



Prefeitura de

OSÓRIO

Secretaria da Saúde

JOGUE
LIMPO 
com Osório



Prefeitura de
OSÓRIO
Secretaria da Saúde

JOGUE
LIMPO 
com Osório

PREFEITURA MUNICIPAL DE OSÓRIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE OSÓRIO

**POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE EM PROMOÇÃO DA
VIDA, PREVENÇÃO E POSVENÇÃO EM
COMPORTAMENTO SUICIDA**

ABRIL, 2019



Prefeitura de
OSÓRIO
Secretaria da Saúde



POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE EM PROMOÇÃO DA VIDA, PREVENÇÃO E POSVENÇÃO EM COMPORTAMENTO SUICIDA

CONSIDERANDO que a recomendação da Organização Mundial da Saúde, da qual o Brasil é signatário, para que os Estados-Membros desenvolvam diretrizes e estratégias nacionais de prevenção do suicídio, comprometendo-se a reduzir os índices de suicídio em 10% até 2020;

CONSIDERANDO que na Constituição Federal, no capítulo saúde, em seus artigos 196 a 200 e as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que a regulamenta;

CONSIDERANDO que na Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

CONSIDERANDO que na Portaria Ministerial nº 1.876 de 14 de agosto de 2006, que institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio;

CONSIDERANDO que na portaria de consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os sistemas e os subsistemas do sistema único de saúde, em seu Capítulo I, que trata da lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública;

CONSIDERANDO que nos Pactos pela Saúde, em suas três dimensões: pela vida, em defesa do SUS e de gestão, estabelecidos pela Portaria GM/MS 399/2006.

RESOLVE:

Art 1º. Criar a Política Municipal de Promoção a Vida, Prevenção e Posvenção em Comportamento Suicida no município de Osório RS;

Art 2º. Determinar a Confecção do Plano Municipal de Saúde de Prevenção, Atendimento e Posvenção em Suicídio no Município de Osório até 90 dias após a



oficialização desta política municipal.

Art 3º. Determinar a Criação e a Implementação do COMITÊ MUNICIPAL DE PROMOÇÃO À VIDA, PREVENÇÃO E POSVENÇÃO AO SUICÍDIO.

1. INTRODUÇÃO

O suicídio é uma forma de violência autoinflingida, na qual o indivíduo, intencionalmente, tira a própria vida. Esse ato de extrema violência deixa marcas profundas nos sobreviventes (familiares e pessoas próximas à vítima) e na comunidade em geral. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cada suicídio impacta diretamente em seis ou até dez pessoas próximas. Porém, a estimativa deve ser muito maior, se considerarmos os suicídios que ocorrem em espaços públicos, nos quais um grande número de pessoas se depara com a cena de morte (OMS, 2014).

Trata-se de um fenômeno complexo, que resulta da interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais, ambientais e de trabalho, que tem se constituído em um grave problema de saúde pública, podendo conduzir a um resultado fatal, que pode ser prevenido. Os prejuízos ocasionados por essas perdas podem ser emocionais, sociais e/ou econômicos (CRUZ et al., 2017).

Cerca de um milhão (1.000.000) de suicídios ocorrem por ano em todo mundo, isso significa aproximadamente 3000 mortes por dia, ou seja, a cada 40 segundos temos um caso de suicídio (WHO 2014).

Apresenta uma taxa de mortalidade global de 16 por 100.000 habitantes; é a 13ª causa de morte; 3ª no grupo etário dos 15 aos 34 anos; 2ª nos jovens dos 15 aos 19 anos. As tentativas de suicídio representam a 6ª causa de déficit funcional permanente. Os dados da OMS indicam que as taxas de suicídio aumentaram 60% nos últimos 45 anos, sobretudo nos países em vias de desenvolvimento. Estima-se que o número de tentativas de suicídio seja dez a vinte vezes superior ao número de mortes. A prevalência ao longo da vida de tentativas de suicídio é de aproximadamente 3,5% e de ideação, de 16,3% na população em geral. Para cada suicídio, há 4 tentativas, e é aí que a intervenção dos profissionais de saúde é fundamental (MANN, J. et al. 2005; WHO 2014).

As maiores taxas de morte por suicídio são encontradas na Europa Oriental, sendo a Lituânia, Rússia, Bielorrússia e Ucrânia os líderes. Já na América do Sul, os



coeficientes de mortalidade devido a suicídios são menores do que a América do Norte e Europa. Tendo o Uruguai como líder em mortes por suicídio com 13,9/100.000 hab. Seguido pelo Suriname, Guiana e Chile (WHO 2013, 2014).

