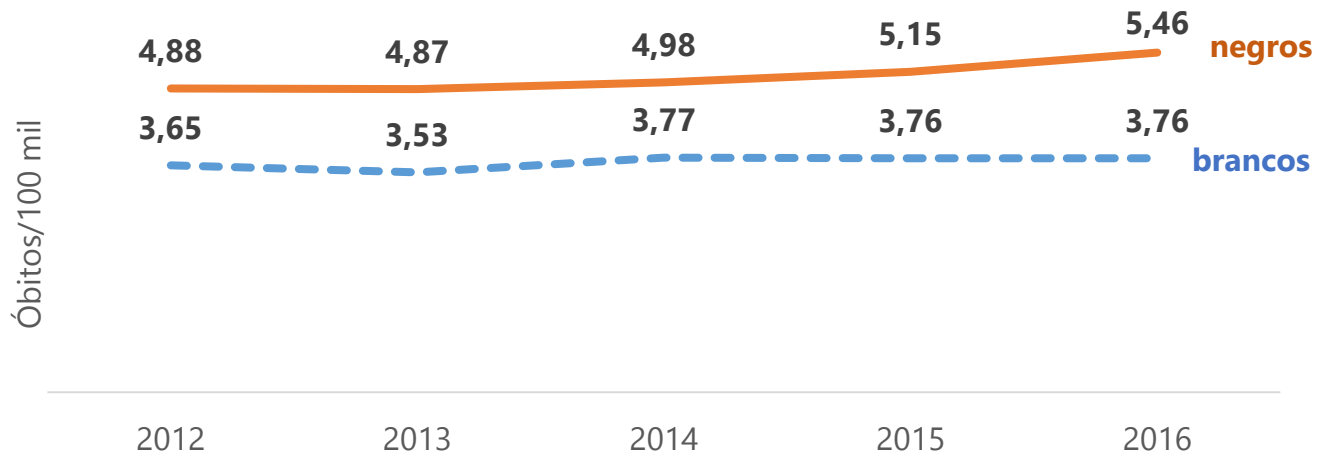
Em 2012, a taxa de mortalidade por suicídio foi de 4,88 óbitos por 100 mil entre adolescentes e jovens negros e aumentou 12%, alcançando 5,88 óbitos por 100 mil entre adolescentes e jovens negros em 2016.

Por outro lado, a taxa de mortalidade por suicídio entre os brancos permaneceu estável, isto é, a variação não foi significativa estatisticamente.

Em 2012, a taxa de mortalidade por suicídio entre adolescentes e jovens brancos foi de 3,65 óbitos por 100 mil, e em 2016 essa taxa foi de 3,76 óbitos por 100 mil.

Analisando esses dois grupos em 2016, nota-se que a cada 10 suicídios em adolescentes e jovens, aproximadamente seis ocorreram em negros e quatro em brancos.

Tendência da taxa de mortalidade por suicídio entre adolescentes e jovens negros **crece*** no período



— Variação significativa

- - - Estabilidade

* $p \leq 0,05$

Em 2016, a cada 10 suicídios em adolescentes e jovens seis ocorreram em negros



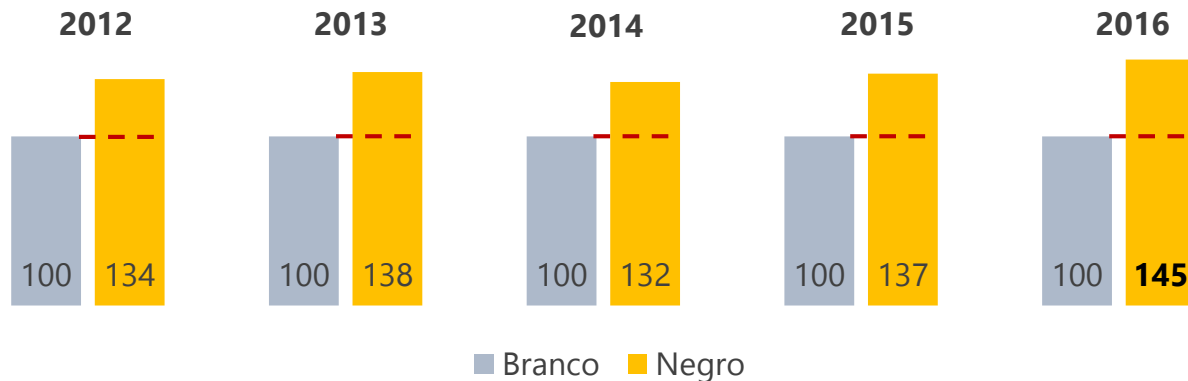
Fonte: Análise do Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social (DAGEP/SGEP/MS) utilizando dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/DATASUS/MS).

Risco de suicídio em adolescentes e jovens negros comparados aos brancos

Em 2012, a cada 100 suicídios entre adolescentes e jovens brancos ocorreram 134 em adolescentes e jovens negros. Em todos os anos analisados, o número de suicídios foi maior entre adolescentes e jovens negros quando comparados com os brancos.

O maior risco foi observado em 2016 onde a cada 100 suicídios em adolescentes e jovens brancos ocorreram 145 suicídios em negros; isto é, em 2016, o risco de suicídio foi 45% maior em adolescentes e jovens negros comparados aos brancos, como observado no gráfico da página a seguir.

