

# PROPOSTAS DE AÇÕES DO COMITÊ DE PREVENÇÃO E POSVENÇÃO DO SUICÍDIO EM UMA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Action proposals of the suicide prevention and postvention committee of the Municipal Health Secretary

Raquel Pinheiro Niehues Antoniassi<sup>1</sup>, Giseli Cipriano Rodacoski<sup>2</sup>, Flávia Caroline Figel<sup>3</sup>

1. Psicóloga Clínica na SPES Psicologia e Essentia Clínica de Psiquiatria e Psicoterapias, Membro da Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio (ABEPS) e do Comitê de Prevenção e Posvenção do Suicídio da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá-PR, Professora do Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9223-0078>
2. Psicóloga na PUCPR: SEAP – Serviço de Apoio Psicopedagógico; Docente na Escola de Saúde Pública do Paraná. Curitiba-PR. Mestre em Educação, Doutora em Biotecnologia - linha de pesquisa: Ensino na Saúde. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4837-9331>
3. Psicóloga, Equipe técnica de coordenação da Rede de Atenção à Saúde Mental – SESA – Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9986-6813>

**CONTATO:** Raquel Raquel Pinheiro Niehues Antoniassi | Rua Marechal Deodoro, 489 | apto. 601 | Zona 07 | Maringá | PR | E-mail: [raquel@spespsicologia.com.br](mailto:raquel@spespsicologia.com.br)

**COMO CITAR** Antoniassi RPN, Rodacoski GC, Figel FC. Propostas de ações do comitê de prevenção e posvenção do suicídio em uma Secretaria Municipal de Saúde. R. Saúde Públ. Paraná. 2019 Jul.;2(Supl 2):11-25.



**COPYRIGHT** Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

**RESUMO** Este relato de experiência se refere a um projeto aplicativo que objetivou apresentar propostas de ações a serem colocadas em prática a partir da implantação e sistematização do Comitê de Prevenção e Posvenção do Suicídio de Maringá-PR, com ações que contemplam as diferentes modalidades de Prevenção do Suicídio: universal, seletiva e indicada. Alguns dos resultados parciais incluem a Elaboração do Plano de Ação do Comitê, Capacitação em Prevenção e Posvenção do Suicídio, Elaboração de Boletim Informativo, atividades no Setembro Amarelo, organização da Rede de Referência para os casos de Comportamento Suicida, organização do Protocolo de Referência e Contra-Referência de Atendimento aos Casos de Comportamento Suicida, monitoramento dos dados epidemiológicos de Maringá, apoio à implantação do CVV, além de outros. Tais resultados são o início de um trabalho que pretende ter um maior alcance, fortalecendo a rede de referência para o cuidado dos usuários com comportamento suicida e seus familiares.

**PALAVRAS-CHAVE:** Suicídio. Saúde Mental. Transtornos Mentais Graves. Atenção Primária à Saúde.

**ABSTRACT** This experience report refers to an application project that aimed to present proposals for actions to be put into practice stemming from the implementation and systematization of the Suicide Prevention and Postvention Committee of Maringá-PR, with actions contemplating the different modalities of Suicide Prevention: universal, selective and indicated. Some of the partial results include the Elaboration of the Committee's Action Plan, Training in Suicide Prevention and Postvention, Elaboration of the Information Bulletin, activities in the Yellow September, organization of the Reference Network for Suicide Behavior cases, organization of the Reference and Counter-Reference Protocol for Responding to Cases of Suicidal Behavior, monitoring of the epidemiological data from Maringá, support to the implantation of CVV, among others. These results are the beginning of a work that intends to have a greater reach, strengthening the reference network for the care of users with suicidal behavior, and of their relatives.

**KEYWORDS:** Suicide. Mental Health. Mental Disorders. Primary Health Care.

## INTRODUÇÃO

**C**onsiderando que o encaminhamento de pessoas para atendimento psicológico manifestando ideação suicida e/ou tentativa de suicídio no contexto da saúde pública constitui-se em uma constante na prática de trabalho faz-se necessária a discussão e compreensão deste fenômeno para fins de articulações de possíveis formas de intervenção efetivas sobre tal demanda.

O suicídio consiste em um ato deliberado, intencional, de causar morte a si mesmo, em cuja

ação a pessoa tem a clara noção (ou uma forte expectativa) de que dele pode resultar a morte, e cujo desfecho fatal é o esperado, independente do meio que o utiliza para tal<sup>1</sup>. Representa um sério problema de saúde pública, uma vez que sua taxa de mortalidade aumentou 60%, situando-se entre as 10 causas mais frequentes de morte<sup>2</sup>.

No que diz respeito especificamente ao Brasil, é o quarto país latinoamericano com o maior crescimento no número de suicídios entre 2000 e 2012. Em 2013, foram oficialmente

registradas 9.852 mortes por suicídio, o que representa uma média de 27 mortes por dia no país. Isto sem mencionar os casos subnotificados, o que é extremamente comum<sup>3</sup>.

