



SECRETARIA DA
SAÚDE – SESAPI



**GOVERNO DO
ESTADO DO PIAUÍ**

Plano Estratégico Estadual de Prevenção do Suicídio



Piauí
2026 - 2030



SECRETARIA DA
SAÚDE – SESAPI



**GOVERNO DO
ESTADO DO PIAUÍ**

Superintendência de Atenção Primária e Municípios (**SUPAT**)

Superintendência de Gestão da Administração (**SUGAD**)

Diretoria de Atenção a Saúde Mental (**DASM**)

Diretoria de Unidade de Planejamento (**DUP**)

Plano Estratégico Estadual de Prevenção do Suicídio

Piauí
2026 - 2030

Há momentos em que palavras precisam carregar o peso de um compromisso. Este é um desses momentos.

Quando falamos em prevenir o suicídio, não estamos apenas tratando de uma política pública, estamos falando de vidas reais, de famílias que carregam dores silenciosas, de pessoas que se sentem invisíveis, em algum momento, perderam a esperança de que as coisas poderiam ser diferentes. Estamos falando dos nossos filhos, dos nossos vizinhos, dos piauienses que merecem ser vistos, ouvidos e cuidados.

O Plano Estratégico Estadual de Prevenção do Suicídio do Piauí nasce desse reconhecimento profundo: de que nenhum sofrimento deve ser enfrentado sozinho. Ele é fruto do trabalho dedicado de profissionais de saúde, educadores, assistentes sociais, pesquisadores e tantas outras pessoas que colocaram sua experiência e sensibilidade a serviço de um objetivo comum, proteger a vida em todas as suas formas e momentos.

Sabemos que o comportamento suicida é um fenômeno humano complexo atravessado por histórias de vida, contextos sociais, desigualdades e vulnerabilidades que não se resolvem com respostas simples. Por isso, este Plano propõe uma abordagem que une ciência e escuta, técnica e afeto, planejamento e presença. A prevenção acontece em cada território, em cada escola, em cada unidade de saúde, em cada espaço de convivência, e começa, muitas vezes, no gesto de perguntar: “Como você está?”

Nos últimos anos, o Piauí avançou no fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, ampliou o cuidado nos territórios e investiu na qualificação de quem está na linha de frente do acolhimento e do seguimento em saúde, de forma equânime. Mas sabemos que ainda temos muito a construir e a evoluir. Os números nos convocam e despertam para o compromisso pela vida. As histórias que estão por trás deles e delas, nos movem ainda mais. Prevenir o suicídio é, antes de tudo, um ato de amor coletivo com singularidades e afetividades. É construir uma sociedade que não abandona as pessoas quando elas mais precisam. É fortalecer vínculos, romper estigmas, combater o silêncio que adoece e garantir que cada pessoa, independentemente de onde viva, de quem seja, do que esteja enfrentando, encontre um lugar seguro para ser acolhida.

Que este Plano seja mais do que um documento, que ele seja um movimento vivo. Um chamado para que gestores, profissionais, famílias e comunidades se unam em torno de uma causa que pertence a todos: a defesa incondicional da vida.

Sigamos juntos, com responsabilidade, com cuidado, com esperança e valorização do outro.


Dirceu Hamilton C. Campêlo
Secretário de Saúde
Mat.: 444900-2

Dirceu Hamilton Cordeiro Campêlo
Secretário de Saúde do Estado do Piauí

2026 – Secretaria de Estado da Saúde do Piauí /SESAPI.

Todos os direitos reservados.

É permitida a reprodução parcial ou total deste Plano, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer outro fim comercial.

Tiragem

1ª edição – julho/2026 – 550 exemplares e e-book

Disponível em: www.saude.pi.gov.br

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

Piauí (Estado). Secretaria da Saúde
Plano estratégico estadual de prevenção do
suicídio / Secretaria de Estado da Saúde do Piauí -
SESAPI. – Teresina, PI : Thapcom, 2026.

Bibliografia.
ISBN 978-65-84850-43-9

1. Epidemiologia 2. Saúde coletiva 3. Saúde mental
4. Saúde pública 5. Suicídio – Prevenção
I. Título.

26-372300.0

CDD-362.28

Índices para catálogo sistemático:

1. Suicídio : Prevenção : Problemas sociais 362.28

Eliete Marques da Silva – Bibliotecária – CRB-8/9380

FICHA INSTITUCIONAL

Rafael Tajra Fonteles
Governador do Estado do Piauí

Themístocles Sampaio Pereira Filho
Vice-Governador

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ

Dirceu Hamilton Cordeiro Campêlo
Secretário de Estado da Saúde do Piauí

Jônatas Melo Neto
**Superintendência de Gestão da
Administração**

Rafael Alencar Soares de Souza
**Superintendência de Gestão da
Rede de Média e Alta Complexidade**

Leila Marília da Silva Santos
**Superintendência de Atenção Primária
à Saúde e Municípios**

Rosa Maria dos Santos Sousa Rodrigues
Diretoria de Atenção à Saúde Mental

Clécio Moreira Lopes
Diretoria de Unidade de Planejamento

Leidimar Barbosa de Alencar
Gerência de Planejamento

Jaciara Saraiva de Oliveira Vidal
Gerência de Atenção à Saúde Mental

Mariany Silva Miranda
Gerência de Prevenção do Suicídio

Juciléa de Araújo Marinho
Coordenação de Prevenção do Suicídio



FICHA TÉCNICA COORDENAÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Leidimar Barbosa de Alencar
**Gerente de Planejamento/DUP/
SUGAD/SESAPI**

Rosa Maria dos Santos Sousa Rodrigues
**Diretora de Saúde Mental/DASM/
SUPAT/SESAPI**

COLABORAÇÃO TÉCNICA E CIENTÍFICA

Tereza Setsuko Toma
**Núcleo de Evidências do Instituto
de Saúde da Secretaria de Estado
da Saúde de São Paulo**

Ana Lucia Marinho Marques
Universidade Federal de Pernambuco

Paulo Vítor Palma Navasconi e Ana
Caroline Pereira da Silva
**Ministério da Saúde/Departamento de
Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas**

ELABORAÇÃO E SISTEMATIZAÇÃO

Leidimar Barbosa de Alencar
Gerente de Planejamento/DUP/SESAPI

Juciléa de Araújo Marinho
**Coordenadora de Prevenção do Suicídio/
DASM/SESAPI**

REVISÃO, PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Equipe Thapcom:

Luiza Monteiro - Design e Ilustrações (com auxílio de IA)

Adriana Galego - Revisão

Alexandre de Mari - Coordenação Editorial

EQUIPE TÉCNICA DE COLABORAÇÃO NA ELABORAÇÃO

Ana Lúcia Marinho Marques
Carlos Jean Saraiva de Oliveira Júnior
Jacira Saraiva de Oliveira Vidal
James Filipe de Lima Silva
Malena Gonçalves Almeida
Maria Clara Mariano Gomes
Maria do Socorro Ferreira da Rocha
Milhomem
Mariany Silva Miranda
Norma Sueli Marques da Costa Alberto
Rosa Maria dos Santos Sousa Rodrigues
Samara Lima Ribeiro de Sousa
Sâmnia Fawsia de Deus Barros
Talyta Ruthyelem de Sousa e Silva
Virgínia Elaine Pinheiro da Silva
Zenira Martins Silva

COLABORAÇÕES INSTITUCIONAIS

UFPI - Universidade Federal do Piauí
SEMPI - Secretaria Estadual das Mulheres
PROJETO SOBRE SUICÍDIO - Picos/Piauí
MS/DESMAD - Departamento de Saúde
Mental Álcool e outras Drogas

COLABORAÇÃO DE COLEGIADOS

Comitê Estadual de Prevenção do
Suicídio do Estado do Piauí (CEPS/PI)
Grupo Condutor Estadual da RAPS/PI
Reunião Diálogos Deliberativo - Políticas
Informadas por Evidências (PIE)
Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PI)

Sumário

1. APRESENTAÇÃO.....	11
2. JUSTIFICATIVA	19
3. GERAL	35
Específicos.....	35
Objetivos	35
4. METODOLOGIA.....	39
4.1.1. Eixo 1 – Atenção Primária à Saúde (APS)	40
4.1.2. Eixo 2 – Saúde do Escolar	42
4.1.3. Eixo 3 – Monitoramento e Vigilância em Saúde.....	44
4.1.4. Eixo 4 – Posvenção	45
4.1.5. Eixo 5 – Educação Permanente de Profissionais	46
4.1.6. Eixo 6 – Promoção da Saúde Mental e Prevenção do Suicídio no contexto do Trabalho	49
4.1.7. Eixo 7 – Promoção da Equidade e Prevenção do Suicídio nas Populações Vulnerabilizadas: Negra, Indígena, LGBTQIA+ e do Campo, Floresta e Águas	51
4.1.8. Eixo 8 – Atenção Nutricional	55
4.2. Eixos de Gestão e Resultados	57
4.2.1. Eixo 1 – Gestão e Governança	57
4.2.2. Eixo 2 – Estrutura de Governança Intersectorial	58
4.2.3. Eixo 3 – Participação Social	59
4.2.4. Eixo 4 – Sustentabilidade e Financiamento	60
4.2.5. Eixo 5 – Transparência e Ética Institucional	60
5. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	63
6. GESTÃO FINANCEIRA	
PLANILHAS DE DEMONSTRAÇÃO DE EXECUÇÃO 2026	67
7. REFERÊNCIAS	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS

Centro de Atenção Psicossocial

CIEGES

Centro de Inteligência Estratégica para a Gestão do Sistema Único de Saúde

DESMAD/MS

Departamento de Saúde Mental Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde

GUT

Gravidade, Urgência e Tendência

LOA

Lei Orçamentária Anual

MS

Ministério da Saúde

MSP

Mapa da Segurança Pública

MHGAP-IG/OMS

(Guia de Intervenção do Programa de Ação para superar as Lacunas em Saúde Mental)

ODS

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS

Organização Mundial da Saúde

OPAS

Organização Pan-Americana de Saúde

PAS

Programação Anual de Saúde

PDCA

Planejamento, Desenvolvimento, Controle e Avaliação

PES

Plano Estadual de Saúde

PPA

Plano Plurianual

PRI

Planejamento Regional Integrado

PROADESS

Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema Saúde

RAPS

Rede de Atenção Psicossocial

RUE

Rede de Atenção às Urgências e Emergências

SAMU

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIM

Sistema de Informação de Mortalidade

SINAN

Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SWOT

Strenght (forças), Weakness (fraquezas), Opportunities (oportunidades) e Threats (ameaças)

UPA

Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE QUADROS, FIGURAS E TABELAS

QUADRO 1	21	6.1. PLANILHA	68
Pontos de atenção da RAPS		Planejamento no formato de matriz de intervenção, colunas de eixo, meta, ação estratégica, responsáveis, prazo e recursos necessários	
FIGURA 1.....	24	6.2. PLANILHA	69
Óbitos por suicídio por Macrorregião de Saúde no Piauí, 2020-2024, SESAPI, 2025		Valor estimado por ação estratégica de 2026*	
FIGURA 2	25	6.3. MATRIZ SWOT	70
Óbitos por suicídio por Região de Saúde do Piauí, 2020-2024, SESAPI, 2025		Cenário de alta taxa de suicídio	
FIGURA 3	25	6.4. MATRIZ TOWS.....	71
Óbitos por suicídio nos municípios do Piauí, 2024, SESAPI, 2025		estratégias para cenário de alta taxa de suicídio*	
TABELA 1.....	26	6.5. MATRIZ DE INDICADORES	72
Distribuição das notificações de lesões autoprovocadas entre 2020 a 2025 no Piauí por macrorregião de saúde. SESAPI, 2025		Indicadores 1 e 2 são de impacto; 3 a 7 são de processo/resultado intermediário; 8 a 10 são de qualidade e governança	
TABELA 2.....	27		
Distribuição das notificações de lesões autoprovocadas entre 2020 a 2025, no Piauí, por Região de Saúde. SESAPI, 2025			
TABELA 3.....	28		
Distribuição das notificações de lesões autoprovocadas entre 2020 a 2025 no Piauí segundo a recorrência. SESAPI, 2025			
TABELA 4.....	29		
Distribuição das notificações de lesões autoprovocadas entre 2020 a 2025 no Piauí, segundo a meios utilizados. SESAPI, 2025 Ano*			



1 Apresentação

O suicídio constitui um importante problema de saúde pública mundial, tradicionalmente abordado sob a ótica biomédica e psicopatológica, com ênfase na identificação de transtornos mentais individuais, fatores de risco clínicos e estratégias de vigilância do comportamento suicida. Embora essa abordagem seja relevante para o cuidado em saúde, ela se mostra insuficiente para explicar a distribuição desigual das taxas de suicídio entre territórios, grupos sociais e contextos históricos distintos. Evidências oriundas da sociologia, da epidemiologia social e da saúde coletiva indicam que o suicídio deve ser compreendido como fenômeno complexo, socialmente determinado e fortemente influenciado por condições materiais de existência, processos históricos de exclusão e arranjos políticos de proteção social (DURKHEIM, 2000; WHO, 2014; FARMER, 2003).

O comportamento suicida pode ser conceitualizado como um processo complexo, relacionado à multifatorialidade e multicausalidade, variando desde a ideação suicida, que pode ser comunicado por meios verbais e não verbais, até o planejamento do suicídio, tentativa e a consumação do fato (WASSERMAN, 2001). É, portanto, um desafio constante para os serviços de saúde, tanto na Urgência e Emergência quanto na Atenção Primária à Saúde. A identificação precoce, o manejo adequado e o encaminhamento eficiente desses indivíduos são primordiais a fim de se reduzir a morbimortalidade associada (FERREIRA *et al.*, 2025). Entende-se que, identificar, acolher, comunicar e cumprir o seguimento efetivo, reduz danos à saúde e restabelece qualidade de vida.

Compreender o suicídio apenas como um problema sanitário pode contribuir para a naturalização de intervenções centradas na vigilância e na responsabilização individual, obscurecendo os determinantes sociais e estruturais que tornam a vida insuportável para determinados grupos sociais, com forte tendência de invisibilizar desigualdades de raça, classe, gênero e território, bem como as múltiplas formas de violência, precarização e desproteção social que atravessam as trajetórias das pessoas que vivenciam o sofrimento suicida.

Reconhecer raça, etnia, gênero, orientação sexual, neurodivergência, pessoa com deficiência, idosos e outras nuances como impactando e sendo impactadas pela experiência com o suicídio é, portanto, um gesto ético e político fundamental, que amplia a compreensão do fenômeno e tensiona os limites das intervenções clássicas, orientando respostas mais equânimes, situadas e comprometidas com a defesa da vida em sua diversidade ou pluralidade.

