

Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil

Suicide Prevention Program: case study in a municipality in the south of Brazil

Marta Conte ¹
 Stela Nazareth Meneghel ²
 Aline Gewehr Trindade ³
 Roger Flores Ceccon ⁴
 Lilian Zielke Hesler ⁵
 Claudia Weyne Cruz ¹
 Regina Soares ⁶
 Sanderlei Pereira ⁷
 Irani Jesus ⁸

Abstract *This article focuses on the theme of suicide prevention based on analysis of a work in progress. A case study of the Program for Promotion of Life and Suicide Prevention of Candelária in the State of Rio Grande do Sul was conducted. It is a Brazilian municipality that has high suicide mortality rates in the general population and among the elderly. The scope of this paper is to present a experience that has proved successful and is based on a local initiative. The data presented here result from participant observation, interviews with the team carrying out the work, discussion groups and document analysis. The following categories were used: line of care, management and evaluation process. The results of intervention show that suicide rates declined from 5 deaths per year (21/100,000 inhabitants) between 1996 and 2000 to 3.6 deaths per year (12/100,000 inhabitants) between 2007 and 2009. The study establishes a dialogue with the experiences of others locations and provides contributions to prevention programs that can be set up in Brazil.*

Key words *Suicide, Suicide prevention programs, Networks*

Resumo *Este artigo está focado no tema da prevenção do suicídio a partir da análise de um trabalho em desenvolvimento. Foi realizado um estudo de caso do Programa de Promoção à Vida e Prevenção ao Suicídio de Candelária (RS), um município brasileiro que apresenta altos coeficientes de mortalidade por suicídio na população geral e de idosos. O objetivo deste texto é analisar uma experiência que vem obtendo êxito e tem a base numa iniciativa local. Os dados aqui apresentados resultam de observação participante, de entrevistas com a equipe que conduz o trabalho, dos grupos de discussão e da análise documental. Foram utilizadas as seguintes categorias: linha de cuidado, gestão e processo avaliativo. Os resultados da intervenção mostram que as taxas de suicídio decresceram de 5 óbitos/ano (21/100 mil habitantes) no período 1996-2000 para 3,6 óbitos/ano (12/100 mil) em 2007-2009. O estudo estabelece um diálogo com experiências de outros locais e traz contribuições para programas de prevenção que possam ser organizados no país.*

Palavras chave *Suicídio, Programas de prevenção do suicídio, Redes*

¹ Escola de Saúde Pública do RS. Av. Ipiranga 6311. 90610-001 Porto Alegre RS. martacte@terra.com.br

² Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

³ Centro de Atenção Psicossocial, Secretaria Municipal de Saúde de Candelária (RS).

⁴ Curso Técnico de Enfermagem e Radiologia, Universidade de Cruz Alta (RS).

⁵ Grupo de Estudos em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

⁶ Estratégia de Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde de Candelária (RS).

⁷ Programa de Prevenção ao Suicídio, Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural.

⁸ Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Introdução

O suicídio é um fato social¹, de repercussões subjetivas e se caracteriza como um importante problema de saúde pública². Segundo a Organização Mundial da Saúde³, as taxas de suicídio aumentaram 60% nos últimos 45 anos e representam a 13ª causa mundial de morte da população geral.

No Brasil, os coeficientes de mortalidade são três a quatro vezes maiores entre pessoas do sexo masculino e atualmente encontram-se em níveis de 4 a 5 óbitos para cada 100 mil habitantes^{4,5}. Os maiores coeficientes de suicídio estão nos estados do sul do Brasil⁶ e, recentemente, aumentaram na região Centro-Oeste⁷.

O suicídio é definido como uma violência autoinfligida e um ato decidido, iniciado e levado até o fim por uma pessoa com total conhecimento ou expectativa de um resultado fatal³. Configura uma situação complexa, com múltiplos fatores associados, que mudam de acordo com a cultura, o momento histórico e o grupo social, sendo considerado um tema *tabu* em muitas sociedades⁶.

Programas e intervenções com o objetivo de prevenir o agravo vêm sendo propostos nos últimos anos e essas ações incluem a melhoria da qualidade de vida dos grupos mais atingidos e a eliminação do estigma em torno do tema. O desafio da prevenção consiste em identificar pessoas em situação de vulnerabilidade, entender as circunstâncias que influenciam seu comportamento suicida e estruturar intervenções eficazes⁸.

No Brasil, em 2006, o Ministério da Saúde apresentou a Estratégia Nacional para Prevenção do Suicídio, com o intuito de diminuir os óbitos e as tentativas, os danos associados e o impacto na família. Nesse mesmo ano, foi lançado o Manual de Prevenção do Suicídio para Profissionais das Equipes de Saúde Mental, com o objetivo de detectar precocemente condições associadas ao fenômeno e realizar medidas de prevenção⁹.

A prevenção do suicídio pode ser classificada em termos universais, seletivos e específicos. A prevenção chamada universal visa a reduzir a incidência de novos casos através de ações educativas; a seletiva concentra-se em grupos expostos a situações de risco; enquanto a específica dirige-se a indivíduos que manifestam desejo ou ideação suicida¹⁰.

Inúmeras ações de prevenção foram efetivadas em diversos países do mundo na última década, muitas das quais por meio de rastreamento de situações de vulnerabilidade e de ações educativas¹¹. Há evidências de resultados exitosos de

programas de prevenção em países europeus, nos Estados Unidos e no Japão, os quais diminuíram significativamente as mortes por suicídio¹²⁻¹⁴.