Em setembro de 2017, o Ministério da Saúde publicou o 1º Boletim Epidemiológico do Suicídio, o qual apresenta aumento nas taxas de mortalidade por suicídio nos períodos de 2011 a 2016, em que essa é a 4ª maior causa de morte entre pessoas na faixa etária de 15 a 29 anos de idade, sendo a 3ª maior entre homens e a 8ª maior entre mulheres. A partir de tal mapeamento epidemiológico, foi lançada uma Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio, visando a qualificação da assistência e do sistema de notificação de casos<sup>4</sup>.

Dentro do contexto de subnotificação, faz-se de suma importância considerar os dados epidemiológicos relativos às tentativas de suicídio. Embora não haja um registro de abrangência específico acerca deste fenômeno, estima-se que superam significativamente o número de suicídios. Deste modo, é necessário o acompanhamento de tais casos, uma vez que uma tentativa prévia de suicídio constitui-se no principal fator de risco para sua concretização. Isto porque após uma tentativa, estima-se que o risco de suicídio aumente em pelo menos cem vezes em relação aos índices presentes na população geral<sup>3</sup>.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece que somente 28 países possuem uma estratégia nacional de prevenção de suicídios, sendo que o Brasil não é um deles<sup>5</sup>. Em 2005, o Ministério da Saúde iniciou um processo de elaboração do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, que não resultou na elaboração final do mesmo até hoje, porém, culminou na Portaria nº 2.542 de 22 de dezembro de 2005, a qual instituiu grupo de trabalho com o objetivo de elaborar e implantar uma estratégia nacional de prevenção de suicídio e, posteriormente, na

Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006, na qual foram instituídas as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, que ressaltam o alto nível epidemiológico de registro de suicídio e tentativas de suicídio em todo o país<sup>6</sup>.

Em comemoração ao Setembro Amarelo, campanha de conscientização sobre a prevenção do suicídio e valorização da vida, foi realizada em 2015, nos serviços de saúde pública de Maringá, uma Capacitação em Medidas de Prevenção e Posvenção do Suicídio para cerca de 150 funcionários, majoritariamente psicólogos e assistentes sociais da rede municipal de saúde. Como resultado deste encontro, foi possível perceber a carência destes profissionais de informações teóricas e práticas acerca da avaliação e manejo nestes casos, o que ficou evidenciado pela ativa participação destes ao longo da capacitação, além das requisições posteriores de que tal curso fosse ampliado ofertado para outros profissionais e outras instituições vinculadas à rede municipal de saúde.

A partir disto, foi proposta à Secretaria Municipal de Saúde, a criação do Comitê de Prevenção e Posvenção do Suicídio, o qual, diante da demanda observada e, em consonância com as Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio, foi implantado em novembro de 2015 com o principal objetivo de gerenciar e direcionar as ações de prevenção e posvenção do suicídio no município de Maringá.

Considerando tais aspectos, o presente relato de experiência se refere a um projeto aplicativo e teve como objetivo apresentar propostas de ações a serem colocadas em prática a partir da implantação e sistematização do Comitê de Prevenção e Posvenção do Suicídio de Maringá-PR.

## ANÁLISE SITUACIONAL

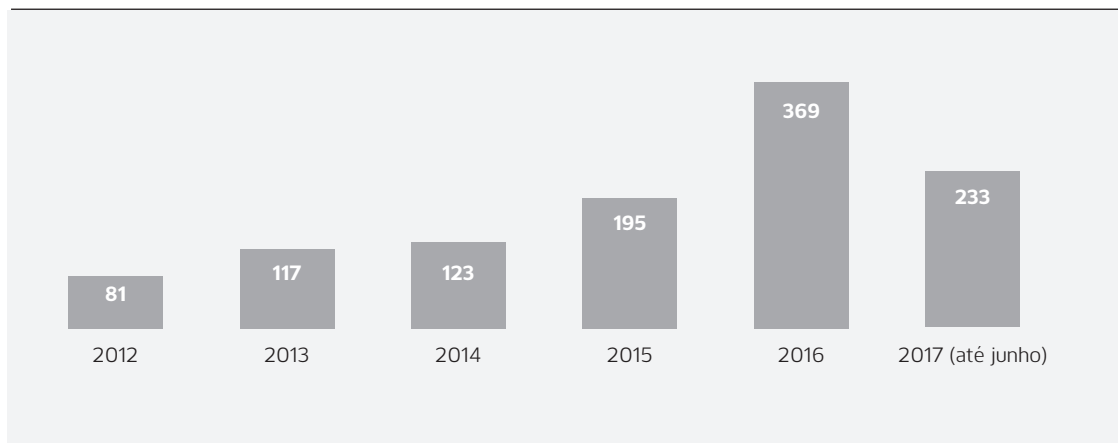
A cidade de Maringá possui uma área equivalente a 487,052km<sup>2</sup>, constituindo-se no terceiro maior município do Estado do Paraná, sendo a sétima cidade mais populosa da Região Sul do país. A população de Maringá em 2017 era estimada em 406.693 pessoas<sup>7</sup>.