Em 2016, o risco de suicídio foi **45% maior** em adolescentes e jovens negros comparados aos brancos



Em 2016, a cada 100 suicídios em adolescentes e jovens brancos, ocorreram 145 suicídios em negros

3.2 Suicídio entre adolescentes e jovens

Desigualdades raciais e diferenciais por sexo

Risco de suicídio em adolescentes e jovens do sexo masculino: negros comparados aos brancos

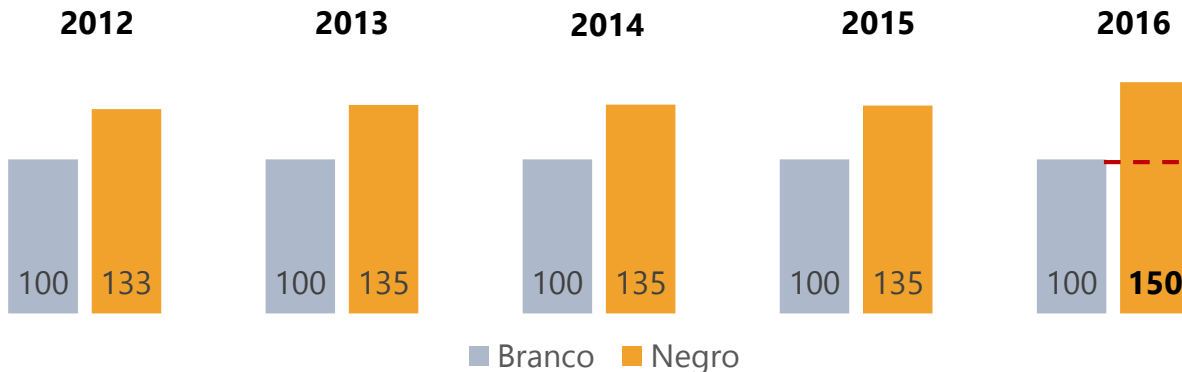
Especificamente entre os adolescentes do sexo masculino, o número de suicídios entre os negros foi maior em todo os anos observados.

Em 2012, a cada 100 suicídios entre adolescentes brancos do sexo masculino, ocorreram 134 suicídios entre os negros.

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.

Isto mostra que no ano de 2016, o risco de suicídio foi 50% maior entre os adolescentes e jovens do sexo masculino negros, quando comparados aos brancos.

Em adolescentes e jovens negros do sexo masculino o risco de suicídio foi **50% maior** que entre brancos, em 2016



Em 2016, a cada 100 suicídios em adolescentes e jovens brancos do sexo masculino, ocorreram 150 suicídios em adolescentes e jovens negros, do mesmo sexo

Risco de suicídio em adolescentes e jovens do sexo feminino: negras comparadas às brancas

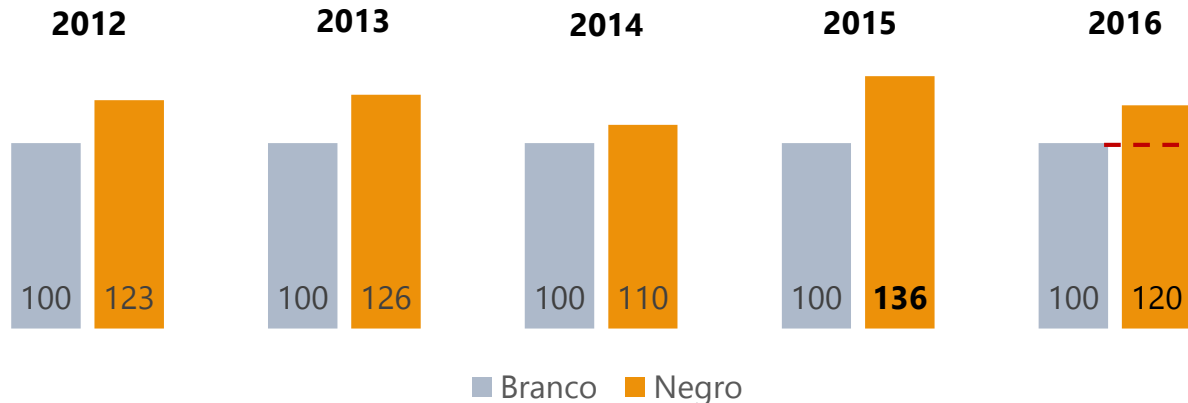
Para o sexo feminino, no período de 2012 a 2016, o número de óbitos entre adolescentes e jovens negras foi maior do que entre as brancas da mesma faixa etária.

Em 2012, a cada 100 suicídios em adolescentes e jovens brancas do sexo feminino, ocorreram 123 suicídios entre as negras.

O maior risco de suicídio entre adolescentes e jovens negras foi observado no ano de 2015 e foi 36% maior do que entre adolescentes e jovens brancas.

Em 2016, adolescentes e jovens negras apresentaram um risco de suicídio 20% maior que entre brancas.

Em adolescentes e jovens e negras o risco de suicídio foi **20% maior** que entre brancas, em 2016



Em 2016, a cada 100 suicídios em adolescentes e jovens brancas, ocorreram 120 suicídios em negras.

3.3 Suicídio entre adolescentes e jovens

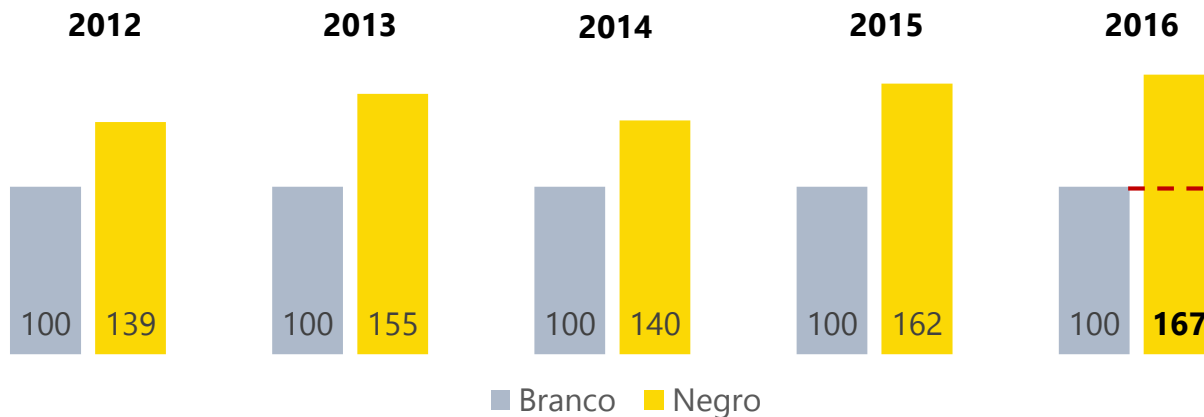
Desigualdades raciais e diferenciais por faixa etária

Risco de suicídio em adolescentes (10 a 19 anos) negros comparados aos brancos

Analisando as desigualdades raciais do suicídio na faixa etária de 10 a 19 anos, os adolescentes negros apresentaram um risco crescente entre os anos de 2012 a 2016. Em 2012, a cada 100 suicídios em adolescentes brancos, ocorreram 139 suicídios em adolescentes negros.