Pesquisa sobre a epidemiologia do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006 evidenciou que o número de suicídios cresceu de 29,5% neste período (de 4,4 para 5,7 / 100.000 hab. em 2006). Considerando as regiões do Brasil, a Região Sul teve a maior média de taxa de suicídio 9,3 / 100.000 hab., seguido pela Centro-Oeste, Sudeste, Norte e Nordeste. Da Região Sul, o Rio Grande do Sul é que tem as maiores taxas. Uma das causas para isso, é o elevado número de trabalhadores rurais em condições precárias de condições de vida e/ou alta exposição a pesticidas que levam a transtornos depressivos (LOIVISI, et al 2009).

Atualmente, o Brasil é o oitavo país em número absoluto de suicídios. Em 2012, foram registradas 11.821 mortes, cerca de 30 por dia, sendo maiores em homens. Os idosos e pessoas institucionalizadas são grupo de maior índice de suicídios (WHO 2013, 2014). Em 2013, foram 10.548 suicídios no Brasil, uma taxa de 5,2 por 100.000 habitantes; sendo 1107 suicídios no Rio Grande do Sul, taxa de 9,98 por 100.000 habitantes em 2014. No Brasil, a taxa de suicídios para homens é de 9,4 / 100.000 hab/ano e de mulheres é de 2,5 / 100.000 hab/ano. Já no Rio Grande do Sul é de 16,04/100.000 hab/ano para homens e de 4,08 / 100.000 hab/ano mulheres. No Rio Grande do Sul (RS), o problema se apresenta mais crítico, com uma taxa quase duas vezes maior que a brasileira: 11,05 por 100 mil habitantes em 2016 (SIM/SES/RS). Isso significa que, em média, três pessoas se matam a cada dia no estado, o que totalizou, no mesmo ano, 1168 suicídios. Essa distribuição não se dá de forma homogênea, sendo que, em regiões específicas, as taxas são muito mais elevadas. Quanto à distribuição por sexo, o fenômeno do suicídio no RS apresenta-se 3,8 vezes maior em homens (79,2%, 925 óbitos), padrão que se repete no restante do país e em quase todo o mundo, exceto na China e outros países asiáticos (OMS, 2014). Por outro lado, as mulheres atentam mais contra a própria vida, tendo apresentado 2,3 vezes mais tentativas no ano de 2017 (69,8%, 4.615 notificações) (SINAN/SES/RS). Essa diferença se deve, dentre outros fatores, ao fato dos homens recorrerem a métodos mais letais, como enforcamento e armas de fogo, enquanto as mulheres utilizam agentes tóxicos, permitindo, em muitos casos, que sejam socorridas a tempo.

Em 1999, a OMS lançou SUPRE (*Suicide Prevention Program*), iniciativa mundial



de prevenção do suicídio com o objetivo de reduzir a morbidade e mortalidade associadas ao comportamento suicida. O Brasil lança em 2006, a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio e preconiza ações de pesquisa e atendimento ao comportamento suicida. Em 14 de agosto de 2006, é lançada a Portaria de Criação da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio (WHO 2013). Resumidamente, ambos documentos visavam aspectos preventivos, reconhecimento dos fatores de riscos relevantes, bem como, classificação de risco de iminência suicida durante a avaliação e estratégias de posvenção às vítimas de tentativas não completadas e aos familiares de suicidas, conhecidos como sobreviventes. A morte por suicídio no Rio Grande do Sul é evidenciada em todas as faixas etárias (SIM/SES/RS), sendo altamente prevalente após os 60 anos de idade. O envelhecimento constitui um período de crise de desenvolvimento do ser humano, relacionado, direta ou indiretamente, com as dificuldades surgidas nesta fase da vida. Em 2016, a taxa de suicídio nesta faixa etária foi de 19,2 por 100 mil habitantes. Contudo, entre os jovens de 15 a 29 anos, o suicídio tem sido uma das três principais causas de morte nos últimos anos. Os comportamentos autolesivos e as tentativas de suicídio nessa faixa etária, apesar de ainda subnotificados, são preocupantes, representando alguns dos principais fatores de risco.