As evidências também demonstram que grupos historicamente submetidos a processos de opressão estrutural apresentam taxas desproporcionalmente elevadas de suicídio. Povos indígenas, população negra, pessoas LGBTQIA+, trabalhadores rurais expostos a condições precárias de trabalho e pessoas privadas de liberdade figuram entre os segmentos mais vulnerabilizados. Nesses casos, o sofrimento psíquico não pode ser dissociado do racismo estrutural, da violência institucional, da perda de territórios, da ruptura de identidades culturais e da negação de direitos básicos essenciais.

O conceito de violência estrutural contribui para compreender como as próprias instituições sociais produzem adoecimento e morte evitável, operando silenciosamente por meio da desigual distribuição de poder e recursos (GALTUNG, 1969; FARMER, 2003; MINAYO, 2006).

Com base em atualizações mais recentes da Organização Mundial da Saúde, a partir de relatórios de 2024 e 2025 com dados consolidados de 2021, alerta ser o suicídio responsável por uma morte a cada 40 segundos e estima que mais de 700 mil pessoas morrem por essa razão anualmente em todo o mundo. Os dados mais recentes confirmam uma morte a cada 100 registradas (1,1% do total de óbitos) e para cada suicídio consumado, estima-se que existam mais de 20 tentativas, sublinhando a urgência de medidas de prevenção do suicídio.

Cerca de 77% dos suicídios ocorrem em países de rendimento baixo e médio, configurando-se como uma das principais causas de morte, sendo a quarta principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos (OMS, 2021).

No Brasil, os dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2023) apontam aumento das taxas de mortalidade por suicídio nas últimas décadas, o que reforça a necessidade de políticas públicas integradas e sustentáveis de prevenção e posvenção, que possibilitem a redução dos óbitos por suicídio, bem como a prevenção do comportamento suicida.

No ano de 2021, foram 15.507 suicídios notificados no Brasil, representando a segunda principal causa de mortes entre adolescentes de 15 a 19 anos e a quarta principal entre jovens de 20 a 29 anos. Nesse mesmo ano, o Piauí apresentou uma taxa de mortalidade por suicídio superior à média nacional, colocando-se como o segundo estado com a maior taxa de mortes por suicídio, tendo o Rio Grande do Sul com o primeiro lugar.

No Brasil, no ano de 2023, a taxa nacional foi de 7,5, na região Nordeste a taxa foi de 6,9 no mesmo período e, no Piauí de 10,3 (PROADESS, 2025). Já no ano de 2024, o Mapa da Segurança Pública, retratou que o estado obteve uma taxa de mortalidade de 11,49/100 mil habitantes, ocupando assim a terceira posição nacional.

No que se refere às violências autoprovocadas (tentativas de suicídio) segundo os dados fornecidos através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), por meio da Coordenação de Epidemiológica da SESAPI, no ano de 2024, observou-se que das 12 (doze) Regiões de Saúde do estado, as 6 (seis) que apresentaram os maiores números de tentativas de suicídio em número absoluto no estado do Piauí foram: Entre Rios (1.034), Vale do Rio Guaribas (380), Planície Litorânea (117), Vale do Canindé (97), Carnaubais (91) e Cocais (90). Na análise da variável sexo, observou-se que, no estado, o sexo feminino apresentou o maior número de registros (1.549), em comparação ao sexo masculino (622). Esse achado está em consonância com a literatura especializada, que aponta que as mulheres, de maneira geral, apresentam maior frequência de tentativas de suicídio quando comparadas aos homens.

O comportamento suicida pode ser apresentado por pessoas de diferentes origens, condições socioeconômicas, idades, configurações familiares, orientações sexuais e identidades de gênero, que enfrentam uma profunda dor emocional, percebida como Insuportável, Intolerável e Inescapável (três Is do suicídio) (BRASIL, 2023). A OMS aponta que o suicídio é passível de prevenção e destaca a importância de estratégias de trabalho com uma abordagem multisetorial abrangente (BRASIL, 2017).

A efetividade das ações preventivas depende da articulação entre diferentes setores e níveis de atenção. Nesse contexto, destacam-se três eixos fundamentais: Atenção Primária à Saúde/Rede de

Atenção Psicossocial (RAPS), o Ambiente Escolar e as Famílias, espaços estratégicos para a promoção da saúde mental, identificação precoce de riscos e fortalecimento de redes de apoio e intersetorialidade.

As ações de promoção da vida e prevenção do comportamento suicida devem ser estruturadas de maneira integrada em três níveis de alcance: universal, seletivo e indicado, conforme a estratificação clássica proposta por Gordon (1983) e amplamente aplicada por Bertolote (2012) no campo da saúde mental. Essa organização favorece intervenções mais precisas, custo-efetivas e embasadas em evidências, ampliando o impacto das políticas públicas de prevenção.

A Prevenção Universal corresponde às estratégias destinadas à população geral, independentemente de risco individual. No contexto do suicídio, há evidências consistentes de que ações amplas reduzem taxas populacionais mesmo sem foco específico em grupos vulneráveis. Entre as principais medidas universais destacam-se: restrição de meios letais (pesticidas, armas de fogo, uso de medicamentos sem prescrição médica e locais de acesso perigoso), campanhas públicas com comunicação segura, fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, com educação permanente e habilidades sociais dos profissionais, programas escolares de desenvolvimento socioemocional, políticas de acompanhamento de álcool e outras drogas, e ações contínuas de promoção do bem-estar, redução do estigma e ampliação de fatores protetores. Previne adoecimento e sofrimento extremo, com promoção de saúde mental, visto que a *identificação precoce*, já encontra o indivíduo em risco ou adoecido.

A Prevenção Seletiva contempla intervenções voltadas a grupos populacionais com maior risco epidemiológico, ainda que sem sinais diretos de comportamento suicida. Entre esses grupos destacam-se: pessoas idosas, comunidades LGBTQIA+, povos indígenas, população privada de liberdade, profissionais de segurança pública, indivíduos em uso nocivo de álcool e outras substâncias, adolescentes em medidas socioeducativas, pessoas com deficiência, enlutados por suicídio, desigualdades raciais, entre outras.

Para esses segmentos reconhecidos em sua situação de vulnerabilidade social, recomenda-se a implementação de programas comunitários de apoio psicossocial, grupos estruturados de fortalecimento de vínculos, intervenções escolares adaptadas para grupos vulneráveis, vigilância ampliada e acompanhamento multiprofissional, além do fortalecimento das redes de proteção e da articulação intersetorial. Esse nível tem como objetivo reduzir vulnerabilidades específicas e intervir sobre determinantes sociais associados ao risco.

A Prevenção Indicada, por sua vez, destina-se a indivíduos que já apresentam sinais clínicos diretos de risco, conforme a definição de Gordon, incluindo ideação suicida ativa, autolesões, tenta-

tivas prévias de suicídio (o principal fator preditor conhecido), crise psiquiátrica aguda e transtornos mentais graves em descompensação.

Considerando que os níveis de prevenção organizados em universal, seletivo e indicado contribuem para a sistematização das estratégias de prevenção do comportamento suicida, sua articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) permite ampliar o enfoque, integrando a matriz de prevenção a uma matriz de cuidado e defesa da pessoa em sofrimento extremo. A RAPS possibilita que as ações preventivas se sustentem em práticas de cuidado territorial, contínuo e em liberdade, alinhadas aos princípios da política de saúde mental no SUS, fortalecendo respostas que ultrapassam a lógica do risco e incorporam a produção de vínculos, a escuta qualificada e a corresponsabilização entre serviços e ações de saúde.

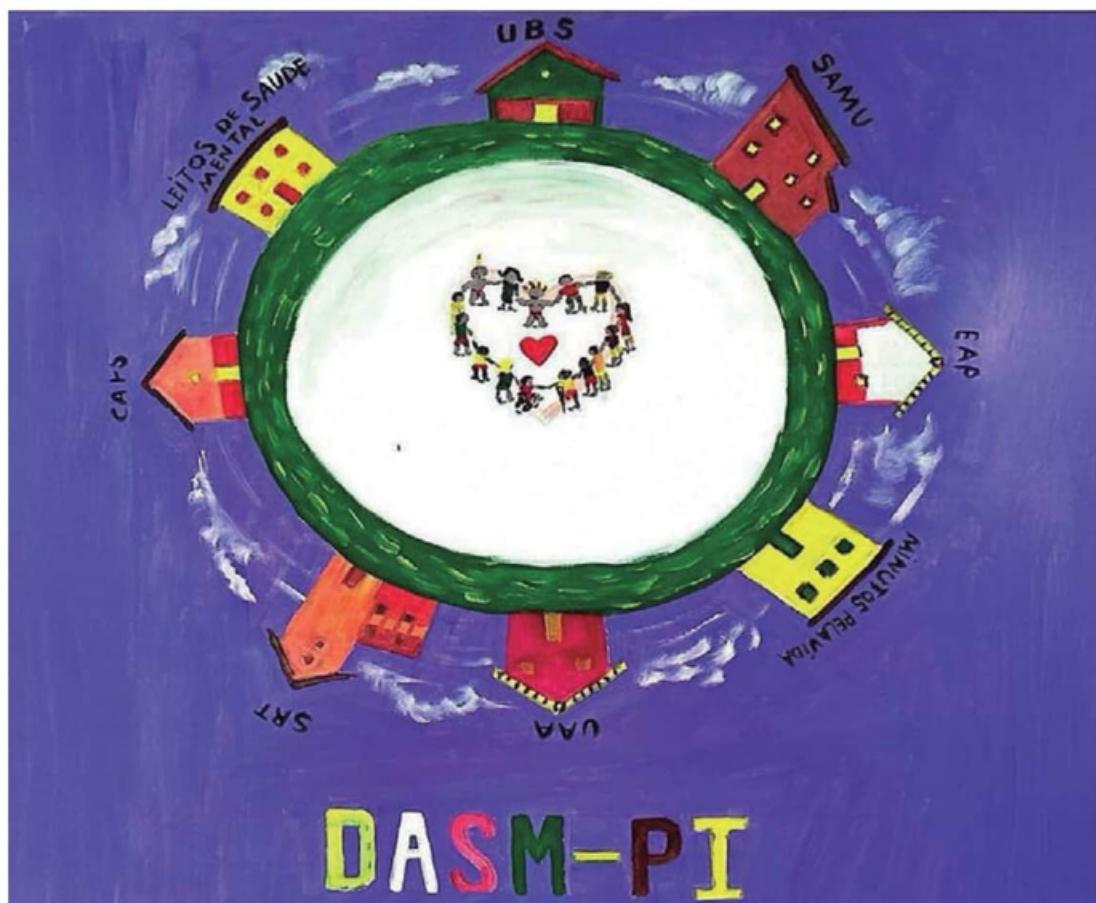
Para o período de 2024-2027 a Secretaria de Saúde do Estado do Piauí apresentou o Plano Estadual de Saúde (PES) que tem em sua estrutura a organização de diretrizes e prioridades sanitárias definidas a partir de Planejamento Regional Integrado (PRI). A formulação desse Plano foi guiada pelas necessidades de saúde da população do estado do Piauí, pela análise da situação de saúde, pelos indicadores de saúde e pelas prioridades sanitárias identificadas no Planejamento Regional Integrado (PRI) e acordadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (SESAPI, 2023).

O estado do Piauí, com uma população diversificada e majoritariamente urbana, enfrenta desafios específicos relacionados à saúde mental, exigindo abordagens estratégicas e direcionadas para um atendimento eficaz e equitativo. A participação dos municípios dar-se-á na inserção de ações relacionadas à prevenção do suicídio nos Planos Municipais de Saúde 2026-2029, o que contribui diretamente para a redução de óbitos e fortalece a relação interfederativa.

O estado do Piauí tem sua Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estruturada e organizada em sete componentes principais, articulados em diferentes níveis de cuidado: a Atenção Primária à Saúde (APS), presente nos 224 municípios, que se configura como porta de entrada para o cuidado e apresenta uma cobertura de 98,71% de Estratégia Saúde da Família (ESF)/SISAB 04/2024). Considera-se também, como porta de entrada, o serviço onde o indivíduo chega e é acolhido, onde há vínculos e não há resistência em recebê-lo.

Diante do aumento das taxas de mortalidade por suicídio no país e, em especial, dos indicadores observados em séries históricas no estado do Piauí, o presente Plano Estratégico Estadual de Prevenção do Suicídio busca desenvolver eixos estratégicos de intervenção e em consonância com o caráter multifatorial da temática, integrando ações de promoção da saúde, prevenção, posvenção e cuidado.

O Plano visa, ainda, fortalecer ações de gestão e governança, bem como estabelecer processos sistemáticos de monitoramento e avaliação orientados por resultados, com foco intersetorial e com qualificação das ações no âmbito das políticas públicas de saúde, educação e assistência social, reconhecendo a centralidade da ação integrada entre esses setores para a promoção da vida e o enfrentamento do comportamento suicida. Dessa forma, esse Plano Estadual apresenta-se como instrumento orientador da Prevenção do Suicídio no estado do Piauí.



Fonte: SESAPI/DASM

”

Prevenir o suicídio é defender a vida em sua diversidade, com cuidado territorial, escuta qualificada e redes de apoio capazes de acolher cada pessoa em seu sofrimento.



2 Justificativa

O processo de Territorialização do Governo do Estado do Piauí foi instituído pela Secretaria de Planejamento (SEPLAN) e normatizado pela Lei Complementar Estadual nº 87/2007, posteriormente alterada pela Lei Estadual nº 6.967, de 3 de abril de 2017. Assim, o desenho territorial do estado está organizado em 4 (quatro) Macrorregiões de Saúde e 12 (doze) Regiões de Saúde, assegurando maior coerência ao planejamento regional e na organização das políticas públicas (SESAPI, PES/2023).

Em consonância com os instrumentos normativos de Planejamento e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), como: Plano Plurianual (PPA) 2024-2027; Plano Estadual de Saúde (PES) 2024-2027; Programa Piauí Saudável da Secretaria de Estado de Saúde – SES/PI e, ainda, contemplando um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), relacionado a “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”, busca-se cumprir as normativas legais e estabelecer metas na organização e implementação da RAPS no estado, em especial, na prevenção do suicídio.

Desse modo, destaca-se no supracitado PES a Diretriz 1 que compreende o “Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde” cujo objetivo é “Qualificar a Atenção Primária à Saúde, de forma a consolidar esse nível de atenção como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde, ampliando o acesso com resolutividade, equidade e integralidade” no qual tem como uma das metas para o estado a redução da taxa de mortalidade por suicídio (SESAPI, 2023).

A organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Piauí começou em 2012, impulsionada pela implantação de um significativo número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no estado, com apoio técnico e financeiro da área de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde. Segundo o MS, a RAPS está orientada para atuar considerando: respeito aos direitos humanos e a autonomia das pessoas; promoção da equidade levando em conta fatores sociais que influenciam a saúde; combate ao estigma e preconceito; garantia de acesso e qualidade nos serviços, oferecendo atendimento integral e multiprofissional e no uso de estratégias de redução de danos quando aplicável. Segue no Quadro 1, o demonstrativo de eixos e pontos de atenção da RAPS, conforme legislação e processo de implantação no Piauí.