Em 2016, os adolescentes negros apresentaram um risco 67% maior de suicídio do que os adolescentes brancos, isto significa que a cada 100 suicídios em adolescentes brancos ocorreram 167 suicídios em adolescentes negros.

Em 2016, adolescentes (10 a 19 anos) negros apresentaram um risco **67% maior** de suicídio



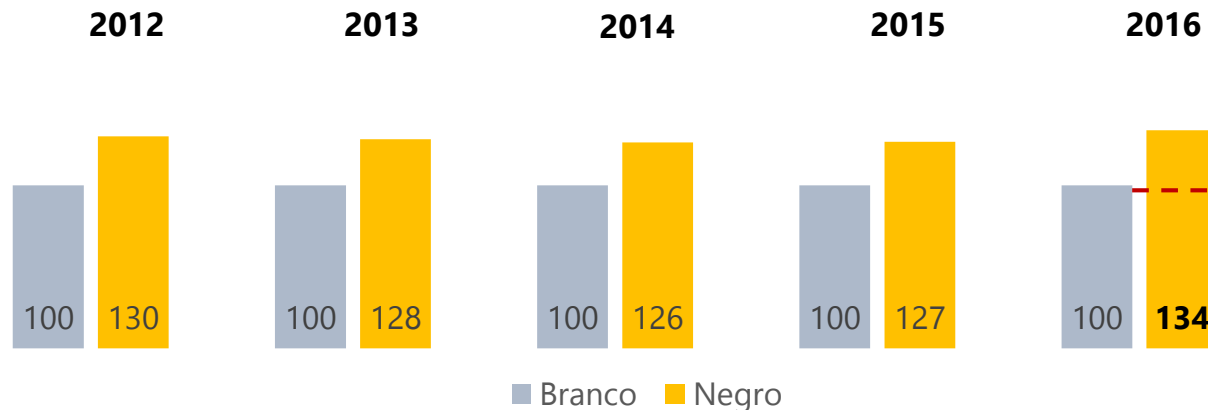
Em 2016, a cada 100 suicídios em adolescentes brancos, ocorreram 167 suicídios em adolescentes negros.

Risco de suicídio em jovens (20 a 29 anos) negros comparados aos brancos

O risco de suicídio entre os jovens (20 a 29 anos) negros foi maior do que entre os brancos da mesma faixa etária ao longo dos anos estudados (2012 a 2016). Em 2012, cada 100 suicídios em jovens brancos, ocorreram 139 suicídios em jovens negros.

Em 2016, os jovens negros apresentaram um risco até 34% maior de suicídio; isto significa que a cada 100 suicídios em jovens brancos, ocorreram 134 suicídios em jovens negros.

Em 2016, jovens (20 a 29 anos) negros apresentaram um risco até **34% maior** de suicídio



Em 2016, a cada 100 suicídios em jovens brancos, ocorreram 134 suicídios em jovens negros.

3.4 Suicídio entre adolescentes e jovens negros: análise intra-grupo

a) Diferenciais por sexo

Tendência da taxa de mortalidade por suicídio entre adolescentes e jovens negros, por sexo

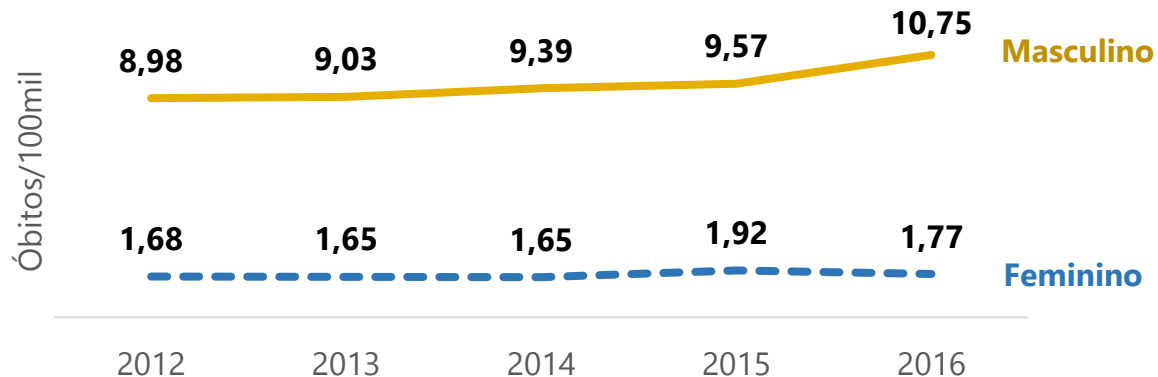
Entre os adolescentes e jovens negros, a taxa mortalidade por suicídio cresceu no sexo masculino e foi estável no sexo feminino, de 2012 a 2016.

Para o sexo masculino, a taxa variou de 8,98 suicídios por 100 mil adolescentes e jovens negros em 2012 a 10,75 suicídios em 2016, indicando um aumento de cerca de 20%.

Para o sexo feminino, a taxa média de suicídios no período foi de 1,73 mortes por 100 mil adolescentes e jovens negras.

A diferença entre os sexos nas taxas de mortalidade por suicídio para o grupo de adolescentes e jovens negros foi em média 5,5 vezes maior para o sexo masculino em comparação ao sexo feminino. Ou seja, na população negra adolescente e jovem, a cada suicídio no sexo feminino ocorreram, em média, seis no sexo masculino, entre 2012 e 2016.