Maringá possui a cobertura de 74 Equipes de Saúde da Família (ESF) alocadas em 34 Unidades Básicas de Saúde (UBS). A Rede de Saúde Mental em Maringá conta com psicólogos em todas as UBS que realizam atendimentos individuais e em grupo, profissionais nas equipes do NASF, um serviço de Emergência Psiquiátrica Pública com 26 leitos psiquiátricos em hospital geral, um Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPSad II), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II Canção), um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), duas Residências Terapêuticas masculina e uma feminina. Em maio de 2015 foi inaugurado o Complexo Maringaense de Saúde Mental, alocando os serviços especializados em prédio

próprio (CAPSIII, CAPSad e CAPSi). O CAPSIII iniciou o atendimento 24 horas no início de agosto de 2017, com 12 leitos de acolhimento aos pacientes com transtornos mentais e dependência química em crise, proporcionando maior oferta de tratamento extra-hospitalar. O município ainda possui uma equipe do Consultório na rua que integra a atenção básica, promovendo atenção integral à população em situação de rua com equipe multiprofissional.

Os os dados epidemiológicos referentes à violência autoprovocada, no ano de 2016, reportam a notificação de 369 casos de violência autoprovocada, ou seja, de ideação suicida e/ou tentativa de suicídio, sendo que destas 135 (37%) foram de homens e 234 (63%) foram de mulheres, conforme gráfico publicado pelo Boletim Epidemiológico do Comitê de Prevenção e Posvenção do Suicídio da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá<sup>8</sup>. A faixa etária com maior frequência de ocorrência de comportamento suicida em 2016 foi entre os adultos jovens, dos 20 a 34 anos de idade.

**Gráfico 1.** Evolução da violência autoprovocada em Maringá



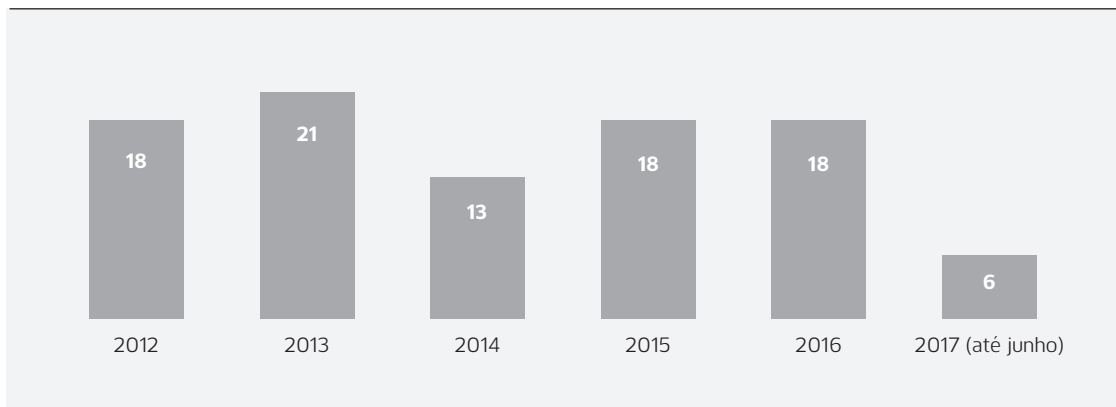
Fonte: Boletim Epidemiológico do Comitê de Prevenção e Posvenção do Suicídio da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá.

No que diz respeito a mortes por suicídio no município, em 2016 foram notificados 18 óbitos (mesmo número notificado no ano anterior), sendo 11 homens e 7 mulheres. Ao longo dos últimos anos, a evolução deste dado pode ser identificada no Gráfico 2.

Apesar da importância destes dados para

o mapeamento do fenômeno do suicídio no município de Maringá, devemos considerar ainda a questão da subnotificação dos casos de comportamento suicida, o que pode indicar um dado ainda mais alarmante por trás dos números aqui apresentados.

**Gráfico 2** Evolução de óbitos por suicídio em Maringá



Fonte: Boletim Epidemiológico do Comitê de Prevenção e Posvenção do Suicídio da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá.

## JUSTIFICATIVA

Considerando o aumento da incidência de tentativas de suicídio e demanda de atendimento para pacientes com comportamento suicida na cidade de Maringá-PR, verifica-se a necessidade de ações a serem colocadas em prática a partir do Comitê de Prevenção e Posvenção do Suicídio de Maringá-PR, a qual sistematize e oficialize os principais focos de atuação a serem considerados por gestores para tomadas de decisão no que tange à temática proposta.

## OBJETIVOS

### GERAL

- Propor ações a serem colocadas em prática a partir da implantação e sistematização do Comitê de Prevenção e Posvenção do Suicídio de Maringá-PR.