Quadro 1
PONTOS DE ATENÇÃO DA RAPS

COMPONENTES DA RAPS	PONTOS DE ATENÇÃO	PONTOS DE ATENÇÃO
(Eixos)	(Dispositivos)	(Implantados PI - CNES Set/25)
I Atenção Primária em Saúde (Cobertura 98% no estado)	Unidades Básicas de Saúde (UBS)	Nº UBS/PI - 1.645
	Equipes de Saúde da Família (eSF)	Nº eSF/PI - 1.403
	Equipes de Saúde Bucal (eSB)	Nº eSB - 1.324
	Equipe Consultório na Rua (eCR).	Nº eCR - 06
	E-multi	Nº 266 (Nov/2025)
	PAS - Prog. Academia da Saúde	Nº 80 polos (e-Gestor - Nov/2025)
	PSE - Programa Saúde na Escola	Nº 224 Municípios
	PNAISP - Prog. Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Privação de Liberdade	11 Equipes (e-Gestor - Nov/2025)
	PICS - Práticas Integrativas Complementares em Saúde	70 Municípios
II Atenção Especializada	Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - 67	CAPS I - 44, CAPS II - 10, CAPS III - 1, CAPS AD II - 7, CAPS AD III - 2, CAPSi -
	Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental - eMAESM	eMAESM - 2



COMPONENTES DA RAPS	PONTOS DE ATENÇÃO	PONTOS DE ATENÇÃO
(Eixos)	(Dispositivos)	(Implantados PI - CNES Set/25)
III Atenção às Urgências e Emergências	Unidades de Pronto Atendimento 24 (UPA 24h)	UPA 24h - 8 unidades
	Prontos-Socorros (PS) - Porta de Entrada de Urgências	Hospitais sede de Região - 08 (sem UPA)
	Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	USB - 150, USA - 17, Motolância - 6, SAMU AÉREO-1
	Salas de Estabilização	Salas - 47
IV Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidades de Acolhimento Adulto e Infantil	UAAI - 0
V Atenção Hospitalar	Leito de Saúde Mental em Hospitais Gerais (HG)	LEITOS - 55
VI Estratégias de desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial	Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) em suas duas tipologias	SRT - 6
	Programa de Volta para Casa (PVC)	PVC - 23
	Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis a pessoa com transtorno Mental em Conflito com a Lei - EAP Desinstitucionalização	EAP desinst. - 2

Fonte: Portaria de Consolidação MS Nº3/2017 e SESAPI/DASM.

Na Atenção Psicossocial especializada os CAPS compreendem 67 serviços (sessenta e sete) em diferentes modalidades, distribuídos em todas as 4 (quatro) macrorregiões de saúde. Como estratégia de desinstitucionalização são 6 (seis) serviços de residências terapêuticas ativos, concentrados na Macrorregião Meio Norte; na Atenção Hospitalar são 55 (cinquenta e oito) leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais; ainda tem-se 2 (duas) equipes de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas (EAP desinst.) na Macrorregião Meio-Norte, especificamente, na região de saúde Entre

Rios, além de equipes de SAMU, UPAs, Salas de Estabilização e portas de entrada de Urgências e Emergências, através da articulação com a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE/PI).

Na capital do estado, Teresina, existe em funcionamento o Ambulatório PROVIDA, vinculado à Fundação Municipal de Saúde (FMS) do Município de Teresina, com atendimento a pessoas com ideação suicida que buscam por psiquiatra e psicólogo de forma espontânea, como forma de intervir emergencialmente, com duração média de seis a oito semanas e o objetivo de reduzir a perturbação mental e, consequentemente, o risco de suicídio, requerendo um atendimento especializado.

A Secretaria de Estado da Saúde do Piauí, através da Diretoria de Atenção à Saúde Mental (DASM), Diretoria de Unidade de Planejamento (DUP), Diretoria de Unidade de Tecnologia e Segurança da informação (DUTEC), implantou o painel de óbitos por Suicídio e de Lesões Auto-provocadas, reunindo dados sociodemográficos e epidemiológicos sobre saúde mental no estado do Piauí, através do Centro de Informações Estratégicas para a Gestão do SUS (CIEGES/Piauí).

Além disso, por meio da DASM, é oferecido suporte para os municípios com altas taxas de mortalidade por suicídio através de capacitações e campanhas, qualificações voltadas para a temática do comportamento suicida no Piauí, com parcerias interinstitucionais, convidados e equipe multiprofissional em cada Região de Saúde do estado.

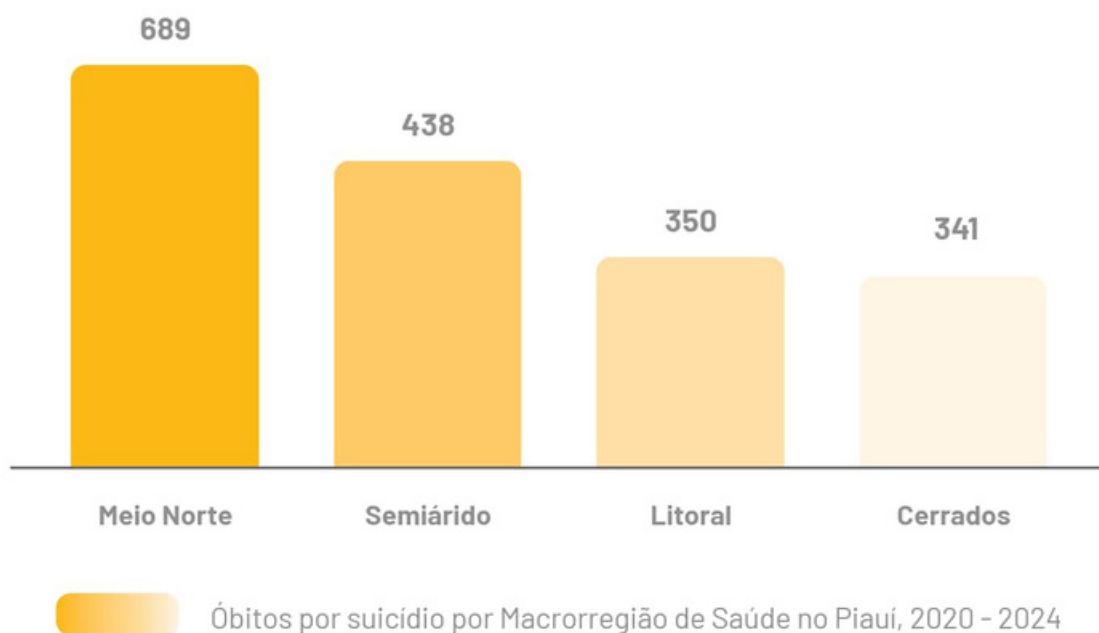
Com o objetivo de fortalecer as ações de prevenção do suicídio no estado do Piauí, a Secretaria de Estado da Saúde (SESAPI) reconhece a importante trajetória do Grupo de Trabalho Interdisciplinar de Prevenção do Suicídio (GTI), instituído pela Portaria nº 132, de 25 de janeiro de 2017, e republicada sob o nº 0145, de 19 de fevereiro de 2021.

Considerando a necessidade de ampliar a representatividade, aprimorar a articulação inter-setorial, foi criado em substituição ao GTI, o Comitê Estadual de Prevenção do Suicídio do Piauí (CEPS-PI), através da Portaria SES-PI nº 1405, de 27 de fevereiro de 2026, que tem caráter permanente, consultivo, técnico-científico e deliberativo com a finalidade de propor, acompanhar, avaliar, fortalecer políticas públicas de promoção da saúde mental e prevenção do suicídio no estado do Piauí.

No cenário epidemiológico caracterizado por meio de levantamento de dados no Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), entre os anos de 2020 a 2024, constatou-se no estado do Piauí um número absoluto de 1.818 óbitos por suicídio. Destaca-se que foram incluídos os registros identificados pelos códigos X60-X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) da Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10), por residência.

Ressalta-se que, no período analisado, o número absoluto de óbitos por Macrorregião de Saúde apresentou a seguinte distribuição: a Macrorregião Meio Norte registrou 689 óbitos, seguida pelo Semiárido com 438, Litoral com 350 e Cerrados com 341 óbitos, conforme Figura 1.

Figura 1
**ÓBITOS POR SUICÍDIO POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE NO PIAUÍ,
2020-2024, SESAPI, 2025**

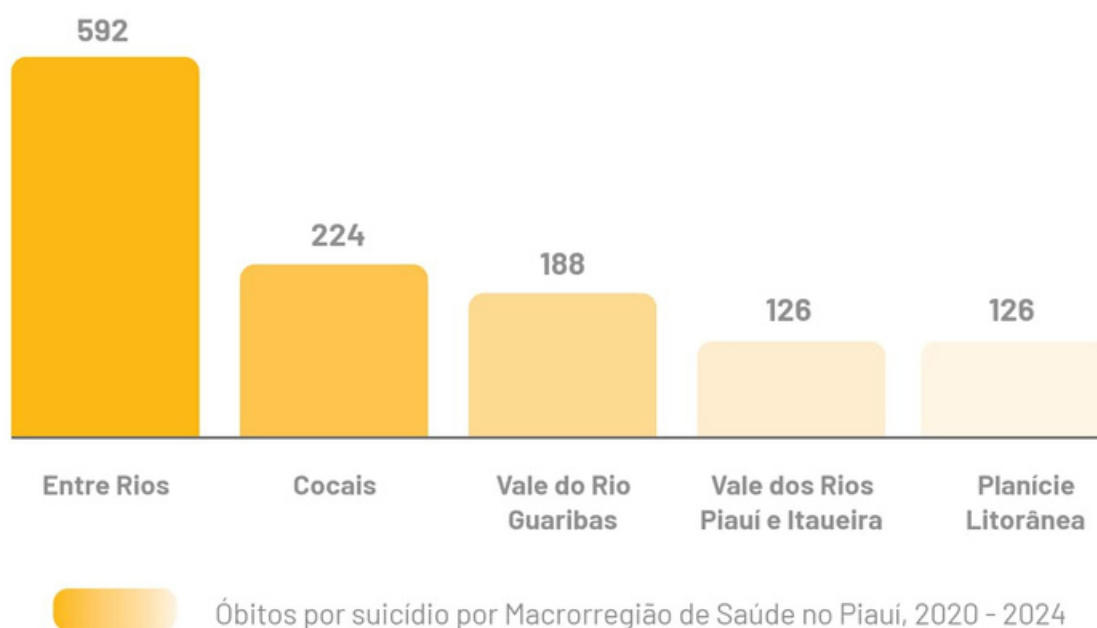


Fonte: SIM/DATASUS.

Quanto aos dados por Região de Saúde no Piauí, entre 2020 a 2024, as cinco regiões com os maiores números de óbitos por suicídio foram: Entre Rios: 592 óbitos; Cocais: 224 óbitos; Vale do Rio Guaribas: 188 óbitos; Vale dos Rios Piauí e Itaueira: 126 óbitos e Planície Litorânea: 126 óbitos, conforme Figura 2.

Figura 2

ÓBITOS POR SUICÍDIO POR REGIÃO DE SAÚDE DO PIAUÍ, 2020-2024, SESAPI, 2025

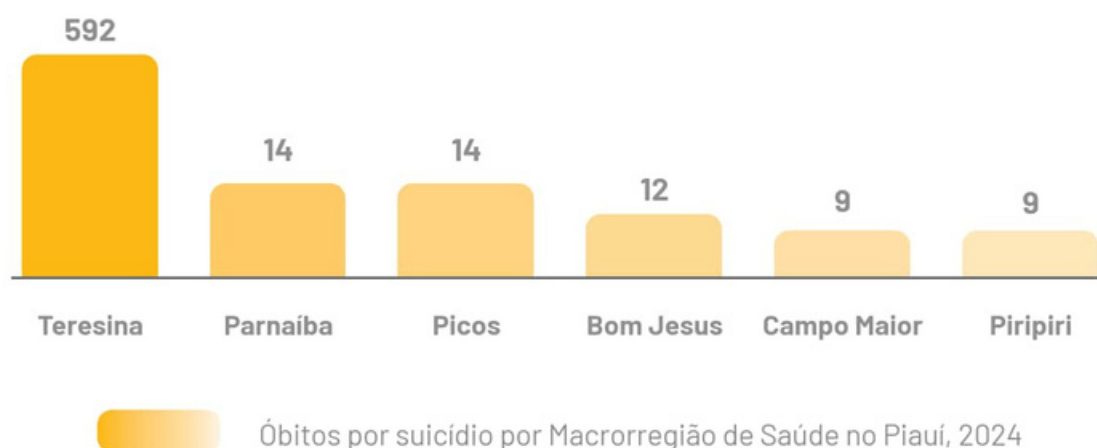


Fonte: SIM/DATASUS.

Especificamente, no ano de 2024, os municípios do estado com maior incidência de óbitos por suicídios foram: Teresina (89 casos), Parnaíba (14), Picos (14), Bom Jesus (12), Campo Maior (9) e Piripiri (9), de acordo com figura 3:

Figura 3

ÓBITOS POR SUICÍDIO NOS MUNICÍPIOS DO PIAUÍ, 2024, SESAPI, 2025



Fonte: SIM/DATASUS.

No tocante às notificações de Lesões Autoprovocadas entre os anos de 2020 a 2025, segundo dados da SESAPI (2025), foram 10.412 notificações no período. Houve crescimento sustentado entre 2020 (1.262) e 2024 (2.374), um aumento de 88,1%; em 2025, constam 1.221 registros (até julho de 2025). Por Macrorregião, a Meio-Norte reuniu 5.350 notificações (51,4%), seguida do Semiárido (2.522; 24,2%), Litoral (1.394; 13,4%) e Cerrados (1.146; 11,0%). A distribuição por regiões de saúde confirma concentração na Entre Rios (46,1%), que abarca a capital e seu entorno, seguida do Vale do Rio Guaribas (15,0%) e da Planície Litorânea (9,0%).

Tabela 1

DISTRIBUIÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE LESÕES AUTOPROVOCADAS ENTRE 2020 A 2025 NO PIAUÍ POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. SESAPI, 2025

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	ANO DE NOTIFICAÇÃO*						
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total Geral
Cerrados	112	158	218	236	249	173	1.146
Litoral	177	227	265	292	259	174	1.394
Meio-Norte	733	1.018	886	945	1.241	527	5.350
Semiárido	240	353	447	510	625	347	2.522
Total Geral	1.262	1.756	1.816	1.983	2.374	1.221	10.412

Fonte: SINANNET/Coordenação de Epidemiologia/Supervisão Vigilância das DANTS/GVS/DUVAS/SESAPI.