Outra particularidade do Estado são as mortes autoinflingidas entre os trabalhadores rurais, expostos a determinados agentes tóxicos e/ou a precárias condições de vida. Os riscos à saúde humana associados ao uso de agentes tóxicos e à exposição a estes têm sido objeto de grande interesse científico por vários anos. Estudos apontam que o aumento do número de episódios de intoxicação por agrotóxicos, ao longo da vida, aumenta a proporção de transtornos mentais (ZAGO et al., 2018; FARIA et al., 1999). Outro estudo, realizado em Venâncio Aires/RS, indica que já existem indícios suficientes para formular uma hipótese de que o uso de agrotóxicos, especialmente os organofosforados, pode ser um dos principais fatores de risco para suicídios (FALK et al., 1996).

O Município de Osório, através do Secretário Municipal de Saúde e da Coordenadora de Saúde Mental, Psicóloga Denize Prates vem estabelecendo medidas para melhorias no atendimento às pessoas com intenção a planos de suicídio. Portanto, faz-se necessária a constituição de uma política e de um plano que atentem para as particularidades do Estado e do próprio Município, subsidiando diretrizes e estratégias de promoção da vida, prevenção e posvenção em comportamento suicida.

2. DIRETRIZ GERAL

Estabelecer diretrizes e estratégias municipais para promoção da vida, prevenção e posvenção de comportamento suicida, em caráter Intersetorial, visando a diminuição das taxas de suicídio no Rio Grande do Sul.

3. DIRETRIZES ESPECÍFICAS:

- a. Prevenir mortes prematuras devido ao suicídio;
- b. Reduzir as taxas de outros comportamentos suicidas (ideação, plano e tentativa de suicídio, dentre outros);
- c. Reduzir os efeitos secundários prejudiciais associados aos comportamentos suicidas e o impacto traumático do suicídio nos sobreviventes e na comunidade em geral.

4. ESTRATÉGIAS:

4.1. Estratégia 1: Promoção da vida e prevenção do suicídio:

- a. Promover ações de qualidade de vida, educação, proteção, recuperação da saúde e prevenção do suicídio em três diferentes níveis: Universal (população geral), Seletiva (população vulnerável) e específica (população em risco);
- b. Apoiar o desenvolvimento de atividades relacionadas à prevenção de violências e do uso prejudicial de álcool e outras drogas, bem como a promoção da cultura da paz;
- c. Promover ações de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;
- d. Desenvolver a consciência pública, política e midiática sobre a magnitude do problema e a disponibilidade de estratégias de prevenção eficazes, buscando reduzir o estigma associado ao suicídio e promovendo o relato responsável dos meios de comunicação social em relação ao fenômeno;



e. Fomentar e apoiar projetos e parcerias que visem ações de promoção da saúde e prevenção do suicídio do trabalhador em seu ambiente de trabalho;

f. Fomentar e apoiar iniciativas de regulação e controle da disponibilidade e acesso aos meios utilizados para o suicídio, tais como: armas de fogo, segurança na arquitetura urbana, exposição a agrotóxicos e produtos químicos e uso racional e descarte de medicamentos;

g. Garantir a manutenção do envolvimento e participação de um grupo intersetorial e diversificado para desenvolver e implementar a estratégia com o apoio de políticas sociais públicas (que envolvam outras Secretarias municipais, tais como, Educação, Segurança Pública, Trabalho e Desenvolvimento Social), privadas e da sociedade civil organizada (Centro de Valorização da Vida – CVV e outras), por meio de um COMITÊ MUNICIPAL DE PROMOÇÃO A VIDA E PREVENÇÃO AO SUICÍDIO;

h. Fortalecer a articulação com o setor da educação e demais áreas ligadas à infância e adolescência, estimulando o desenvolvimento de ações de prevenção do suicídio e de habilidades emocionais na comunidade escolar;

i. Promover atividades intersetoriais alusivas ao tema, durante todo o mês de setembro, especialmente, na semana que compreenda o dia 10 de setembro, Dia Mundial de Prevenção do Suicídio;

j. Evidenciar a importância epidemiológica e a relevância do quadro de comorbidades e transtornos associados ao suicídio e suas tentativas em populações em situação de vulnerabilidade, conforme citadas acima.