### ESPECÍFICOS

- Sensibilizar e capacitar a rede de saúde pública municipal sobre o suicídio e mecanismos de prevenção e posvenção deste fenômeno;
- Organizar a rede de referência para o atendimento, encaminhamento e acompanhamento dos usuários e familiares;

- Monitorar os dados epidemiológicos de suicídio no município de Maringá e contrareferenciá-los para busca ativa nas UBS e/ou outras unidades de atendimento em saúde mental;

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### A. SUICÍDIO: CARACTERÍSTICAS E DETERMINANTES

Embora o conceito de suicídio pareça relativamente simples, sua definição ainda acarreta em divergências<sup>1</sup>. O conceito que, segundo o autor, é adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), é que tal fenômeno consiste em

Ato deliberado, intencional, de causar morte a si mesmo, ou em outras palavras, um ato iniciado e executado deliberadamente por uma pessoa que tem a clara noção (ou uma forte expectativa) de que dele pode resultar a morte, e cujo desfecho fatal é esperado<sup>1</sup>

O autor enfatiza ainda que, do ponto de vista fenomenológico, o suicídio refere-se a um processo que tem início com pensamentos ou ideias sobre a própria morte (ideação suicida), as quais podem adquirir um caráter mais persistente ou recorrente e, desse modo, evoluir para um plano (plano suicida) e, então, partir para o ato suicida que, o qual pode (suicídio) ou não (tentativa de suicídio) resultar em morte. Desse modo, ao falar sobre comportamento suicida, pode-se designar a qualquer um dos momentos deste processo.

Shneidman<sup>9</sup>, considerado o pai da suicidologia, ou do estudo do comportamento suicida, define suicídio como sendo o ato consciente de autoaniquilação induzida,

podendo ser compreendido como uma doença multidimensional num indivíduo carente que entende o suicídio como maneira de resolver um problema.

Existem dois fatores que devem ser considerados quando se trata de um ato que leva à morte: letalidade e intencionalidade<sup>10</sup>:

Se o primeiro constructo parece evidente em função da escolha do método utilizado e da possibilidade de levar a cabo, o segundo remete para as profundezas dos mecanismos da mente, quiçá para aspectos também mais filosóficos.

Neste sentido, a questão da intencionalidade é um fator de suma importância para a compreensão do comportamento suicida, principalmente por envolver um aspecto absolutamente subjetivo quanto à sua intenção, ou seja, qual resultado buscava produzir, no momento do ato suicida.

O suicídio é um fenômeno cuja natureza é multidimensional e, desse modo, abrange aspectos da ordem genética, sociocultural, traços de personalidade, experiências de vida (positivas ou negativas) e história psiquiátrica<sup>1</sup>.

Neste sentido, o autor reforça a importância de considerar que poucas vezes é possível atribuir um porquê linear para um fenômeno como o suicídio, visto este envolver uma multicausalidade. Isto significa que mais de um fator, ou mesmo vários deles, podem contribuir para a ocorrência do suicídio.

O suicídio é um comportamento multifatorial e multideterminado resultante de uma complexa teia de fatores de risco e de fatores protetores que interagem de uma forma que dificulta a identificação e a precisão do peso relativo de cada um deles<sup>1</sup>.

Desta maneira, para que seja possível

compreender de modo adequado a ação de tais fatores, o autor afirma que podemos falar em fatores de risco para suicídio, que podem ser subdivididos em *fatores predisponentes e fatores precipitantes*<sup>1</sup>.

Os fatores predisponentes, ou distais, são aqueles que encontram-se a partir de uma linha do tempo, distantes do evento do suicídio, e podem ser: genótipo, história familiar, função serotoninérgica, reguladores neuroquímicos, características demográficas, fisiopatologia, transtornos mentais, perfil de personalidade, história de abuso (físico, moral e sexual), doenças físicas graves e/ou incuráveis, doenças neurológicas, tentativas prévias de suicídio<sup>1</sup>.

O autor<sup>1</sup> compreende ainda que, por sua vez, os fatores precipitantes, ou proximais, referem-se àqueles passíveis de identificação em um momento próximo ao suicídio, que acarretaram em sofrimento intenso, tais como: desesperança, intoxicação por substâncias psicoativas, impulsividade/agressividade, expectativas negativas, dor crônica intensa, vergonha/humilhação pública, fácil acesso a meios de suicídio, fracasso marcante, perdas importantes (físicas, afetivas, morais), piora irreversível de doença anterior/estágio terminal.

Considerando ainda os fatores de risco para suicídio, Botega<sup>11</sup> entende que pessoas que tenham sido expostas às circunstâncias específicas (fatores de risco) constituem a formação de um grupo de risco devido a ter maior probabilidade de desenvolver uma dada doença ou condição clínica. Fica claro, portanto, tal como explicitado pelo autor, que a natureza dos fatores de risco para o suicídio é muito variável, na medida em que

há influência da genética, elementos da história pessoal e familiar, de fatores culturais

e socioeconômicos, de acontecimentos estressantes, de traços de personalidade e de transtornos mentais<sup>11</sup>.

Ainda de acordo com o autor:

Alguns fatores constituem características pessoais imutáveis e, embora não possam ser objeto de ações clínicas ou preventivas, são, na prática, importantes sinalizadores de risco de suicídio (por exemplo, sexo, história de abuso sexual ou de tentativa de suicídio). Outros fatores, como transtornos mentais, estados emocionais e acesso a meios letais, podem ser modificados, tornando-se alvo tanto da atenção clínica dirigida a um paciente quanto das estratégias de prevenção<sup>11</sup>.