*Dados até julho de 2025

Tabela 2

DISTRIBUIÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE LESÕES AUTOPROVOCADAS ENTRE 2020 A 2025, NO PIAUÍ, POR REGIÃO DE SAÚDE. SESAPI, 2025

Região de Saúde	(N)*	%
Carnaubais	548	5,3
Chapada das Mangabeiras	240	2,3
Chapada Vale do Rio Itaim	271	2,6
Cocais	462	4,4
Entre Rios	4.802	46,1
Planície Litorânea	932	9,0
Serra da capivara	214	2,1
Tabuleiros do alto Parnaíba	77	0,7
Vale do Canindé	512	4,9
Vale do Rio Guaribas	1.567	15,0
Vale do Sambito	172	1,7
Vale dos Rios Piauí e Itaueiras	615	5,9
Total geral	10.412	100

Fonte: SINANNET/Coordenação de Epidemiologia/Supervisão Vigilância das DANTS/GVS/DUVAS/SESAPI.

*Dados até julho de 2025

A recorrência das tentativas de suicídio no Piauí nos anos de 2020 a 2025 foi elevada: 3.712 (35,7%) relataram evento anterior, 3.004 (28,9%) negaram e 3.638 (34,9%) estão “ignorados”. Entre as notificações que referiram recorrência, 73,5% eram mulheres e 26,5% homens; entre os que negaram, 65,0% mulheres e 35,0% homens — padrão que reforça a necessidade de seguimento ativo pós-evento, sobretudo em mulheres. O preenchimento correto do campo recorrência é essencial para garantir assistência integral, com seguimento clínico e psicossocial adequado; monitorar o ris-

co populacional, identificando padrões de reincidência; avaliar políticas públicas, verificando se as ações de prevenção e cuidado estão funcionando; otimizar recursos, direcionando esforços para os territórios e grupos mais vulneráveis. Sem essa informação, o sistema de saúde fica limitado a atuar de forma reativa, atendendo apenas a emergência, sem capacidade de prevenir novos eventos e reduzir a mortalidade por lesões autoprovocadas (SESAPI, 2025).

Tabela 3

**DISTRIBUIÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE LESÕES AUTOPROVOCADAS
ENTRE 2020 A 2025 NO PIAUÍ SEGUNDO A RECORRÊNCIA. SESAPI, 2025**

RECORRÊNCIA	(N)*	%
Ignorado	3.638	34,9
Feminino	2.598	
Masculino	1.040	
Não	3.004	28,9
Feminino	1.952	
Masculino	1.052	
Sim	3.712	35,7
Feminino	2.728	26,2
Ignorado	1	0,0
Masculino	983	9,4
Vazia	58	0,6
Feminino	40	
Masculino	18	
Total Geral	10.412	100

Fonte: SINANNET/Coordenação de Epidemiologia/Supervisão Vigilância das ANTS/GVS/DUVAS/SESAPI.

*Dados até julho de 2025

Quanto aos meios utilizados nas notificações, predomina envenenamento/intoxicação (6.368; 59,1%), seguido por objeto perfuro cortante (1.637; 15,2%) e enforcamento (1.145; 10,6%); “Outros” somam 803 (7,5%). Arma de fogo aparece em apenas 100 registros (0,93%). Esse perfil de meios, típico de tentativas, contrasta com o observado nos óbitos (em que métodos de maior letalidade tendem a predominar), e indica oportunidades de prevenção pela restrição de acesso a agentes tóxicos e pelo manejo clínico oportuno (SESAPI, 2025).

Tabela 4

**DISTRIBUIÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE LESÕES AUTOPROVOCADAS
ENTRE 2020 A 2025 NO PIAUÍ, SEGUNDO OS MEIOS UTILIZADOS. SESAPI, 2025**

MEIOS UTILIZADOS	ANO*					
	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Arma de Fogo	12	12	13	24	34	5
Enforcamento	137	192	204	185	261	166
Envenenamento/ Intoxicação	783	1.074	1.067	1.233	1.531	680
Objeto Perfuro cortante	201	299	306	295	327	209
Objeto Quente	5	25	27	25	31	20
Objeto Contundente	18	21	42	27	35	18
Força Corporal	33	42	71	72	77	44
Ameaça	15	14	14	10	23	15
Outros	82	119	153	169	176	104
Total	1.286	1.798	1.897	2.040	2.495	1.261

Fonte: SINANNET/Coordenação de Epidemiologia/Supervisão Vigilância das ANTS/GVS/DUVAS/SESAPI.

*Dados até julho de 2025

As estratégias de prevenção do suicídio devem ser estruturadas a partir de recomendações consolidadas na literatura científica baseada em evidências, de modo a garantir intervenções eficazes e seguras. Entre essas ações, destaca-se o monitoramento sistemático do comportamento suicida, fundamental para identificar padrões, populações vulneráveis e avaliar o impacto das políticas implementadas. A cobertura responsável dos meios de comunicação e o desenvolvimento de campanhas de informação qualificadas, também constituem práticas comprovadamente eficazes, pois reduzem o efeito de contágio e promovem maior conscientização pública.

Da mesma forma, a organização de um sistema de assistência em situações de crise, com respostas rápidas e protocolos estruturados, mostra-se essencial para reduzir danos imediatos e ampliar o acesso a cuidados oportunos. A limitação do acesso a meios letais, respaldada amplamente por estudos internacionais, é uma das medidas mais efetivas para prevenir tentativas fatais.

Por fim, a continuidade dos cuidados após um episódio de crise ou tentativa é reconhecida como uma intervenção crucial, garantindo acompanhamento adequado, reduzindo o risco de recorrência e fortalecendo o vínculo com os serviços de saúde.

Com base em leitura de sínteses de evidências, em que as “Sínteses de evidências para políticas de saúde são produtos que reúnem, avaliam criticamente e organizam o melhor conhecimento científico disponível, oriundo de estudos de pesquisa, dados epidemiológicos e avaliações de intervenções, com o objetivo de apoiar processos decisórios no âmbito das políticas públicas”. Essas sínteses diferenciam-se de revisões acadêmicas tradicionais por serem:

- ✓ *Orientadas a problemas concretos de políticas públicas;*
- ✓ *Elaboradas em linguagem acessível a gestores e tomadores de decisão;*
- ✓ *Focadas em efetividade, custo-efetividade, impactos sobre equidade e viabilidade de implementação em contextos reais.*

A utilização de sínteses de evidências é especialmente relevante na formulação de um Plano Estratégico Estadual de Prevenção do Suicídio por apresentarem estratégias com comprovação de efetividade, apoiando decisões que reduzam iniquidades em saúde, bem como auxiliando na definição de metas, indicadores e estratégias de avaliação, essenciais para o aprimoramento contínuo do Plano.

Inicialmente, uma equipe da SESAPI fez a leitura e anotações que serviram de base para a elaboração desse Plano. O uso de evidências para a tomada de decisão torna-se fundamental para contextos complexos como no caso do suicídio, enquanto problema de saúde pública. As sínteses integram também um momento de reunião de Diálogos Deliberativos com especialistas, gestores, sociedade civil, pesquisadores, sejam da academia ou do serviço de saúde.

A SESAPI, através da Diretoria de Atenção à Saúde Mental, está empenhada em implementar uma rede que se embasa nos seguintes princípios:

- I. Respeito aos Direitos Humanos: assegurando que todos os indivíduos sejam tratados com dignidade e respeito, promovendo sua autonomia e liberdade;
- II. Promoção da Equidade: abordando ativamente os determinantes sociais da saúde que afetam a saúde mental, garantindo que todos tenham acesso equitativo aos cuidados necessários;
- III. Combate ao Estigma: trabalhando incansavelmente para eliminar preconceitos e estigmas associados a transtornos mentais e ao uso de álcool e outras drogas;
- IV. Acesso e Qualidade: comprometendo-se com a oferta de serviços de alta qualidade que proporcionem cuidado integral e assistência multiprofissional em uma abordagem interdisciplinar;
- V. Atenção Humanizada: focando nas necessidades individuais dos usuários com empatia, compreensão e resolutividade, garantindo que o cuidado seja centrado na pessoa;
- VI. Diversificação do Cuidado: oferecendo uma ampla gama de estratégias para atender às diversas necessidades dos usuários, promovendo melhores resultados de saúde;
- VII. Inclusão Social: promovendo atividades no território que favoreçam a inclusão social, autonomia e o exercício pleno da cidadania;
- VIII. Redução de Danos: desenvolvendo estratégias eficazes para minimizar os riscos associados ao uso de substâncias, protegendo o bem-estar dos indivíduos e comunidades;
- IX. Base Territorial e Comunitária: fortalecendo serviços que operam em bases comunitárias, assegurando a participação ativa dos usuários e suas famílias;

- X. Rede Regionalizada: organizando serviços em uma rede regional coerente, promovendo a integralidade do cuidado através de ações intersetoriais eficazes;
- XI. Educação Permanente: investindo continuamente na capacitação dos profissionais de saúde mental para garantir que estejam equipados com as melhores práticas e conhecimentos atualizados;
- XII. Projeto Terapêutico Singular: desenvolvendo planos de cuidado personalizados, focados nas necessidades únicas de cada usuário, visando a construção de um projeto terapêutico singular e eficaz.

Portanto, considerando as evidências científicas, a questão relevante de saúde pública, análise do contexto epidemiológico, territorial e institucional em todas as 12 (doze) regiões de saúde do estado do Piauí, justifica-se a urgência deste Plano, que apresenta eixos de intervenção, ações estratégicas, indicadores, processos de monitoramento e avaliação, gestão e governança, mantendo um caráter interinstitucional e intersetorial, com eixos transversais e participação de múltiplos atores. Além disso, fundamenta-se na viabilidade financeira, operacional, gerencial e de governança das ações propostas.

Este Plano se orienta pelos seguintes princípios: centralidade do território, cuidado em rede por meio da RAPS, articulação intersetorial, uso qualificado de dados, políticas públicas informadas por evidências e defesa do cuidado em liberdade.

”

Diante dos indicadores que desafiam
o Piauí, a prevenção exige ação
integrada, cuidado em rede e políticas
públicas sustentadas por evidências.



3

Objetivos

Geral

- Reduzir a incidência da mortalidade por suicídio no Piauí por meio de ações integradas de promoção, prevenção, posvenção e cuidado, com base em gestão por evidências, regionalização, intersetorialidade e governança interfederativa.

Específicos

- Qualificar a identificação precoce de risco em saúde mental na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS);
- Garantir acolhimento, estratificação de risco orientadora do cuidado e atenção integral na APS, articulada à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS);
- Ampliar a capacidade de resposta em prevenção do suicídio dos serviços de saúde, educação, assistência social e segurança pública, de forma interinstitucional;

- Melhorar a articulação intersetorial para a promoção, prevenção e acompanhamento psicossocial e familiar;
- Qualificar profissionais para manejo e seguimento do tratamento em tempo oportuno na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e RAPS;
- Implementar estratégias de apoio a familiares e sobreviventes de tentativas (famílias enlutadas, amigos, comunidade) nos pontos de atenção da RAPS;
- Qualificar a vigilância em saúde e aprimorar a qualidade dos dados e informação em saúde;
- Garantir apoio psicossocial e familiar a pessoas vítimas de desastres e eventos climáticos de proporção coletiva;
- Monitorar e avaliar o Plano Estratégico Estadual de Prevenção do Suicídio.



Fortalecer a prevenção é transformar
objetivos em ações concretas,
integrando cuidado, gestão e
participação social em defesa da vida.



4 Metodologia

As estratégias metodológicas serão desenvolvidas a partir de eixos de intervenção, gestão, resultados e governança, com seus respectivos: objetivos, eixos estratégicos prioritários, ações estratégicas e indicadores. Esses eixos foram estruturados para orientar e dar resposta aos objetivos definidos, garantindo a coerência e a efetividade das ações propostas.

Considera-se ainda, a imediata elaboração e organização do plano operacional vinculado às estratégias deste Plano.

4.1. EIXOS DE INTERVENÇÃO

4.1.1. EIXO 1

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

Objetivo

Garantir acolhimento, estratificação de risco e cuidado integral na APS.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de contato entre o indivíduo e o sistema de saúde, desempenhando papel central na detecção precoce do sofrimento psíquico e na coordenação do cuidado (STARFIELD, 2002). No contexto da prevenção do suicídio, a APS deve atuar de forma proativa, integrando ações de vigilância, acolhimento e acompanhamento contínuo. A APS é o centro de comunicação da rede e ordena o cuidado buscando gerar vínculo na gestão da clínica. Deve manter o acompanhamento como forma de seguimento do tratamento terapêutico individual e familiar, além de desenvolver matriciamento com a rede especializada.

A Promoção da Saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) integra o cuidado longitudinal e a organização do trabalho das equipes, fortalecendo o vínculo com a população, a participação social e a corresponsabilização dos sujeitos pelo cuidado, para além das ações preventivas e assistenciais. Essa abordagem contribui para a redução das iniquidades, a melhoria das condições de vida e o alcance da integralidade do cuidado no Sistema Único de Saúde, alinhando-se aos princípios da equidade, da integralidade e da participação social (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde instituiu e coordena programas e estratégias estruturantes no âmbito da APS que operacionalizam a promoção da saúde nos territórios, a exemplo da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), do Programa Academia da Saúde, da Estratégia Saúde da Família (ESF), do Programa Saúde na Escola (PSE), das equipes e-Multi e das ações intersectoriais de Vigilância em Saúde. Tais iniciativas ampliam a capacidade das equipes para atuar sobre os determinantes sociais da saúde, incentivar modos de vida saudáveis, fortalecer a autonomia dos indivíduos e comunidades e, qualificar o cuidado integral, em consonância com as Diretrizes do Sistema Único de Saúde e com a coordenação do cuidado pela APS.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) constitui um conjunto de pontos de atenção, sistema de apoio e logística, de governança, importantes no enfrentamento do suicídio no território. Evidências apontam que uma parcela reduzida dos pacientes atendidos por tentativa de suicídio recebe encaminhamento estruturado para a rede de saúde mental, sendo que apenas 35% são for-

malmente referenciados para serviços da RAPS, conforme destacado por Moura e Camargo (2022), o que sinaliza a necessidade de fortalecimento dos fluxos assistenciais e da coordenação do cuidado.

A RAPS deve intervir não apenas como rede assistencial, mas como rede protetiva intersetorial e antidiscriminatória, integrando APS, CAPS, urgência e emergência, assistência social, educação, juventude, cultura e movimentos comunitários.

Entre as estratégias prioritárias, destacam-se:

- Educação permanente das equipes multiprofissionais (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, educador físico, fisioterapeuta e agentes comunitários de saúde (ACS), com ênfase no reconhecimento de sinais de risco, fatores protetores, manejo da crise, escuta qualificada e acompanhamento pós-tentativa;
- Implementação de protocolos de acolhimento humanizado, orientados pela clínica ampliada e pelo cuidado em liberdade;
- Integração com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), garantindo a continuidade do cuidado, corresponsabilização entre serviços e fluxos pactuados de acompanhamento;
- Promoção de ações comunitárias no território, sensíveis às desigualdades sociais e raciais voltadas à saúde mental, como rodas de conversa, grupos terapêuticos e atividades de convivência social;
- Desenvolver estudos de caso clínico a partir da abordagem em clínica ampliada e matriciamento com equipe multiprofissional;
- Garantir a inserção na regulação dos casos que demandem acompanhamento especializado em saúde mental, assegurando fluxos ágeis e acompanhamento pela APS.