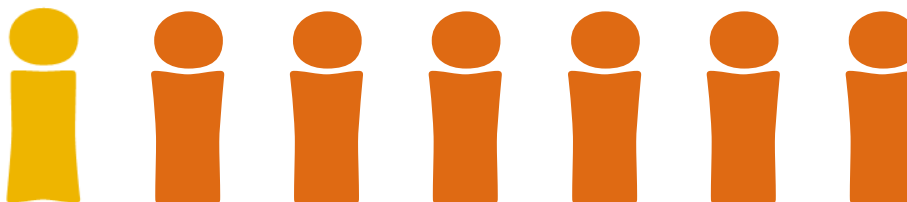
Taxa de suicídio **creceu*** no sexo masculino e foi estável no sexo feminino, de 2012 a 2016*



— Variação significativa - - - - Estabilidade

* $p \leq 0,05$

Na população negra, a cada suicídio no sexo feminino ocorreram, em média, seis no sexo masculino, 2012 a 2016



Fonte: 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).

3.4 Suicídio entre adolescentes e jovens negros: análise intra-grupo

b) Diferenciais por faixa etária

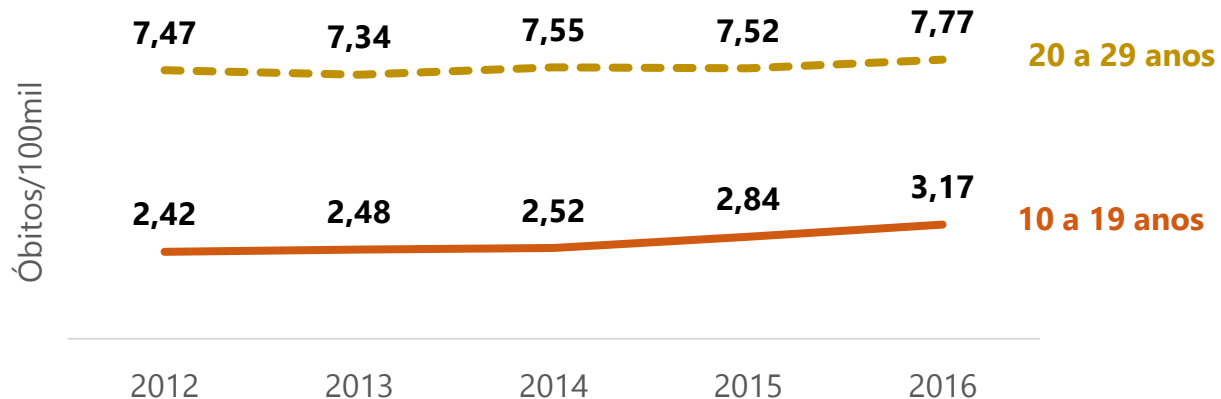
Tendência da taxa de mortalidade por suicídio entre adolescentes e jovens negros, por faixa etária

A taxa de mortalidade por suicídio cresceu entre os adolescentes (10 a 19 anos) negros no período de 2012 a 2016, e foi estável entre os jovens (20 a 29 anos).

A taxa entre os adolescentes variou de 2,42 suicídios por 100 mil adolescentes em 2012 para 3,17 suicídios em 2016, indicando um incremento de 31%.

Entre os jovens negros, a taxa de mortalidade por suicídio foi em média três vezes maior do que entre os adolescentes negros. Entre os jovens, a taxa média de suicídios no período foi de 7,53 mortes por 100 mil jovens.

A taxa de suicídio **cresceu*** entre os adolescentes negros no período de 2012 a 2016, e foi estável nos jovens

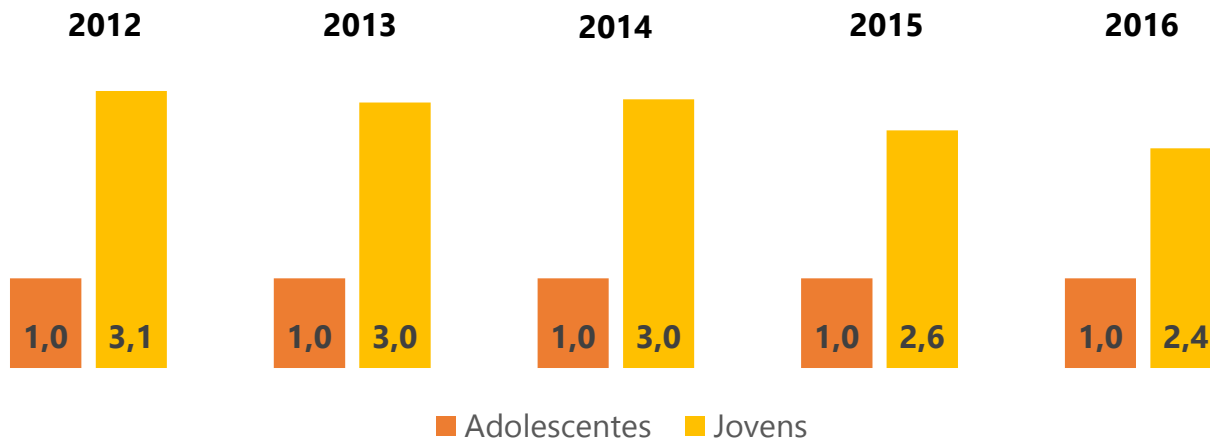


— Variação significativa - - - - Estabilidade

* $p \leq 0,05$

Fonte: 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).

Os óbitos por suicídio, entre negros, ocorreram em média **três vezes mais** em jovens que em adolescentes



Fonte: 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).