Os autores<sup>111</sup> concordam que o suicídio é multideterminado por um conjunto de fatores de diferentes naturezas, externos e internos ao indivíduo, que se combinam de modo complexo e variável. Os fatores de proteção do suicídio, por outro lado, são mais complexos em sua definição, e são ainda mais difíceis de operacionalizar e mensurar a partir da história singular e particular de cada morte. No entanto, em contrapartida, consistem em valiosa ação de prevenção e de investimento na potencialização de tais fatores<sup>11</sup>.

Assim, alguns fatores que são considerados como protetores contra comportamentos suicidas podem ser: estilo cognitivo e personalidade (sentimento de valor pessoal, confiança em si mesmo, disposição para buscar ajuda quando necessário, disposição para pedir conselho diante de decisões importantes, abertura à experiência alheia, disposição para adquirir novos conhecimentos, habilidade para se comunicar); padrão familiar (bom relacionamento intrafamiliar, apoio de parte da família, pais dedicados e consistentes); fatores culturais e sociais (adesão a valores, normas e tradições positivas, bom relacionamento com amigos,

colegas e vizinhos, apoio de pessoas relevantes, amigos que não usam drogas, integração social no trabalho, em alguma igreja, em atividades esportivas, clubes, etc., objetivos na vida); e fatores ambientais (boa alimentação, bom sono, luz solar, atividades físicas e ambiente livre de fumo e de drogas)<sup>1</sup>. Apesar da presença dos fatores acima citados, Botega<sup>11</sup> recomenda que:

não devemos considerar, durante uma avaliação de risco, que o fato de uma pessoa contar com fatores de proteção possa, verdadeiramente, protegê-la, se, ao mesmo tempo, ela sofrer a influência de vários ou até mesmo de um forte fatores de risco para o suicídio (p. 90).

## B. PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

A prevenção do suicídio é crucial, uma vez que o número de suicídios, além de ser elevado, vem aumentando significativamente ao longo dos últimos anos, a partir de dados divulgados pela OMS. Ressalta-se ainda sua importância no fato de que os atos suicidas possuem efeitos negativos nos diferentes níveis pessoal, familiar, social e profissional, que podem perdurar sobre a comunidade<sup>10</sup>.

A prevenção é qualquer medida que vise a interceptar a causa de uma doença antes que ela seja desenvolvida em uma pessoa, dessa forma prevenindo que ela sequer ocorra. Neste sentido, no que diz respeito especificamente à prevenção do suicídio, o autor<sup>1</sup> afirma que existem três modalidades de prevenção, quais sejam:

- *Modalidade universal* – tem como alvo toda a população;
- *Modalidade seletiva* – destinada a populações (ou indivíduos) que apresentam um baixo grau de risco para suicídio,
- *Modalidade indicada* – designada

especificamente para populações (ou indivíduos) que apresentam um risco moderado a alto para comportamento suicida e que, portanto, já encontram-se no processo suicida.

Shneidman<sup>12</sup> afirma que “o suicídio é um problema de todos”, embora não considere que todos tenham as mesmas funções, responsabilidades e potencialidades para a execução de ações específicas destinadas a este fim.

Botega e col.<sup>13</sup> recomendam que as ações de prevenção do comportamento suicida devem abranger aspectos como conhecimento dos fatores de risco, “sendo fundamental que as ações se voltem ao que pode ser transformado, evitando aquilo que possa ser evitado e amenizando o que foge de qualquer possibilidade de intervenção” (p. 214). Neste sentido, enfatizam que as recomendações da OMS para prevenção do suicídio devem estar agrupadas em três aspectos essenciais:

(...) 1) ampliação da conscientização da comunidade acerca do suicídio e seus fatores de risco; 2) intensificação de programas e serviços de conscientização e de assistência e 3) incremento e aprimoramento da ciência sobre o tema, de forma a aumentar os recursos de prevenção e de ação sobre o suicídio (p. 214)

Faz-se de suma importância destacar a relevância de elaboração efetiva de estratégias de prevenção que possibilitem a identificação precoce e a intervenção nas situações de risco, levando em consideração a complexidade de tal fenômeno humano<sup>13</sup>. Fator este que, no entanto, ainda não encontra-se sistematizado de modo adequado dentro do âmbito das políticas públicas de saúde brasileiras.



### C. POSVENÇÃO DO SUICÍDIO

O termo Posvenção foi desenvolvido por Edwin Shneidman (1973), autor considerado como pai da suicidologia, ou seja, do estudo do comportamento suicida. O autor desenvolveu tal conceito afirmando que "posvenção do suicídio é uma forma direta de prevenção de futuros suicídios" (tradução livre)<sup>14</sup>.

Inicialmente falar em posvenção do suicídio referia-se a ações de ajuda aos sobreviventes, como são denominadas as pessoas enlutadas por suicídio. No entanto, ao longo dos anos, o conceito de posvenção passou a ser aplicado não apenas à assistência aos enlutados, mas também para qualquer pessoa afetada, direta e/ou indiretamente, pela morte de alguém por suicídio, visto que esta pode acarretar em aumento do risco de suicídio para quem fica<sup>15</sup>. Isto porque, tradicionalmente, pessoas que inicialmente não seriam categorizadas como enlutadas por suicídio, também podem ser impactadas pela experiência, como, por exemplo, as pessoas que encontram o corpo, profissionais de saúde, bombeiros, dentre outros, os quais podem não vivenciar o processo de luto, porém sofrer os efeitos negativos da exposição ao suicídio e, portanto, devem ser alvo de ações de posvenção.