Segundo a OMS (2018), o fortalecimento da atenção primária é uma das estratégias mais custo-efetivas na prevenção do suicídio, pois permite identificar precocemente situações de risco e oferecer suporte antes da crise.

Ações estratégicas

- Implementar protocolo de triagem de risco suicida em Unidades Básicas de Saúde, como ferramenta orientadora do cuidado, articulada à escuta qualificada e à avaliação clínica ampliada;
- Fortalecer a articulação com CAPS e serviços especializados por meio do matriciamento, promovendo corresponsabilização entre equipes e apoio técnico-pedagógico contínuo;
- Inserir na regulação 100% dos usuários(as) da rede de saúde, com queixa de saúde mental.

Indicadores:

- Número de usuários(as) triados para risco suicida;
- Taxa de encaminhamentos e seguimento ativo;
- Número de usuários(as) regulados por município do estado.

4.1.2. EIXO 2 SAÚDE DO ESCOLAR

Objetivo

Promover saúde mental e habilidades socioemocionais no ambiente escolar.

O ambiente escolar é um espaço privilegiado para a promoção de saúde mental, especialmente entre crianças e adolescentes, grupos particularmente vulneráveis ao sofrimento psíquico. De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2022), as escolas e Instituições de Ensino Superior (IES) desempenham papel essencial na detecção precoce de sinais de angústia, na promoção de habilidades socioemocionais e na criação de redes de apoio.

As estratégias prioritárias nesse eixo devem incluir:

- Formação continuada de professores, equipe multiprofissional e gestores escolares sobre saúde mental, comportamento suicida e encaminhamento responsável;
- Implementação de programas de educação socioemocional, que estimulem empatia, resiliência e autoestima;

- Criação de espaços de escuta e acolhimento (como núcleos de apoio psicopedagógico ou grupos de convivência) que permitam aos estudantes expressar emoções e buscar ajuda;
- Instituir parcerias intersetoriais entre escolas, IES, Unidades Básicas de Saúde, CAPS, PSE, CRAS/CREAS, articulado com referência técnica no território, garantindo apoio integral aos alunos em situação de vulnerabilidade;
- Levantar o que é realizado nas escolas e IES em relação à educação emocional.

Pesquisas indicam que programas escolares de promoção de saúde mental reduzem significativamente o risco de ideação suicida e melhoram o bem-estar emocional dos estudantes (SANTOS et al., 2020; BOTEGA, 2015).

Ações estratégicas

- Implementar programas de educação emocional e prevenção da violência com incentivo à cultura de paz;
- Realizar rodas de conversa e oficinas sobre saúde mental com alunos(as), pais e professores e equipe multiprofissional da escola;
- Capacitar professores, equipe multiprofissional da escola e IES para identificação de sinais de risco;
- Criar fluxos de encaminhamento da escola e IES para a rede de saúde e assistência social através do PSE.

Indicadores:

- Número de escolas em tempo integral do estado participantes;
- Percentual de professores capacitados em escolas e IES;
- Número de alunos(as) encaminhados e acompanhados.

4.1.3. EIXO 3

MONITORAMENTO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Objetivo

Fortalecer a coleta, análise e uso de dados sobre comportamento suicida.

As estratégias prioritárias nesse eixo devem incluir:

- Desenvolver o processo de educação permanente para manutenção dos sistemas de informação do SUS alimentado e validado, reduzindo subnotificações;
- Manter painéis de informação de acesso público e científico para subsidiar análise de situações de saúde e disponibilização de boletins epidemiológicos, sistematicamente;
- Qualificar o uso de dados com base na Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), prevenindo a perspectiva de reduzir subnotificações.

Ações estratégicas

- Elaborar boletins epidemiológicos semestrais sobre o tema Suicídio;
- Compartilhar informações com gestores e atores intersetoriais para ação rápida e monitoramento dos dados que caracterizem recorrência de violências autoprovocadas intencionalmente;
- Articular com o Ministério da Saúde a análise de dados, apoio técnico e financeiro para implantação do Plano;
- Desenvolver ações que visem fiscalizar, por meio da vigilância sanitária, a comercialização de substâncias venenosas e de medicamentos controlados, usados pela população em excesso e de forma indevida não prescrita por médicos(as).

Indicadores:

- Tempo médio entre notificação e análise de dados;
- Frequência de publicação dos boletins;
- Número de reuniões intersetoriais para discussão de dados;
- Número de estabelecimentos fiscalizados pela VISA.

A vigilância em saúde é pilar para orientar decisões e avaliar resultados. A ficha do SINAN para Violência Interpessoal/Autoprovocadas possibilita monitorar perfil, circunstâncias e fluxos assistenciais, identificar recorrência e orientar intervenções no território; entretanto, a qualidade do preenchimento é determinante: campos “Ignorado” ou vazios distorcem estimativas, dificultam a estratificação de risco e comprometem a avaliação da equidade em saúde (BRASIL, 2025). Em especial, o Indicador 14 do PQA-VS — proporção de notificações com raça/cor válida — possui meta de 95% e é crucial para revelar desigualdades e direcionar políticas públicas eficazes e justas (BRASIL, 2023).

O uso de ferramentas de vigilância epidemiológica é essencial para identificar tendências, mapear fatores de risco locais e subsidiar a tomada de decisão baseada em evidências (OPAS, 2022).

4.1.4. EIXO 4 POSVENÇÃO

Objetivo

Oferecer suporte psicossocial a familiares e comunidade após um suicídio, fortalecendo a rede de apoio.

A família constitui o núcleo primário de apoio emocional e social, desempenhando papel decisivo tanto na prevenção quanto na recuperação de pessoas em sofrimento. A presença de vínculos afetivos sólidos, comunicação aberta e suporte emocional são reconhecidos como fatores protetores importantes contra o suicídio (MINAYO; CAVALCANTE, 2022).

Nesse eixo, recomendam-se estratégias prioritárias:

- Ações educativas para familiares e cuidadores, com o objetivo de orientar sobre sinais de alerta, mitos e estratégias de acolhimento;
- Fortalecimento das relações familiares por meio de programas de convivência e mediação de conflitos;
- Criação de redes comunitárias de apoio, envolvendo lideranças locais, associações, grupos religiosos e organizações não governamentais;

- Campanhas de comunicação social voltadas à valorização da vida e ao combate ao estigma em torno dos transtornos mentais e situação de vulnerabilidade da população.

A literatura destaca que famílias bem-informadas e acolhedoras contribuem de maneira significativa para a adesão ao tratamento e para a redução das tentativas de suicídio (BRASIL, 2023).

Ações estratégicas

- Instituir protocolo de posvenção no âmbito da RAPS com definição de fluxos, tendo os CAPS como referência técnica para o cuidado psicossocial e a APS como coordenadora do cuidado;
- Disponibilizar grupos de apoio a enlutados por Suicídio coordenados por profissionais de saúde mental dos CAPS ou demais serviços da rede intersetorial, com abordagem multiprofissional;
- Fornecer materiais educativos sobre luto, posvenção e prevenção secundária, articulados às ações de educação em saúde.

Indicadores:

- Número de famílias atendidas pós-evento;
- Número de grupos de apoio criados;
- Taxa de adesão ao acompanhamento.

4.1.5. EIXO 5 EDUCAÇÃO PERMANENTE DE PROFISSIONAIS

Objetivo

Ampliar a competência técnica para prevenção, intervenção e posvenção através de processo de educação permanente.

Estudos realizados na área de Saúde Mental evidenciaram, recentemente, que a maioria dos usuários que morreram por suicídio receberam atendimento de saúde previamente na atenção primária ou realizaram consultas com médicos de diversas especialidades, sendo que 50% destes usuários não tiveram diagnósticos médicos que afetam a saúde mental. Portanto, é imprescindível que os profissionais de saúde reconheçam os sinais de risco, que identifiquem precocemente a ideação

suicida durante o curso do atendimento e possam encaminhar os usuários, em tempo hábil, para acompanhamento adequado, evitando suicídios.

Educação Permanente de Profissionais em Prevenção do Suicídio é um eixo transversal que potencializa a efetividade das ações nos diversos contextos de atuação. A educação permanente de profissionais das áreas de: saúde, educação, assistência social e segurança pública é fundamental para o reconhecimento precoce dos sinais de risco, o manejo adequado das situações de crise e a redução de danos associados ao comportamento suicida.

Nesse sentido, a educação permanente deve ser compreendida como um processo contínuo, integrado ao trabalho em saúde, que se constrói a partir das experiências concretas dos profissionais e das demandas da região de saúde. Essa abordagem envolve a criação de espaços regulares de supervisão, discussão de casos, apoio matricial e trocas intersetoriais, favorecendo a reflexão crítica sobre as práticas e o fortalecimento da corresponsabilização entre os diferentes pontos da rede. Tal compreensão está em consonância com os princípios do SUS e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ao valorizar o trabalho vivo, o cuidado em rede e a qualificação permanente das respostas ao sofrimento psíquico.

Educação Permanente de *gatekeepers* – capacitar pessoas que mantêm contato frequente com a população — como profissionais de saúde, educação, assistência social, segurança pública e lideranças comunitárias — a reconhecer sinais de alerta, acolher adequadamente e encaminhar precocemente indivíduos em sofrimento psíquico para a rede de cuidado, ou seja, identificar sinais de alerta e aplicar métodos como o PEL (Perguntar, Escutar e Levar), que transforma a intenção de ajudar em uma ação concreta de acolhimento e direcionamento profissional.

Conforme apontado por Lima *et al.* (2021), cerca de 60% dos indivíduos atendidos em decorrência de tentativa de suicídio haviam buscado atendimento em serviços de saúde nas semanas anteriores ao evento, sem que o risco tivesse sido adequadamente identificado ou manejado. Tal evidência destaca a relevância do acolhimento qualificado e da escuta clínica como estratégias fundamentais para a detecção precoce e a intervenção oportuna em situações de crise suicida.

No âmbito de um plano estadual, o fortalecimento de *gatekeepers* amplia o alcance das ações preventivas, promove maior integração intersetorial e potencializa a proteção de grupos vulneráveis, especialmente em contextos em que o acesso direto a serviços especializados é limitado. Evidências indicam que esses treinamentos aumentam o conhecimento, a confiança e a capacidade de resposta dos participantes, contribuindo para a detecção precoce do risco e para a redução de barreiras no acesso aos serviços de saúde mental.

Estudos de 2025 reforçam que o treinamento de *gatekeepers* aumenta significativamente o conhecimento sobre o tema, a confiança para intervir e reduz o estigma associado à saúde mental. Essa rede é crucial porque muitas pessoas em crise não buscam ajuda profissional diretamente, mas dão sinais a quem está ao seu redor.

De acordo com a OMS (2018) e a OPAS (2022), programas de capacitação em prevenção do suicídio aumentam significativamente a confiança dos profissionais para intervir em situações críticas e contribuem para reduzir a subnotificação de casos.

As principais estratégias prioritárias de qualificação incluem:

- Sensibilização sobre o fenômeno do suicídio, abordando aspectos éticos, culturais e de comunicação;
- Desenvolvimento de habilidades de escuta ativa e acolhimento empático, fundamentais para estabelecer vínculo e reduzir o sofrimento psíquico imediato;
- Treinamento em protocolos de avaliação de risco e encaminhamento, como o uso de instrumentos padronizados de triagem e o acionamento de fluxos de cuidado intersetoriais;
- Qualificar profissionais não especialistas por meio de guias práticos (mhGAP-IG) para integração do cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde;
- Educação permanente voltada à integração entre os serviços de saúde mental e outros setores, fortalecendo a abordagem comunitária e a corresponsabilidade no cuidado.

Estudos demonstram que profissionais capacitados apresentam maior capacidade de reconhecer a ideação suicida e conduzir intervenções preventivas de forma ética e segura (BOTEGA; WERLANG; CASSORLA, 2021). Além disso, o treinamento contínuo contribui para o autocuidado dos profissionais, reduzindo o impacto emocional decorrente da exposição a situações de sofrimento intenso.

A educação permanente para profissionais é um eixo transversal que potencializa a efetividade das ações nos diversos contextos de atuação e gestão do SUS. A capacitação sistemática de profissionais de saúde, educação e assistência social é fundamental para o reconhecimento precoce dos sinais de risco, o manejo adequado das situações de crise e a redução de danos associados ao comportamento suicida.

Ações estratégicas

- Capacitar profissionais de saúde, educação, assistência social, segurança pública, líderes comunitários e as populações vulneráveis, dentre outros;
- Incluir protocolos padronizados no treinamento (exemplo: Escala Columbia);
- Realizar cursos presenciais e a distância com atualizações anuais;
- Avaliar a efetividade do treinamento por meio de simulações e estudos de caso.

Indicadores:

- Número de profissionais capacitados por área técnica e município;
- Percentual de participantes que atingem desempenho satisfatório em avaliação pós-treinamento;
- Frequência de treinamentos realizados.

4.1.6. EIXO 6

PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL E PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO CONTEXTO DO TRABALHO

Objetivo

Assegurar práticas institucionais que valorizem a vida, protejam a saúde mental e promovam condições dignas de trabalho a cada trabalhadora e trabalhador do Sistema Único de Saúde.

A relação entre condições de trabalho, sofrimento psíquico e risco de suicídio vem sendo amplamente documentada na literatura científica e em relatórios internacionais. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022), fatores como sobrecarga de trabalho, assédio moral, ambientes laborais inseguros, precarização das relações de trabalho e ausência de suporte psicossocial, estão associados ao aumento de transtornos mentais comuns e de comportamentos suicidas. No Brasil, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) estabelece como diretriz o desenvolvimento de ações integradas que promovam ambientes de trabalho saudáveis e minimizem riscos psicossociais (BRASIL, 2012).

Ações estratégicas

1. Fortalecimento da Atenção Psicossocial da Trabalhadora e do Trabalhador.

- É necessário estruturar estratégias institucionais de cuidado aos trabalhadores, articuladas à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e aos serviços de saúde ocupacional. Entre as ações recomendadas estão:
- Implementação de programas de apoio psicossocial que ofereçam acolhimento, escuta qualificada e encaminhamentos apropriados. Exemplos: Minutos pela Vida; Programa Saúde Digital;
- Protocolo institucional para identificação precoce de sinais de sofrimento psíquico em trabalhadoras e trabalhadores;
- Parcerias com Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) para suporte técnico, capacitações e ações compartilhadas;
- Programas de retorno ao trabalho que considerem necessidades individuais, limitações funcionais e proteção psicossocial junto ao Serviço Social da SESAPI;
- Monitorar as condições de trabalho em relação à legislação e equidade. Exemplos: Pessoas com Deficiência, Progressões, Direitos Previdenciários.