4.2 Estratégia 2: Qualificação da vigilância do suicídio, do comportamento suicida, da informação do fenômeno e sua disseminação:

a. Garantir a expansão dos sistemas de vigilância para o monitoramento das tentativas de suicídio, assegurando a qualificação dos registros e sua efetiva realização, por meio da ficha de notificação de violências interpessoais e autoprovocadas do SINAN;

b. Qualificar o registro da causa de óbito por suicídio, buscando a sensibilização e

a capacitação dos profissionais envolvidos (registradores e codificadores);

c. Identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade;

d. Promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações;

f. Fomentar parcerias e pesquisas, contribuindo para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, através da produção de boletins epidemiológicos, da publicação de relatórios e estudos, disseminando informações e conhecimentos, dando visibilidade ao tema e qualificando a gestão.

4.3 Estratégia 3: Qualificação da gestão

a. Determinar a criação Comitê Municipal de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio;

b. Pactuar a garantia de recursos necessários nas áreas envolvidas para o desenvolvimento de estratégias;

c. Disseminar documentos orientadores existentes e desenvolver materiais com informações sobre os aspectos pertinentes ao suicídio (fatores de risco e proteção, sinais de alerta, dentre outros);

d. Monitorar e avaliar a implementação das estratégias propostas pela Política Nacional e Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio.

4.4 Estratégia 4: Implementação e qualificação do cuidado em todos os níveis de atenção através de linhas de cuidado.

a. Organizar linhas de cuidados integrais (promoção, prevenção, posvenção, tratamento e recuperação) que contemplem todos os níveis de atenção, seguindo o fluxo

da Rede de Atenção à Saúde com acesso às diferentes modalidades terapêuticas;

b. Fomentar a criação de Protocolos de Atenção ao fenômeno suicídio que integrem a Rede Intersetorial;

c. Otimizar o apoio psicossocial dos recursos comunitários disponíveis tanto para aqueles que apresentaram algum comportamento do espectro suicida, atentando para o período pós-internação, assim como para as famílias e pessoas próximas de indivíduos que se suicidaram, os "sobreviventes";

d. Idealização de canais de atendimento àqueles que se encontram em situação de risco e/ou tentativa de suicídio (linhas de telefone SOS);

e. Promover a educação permanente dos profissionais de saúde da atenção básica, de saúde mental, de vigilância, das unidades de urgência e emergência, dentre outros, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização;

f. Promover a educação permanente dos profissionais da Rede Intersetorial de acordo com os princípios da integralidade e da humanização;

4.5 Estratégia 5: Pactuações.

a. Entende-se como pactuações acordos e consensos que serão realizados para integração dos diversos setores da sociedade civil na implementação desta Política

b. Entendemos que a questão que envolve o Suicídio é de interesse público e social, portanto envolve toda a comunidade Osoriense e setores chaves serão convidados a participar para constituição do Plano municipal, documento de deveras importância que será o balizador da linha de cuidado desenvolvida no Município para atendimento dos casos de comportamento suicida.

Eduardo Aluísio Cardoso Abrahão – Prefeito de Osório

Emerson Arli Magni da Silva – Secretário da Saúde

5. REFERÊNCIAS

BOTEGA, Neury José. **Comportamento suicida: epidemiologia.** *Psicol. USP*[online], 2014, vol.25, n.3, pp.231-236. ISSN 0103-6564. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>.

BOTEGA, N. J. **Crise Suicida.** Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. Ministério da saúde. Boletim Epidemiológico. **Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde**, v. 48, n. 30, 2017.

CRUZ CW; FERNANDES NF; VOLKMER AN. **Observatório de análise de situação do suicídio no rs: um breve histórico.** Anais do III Seminário Internacional de Políticas Públicas. 2017.

FARIA, NMX; FACCHINI, LA; FASSA, AG; TOMASI, E. **Estudo transversal sobre saúde mental de agricultores da Serra Gaúcha (Brasil).** Rev. Saúde Pública vol.33 n.4 São Paulo Aug. 1999. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101999000400011>

FALK, JW; CARVALO, LA; SILVA, LR; PINHEIRO, S. **Suicídio e doença mental em Venâncio Aires – RS: consequência do uso de agrotóxicos organofosforados? Relatório preliminar de pesquisa.** 1996. Disponível em <http://galileu.globo.com/edic/133/agro2.doc>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Preventing suicide: a global imperative.** Genebra: 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Sistema de informação de mortalidade - SIM.** 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN.** 2018.

ZAGO, AM; MEUCCI, RD; FIORI, N; CARRET, MLV; FARIA, NMX; FASSA, AG. **Prevalência e Fatores Associados à Acidente de Trabalho em Fumicultores do Município de São Lourenço do Sul, RS, Brasil.** 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000501353&lng=pt&nrm=iso

Bertolotte, JM, et al. Suicide and Psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatric.* 2002, 1(3), 181-185.