Considerando tais aspectos, posvenção pode ser definida como ações de resposta organizada realizadas após o suicídio, cujos procedimentos têm como objetivos:

- Facilitar o processo de melhora do sofrimento e angústia diante da perda do suicídio;
- Reduzir possíveis efeitos negativos decorrentes da exposição, direta e/ou indireta, ao suicídio;
- Prevenir o suicídio entre pessoas que

encontram-se em situação de risco após a exposição ao suicídio;

A principal diretriz da posvenção é garantir que todas as ações a serem efetivadas possam cumprir com esses três objetivos, de forma integrada, equilibrada e eficaz, considerando como foco qualquer pessoa que tenha sido exposta à morte de alguém por suicídio<sup>15</sup>. Considerando tais aspectos, as autoras sugerem que torna-se possível compreender que o conceito de posvenção, e suas possibilidades de ações, têm aplicação em diferentes pessoas e contextos, de acordo com o risco de efeitos negativos após um determinado momento e não se destina a explicar apenas a progressão individual ou as dificuldades de adaptação à perda por suicídio ao longo do tempo.

### PROPOSTA METODOLÓGICA

As ações a serem executadas pelo Comitê de Prevenção e Posvenção do Suicídio contemplarão as diferentes modalidades de prevenção do suicídio, sendo elas:

- *Medidas universais*, destinadas à população em geral;
- *Medidas seletivas*, indicadas para grupos de risco elevado; e
- *Medidas indicadas*, específicas para indivíduos com alto risco para comportamento suicida.

## AGENDA ESTRATÉGICA

	AÇÃO PROPOSTA	OBJETIVOS	PÚBLICO-ALVO	PARCEIROS INSTITUCIONAIS
JANEIRO	Agendamento e realização de reuniões para a formalização das ações na rede municipal de saúde	Organização e sistematização de parceiros da rede municipal de saúde em atividades de prevenção e posvenção do suicídio	Rede Municipal de Saúde	CAPS II, CAPS III, CAPS Infanto-Juvenil e CAPSad
	Elaboração de Boletim Informativo	Fornecer informações sobre o tema	Rede Municipal de Saúde	A definir
FEVEREIRO	Agendamento e realização de reuniões para a formalização das ações na rede municipal de saúde	Organização e sistematização de parceiros da rede municipal de saúde em atividades de prevenção e posvenção do suicídio	Rede Municipal de Saúde	UPA Zona Norte, UPA Zona Sul e Emergência Psiquiátrica
	Participação em reunião de grupo da Rede de Atenção à Violência	Promover discussão sobre automutilação e comportamento suicida, possibilitando capacitação técnica de avaliação e manejo dos casos, além de encaminhamento destes para o fluxo de atendimento da rede municipal de saúde	Grupo Floriano	Rede de Atenção à Violência
MARÇO	Elaboração de Boletim Informativo	Fornecer informações sobre o tema	Rede Municipal de Saúde	A definir
	Capacitação em Medidas de Prevenção e Posvenção do Suicídio	Aumentar a atenção entre profissionais de saúde para suas próprias atitudes e tabus em relação e prover treinamento para as equipes envolvidas em prevenção	Rede Municipal de Saúde	Não se aplica
	Agendamento e realização de reuniões para a formalização das ações na rede municipal de assistência social	Organização e sistematização de parceiros da rede municipal de assistência social em atividades de prevenção e posvenção do suicídio	SASC	CRAS (quais a definir de acordo com a disponibilidade)
	Participação em reunião de grupo da Rede de Atenção à Violência	Promover discussão sobre automutilação e comportamento suicida, possibilitando capacitação técnica de avaliação e manejo dos casos, além de encaminhamento destes para o fluxo de atendimento da rede municipal de saúde	Grupo Vila Operária e Zona Sul	Rede de Atenção à Violência

**PROPOSTAS DE AÇÕES DO COMITÊ DE PREVENÇÃO E POSVENÇÃO  
DO SUICÍDIO EM UMA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