2. Prevenção do Assédio, Violências e Discriminações no Trabalho

Ambientes de trabalho marcados por desigualdades, abusos de poder ou discriminação racial, de gênero ou orientação sexual aumentam significativamente o risco de sofrimento emocional e ideia suicida. O plano deve prever:

- Protocolos institucionais de enfrentamento ao assédio moral e sexual;
- Mecanismos seguros e confidenciais de denúncia. Exemplos: Ouvidorias, audiências;
- Ações afirmativas para equidade de gênero, raça e diversidade;
- Monitoramento sistemático de casos e intervenções preventivas e corretivas.

A OMS (2020) aponta que líderes treinados para reconhecer sinais de sofrimento e conduzir equipes com empatia reduzem a incidência de afastamentos e conflitos.

Indicadores:

- Número de atendimentos à trabalhadora e ao trabalhador no Programa Minutos pela Vida e Programa Saúde Digital;
- Número de capacitações realizadas pelos CEREST sobre Prevenção do Suicídio;
- Número de notificações de assédio no trabalho;
- Proporção de trabalhadora e trabalhador acolhidos em serviços psicossociais.

4.1.7. EIXO 7

PROMOÇÃO DA EQUIDADE E PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NAS POPULAÇÕES VULNERABILIZADAS: NEGRA, INDÍGENA, LGBTQIA+ E DO CAMPO, FLORESTA E ÁGUAS

Objetivo

Reduzir a morbimortalidade por comportamento suicida e as desigualdades no acesso ao cuidado em saúde mental entre populações vulnerabilizadas, mediante ações em consonância às políticas de equidade em saúde vigentes, territorializadas, culturalmente competentes, intersetoriais e baseadas em evidências.

O eixo de Promoção da Equidade e Prevenção do Suicídio nas populações vulnerabilizadas — população negra, povos indígenas, população LGBTQIA+ e populações do campo, floresta e águas — estrutura-se a partir do reconhecimento das iniquidades sociais, raciais, territoriais e culturais como determinantes sociais do sofrimento psíquico e do comportamento suicida.

Evidências nacionais e internacionais indicam que o racismo estrutural, a discriminação, as violências, a precarização do trabalho, a insegurança alimentar, o isolamento geográfico e as barreiras de acesso aos serviços de saúde configuram fatores de risco cumulativos para transtornos mentais, ideação suicida, tentativas e mortalidade por suicídio (BRASIL, 2023; FIOCRUZ, 2022).

Nesse contexto, a organização das ações fundamenta-se na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), articulada à Atenção Primária à Saúde (APS), à vigilância epidemiológica e às políticas intersetoriais, conforme diretrizes do Ministério da Saúde, considerando as especificidades territoriais do estado do Piauí (BRASIL, 2017).

A compreensão da saúde mental e do risco de suicídio exige atenção às especificidades dos diferentes grupos sociais, uma vez que fatores como racismo estrutural, LGBTQIA+fobia, exclusão territorial e desigualdade social potencializam significativamente o sofrimento psíquico (IPEA, 2022; FBSP, 2023).

População Negra

O adoecimento mental e o suicídio na população negra estão diretamente relacionados ao racismo estrutural e institucional, à desigualdade social e à dificuldade de acesso aos serviços públicos.

O risco de suicídio entre adolescentes e jovens negros (10 a 29 anos) é entre 45% e 50% superior ao observado entre jovens brancos. Enquanto as taxas entre pessoas brancas se estabilizaram, entre jovens negros houve crescimento superior a 60% no período de 2012 a 2021 (BRASIL, 2023).

A marginalização estrutural (não lugar), a invisibilidade social, o sentimento de inferioridade e a violência configuram fatores centrais de risco.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra reconhece que a saúde mental dessa população é profundamente afetada pelas desigualdades raciais, destacando o enfrentamento do racismo como condição essencial para a promoção da saúde, da dignidade e da cidadania (BRASIL, 2017).

População LGBTQIA+

A população LGBTQIA+ enfrenta uma grave situação de saúde pública, impulsionada pela discriminação estrutural e por conflitos familiares relacionados à orientação sexual e identidade de gênero.

No Brasil, estima-se que, a cada 20 horas, uma pessoa LGBTQIA+ seja assassinada ou cometa suicídio (GRUPO GAY DA BAHIA, 2023).

Adolescentes e jovens LGBTQIA+ apresentam risco de suicídio 33% maior que a média geral, sendo que jovens gays, lésbicas e bissexuais possuem risco até cinco vezes maior (THE TREVOR PROJECT, 2022; YRBSS, 2021).

No caso de pessoas trans, o risco é ainda mais elevado: indivíduos transexuais apresentam risco até sete vezes maior de suicídio, e aproximadamente 50% podem apresentar ideação suicida (ANTRA, 2023; TRANS MURDER MONITORING, 2022).

Dados da Fundação Oswaldo Cruz indicam que mais da metade dessa população relatou piora no bem-estar psicológico, com prevalência de 30% para depressão e 47,5% para ansiedade (FIOCRUZ, 2022).

População Indígena

O suicídio entre povos indígenas constitui grave problema de saúde pública e de direitos humanos, com maior incidência entre jovens de 10 a 24 anos.

Entre 2019 e 2022, mais de 500 indígenas morreram por suicídio. A taxa nessa população é mais que o dobro da média nacional, sendo que aproximadamente 64% dos casos ocorrem na faixa etária de 10 a 24 anos (PEDROSA; ORELLANA, 2023).

Entre adolescentes de 10 a 19 anos, o risco pode ser até oito vezes superior ao observado em jovens não indígenas (FIOCRUZ AMAZÔNIA, 2022).

Os estados do Amazonas e Mato Grosso do Sul — especialmente entre o povo Guarani-Kaiowá — concentram os maiores índices, associados a conflitos territoriais e à perda de referenciais culturais (HARVARD UNIVERSITY, 2021).

No estado do Piauí, 7.202 pessoas se autodeclararam indígenas, reforçando a necessidade de ações específicas e monitoramento contínuo em saúde mental (IBGE, 2022).

População do Campo, Floresta e Águas

Observa-se crescimento dos casos de suicídio nessas populações, associado a fatores como endividamento agrícola, crises climáticas e exposição a agrotóxicos.

Em determinadas regiões, os registros aumentaram de 112 casos em 2008 para 138 em 2018 (BALDO; CALDEIRA, 2022).

O perfil epidemiológico indica predominância entre homens (80,6%), pessoas negras (69,4%) e solteiras (52%). A faixa etária de 20 a 29 anos corresponde a 23,5% dos casos.

A exposição a agrotóxicos apresenta associação direta com maiores taxas de ideação suicida (ALVARENGA et al., 2023; CARVALHO; ARRUDA; PALACIO-ARRUDA, 2022).

No Piauí existe uma grande extensão territorial ao sul do estado (região dos Cerrados) com produção agrícola em larga escala e uso de agrotóxicos. Teve um crescimento expressivo nas últimas décadas, posicionando o estado como um dos grandes produtores de grãos do Nordeste, integrando a região conhecida como MATOPIBA (Maranhão, Tocantins, Piauí e Bahia).

Estratégias prioritárias

- Reduzir barreiras geográficas, culturais e institucionais de acesso ao cuidado em saúde mental;
- Mapear territórios com maior vulnerabilidade social e maiores taxas de tentativas e suicídios;
- Implantar equipes itinerantes de saúde mental;
- Fortalecer o teleatendimento psicossocial;
- Ampliar o horário de funcionamento em unidades básicas;
- Qualificar práticas clínicas para reduzir discriminações.

Ações estratégicas

- Educação permanente das equipes multiprofissionais;
- Inclusão de mediadores culturais nas comunidades;
- Fluxos de atendimento que garantam a inclusão;
- Protocolos culturalmente sensíveis;
- Inserção de práticas integrativas comunitárias em saúde;
- Promoção de pertencimento social;
- Suporte psicológico adaptado;
- Busca ativa em áreas vulneráveis.

Indicadores:

- Número de fluxos implementados;
- Profissionais capacitados;
- atendimentos psicossociais realizados;
- Práticas integrativas implantadas.

4.1.8. EIXO 8

ATENÇÃO NUTRICIONAL

Objetivo

Reduzir as situações de risco da insegurança alimentar e de transtornos alimentares com a implementação de ações estratégicas na atenção primária à saúde, atenção especializada ambulatorial e hospitalar, em âmbito da rede intersetorial e foco na saúde mental.

A alimentação e a nutrição constituem-se em importantes determinantes da saúde, podendo serem fatores de risco ou de proteção de agravos e doenças, sendo que, para contribuir a favor da qualidade de vida das pessoas, ambas requerem compromisso institucional, qualificação profissional, condutas clínicas adequadas, atividades educativas individuais e coletivas e intervenções sociais e políticas locais isoladas ou articuladas (ALBERTO; SANTUZZA; BARROS, 2021).

Diversos estudos têm demonstrado a relação entre alimentação, nutrição e a saúde mental, quer seja por carência de alguns nutrientes, por insegurança alimentar, por disformia corporal ou por transtornos alimentares, o que remete à complexidade das interações entre alimentação, processos neurobiológicos e bem-estar psicológico. Esses achados reforçam a importância da atenção qualificada à saúde, com saberes e práticas interprofissionais integrados e ações intersetoriais.

A deficiência de alguns nutrientes tem sido relacionada ao desenvolvimento de transtornos mentais, como depressão e ansiedade – vitaminas do Complexo B, vitamina D, ômega-3, magnésio, zinco e triptofano –, importantes para o bom funcionamento do sistema nervoso (UFRJ, 2025). Dietas equilibradas e padrões alimentares ricos em alimentos de origem vegetal, reduzem sintomas de ansiedade, enquanto a alimentação pró-inflamatória, com alta presença de ultraprocessados, rica em açúcares e gordura saturada, provoca maior risco de transtornos mentais (LOURENCI; CORREIA; VITERBO *et al.*, 2025).

A insegurança alimentar, segundo Pinheiro e Fontes (2026), apresenta associação com transtornos mentais, particularmente depressão, ansiedade, sofrimento psíquico crônico e alterações emocionais, revelando relação bidirecional em que a fome desencadeia adoecimento mental, enquanto transtornos mentais comprometem a subsistência alimentar. Para Ke e Ford-Jones, (2015), a fome infantil é um preditor de depressão e ideação suicida no final da adolescência e início da idade adulta, e a insegurança alimentar está ligada a taxas mais elevadas de transtornos de humor, comportamento e abuso de substâncias em adolescentes; quando ocorre no início da vida, pode enfraquecer os vínculos dos bebês com os pais e afetar negativamente a saúde mental das crianças mais tarde na vida.

Também há evidências da relação entre transtornos alimentares – bulimia nervosa, transtorno da compulsão alimentar periódica e transtornos alimentares não específicos – e o risco de suicídio. Taxas de suicídio em indivíduos com anorexia nervosa são aumentadas em comparação à população em geral (HERCUS; BAIRD; IBRAHIM. et al., 2024). O Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) e a Disforia de Gênero (DG) se assemelham no fato de que ambos se caracterizam pelo desejo de modificar a aparência física. O TDC apresenta foco obsessivo em imperfeições físicas percebidas, levando, por vezes, a comportamento e ideação suicidas. Na DG, a aparência física concentra-se nas características sexuais, com sofrimento psicológico decorrente da incongruência do gênero vivenciado (NICEWICZ; TORRICO; BOUTROUILLE, 2024).

Sendo a má alimentação – por escassez ou falta de qualidade – e os transtornos alimentares fatores de adoecimento mental, é imperativo que políticas públicas integrem ações de segurança alimentar e nutricional a estratégias de cuidado em saúde mental, incorporando suporte psicossocial como eixos centrais para a promoção da equidade em saúde. Esses cenários apontam para importância da adoção de estratégias para reduzir a insatisfação corporal e minimizar o risco do sofrimento mental no público mais vulnerável àquele agravo.

Ações estratégicas

- Qualificar as equipes de Saúde da Família para o cuidado nutricional e a aplicação da TRIA – Triagem do Risco de Insegurança Alimentar – como rotina do trabalho das UBS, para identificação da possibilidade de inaccessibilidade à alimentação, de deficiência de micronutrientes, da disforia corporal e de gênero, ou de transtornos alimentares, e a relação destes distúrbios com o adoecimento mental, inclusive, o risco de suicídio;
- Participar do Protocolo Brasil sem Fome, que organiza ações intersetoriais de cuidado prioritários para públicos em vulnerabilidade alimentar com implementação das competências da APS como: identificar e monitorar, a cada três a seis meses, as famílias em risco de insegurança alimentar; e integrar o fluxo de atendimento prioritário às pessoas em risco de Insegurança Alimentar;
- Estabelecer articulação com e-Multi, CAPS e CRAS para matriciamento de pessoas identificadas em risco de insegurança alimentar, com disforia corporal e de gênero ou com transtornos alimentares, visando o cuidado compartilhado entre as áreas da alimentação e da saúde mental.

Indicadores:

- Número TRIA registrado no e-SUS;



- Número de usuário(a)s com distúrbio nutricional referenciados para a e-Multi, CAPS e CRAS por município do Estado;
- Número de equipe multiprofissionais qualificadas em TRIA.

4.2. EIXOS DE GESTÃO E RESULTADOS

4.2.1. EIXO 1 GESTÃO E GOVERNANÇA

Objetivo

Garantir a implantação, implementação, monitoramento e avaliação das estratégias do plano de prevenção do suicídio.

Ações estratégicas

- Instituição do Comitê Estadual de Prevenção do Suicídio (CEPS/PI);
- Definição de papéis e responsabilidades por eixo da equipe gestora;
- Fluxos de comunicação e tomada de decisão em equipe;
- Monitoramento e avaliação do plano;
- Gestão de resultados;
- Uso de ferramentas de gestão (matrizes: GUT, SWOT, PDCA).

O Comitê Estadual deve nomear um Núcleo Técnico responsável por manutenção do banco de dados, geração de relatórios, condução de avaliações e articulação com serviços locais e interseccional. Os relatórios podem ser trimestrais de implementação, anuais de resultado e avaliações de impacto a cada 2 a 4 anos.

A efetividade de um plano de prevenção do suicídio depende não apenas da qualidade técnica das ações propostas, mas também da existência de uma estrutura sólida de gestão e governança, capaz de garantir a implementação, monitoramento e sustentabilidade das estratégias ao longo do tempo e consolidar sua trajetória.

A governança em saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018), refere-se à capacidade institucional de coordenar esforços intersetoriais, assegurar transparência nas decisões e promover a participação social nos processos de planejamento e avaliação.

O fortalecimento da gestão e governança é condição essencial para a efetividade de qualquer plano de prevenção do suicídio. Modelos de governança intersetorial, aliados ao planejamento estratégico, à participação social e ao monitoramento contínuo, garantem a continuidade das políticas e a coerência entre os diversos níveis de atuação da federação.

Dessa forma, a prevenção do suicídio deixa de ser uma ação pontual para se consolidar como uma política pública sustentável, pautada em evidências, ética e de compromisso com a vida.