3.4 Suicídio entre adolescentes e jovens negros: análise intra-grupo

c) Diferenciais por UFs

Taxa de mortalidade por suicídio entre adolescentes e jovens negros, por UF

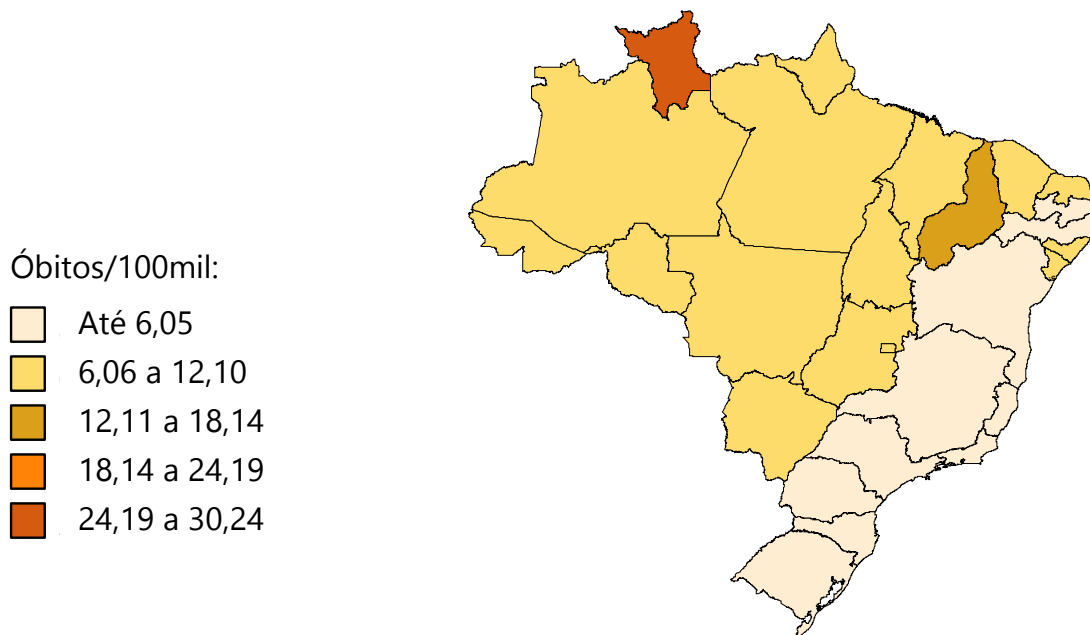
Em 2016, Roraima foi a unidade federada com a maior taxa de mortalidade por suicídio: 30 óbitos/100mil adolescentes e jovens negros, seguida do Piauí 13,87 óbitos/100mil. Neste mesmo ano, as menores taxas de mortalidade por suicídio entre adolescentes e jovens negros foram no Rio Grande do Sul (1,90 óbitos/100mil), Santa Catarina (2,10 óbitos/100mil) e Paraná (2,11 óbitos/100mil).

Taxa de mortalidade por suicídio entre adolescentes e jovens negros, por UF, em 2016

| UF | Óbitos/100mil | Continuação UF | Óbitos/100mil |
|---------------------|---------------|-------------------|---------------|
| Roraima | 30,2 | Alagoas | 6,9 |
| Piauí | 13,9 | Distrito Federal | 6,3 |
| Goiás | 11,1 | Rondônia | 6,2 |
| Acre | 11,0 | Pernambuco | 5,8 |
| Amazonas | 9,6 | Minas Gerais | 5,7 |
| Mato Grosso do Sul | 9,5 | Paraíba | 5,2 |
| Tocantins | 9,2 | Bahia | 5,1 |
| Ceará | 8,7 | Espírito Santo | 4,8 |
| Amapá | 8,4 | São Paulo | 3,2 |
| Mato Grosso | 8,3 | Rio de Janeiro | 2,9 |
| Rio Grande do Norte | 8,3 | Paraná | 2,1 |
| Pará | 7,8 | Santa Catarina | 2,1 |
| Maranhão | 7,5 | Rio Grande do Sul | 1,9 |
| Sergipe | 7,3 | | |

Fonte: 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).

Em 2016, Roraima foi a UF com maior taxa de suicídio em adolescentes e jovens negros: 30 óbitos/100mil



Fonte: 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).

4. Por que as maiores taxas de suicídio estão na população negra?

Por que as maiores taxas de suicídio estão na população negra?

O racismo causa impactos danosos que afetam significativamente os níveis psicológicos e psicossociais de qualquer pessoa. A prática do racismo e da discriminação racial é uma violação de direitos, condenável em todos os países. No Brasil, é um crime inafiançável, previsto em lei¹.

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 suicídio².

Os determinantes sociais e principalmente aqueles relacionados ao acesso e permanência na educação influenciam adolescentes e jovens negros sobre suas perspectivas em relação à vida^{3,4}.

Destacam-se as ações abaixo como fatores de proteção contra o óbito por suicídio:

- Acompanhamento da frequência escolar;
- Condições para permanência na escola/universidade;
- Cotas raciais nas universidades^{3,4}.

Fonte: 1. MS. Portaria nº 992/2009 – Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. 2. Hollingsworth, et al, 2017 - Experiencing racial microaggressions influences suicide ideation through perceived burdensomeness in African Americans. 3. Tomek, et al, 2018 - Suicidality in Black American youth living in impoverished neighborhoods: is school connectedness a protective factor?. 4. Van Ryzin, et al, 2009 - Autonomy, belongingness, and engagement in school as contributors to adolescent psychological well-being.

5. Qual é o papel do suporte social?

Suporte social e seu papel na prevenção do suicídio

A raça/cor atua como um determinante de como as pessoas vivenciam as tensões da vida e estas estabelecem condições de visibilidade que definem como as pessoas são vistas na comunidade, aumentando inclusive o risco de suicídio¹. Em diversas situações, o que é visível é a raça/cor das pessoas enquanto sua contribuição na sociedade torna-se invisível².

Os estereótipos raciais são psicologicamente danosos, entretanto, o desenvolvimento do potencial dos adolescentes e jovens negros, especificamente quanto à liderança, o envolvimento em organizações comunitárias, e em habilidades de comunicação permite confrontar de um modo efetivo o racismo na sociedade³.