	<b>AÇÃO PROPOSTA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>PÚBLICO-ALVO</b>	<b>PARCEIROS INSTITUCIONAIS</b>
<b>ABRIL</b>	Agendamento e realização de reuniões para a formalização das ações na rede municipal de assistência social	Organização e sistematização de parceiros da rede municipal de assistência social em atividades de prevenção e posvenção do suicídio	SASC	CREAS I, CREAS II e CREAS Sócio Educativo
	Participação em reunião de grupo da Rede de Atenção à Violência	Promover discussão sobre automutilação e comportamento suicida, possibilitando capacitação técnica de avaliação e manejo dos casos, além de encaminhamento destes para o fluxo de atendimento da rede municipal de saúde	Grupo Guaiapó-Requião	Rede de Atenção à Violência
	Elaboração de Boletim Informativo	Fornecer informações sobre o tema	Rede Municipal de Saúde	A definir
<b>JUNHO</b>	Agendamento e realização de reuniões para a formalização das ações na rede municipal de assistência social	Organização e sistematização de parceiros da rede municipal de assistência social em atividades de prevenção e posvenção do suicídio	SASC	Abrigo Provisório, CRAS (quais a definir de acordo com a disponibilidade)
	Avaliação e discussão das atividades realizadas pelo CPPS no primeiro semestre	Avaliação dos resultados a curto prazo identificados a partir das realizações das atividades executadas pelo CPPS no primeiro semestre	Secretaria Municipal de Saúde	Não se aplica
<b>PERMANENTE</b>	Organização da rede de referência para o atendimento, encaminhamento e acompanhamento dos usuários com comportamento suicida e seus familiares	Viabilizar atendimento, encaminhamento e acompanhamento adequados aos casos de comportamento suicida dos usuários e familiares	Pacientes em Médio e Alto Risco	Rede Municipal de Saúde
	Manutenção do protocolo de referência e contra-referência de atendimento aos casos de comportamento suicida realizados pelo Corpo de Bombeiros de Maringá-PR	Inserção dos casos de comportamento suicida realizados pelo Corpo de Bombeiros no fluxo de atendimento da rede municipal de saúde, garantindo ao acompanhamento destes casos	Pacientes em Alto Risco	Corpo de Bombeiros
	Realização de matriciamento nas UBS, CAPS, UPAs e Emergência Psiquiátrica	Discussão de casos e articulação da rede municipal de saúde para atendimento, encaminhamento e acompanhamento dos usuários e familiares	Rede Municipal de Saúde	UBS, CAPS, UPAs e Emergência Psiquiátrica

	AÇÃO PROPOSTA	OBJETIVOS	PÚBLICO-ALVO	PARCEIROS INSTITUCIONAIS
PERMANENTE	Realização de matriciamento nas unidades de atendimento da SASC	Discussão de casos e articulação da rede municipal de saúde para atendimento, encaminhamento e acompanhamento dos usuários e familiares	Unidades de Atendimento da SASC	SASC
	Monitoramento dos dados epidemiológicos de comportamento suicida no município de Maringá-PR	Sistematização e integração dos dados municipais inseridos no SINAN acerca da violência autoprovocada e, também, de intoxicação exógena, as quais são realizadas separadamente, dificultando a formulação de dados gerais sobre comportamento suicida, buscando ainda a divulgação na rede de atendimento municipal e pela mídia dos dados epidemiológicos identificados	Vigilância Epidemiológica	Não se aplica
	Produção técnico-científica e participação em eventos da área	Aprimorar e divulgar os trabalhos realizados pelo Comitê de Prevenção e Posvenção do Suicídio	Não se aplica	Universidade Estadual de Maringá e outros a definir

## RESULTADOS

O Comitê de Prevenção e Posvenção do Suicídio, existente na Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, atua desde outubro de 2015 e encontra-se em processo de organização e sistematização de suas ações na Rede de Atenção Psicossocial à Saúde do município.

### RESULTADOS PARCIAIS

- *Elaboração Do Plano De Ação Do Comitê*
- *Capacitação Em Prevenção E Posvenção Do Suicidio*
- *Agendamento E Realização De Reuniões*

- Para A Formalização Das Ações Na Rede Municipal De Saúde E Outras Secretarias*
- *Elaboração De Boletim Informativo*
- *Organização E Participação Em Atividades Referentes Ao Setembro Amarelo (Mês De Conscientização Sobre A Prevenção Do Suicidio)*
- *Proposição De Projeto De Lei Municipal Para Criação Da Semana De Valorização Da Vida*
- *Organização Da Rede De Referência Para O Atendimento, Encaminhamento E Acompanhamento Dos Usuários Com Comportamento Suicida E Seus*

*Familiares*

- *Organização Do Protocolo De Referência E Contra-Referência De Atendimento Aos Casos De Comportamento Suicida Realizados Pelo Corpo De Bombeiros De Maringá-Pr*
- *Realização De Matriciamento Nas Ubs, Caps, Upas E Emergência Psiquiátrica*
- *Monitoramento Dos Dados Epidemiológicos De Comportamento Suicida No Município De Maringá-Pr*
- *Apoio À Implantação Do Centro De Valorização Da Vida (Cvv) No Município*
- *Produção Técnico-Científica E Participação Em Eventos Da Área*

**RESULTADOS ESPERADOS  
PARA O FUTURO**

Todos os resultados atingidos até o momento foram alcançados com a presença de uma profissional da Psicologia como responsável pela organização e execução das ações do comitê durante apenas período parcial de trabalho, ou seja, por 6hs/semana. Considerando o alcance dos resultados parciais e, por conseguinte, as possibilidades de amplitude de tais resultados, sugere-se à gestão municipal a designação oficial de um profissional que assuma a função de gerenciamento das ações do comitê, em período integral, ou seja, 30hs/semana.

Os resultados parciais apresentados correspondem a apenas o início de um trabalho que deve almejar um alcance ainda maior, que possa ter impactos sobre diversos indicadores de qualidade a serem definidos ao longo do processo de execução do trabalho do comitê.