4.2.2. EIXO 2

ESTRUTURA DE GOVERNANÇA INTERSETORIAL

Objetivo

Articular os diferentes setores públicos e comunitários – saúde, educação, assistência social, segurança pública, cultura e juventude – sob uma lógica de corresponsabilidade e cooperação para uma governança intersetorial.

O suicídio é um fenômeno multifatorial, envolvendo determinantes biológicos, psicológicos, sociais, econômicos e culturais. Assim, sua prevenção exige uma governança intersetorial, que articule os diferentes setores públicos e comunitários — saúde, educação, assistência social, segurança pública, cultura e juventude — sob uma lógica de corresponsabilidade e cooperação (BRASIL, 2023).

Para garantir essa integração, recomenda-se a criação de um Comitê Gestor de Prevenção do Suicídio, instância interinstitucional responsável por:

- Coordenar as ações do plano em âmbito municipal, regional, estadual ou institucional;
- Estabelecer fluxos de comunicação entre os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), escolas, conselhos tutelares e unidades de assistência social;
- Definir metas, cronogramas e indicadores de desempenho;
- Promover reuniões periódicas de avaliação e ajustes estratégicos.
- (Re)avaliação dos serviços existentes com análise da satisfação por parte de seus usuários e familiar.

Para garantir uma comunicação social efetiva deve-se: promover campanhas contínuas e seguras sobre prevenção, evitando o excesso de tecnicismo e focando na frase temática de 2025: Se precisar, peça ajuda ou em expressões que reforcem a assistência, cuidado e acolhimento.

Essa governança colegiada fortalece a transparência das ações, reduz a fragmentação dos serviços e estimula a responsabilização compartilhada entre os diversos atores envolvidos, contribuindo para o processo de comunicação efetiva.

4.2.3. EIXO 3 PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Objetivo

Fortalecer o controle social, participação cidadã e coprodução das políticas públicas.

A governança de um plano de prevenção do suicídio deve ser orientada pelos princípios da participação social, conforme preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS). A incorporação de usuários, familiares, conselhos de saúde, movimentos sociais e organizações da sociedade civil nos processos de gestão, amplia a legitimidade das ações e contribui para o alinhamento das políticas às reais necessidades da população (CARVALHO; BODSTEIN, 2020).

A participação social pode se dar por meio de:

- Fóruns municipais de saúde mental e valorização da vida;
- Consultas públicas e audiências comunitárias;
- Representação da sociedade civil no comitê gestor;
- Parcerias com universidades e centros de pesquisa para produção de conhecimento e inovação em políticas de prevenção.

Indicadores:

- Número de fóruns realizados/ano;
- Consultas públicas realizadas;
- Percentual de reuniões realizadas do Comitê em relação a programada;
- Parcerias realizadas/ano.

4.2.4. EIXO 4

SUSTENTABILIDADE E FINANCIAMENTO

A sustentabilidade financeira e operacional do plano é outro componente crítico da governança. Para tanto, é necessário garantir **fontes regulares de financiamento**, por meio dos instrumentos oficiais de planejamento do SUS.

Ações estratégicas

- Recursos orçamentários próprios dos entes federativos (PES, PPA, LOA, FNS);
- Convênios com o Ministério da Saúde e outras secretarias estaduais;
- Parcerias público-comunitárias e editais de fomento em saúde mental;
- Cooperação técnica com organismos internacionais, como a OMS e a OPAS;
- Financiamento externo através de instituições financeiras (exemplos: BID, BNDES).

Além do financiamento, a sustentabilidade depende da formação de lideranças locais e da institucionalização das ações, de modo que o plano não dependa exclusivamente de gestões específicas ou iniciativas isoladas.

4.2.5. EIXO 5

TRANSPARÊNCIA E ÉTICA INSTITUCIONAL

A gestão de um plano de prevenção ao suicídio deve pautar-se pela ética, confidencialidade e proteção dos direitos humanos. A governança ética implica garantir o sigilo das informações, o respeito à autonomia dos indivíduos e a promoção de ambientes seguros para o diálogo sobre o sofrimento psíquico (BOTEGA, 2021).

A transparência na comunicação institucional, acompanhada de protocolos éticos claros para o manejo de dados e casos sensíveis, reforça a confiança da população e dos profissionais nos serviços de saúde, educação e assistência social, consolidando uma cultura de valorização da vida, cuidado humanizado e cultura de paz.

”

A metodologia organiza caminhos de cuidado e gestão, articulando eixos estratégicos para transformar evidências em ações de prevenção.



5 Monitoramento e Avaliação

Objetivo

Aplicar ferramentas de monitoramento e avaliação visando resultados de impacto.

Entre as prioridades estratégicas recomendadas, destacam-se:

- Programação anual de saúde (PAS), contendo objetivos, indicadores de desempenho, metas quantitativas e qualitativas, ações e responsáveis por cada atividade;
- Sistema de monitoramento contínuo, com coleta sistemática de dados, boletins epidemiológicos semestrais sobre suicídio, painéis do CIEGES, encaminhamentos intersetoriais, tomadas de decisão e desfechos;

- Avaliação de impacto e efetividade, utilizando indicadores como redução de tentativas de suicídio, ampliação do acesso à saúde mental, educação permanente de profissionais e satisfação dos usuários;
- Relatórios públicos de transparência que garantam o acompanhamento social e a prestação de contas à sociedade deste Plano.

Princípios orientadores que fundamentam o Monitoramento e Avaliação:

- M&A orientados por finalidade (accountability X aprendizagem): combinar métricas de prestação de contas (indicadores de cobertura/resultados) com sistemas que favoreçam aprendizado rápido e ajuste de políticas;
- Integração intersetorial: desenhar indicadores comuns entre saúde, educação, assistência social e segurança pública para permitir comparações e articulação;
- Abordagem mista e participativa: combinar dados quantitativos (vigilância, serviços) com avaliação qualitativa (entrevistas, grupos focais) e envolver usuários, famílias e sociedade civil no processo;
- Proteção, sigilo e ética: garantir confidencialidade nas coletas e registros e protocolos claros para manejo de informações sensíveis.

Estrutura técnica para o M&A:

- Elaborar a Teoria da Mudança do plano com resultados imediatos (exemplo: aumento de triagens), médios (exemplo: redução de tentativas) e finais (redução de mortalidade).
- Mapear hipóteses e pressupostos (exemplos: disponibilidade de leitos de saúde mental, adesão escolar às intervenções, adesão dos profissionais a treinamentos etc.)

Definir indicadores em níveis:

- Indicadores de insumo: recursos alocados (R\$), número de profissionais treinados.

- Indicadores de processo: atividades realizadas (número de sessões de acolhimento, visitas escolares, visitas de ACS etc.).
- Indicadores de saída (outputs): produtos imediatos (protocolos implementados, número de encaminhamentos, usuário(a)s regulados, visitas de atenção domiciliar etc.).
- Indicadores de resultado: mudanças intermediárias (proporção de pessoas com seguimento pós-tentativa; redução da ideação em pesquisas escolares, números de estudos de caso clínicos encerrados etc.).
- Indicadores de impacto: taxa de mortalidade por suicídio por 100.000 habitantes reduzida.



Gestão Financeira

Planilhas de
demonstração
de execução 2026*

6.1. Planilha

PLANEJAMENTO NO FORMATO DE MATRIZ DE INTERVENÇÃO, COLUNAS DE EIXO, META, AÇÃO ESTRATÉGICA, RESPONSÁVEIS, PRAZO E RECURSOS NECESSÁRIOS

EIXOS PRIORITÁRIOS 2026	META	AÇÃO ESTRATÉGICA	RESPONSÁVEIS	PRAZO	RECURSOS NECESSÁRIOS
Atenção Primária em Saúde (APS)	Qualificar 100% das equipes de APS para triagem de risco suicida, por região de saúde	Implementar protocolo de triagem de risco nas UBS	Coordenação de APS, ESF, CAPS Foco: Gestão Municipal Execução: ESPPI/DASM	6 meses	Impressos, material educativo, capacitação Horas-aula diárias
	Garantir acompanhamento ativo dos casos identificados	Realizar visitas domiciliares e seguimento em prontuário eletrônico	Equipes de Saúde da Família GAPS/DASM - monitorar PEC	Contínuo	Transporte, tablets/computadores, tempo de equipe da APS
Saúde do escolar	Implantar ações de promoção da saúde mental em 100% das escolas em tempo integral da rede estadual	Realizar rodas de conversa e oficinas com alunos, pais e professores	Secretaria de Educação, CAPS, PSE, psicólogos, assistentes sociais	12 meses	Espaço físico, material pedagógico, equipe técnica
	Capacitar 80% dos professores para identificação de sinais de risco	Treinamentos presenciais e online	Secretaria de Saúde, Educação, coordenação pedagógica	6 meses	Instrutores, plataforma EAD, material impresso
Monitoramento e Vigilância em Saúde	Garantir notificação de 100% dos casos de tentativa e óbito por suicídio	Integrar notificações ao e-SUS e SINAN. Monitorar os dados	Coordenação de Vigilância em Saúde e análise de tendências	Permanente	Acesso a sistemas, treinamento, internet
	Publicar boletins epidemiológicos semestrais	Elaborar e divulgar boletins para gestores e comunidade	Vigilância epidemiológica, análise, comunicação	Semestral	Software de análise, equipe de análise de dados
Posvenção	Atender 100% das famílias afetadas em até 72h após o evento	Criar protocolo de acolhimento imediato	ESF, CAPS, CREAS, assistência social	1 mês (implantação) e contínuo	Equipe multiprofissional, transporte, material de apoio
	Oferecer grupos de apoio mensais para familiares e sobreviventes	Condução por psicólogos e assistentes sociais	CAPS, CREAS, ONGs parceiras	Mensal	Espaço físico, equipe facilitadora
Educação Permanente de Profissionais	Capacitar pelo menos 2000 profissionais por ano	Cursos presenciais e a distância com qualificação anual	Secretaria de Saúde, ESPPI, parceiros acadêmicos	Anual	Instrutores, plataforma EAD, material didático
	Padronizar uso de protocolos de triagem em todos os setores envolvidos	Treinamento sobre Escala Columbia e fluxos de encaminhamento	Secretaria de Saúde, Educação e Assistência Social	6 meses	Protocolos impressos, treinamento

* As metas, ações e recursos dos anos seguintes estarão inseridas na Programação Anual de Saúde (PAS), a cada ano de execução do Plano. Esta planilha 6.1. serve apenas como modelo de referência para o Plano Operativo anual

6.2. Planilha

VALOR ESTIMADO POR AÇÃO ESTRATÉGICA DE 2026*

EIXO	META	AÇÃO ESTRATÉGICA	RESPONSÁVEIS	PRAZO	RECURSOS NECESSÁRIOS	ORÇAMENTO ESTIMADO (R\$)
APS	Qualificar 100% das equipes para triagem	Implementar protocolo nas UBS	Coordenação APS, ESF, CAPS	6 meses	Impressos, material educativo, capacitação	185.000/ano
	Acompanhar casos identificados	Visitas domiciliares e seguimento eletrônico	ESF	Contínuo	Transporte, tablets/ computadores	20.000/ano
Saúde do Escolar	Implantar ações de promoção da saúde mental	Rodas de conversa e oficinas em escolas	Secretaria de Educação, CAPS, PSE, Piauí Saúde Digital, psicólogos, assistentes sociais	12 meses	Espaço, material pedagógico, equipe técnica	40.000,00/ano
	Capacitar professores para identificação de risco	Treinamento presencial e online	Secretaria de Saúde, Educação, coordenação pedagógica	6 meses	Instrutores, EAD, material impresso	30.000,00/ano
Monitoramento e vigilância em saúde	Notificação de 100% dos casos	Integrar notificações ao e-SUS e SINAN	Vigilância em saúde	3 meses	Acesso a sistemas, treinamento	15.000,00/ano
	Publicar boletins semestrais	Elaboração e divulgação	Vigilância epidemiológica, comunicação	Semestral	Software, equipe de análise	12.000/ano
Posvenção	Atendimento a famílias em até 72h	Protocolo de acolhimento imediato	ESF, CAPS, CREAS, assistência social	1 mês + contínuo	Equipe multiprofissional, transporte, material apoio	35.000/ano
	Grupos de apoio mensais	Facilitação por psicólogos e assistentes sociais	CAPS, CREAS, ONGs parceiras	Mensal	Espaço, equipe facilitadora	24.000/ano
Educação permanente de profissionais	Capacitar 2000 profissionais/ano	Cursos presenciais e EAD	Secretaria de Saúde, ESPPI, parceiros acadêmicos	Anual	Instrutores, plataforma EAD, material	250.000/ano
	Padronizar protocolos em todos os setores	Treinamento sobre protocolo	Secretaria de Saúde, Educação e Assistência Social	6 meses	Protocolos impressos, treinamento realizado	118.000,00/ano
Custo total						727.000,00/ano

* A planilha 6.2 está disposta acima como um modelo referência para uso no Plano Operativo anualmente com os devidos ajustes de implementação do Plano Estratégico.



6.3. Matriz Swot

CENÁRIO DE ALTA TAXA DE SUICÍDIO

FATORES INTERNOS	DESCRIÇÃO
Forças (Strengths)	• Existência de rede de atenção básica de saúde estruturada (UBS, ESF, e-Multi) • Piauí 98% de cobertura de ESF/APS; • Existência de rede de atenção básica de saúde estruturada (UBS, ESF, e-Multi) • Presença de CAPS ou serviço equivalente de atenção especializada por região de saúde – cobertura em todas as 12 regiões de Saúde; • Profissionais de saúde com experiência em Atenção Psicossocial; • Programas de saúde do escolar em funcionamento – escolas em tempo integral e PSE em 100% dos Municípios; • Sistema de notificação epidemiológica ativa – núcleos de epidemiologia, painéis, boletins semestrais.
Fraquezas (Weaknesses)	- Baixa capacitação específica em prevenção e posvenção do suicídio; - Falta de protocolos padronizados de triagem e seguimento do cuidado; - Integração insuficiente entre saúde, educação e assistência social; - Estigma e tabu sobre o tema na comunidade; - Carência de recursos financeiros e humanos especializados; - Falta de acompanhamento estruturado de casos pós-tentativa e grupos de apoio.
FATORES EXTERNOS	DESCRIÇÃO
Oportunidades (Opportunities)	- Programas e políticas nacionais de prevenção ao suicídio (Ministério da Saúde, OPAS, USP); - Possibilidade de parcerias com universidades, ONGs e instituições religiosas/comunitárias; - Avanço de plataformas online de capacitação para profissionais e acesso a consultas especializadas; - Disponibilidade de dados epidemiológicos para monitoramento e direcionamento de ações; - Campanhas nacionais como o Setembro Amarelo, que ajudam na mobilização;
Ameaças (Threats)	- Contexto socioeconômico adverso (desemprego, pobreza, vulnerabilidades, violência) aumentando vulnerabilidade; - Desigualdade no acesso a serviços especializados em saúde mental; - Resistência cultural e religiosa ao debate sobre suicídio; - Alta rotatividade de profissionais da saúde, educação e assistência social; - Aumento do uso abusivo de álcool e outras drogas na população adolescente e jovem; - Falta de políticas públicas consistentes e de longo prazo e baseadas em evidências.