O sentimento de pertencimento a uma comunidade funciona como um amortecedor essencial contra os efeitos negativos da solidão e da baixa aceitação⁴. O suporte social, entendido como relações próximas e de afeto entre as pessoas, atua como um fator de proteção e promoção à saúde⁵. O suporte social realizado pessoalmente pelos pares dos adolescentes e jovens reduz a chance de sofrer *bullying* ou outras formas de agressão⁶.

Fonte: 1. McCluney, et al, 2018 - Conditions of visibility: An intersectional examination of Black women's belongingness and distinctiveness at work. 2. Tomek, et al, 2018 - Suicidality in Black American youth living in impoverished neighborhoods: is school connectedness a protective factor?. 3. Harper, 2015 - Black Male College Achievers and Resistant Responses to Racist Stereotypes at Predominantly White Colleges and Universities. 4. Miller, et al, 2015 - Role of social support in adolescent suicidal ideation and suicide attempts. 5. Feeney, et al, 2015 - A new look at social support: A theoretical perspective on thriving through relationships. 6. Ybarra, et al, 2015 - Online social support as a buffer against online and offline peer and sexual victimization among US LGBT and non-LGBT youth.

A escola e ter amigos próximos têm um papel fundamental na prevenção ao suicídio entre os adolescentes¹. O ambiente escolar contribui positivamente para desenvolver a autonomia dos adolescentes e a sensação de pertencimento e aceitação². Além disso, a conexão com a comunidade escolar reduz o risco de tentativas de suicídio entre adolescentes negros, especialmente entre aqueles que vivem em bairros mais pobres, atuando como um forte fator de proteção³.

O desemprego e a pouca capacitação profissional que atingem os jovens negros são resultado de séculos de discriminação, privação e negação de oportunidades⁴. O desemprego juntamente com a discriminação, a segregação e a falta de acesso aos cuidados de saúde são determinantes sociais relacionados ao suicídio entre os jovens negros^{4,5}.

É essencial que a comunidade forneça um suporte social para os adolescentes e jovens negros, pois o envolvimento da comunidade desempenha um papel na prevenção do suicídio. Ser reconhecido e apreciado como indivíduos únicos e sentirem-se pertencentes aos seus grupos faz com que a comunidade proteja os mais vulneráveis, construindo conexões sociais e desenvolvendo as habilidades de resiliência nas situações difíceis da vida⁶.

A comunidade precisa identificar parceiros e recursos para formação de uma rede de prevenção ao suicídio; é salutar envolver toda a comunidade, pois uma vida perdida precocemente impacta a todos. Os profissionais de saúde devem se mobilizar para identificar os indivíduos mais vulneráveis e trabalhar de modo intersetorial com toda a comunidade⁶.

Fonte: 1. Baskin, et al, 2010 - Belongingness as a protective factor against loneliness and potential depression in a multicultural middle school. 2. Van Ryzin, et al, 2009 - Autonomy, belongingness, and engagement in school as contributors to adolescent psychological well-being. 3. Tomek, et al, 2018 - Suicidality in Black American youth living in impoverished neighborhoods: is school connectedness a protective factor?. 4. Stewart, et al, 1989 - Young, black, and male in America: An endangered species. 5. Hollingsworth, et al, 2017 - Experiencing racial microaggressions influences suicide ideation through perceived burdensomeness in African Americans. 6. Organização Mundial da Saúde, 2018 - Folha informativa.

6. Ações do Ministério da Saúde

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)

Instituída pela Portaria MS nº 992/2009, traz dentre as estratégias de gestão:

- Fortalecimento da atenção à saúde mental das crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos negros, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social.
- Fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

A importância da PNSIPN para a saúde da população negra está reafirmada no Estatuto da Igualdade Racial, instituído pela Lei Federal nº 12.288/2010.

III Plano Operativo da PNSIPN (2017-2019)

Instituído pela Resolução CIT nº 16/2017, traz estratégias como:

- Qualificar e fortalecer o acesso dessa população aos serviços de saúde da atenção básica;
- Incentivar ações setoriais e intersetoriais de promoção da saúde e prevenção à violência, participação e protagonismo juvenil;
- Fortalecer os temas de igualdade de gênero, raça/cor e etnia na Mesa de Negociação Permanente do SUS, nos âmbitos nacional/estaduais/municipais/regionais;
- Estimular o preenchimento do campo constante na ficha de cadastro individual da estratégia e-SUS AB;
- Qualificar coleta, processamento, análise e publicação de dados desagregados por raça/cor.

Notificação Compulsória Imediata

- **2011** - As violências interpessoais e autoprovocadas passaram a integrar a lista de doenças e agravos de notificação compulsória do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), de forma universal para todos os serviços de saúde.
- **2014** - A notificação da tentativa de suicídio passou a ser, não apenas obrigatória, como também imediata, devendo ocorrer em até 24h pelos profissionais de saúde. O início do cuidado também passou a ser imediato.

Redes de Atenção Psicossocial (RAPS)

Instituída em 23 de dezembro de 2011, por meio da Portaria MS nº 3.088:

- Criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Composição intersetorial da RAPS: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI)

Portaria MS nº 1.082/2014:

A atenção integral deve contemplar, dentre outros, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial dos adolescentes e a saúde mental.

Dentre os objetivos específicos estão:

- Garantir ações da atenção psicossocial para adolescentes em conflito com a lei;
- Priorizar ações de promoção da saúde e redução de danos provocados pelo consumo de álcool e outras drogas;
- Promover a reinserção social dos adolescentes e, em especial, dos adolescentes com transtornos mentais e com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Obrigatoriedade de preenchimento do campo raça/cor

Portaria MS nº 344/2017:

- O campo raça/cor passa a ser de preenchimento obrigatório pelos profissionais atuantes nos serviços de saúde;
- A raça/cor é autodeclarada (em caso de recém-nascidos, óbitos ou outra impossibilidade da própria pessoa responder – familiares ou responsáveis; em último caso – profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento);
- Opções segundo os padrões utilizados pelo IBGE: branca, preta, amarela, parda ou indígena.