Considerando tais aspectos, espera-se como futuros resultados:

1. Atuação de profissional destinado exclusivamente às ações do comitê, potencializando seu alcance e dinamizando suas potencialidades de resultados;
2. Elaboração dos indicadores de avaliação e monitoramento da qualidade das ações executadas;
3. Avaliação dos resultados obtidos a partir dos cursos de capacitação ministrados até o momento para os servidores municipais da saúde, educação e assistência social;
4. Formulação de capacitação em medidas de prevenção do comportamento autolesivo sem intenção suicida;
5. Continuidade semestral da capacitação em medidas de prevenção e posvenção do suicídio.
6. Elaboração de novos boletins informativos, trazendo informações amplas a respeito da temática.
7. Manutenção da organização e participação em ações do Setembro Amarelo;
8. Continua participação e organização de eventos que favoreçam a troca de conhecimentos especializados sobre a temática e constante aprimoramento para atuação do comitê.
9. Proposição e execução de Plano Municipal de Prevenção do Suicídio.

Por meio de tais resultados almejados, julga-se possível atingir os objetivos específicos propostos pelo presente trabalho, fortalecendo a organização da rede de referência para o atendimento, encaminhamento e acompanhamento dos usuários com comportamento suicida e seus familiares.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trabalhar com medidas de prevenção do suicídio dentro do contexto das políticas públicas não constitui-se tarefa fácil, na medida em que envolve fatores complexos, uma vez que os serviços de saúde têm características que atendem a necessidades complexas e variáveis que têm dimensões tão complexas quanto<sup>16</sup>. Neste contexto, o autor afirma que

(...) o setor saúde é uma área disputada por atores que têm interesses divergentes: os usuários, que querem serviços de qualidade, mais baratos; os profissionais, que querem desenvolver seu conhecimento, suas habilidades, sua profissão, obter uma boa renda, prestando bons serviços; as empresas de materiais e produtos; os seguros; os estabelecimentos privados que querem fazer bons negócios; o Governo, que quer benefícios políticos, etc. (p. 12)

O autor enfatiza a importância de a organização e gestão dos serviços de saúde considerarem tais particularidades e complexidades como fazendo parte da constituição do processo de trabalho neste setor, principalmente nos serviços públicos. Isto porque tais organizações dependem em maior grau do que as demais do ambiente sociopolítico<sup>16</sup>.

Considerando tais aspectos, é possível compreender a dificuldade de executar as ações propostas no presente trabalho no que se refere principalmente às possibilidades da gestão municipal para manutenção dos incentivos para continuidade e ampliação das ações executadas pelo Comitê de Prevenção e Posvenção do Suicídio.

No entanto, reforça-se a importância do investimento municipal nestas ações a fim de colaborar com a mudança dos dados epidemiológicos e análise situacional, tal

como apresentada neste projeto, atualmente identificada no município.

Investir em ações de prevenção e posvenção do suicídio no âmbito das políticas públicas de saúde, nas diferentes modalidades de prevenção (universal, seletiva e indicada), consiste em fator de extrema importância para a transformação da realidade situacional do município. Embora seja muito difícil o processo de prever atos e comportamentos humanos, tal como é o suicídio, é possível, por meio de tais medidas, reduzir o risco de que tal ato possa ser realizado. No entanto, vale ressaltar que o trabalho com prevenção do suicídio não envolve apenas evitar a morte das pessoas, mas, principalmente, em considerar

## REFERÊNCIAS

1. Bertolote JM. O suicídio e sua prevenção. São Paulo: Editora Unesp, 2012.
2. Botega NJ. Editorial. Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. Revista Brasileira de Psiquiatria, vol. 29, n. 1, pp. 7- 8, 2007.
3. Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. Psicol. USP, vol.25, n.3, pp. 231-236, 2014.
4. BRASIL. Agenda de ações Estratégicas para vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
5. Kovacs MJ. Apresentação. Psicol. USP, 2014, vol.25, n.3, pp. 229-230.
6. BRASIL. Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006: institui Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
7. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010.
8. COMITÊ DE PREVENÇÃO E POSVENÇÃO DO SUICÍDIO. Conhecendo os dados epidemiológicos do suicídio em nosso município. In: Boletim Informativo. v. 1, nº 1, pp. 2, 2017.
9. Shneidman ES. Definition of suicide. New York: Wiley, 1985.
10. Saraiva CB, Peixoto B & Sampaio D. (coord). Suicídio e comportamentos autolesivos: dos conceitos à prática clínica. Lisboa: Lidel, 2014, pp. 473-483.
11. Botega NJ. Crise Suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015

12. Shneidman ES. The suicidal mind. London: Oxford University Press, 1996.
13. Botega NJ. et al. Prevenção do comportamento suicida. In: PSICO (PUC- RS), vol. 37, n. 3, pp. 213-220, 2006.
14. Shneidman ES. Deaths of Man. New York: Quadrangle, 1973.
15. Antoniassi RPN. & Kreuz G. Posvenção. In: Figueiredo FC. & Botega NJ. Curso de Prevenção do Suicídio. SESA/ESPP-CFRH/MS. Disponível em: <http://pr.avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=18>
16. Dussault G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. In: Revista de Administração Pública, v. 26, n. 2, pp. 8-19, 1992.