6.4. Matriz Tows

ESTRATÉGIAS PARA CENÁRIO DE ALTA TAXA DE SUICÍDIO*

COMBINAÇÃO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	AÇÕES PROPOSTAS
SO – Usar as Forças para aproveitar Oportunidades	Potencializar a rede e os recursos existentes para implementar ações de promoção e prevenção	– Integrar a rede básica de saúde (UBS, ESF, CAPS, e-Multi) com programas nacionais de prevenção; – Ampliar ações nas escolas usando o suporte de campanhas como Setembro Amarelo e PSE; – Firmar parcerias com universidades para educação permanente e uso de evidências; – Utilizar o sistema de notificação ativo para gerar boletins públicos e sensibilizar a comunidade.
ST – Usar as Forças para neutralizar Ameaças	Proteger a população vulnerável usando recursos já disponíveis	– Implantar grupos de apoio comunitário liderados por equipes de saúde mental – Usar dados epidemiológicos para mapear territórios de maior risco e direcionar visitas domiciliares; – Realizar campanhas de redução do estigma em parceria com líderes comunitários e religiosos; – Intensificar atendimentos móveis em áreas de difícil acesso.
WO – Reduzir Fraquezas aproveitando Oportunidades	Corrigir lacunas na formação, protocolos e integração intersetorial	– Adotar protocolos de triagem com treinamento online e presencial; – Criar fluxo intersetorial entre saúde, educação e assistência social com base em experiências de outros municípios; – Usar plataformas EAD para capacitar profissionais sem deslocamento; – Buscar editais e financiamentos federais/estaduais para estruturar posvenção.
WT – Minimizar Fraquezas e evitar Ameaças	Evitar agravamento da taxa de suicídio frente ao cenário adverso	– Estabelecer um comitê de crise para respostas rápidas em casos críticos; – Criar banco de horas ou incentivo financeiro para reduzir a rotatividade de profissionais; – Garantir equipe multiprofissional de referência em cada região de saúde; – Desenvolver protocolos de posvenção para reduzir o risco de suicídio por efeito de contágio.

*Matriz SWOT cruzada – desenvolver estratégias específicas ao cruzar os fatores Internos (Forças e Fraquezas) com os externos (Oportunidades e Ameaças).

6.5. Matriz de indicadores

INDICADORES 1 E 2 SÃO DE IMPACTO;

3 A 7 SÃO DE PROCESSO/RESULTADO INTERMEDIÁRIO;

8 A 10 SÃO DE QUALIDADE E GOVERNANÇA

INDICADOR	DESCRIÇÃO DO INDICADOR	MÉTODO DE CÁLCULO	FONTE DE DADOS	FREQUÊNCIA DE COLETA	RESPONSÁVEL	META / PADRÃO ESPERADO
1. Taxa de mortalidade por suicídio	Número de óbitos por suicídio por 100.000 habitantes no período de 12 meses	(Óbitos por suicídio no período / população total no período) X 100.000	SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade	Anual	Secretaria Municipal/ Estadual de Saúde (Vigilância em Saúde)	Redução de 3 % em 3 anos
2. Taxa de internações por tentativa de suicídio	Número de internações hospitalares por tentativa de suicídio por 100 internações	Nº de internações por lesões autoprovocadas/população total residente X 100.000 Códigos X60 a X84 da CID-10	SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares	Semestral	Coordenação de Saúde Mental / Hospital de Referência	Redução anual de 1 %
3. Proporção de pessoas com seguimento pós-tentativa em até 7 dias	Percentual de indivíduos atendidos por tentativa de suicídio que receberam contato ou atendimento de acompanhamento até 7 dias após a alta.	(Nº com contato ≤ 7 dias / Nº de altas por tentativa) X 100	Prontuário eletrônico / Sistema de regulação / e-SUS	Trimestral	Atenção Primária (ESF) e RAPS	≥ 80% dos casos acompanhados
4. Cobertura de qualificação de profissionais	Percentual de profissionais de saúde, educação e assistência social qualificados em identificação e cuidado diante da crise suicida	(Nº profissionais capacitados / Nº profissionais alvo) X 100	Relatórios de capacitação / RH / listas de presença	Anual	Secretaria de Saúde, Educação e assistência social	≥ 90% dos profissionais qualificados até 2029
5. Existência e aplicação de protocolos de prevenção e posvenção	Proporção de unidades (UBS, escolas, CRAS, CREAS, CAPS) que possuem protocolo implantado e o utilizam nos casos de risco	Número de serviços com protocolos existentes e aplicados/ Nº total de serviços avaliados X 100	Supervisões, auditorias e relatórios institucionais	Semestral	Comitê de Prevenção / Coordenação Intersetorial	70% das unidades até o 2º ano de implementação
6. Número de ações educativas realizadas em ambiente escolar	Total de oficinas, rodas de conversa, palestras ou campanhas realizadas com estudantes e professores	Número de ações educativas realizadas em ambiente escolar = ∑ ações educativas realizadas no período	Relatórios escolares / Secretaria de Educação, relatórios PSE	Trimestral	Escolas e coordenações pedagógicas	≥ 4 ações/ano por unidade escolar

INDICADOR	DESCRIÇÃO DO INDICADOR	MÉTODO DE CÁLCULO	FONTE DE DADOS	FREQÜÊNCIA DE COLETA	RESPONSÁVEL	META / PADRÃO ESPERADO
7. Percentual de escolas com programas de promoção de saúde mental	Escolas com programa estruturado de promoção da saúde mental e prevenção ao suicídio	Nº de escolas com programas de promoção da saúde/ Nº das escolas avaliadas X 100	Relatórios das secretarias de educação e saúde Registros do Programa Saúde na Escola (PSE)	Anual	Secretaria Estadual/ Municipal de Educação	≥ 70% das escolas até o 3º ano (tempo integral)
8. Percentual de notificações completas	Percentual de fichas de notificação de tentativa de suicídio com todos os campos preenchidos	Número de notificações completas no período/ Nº total de notificações analisadas no período X 100	SINAN / Vigilância em Saúde	Trimestral	Vigilância Epidemiológica Municipal	≥ 90% de notificações completas
9. Índice de satisfação dos usuários e famílias com o acompanhamento após tentativa	Percentual de usuários/famílias que avaliam positivamente atendimento e o acompanhamento recebidos após tentativa	Nº de respondentes satisfeitos ou muito satisfeitos/ Nº total de respondentes X 100	Pesquisa de satisfação / questionário estruturado	Anual	Diretoria de Saúde Mental / Ouvidoria SUS	≥ 85% de satisfação
10. Tempo médio de resposta pós-notificação	Média de dias entre notificação de tentativa de suicídio e primeiro contato da equipe de referência	$\Sigma(\text{Data da 1ª resposta} - \text{Data da notificação})$ Nº de notificações analisadas	SINAN / Relatórios RAPS	Mensal	Vigilância + APS SINAN	≤ 7 dias

Anexo 1
RESOLUÇÃO CIB/PI – APROVAÇÃO DO PEEPS

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
BIPARTITE

SESAPI

RESOLUÇÃO CIB-PI Nº 122/2026

A Comissão Intergestores Bipartite do Piauí em sua 326ª Reunião Ordinária, realizada no dia 14 de abril de 2026, em Teresina, no uso de suas atribuições legais e regimentais, considerando:

- a) A Portaria GAB/SESAPI Nº 1405, de 27 de fevereiro de 2026, dispõe sobre a constituição, composição, competências e funcionamento do Comitê Estadual de Prevenção do Suicídio do Piauí (CES-PI);
- b) A Portaria GM/MS nº 757/2023, que atualizou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), revogando normas anteriores (como a 3.588/2017) e alterando dispositivos de consolidação sobre redes de atenção, focando na reestruturação dos componentes da rede;
- c) A Lei Nº 13.819, de 26 de abril de 2019 que Institui a Política Nacional de Prevenção da Autossuicídio 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;
- d) A Portaria Nº 1.876, de 14 de agosto de 2006 que Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão;
- e) O uso de sínteses de evidências sobre Prevenção do Suicídio para fundamentar a tomada de decisão no planejamento e organização de eixos estratégicos do Plano;
- f) O cenário epidemiológico do suicídio no estado do Piauí, que demanda ações de prevenção estruturadas, vigilância qualificada, monitoramento contínuo e integração efetiva da rede de cuidado;
- g) A prevenção do suicídio exige atuação intersetorial envolvendo saúde, educação, assistência social, segurança pública, justiça, mídia, organizações da sociedade civil e demais setores estratégicos;
- h) A necessidade de fortalecer as estratégias de prevenção do suicídio, promoção da vida e vigilância das lesões e violências autoprovocadas, de modo a ampliar e qualificar as ações desenvolvidas pelo estado do Piauí, com o objetivo de reduzir a incidência da mortalidade por suicídio por meio de ações integradas de promoção, prevenção, posseção e cuidado.

RESOLVE:

- 01 - Aprovar o Plano Estratégico Estadual de Prevenção do Suicídio.
- 02 - Encaminhar esta Resolução ao Ministério da Saúde para as devidas providências.

Teresina-PI, 22 de abril de 2026.

(assinatura eletrônica)
DIRCEU HAMILTON CORDEIRO CAMPELO
Secretário de Estado da Saúde do Piauí e
Presidente da CIB-PI

(assinatura eletrônica)
LEOPOLDINA CIPRIANO FEITOSA
Presidente da Fundação Municipal de Saúde de Teresina-PI e
Presidente do COSEMS-PI



Documento assinado eletronicamente por LEOPOLDINA CIPRIANO FEITOSA - Matr.00000000, Presidente do COSEMS - PI, em 22/04/2026, às 14:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no Cap. III, Art. 14 do [Decreto Estadual nº 18.142, de 28 de fevereiro de 2019](#).



Documento assinado eletronicamente por DIRCEU HAMILTON CORDEIRO CAMPELO - Matr. 444900-2, Secretário de Estado da Saúde, em 22/04/2026, às 17:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no Cap. III, Art. 14 do [Decreto Estadual nº 18.142, de 28 de fevereiro de 2019](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.pi.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 0023691225 e o código CRC 4C188755.

”

Com base em evidências, o Plano organiza objetivos e caminhos de ação para fortalecer o cuidado em rede, reduzir vulnerabilidades e promover a vida no Piauí.



7

Referências

ANTRA (Associação Nacional de Travestis e Transexuais). *Dossiê dos assassinatos e da violência contra pessoas trans no Brasil*. Brasília, DF: ANTRA, 2023.

ANTRA (Associação Nacional de Travestis e Transexuais). *Dossiê sobre a saúde mental e vulnerabilidade da população trans*. [S. l.]: ANTRA, 2024.

ASSOCIATION OF STATE AND TERRITORIAL HEALTH OFFICIALS. *Suicide indicator explorer guide*. Arlington, VA: ASTHO, [s.d.].

BALDO, M.; CALDEIRA, A. P. Suicídio em populações rurais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 2022.

BOCCUCCI, A. M. P.; SOUZA, E. R.; FREITAS, R. S. *Como reduzir o suicídio de crianças e adolescentes? Uma síntese de evidências sobre o papel da escola*. Brasília, DF: CODEPLAN, 2020.

BOTEGA, Neury José. *Crise suicida: avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil: 2017-2020*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico: mortalidade por suicídio no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de atenção básica: saúde mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diálogos deliberativos: uma diretriz metodológica interativa*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; São Paulo: Hcor, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de prevenção do suicídio para profissionais da atenção primária à saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota técnica sobre prevenção do suicídio no ambiente escolar*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental e prevenção do suicídio na população negra e indígena: indicadores e fatores de risco*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. PROADESS – Avaliação do desempenho do sistema de saúde. Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=res1>. Acesso em: 20 nov. 2025.

CARVALHO, A.; ARRUDA, N.; PALACIO-ARRUDA, M. Exposição a agrotóxicos e saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2022.

CASSORLA, Roosevelt M. S. (org.). *Suicídio: estudos multidisciplinares*. Campinas: Papirus, 2011.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 21ª REGIÃO. *Orientações sobre prevenção do suicídio e sofrimento psíquico na população LGBTQIA+*. Teresina: CRP21, 2024.

COSTA, S.; LIMA, M.; SOUZA, A. A governança em saúde como eixo estruturante das políticas públicas no SUS. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 45, n. esp., p. 45-62, 2021.

DURKHEIM, Émile. *O suicídio*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. *Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. São Paulo: FBSP, 2023.

FORTUNE, Sarah et al. *Evidence synthesis of the research on suicide prevention and postvention: Aotearoa New Zealand and international perspectives*. Wellington: Ministry of Health, 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Saúde mental e população LGBTQIA+ no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Levantamento sobre bem-estar psicológico e saúde mental da população LGBTQIA+ no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2024.

- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ AMAZÔNIA. *Saúde mental de populações indígenas*. Manaus: Fiocruz Amazônia, 2022.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico 2022: população indígena*. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 22 fev. 2026.
- INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. *Mental health in the workplace: policy brief*. Geneva: ILO, 2021.
- KREISER, A.; JOBES, D. The Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS): evidence and practice. *Current Psychiatry Reports*, New York, v. 22, 2020.
- MANN, J. J. et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, Chicago, v. 294, n. 16, p. 2064-2074, 2005.
- MILLER, M.; GURNEY, S. Evidence-informed public health policy and suicide prevention. *Public Health Reports*, Washington, v. 136, n. 2, p.145-156, 2021.
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. *Implementación de estrategias de prevención del suicidio: resumen de evidencia para políticas*. Santiago: Ministerio de Salud, 2023.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais de atenção primária*. Washington, DC: OPAS, 2018.
- SANTOS, E.; MIRANDA, C.; SILVA, J. Indicadores em saúde mental: diretrizes para avaliação de políticas públicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.25, n.12, p.4721-4734, 2020.
- SHANWICK, T.; BETANCOURT, T. School-based suicide prevention: evidence and best practices. *Child and Adolescent Mental Health*, Oxford, v.25, n.3, p.129-138, 2020.
- STARFIELD, Barbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.
- TEIXEIRA-FILHO, Fernando Silva; PINTO, Nelson Filice de Barros. Tentativa de suicídio e suicídio em pessoas lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT): uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.70, n.4, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000256>. Acesso em: 23 maio 2024.
- TRAPÉ, Carla Andrea et al. *Diálogo deliberativo sobre enfrentamento do sofrimento psíquico de universitários*. São Paulo: FOU SP/EEUSP, 2022.
- VAN DER FELTZ-CORNELIS, C. et al. Suicide prevention guideline implementation in primary care: a realist review. *BMC Health Services Research*, London, v.21, art.1234, 2021.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health worker burnout and mental health*. Geneva: WHO Press, 2022.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *LIVE LIFE: an implementation guide for suicide prevention in countries*. Geneva: WHO Press, 2021.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: WHO Press, 2014.