7. Ações em parceria com o Ministério da Saúde

Programa Saúde na Escola (PSE)

Instituída em 05 de dezembro de 2007, por meio do Decreto nº 6.286:

- Parceria com o Ministério da Educação.
- Finalidade: contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.

Portaria Interministerial MEC e MS nº 1.055/2017:

- Preconizadas para os estados, DF e municípios que aderiram ao PSE:
 1. Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos;
 2. Prevenção das violências; dentre outras.

Programa Saúde na Escola e Plano Juventude Viva

- Nota técnica de 2014 entre a coordenação do Programa Saúde na Escola (PSE), Secretaria Nacional de Justiça (SNJ) e Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPPIR) orienta os grupos de trabalho intersetoriais estaduais e municipais a incorporarem em suas pautas as perspectivas racial, de juventude e de prevenção à violência para o dia a dia do PSE;
- Temáticas sugeridas para incorporação: racismo como determinante social; contexto histórico – a invenção da raça e do racismo; relações de raça/etnia/geração/gênero; protagonismo/empoderamento juvenil negro; políticas públicas de/para/com juventudes; jovens negros sujeitos de direitos; entre outros.

Novo Plano Juventude Viva

- Criado com a participação de 11 ministérios, o Juventude Viva foi relançado pela Secretaria Nacional de Juventude em maio de 2018, no Rio de Janeiro.
- Objetivo: reduzir a vulnerabilidade de jovens expostos a situações de violência por meio da criação de oportunidades de inclusão social e desconstrução da cultura de violência.
- Foco prioritário na juventude negra (15 a 29 anos) residente nos municípios com maior ocorrência de homicídios nessa faixa etária.
- Meta: reduzir em 15%, até 2022, os índices de violência contra os jovens negros.

8. Ações de outros ministérios

Centro de Artes e Esportes Unificados

- Ministério da Cultura, Esporte, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Justiça e do Trabalho e Emprego;
- Equipamento instalado em áreas de vulnerabilidade social, que integra atividades, socioculturais, socioassistenciais, recreativas, esportivas, de formação e de qualificação;
- Material de capacitação de gestores e comunidades: 10 cadernos temáticos da série “Práticas de gestão das Praças CEU”.

9. Recomendações às secretarias de saúde

Recomendações às secretarias de saúde

- Implementar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, por meio do seguimento do III Plano Operativo da PNSIPN (2017-2019);
- Fortalecer as Comissões Intersetoriais de promoção da equidade nos Conselhos de Saúde na ação de controle social da PNSIPN e demais políticas de saúde;
- Promover a interação entre os Conselhos de Saúde e os Conselhos de Igualdade Racial;
- Fortalecer os Comitês de Saúde da População Negra nos estados, DF e municípios;
- Integrar as ações de vigilância e atenção à saúde, a fim de conjuntamente identificar as especificidades da população negra e atuar de modo mais eficaz na qualificação do serviço ofertado;
- Inserir o tema racismo e saúde da população negra nos cursos de educação permanente dos trabalhadores da saúde;
- Monitorar o preenchimento do campo raça/cor em todos os sistemas de informação, como e-SUS AB, SIH, SIM, em linha com as diretrizes da Portaria nº 992/2009.

Recomendações às secretarias de saúde

- Incentivar adesão das escolas de seu estado/município ao Programa Saúde na Escola (PSE) e integrar o Plano Juventude Viva na prática do PSE;
- Promover articulação com os Núcleos de Prevenção de Violências e Acidentes, Promoção da Saúde e Cultura da Paz para o desenvolvimento da “Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências” e da “Política Nacional de Promoção da Saúde”;
- Fortalecer a notificação de violências interpessoais e autoprovocadas e o início imediato do cuidado a essas pessoas;
- Operacionalizar a implantação da Redes de Atenção Psicossocial;
- Incluir nos programas de promoção da saúde, como o Programa Academia da Saúde, práticas culturais afro-brasileiras, como capoeira, samba, hip hop, entre outras.

10. Outras informações úteis

Contatos

Centro de Valorização da Vida – CVV

Telefone: 188 (ligação gratuita) ou www.cvv.org.br para chat, Skype e e-mail.

Emergência

SAMU 192, UPA, Pronto Socorro e Hospitais.

Serviços de Saúde

CAPS e Unidades Básicas de Saúde (Saúde da família, Postos e Centros de Saúde).



Suicídio Fato x Ficção

| FICÇÃO | FATO |
|---|--|
| Perguntar sobre suicídio, pode induzir a pessoa a cometer suicídio. | Questionar sobre ideias de suicídio, de modo adequado, pode aumentar o vínculo de confiança. |
| Suicídio é um ato de covardia ou coragem. | É uma dor psíquica insuportável e não uma atitude de covardia ou coragem. |
| Quem fica ameaçando suicídio não se mata. | A maioria dá sinais ou avisos de sua intenção. |
| Quem quer se matar, se mata mesmo. | A maioria tem sentimentos ambivalentes. |

Suicídio Fato x Ficção

| FICÇÃO | FATO |
|--|---|
| Suicídios ocorrem sem avisos. | Suicidas frequentemente dão ampla indicação de sua intenção. |
| Melhora após a crise significa que o risco de suicídio acabou. | Muitos suicídios ocorrem num período de melhora, quando pensamentos desesperados transformam-se em ação autodestrutiva. |
| Nem todos os suicídios podem ser prevenidos. | Verdade, mas a maioria pode-se prevenir. |
| Uma vez suicida, sempre suicida. | Pensamentos suicidas podem retornar, mas eles não são fixos. Em algumas pessoas eles podem nunca mais retornar. |

11. Referências

Referências

Agier, M. Distúrbios Identitários em Tempos de Globalização. *Mana* [internet]. 2001 [acesso em outubro de 2018]; 7,(2):7-33, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/mana/v7n2/a01v07n2.pdf>

Associação Brasileira de Psiquiatria. Suicídio: informando para prevenir / Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. – Brasília; 2014. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf

Baggio, L, Palazzo, LS; Aerts, DRGC. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25,(1):142-150.