Botega NJ, et al. Avaliação e manejo do paciente. In B G WERLANG e N J BOTEAGA (org). *Comportamento Suicida.* Porto Alegre. Artmed Editora, 2004.

Botega NJ, et al. Suicide behavior in the community: prevalence and factors associated to suicidal ideation. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2005, 27 (1): 45-53.

Camus, A. *O Mito de Sísifo: Ensaio Sobre o Absurdo.* 1949. Trad. Mauro Gama.

Falk JW, Carvalho LA, Silva LR, Pinheiro S. Suicídio e Doença Mental em Venâncio Aires/rs: consequência do uso de agrotóxicos organofosforados: relatório preliminar de pesquisa [citado em 2002 Out. 1º].

Florentine, J.; CRANE, C. Suicide prevention by limiting access to methods: a review of theory and practice. *Social Science and Medicine,* 2010, 70 (10), 1626-32.

Gonçalves, LRC, et al. Determinantes Espaciais e Socioeconomicos do Suicidio no Brasil: uma abordagem Regional. *Nova Economia Belo Horizonte.* 2011, 21(2): 218 – 316.

Jones, C.; MACK, K.; PAULOZZI, L. Pharmaceutical Overdose Deaths, United States, 2010. *JAMA* 2013; 309 (7):657-659.

Jorm, A. Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry.* 2000, 177. p. 396-401.

Leenaars, AA. Edwin S. Shneidemann on Suicide. *Suicidology Online.* 2011 1: 5-18.

Lovisi, GM Santos SA, Legay L, Abelha L, Valencia E. *Rev Bras Psiquiatr. Análise*

epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. 2009;31(Supl II):S86-93.

Mann, J. et al. Suicide Prevention Strategies. A Systematic Review. JAMA, 2005; 294 (16): 2064-2074.

Meleiro AMAS. Atendimento de pacientes com comportamento suicida na prática médica. Rev Bras Medicina. 2013, 70(4):20-5.

Meneghel SN, Gutierrez DMD, Silva RM, Grubits S, Hesler LZ, Ceccon RF. Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero. Cienc Saúde Colet. 2012; 17(8): 1983 – 92.

Menninger, K (1965). Eros e Thanatos. O homem contra si próprio. São Paulo: Ibrasa.

Nunes, E D. O Suicídio – reavaliando um clássico da literatura sociológica do século XIX. Cad. Saude Publ. 1998, 14 (1): 7-14.

Oliveira PP. A construção social da masculinidade. Belo Horizonte: UFMG, 2004.

Ribeiro, C. Revisão de Suicídios com Tranqüilizantes In: PsiquWeb. Internet, disponível 2005.

Ricwood, D. et al. Young people's helpseeking for mental health problems. Australian Journal for the Advancement of Mental Health, 2005 4(3). 1-34.

Rutz W, von Knorring L, Pihlgren H, Rihmer Z, Walinder J. Prevention of male suicides: lessons from Gotland study. Lancet. 1995; 345 (8948): 524.

Solomon, A. (2002). O demônio do meio dia. Uma anatomia da depressão. Rio de Janeiro. Objetiva.

Stephanello S, Cais CFS, Mauro MLF, Freitas GVS, Botega JN, Gender Differences in suicide attempts: preliminar results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from campinas , Brazil. Rev Bras Psiquiatr 2008; 30(2): 139 – 143.

Szumillas, M, ET AL. Post – suicide Intervention Program: A systematic Review. Can J Public Health 2011; 102(1): 18-29.

Teti GL, Rebok F, Rojas SM, Gredas L, Daray FM. Systematic Review of risk factors for suicide and suicide attempt among psychiatric patients in Latin America and Caribbean. Rev Panam Salud Publica. 2014, 36 (2): 124-33.

Turecki G, Ernest C, Jollant F, et al. The development origins of suicidal behavior. Trends Neurosci, 2012, 35 (1): 14-22.

Vidal CEL, Gontijo ECM, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa de excesso de mortalidade. Cad. Saude Publica 2013; 29: 175 – 87.

WHO (2013). World Suicide prevention day. Acedido a 4 de fevereiro. Disponível: http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/index.html.

WHO (2014). World Suicide prevention day. Acedido a 20 de agosto. Disponível: http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/index.html.

WHO (2011). Impact of economic crises on mental health. WHO, Regional Office for Europe, Denmark.