Baskin, TW, et al. "Belongingness as a protective factor against loneliness and potential depression in a multicultural middle school." *The Counseling Psychologist*. 2010;38(5):626-651.

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://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>

Bottino, SMB; Bottino, CRCG; Correia, AVL; Ribeiro, WS. Cyberbullying and adolescent mental health: systematic review. *Cadernos de saúde publica*. 2015; 37: 463-475.

Brasil. Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 06 dez 2007.

Brasil. Lei Federal nº 12.288, de 20 de julho de 2010 – Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. Portaria MS nº 1.271/2014; Portaria MS nº 3.088/2011; Portaria MS nº 992/2009. *Diário Oficial da União*.

Centros de Artes e Esportes Unificados [internet]. Modelo de Regimento Interno do Centro de Artes e Esportes Unificados, [acesso em outubro de 2018]. Disponível em: ceus.cultura.gov.br/

Centros de Artes e Esportes Unificados [internet]. Notícia: Cadernos trazem 10 temas para capacitação de gestores e comunidades, [acesso em outubro de 2018]. Disponível em: ceus.cultura.gov.br/2015/11/03/disponivel-o-primeiro-caderno-praticas-de-gestao-das-pracas-ceu/
Costa, JSD; Victora, CG. O que é "um problema de saúde pública"?. Rev. bras. epidemiol. 2006;9(1):144-146.

Feeney, BC; Collins, NL. A new look at social support: A theoretical perspective on thriving through relationships. Personality and Social Psychology Review. 2015; 19(2): 113-147.

Granados-Cosme, JA; Delgado-Sánchez, G. Identidad y riesgos para la salud mental de jóvenes gays en México: recreando la experiencia homosexual. Cadernos de Saúde Pública. 2008; 24: 1042-1050.

Harper, SR. Black male college achievers and resistant responses to racist stereotypes at predominantly White colleges and universities. Harvard Educational Review. 2015; 85(4): 646-674.

Hollingsworth, DW; Cole, AB; O'keefe, VM; Tucker, RP; Story, CR; Wingate, LR. Experiencing racial microaggressions influences suicide ideation through perceived burdensomeness in African Americans. Journal of counseling psychology. 2017; 64(1): 104.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudos e Análises- Informação Demográfica e Socioeconômica- Número 2. Características Étnico-raciais da População- Classificações e Identidades. Rio de Janeiro; 2013. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv63405.pdf>

Leenaars AA. Effective Public health strategies in suicides prevention are possible: a selective review recent studies. Clin Neuropsychiatry. 2005;2(1): 21-31.

McCluney, CL; Rabelo, VC. Conditions of visibility: An intersectional examination of Black women's belongingness and distinctiveness at work. Journal of Vocational Behavior. 2018.

Miller, AB; Esposito-Smythers, C; Leichtweis, RN. Role of social support in adolescent suicidal ideation and suicide attempts. Journal of Adolescent Health. 2015; 56(3): 286-292.

Ministério da Saúde . Portaria MS nº 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.

_____. Organização Mundial da Saúde, Universidade Estadual de Campinas. Prevenção do Suicídio: Um Manual para Profissionais da Saúde em Atenção Primária, 2006. [acesso em outubro de 2018]. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União.

_____. Portaria nº 1.082, de 23 de maio de 2014. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade. Diário Oficial da União.

_____. Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União.

_____. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014 – Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Diário Oficial da União.

_____. Secretaria Nacional de Justiça, Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Nota técnica conjunta nº 56/2014 CGAN/DAB/SAS/MS, SNJ/PR e SEPP/PR. Orientação para adesão e desenvolvimento das ações do PSE no município e no Distrito Federal. 02 mai 2017.

_____. Viva - instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada, 2016.

_____. Portaria nº 344, de 01 de fevereiro de 2017 – Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Diário Oficial da União.

_____. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Diário Oficial da União. 06 dez 2007. 26 abr 2017

_____. Ministério dos Direitos Humanos. Cartilha O SUS está de braços abertos para a saúde da população negra, 2017. [acesso em outubro de 2018]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/23/Manual-de-Gestores-e-Prof-de-Sa--de.pdf>

_____. Universidade de Brasília [internet]. Guia de Implementação do Quesito Raça/Cor/Etnia, 2018. [acesso em outubro de 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_implementacao_raca_cor_etnia.pdf

_____. Manual de Gestão para Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, 2018.

Secretaria Nacional de Juventude [internet]. Portal do Juventude Viva, [acesso em outubro de 2018]. Disponível em: www.juventude.gov.br/juventudeviva

Moreira, LCDO; Bastos, PRHDO. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. *Psicologia Escolar e Educacional*. 2015; *19*(3): 445-453.

Organização Mundial da Saúde [internet]. Folha informativa atualizada em agosto de 2018, [acesso em outubro de 2018]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839

_____. Options for Adolescent and Youth Engagement - [acesso em outubro de 2018]. Disponível em: http://www.who.int/pmnch/about/governance/board/b17_item9_youth.pdf

Oviedo, RAM; Czeresnia, D. "O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial." *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2015; *19*:237-250.

Stewart, JB. *Young, Black and Male in America: An Endangered Species*. 1989.

Tomek, S; Burton, S; Hooper, LM; Bolland, A; Bolland, J. Suicidality in Black American youth living in impoverished neighborhoods: is school connectedness a protective factor? *School mental health*. 2018; *10*(1): 1-11.

Van Ryzin, MJ; Gravely, AA; Roseth, CJ. Autonomy, belongingness, and engagement in school as contributors to adolescent psychological well-being. *Journal of youth and adolescence*. 2009; *38*(1): 1-12.

Ybarra, ML; Mitchell, KJ; Palmer, NA; Reisner, SL. Online social support as a buffer against online and offline peer and sexual victimization among US LGBT and non-LGBT youth. *Child abuse & neglect*. 2015; *39*: 123-136.



DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br



Observatório de Saúde
de Populações em
VULNERABILIDADE
www.obvul.org



Universidade de Brasília



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO
FEDERAL