A Organização Mundial da Saúde, nos anos 2000, lançou recomendações para prevenção do suicídio, que compreendem o estímulo à pesquisa, medidas para reduzir o acesso aos meios letais, melhoria dos serviços de atenção à saúde, reabilitação de pessoas com comportamento suicida e reconhecimento precoce de sofrimento mental. Além dessas, foi ressaltada a importância do desarmamento e do controle da posse de armas de fogo, de barreiras em locais que possam induzir a queda, de detoxificação da emissão do gás doméstico e de limitação do acesso a substâncias tóxicas⁸.

Programas de prevenção comunitários que acolhem usuários atendidos por equipes interdisciplinares têm obtido resultados satisfatórios. No Brasil, a proposta de atenção integral e o atendimento de usuários em linhas de cuidado constituem um dos cenários para a organização de políticas de atenção ao suicídio, tendo em vista a integralidade e a ação intersetorial¹⁵.

Ainda que existam ações de prevenção à violência no Brasil, não foram encontradas referências específicas de programas de prevenção do suicídio, embora possam estar sendo gestadas ações locais ainda não suficientemente avaliadas e divulgadas. Nesse sentido, considerou-se oportuno descrever a experiência de um programa de prevenção do suicídio no município de Candelária, Rio Grande do Sul/Brasil, a fim de incentivar um diálogo com outras iniciativas e contribuir para a análise de dispositivos estratégicos para enfrentar esse agravo.

Percurso metodológico

O Programa de Promoção à Vida e Prevenção ao Suicídio (PPS) de Candelária (RS) foi organizado com a finalidade de enfrentar uma situação histórica de altos coeficientes de mortalidade por suicídio, tanto na população total quanto na população idosa.

O programa conhecido como “Vida Sim” iniciou em 2009, a partir de uma proposta formulada pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (Emater) com a colaboração de vários parceiros institucionais.

Este é um estudo de caso, método que permite abordar em profundidade um fenômeno singular, neste caso um programa de prevenção ao

suicídio e explorá-lo em sua complexidade¹⁶. As proposições teóricas que levaram ao estudo de caso estão relacionadas ao campo de conhecimento da saúde coletiva assumindo como diretrizes, a integralidade e a intersetorialidade. Tais diretrizes nortearam a formulação das questões da pesquisa, deram forma ao plano de coleta de dados, à organização das dimensões analíticas e às interpretações que surgiram ao longo do estudo.

No percurso metodológico foram utilizadas diferentes estratégias de investigação. A conversa com os gestores do programa, a observação participante e o grupo de discussão constituíram fontes primárias, além da análise de documentos e mídias.

A observação participante ocorreu em visitas ao município durante a realização da pesquisa: “É possível prevenir a antecipação do fim? Suicídio de Idosos no Brasil e possibilidades de Atuação do Setor Saúde”, da qual este estudo faz parte¹⁷. A visita constitui um momento informal quando ocorreu um diálogo com a equipe e observação do “programa em ato”, permitindo identificá-lo como uma experiência exitosa, importante de ser analisada e divulgada.

O grupo de discussão foi escolhido não somente para coletar dados, mas também para potencializar a compreensão do PPS na sua integralidade, além de ser um espaço para entendimento das motivações, percepções e envolvimento dos atores com a proposta^{18,19}. O instrumento que norteou a discussão foi um roteiro semi-estruturado que incluiu os seguintes tópicos: organização do programa, linha de cuidado, itinerários, ações em rede, relato de casos. No entanto, tais conversas ultrapassaram a lista de questões, pois no decorrer da discussão foram tocados temas transversais e a equipe fez uma avaliação do seu processo e de seus resultados.

Um tema problematizado pela equipe do programa é a relação entre suicídio e uso de agrotóxicos, já que muitos dos suicidas na região são fumicultores, porém o delineamento desse estudo não está direcionado para pesquisar esta associação.

A pesquisa buscou romper com o dualismo entre pesquisadores e pesquisados, possibilitando um espaço democrático no qual cada participante trouxe sua contribuição²⁰. O grupo pautou-se pelo entendimento de que o dado qualitativo não pré-existe ao encontro de pesquisa, mas é produzido no percurso da investigação através de uma escuta implicada e ética. Esses espaços de fala permitem que os trabalhadores/profissionais, ao refletirem sobre suas práticas, transformem os saberes cotidianos em conhecimento²¹.

A investigação possibilitou que os participantes se interrogassem sobre o rumo do processo em curso, o sentido e a relevância de algumas situações-chave²². Isso auxiliou a sistematização das dimensões analíticas que surgiram após a leitura fluante dos diálogos do grupo de discussão.

A produção dos dados compreendeu um momento de geração e outro de validação com a equipe do PPS, através de rodadas de discussão coletiva, em que se pensou a proposta em seu dinamismo e plasticidade. Os dados quantitativos incluíram a avaliação dos indicadores de mortalidade antes e depois da implementação do PPS e o acompanhamento dos usuários no programa.

Rompendo tabus e falando da morte: o início do programa

O PPS teve início com o encontro de um grupo de profissionais e trabalhadores do município de Candelária e de outras três localidades, debruçados sobre a questão do suicídio e seu impacto na realidade local. Eles faziam parte de um projeto intermunicipal (saúde mental, atenção básica e Emater) que já estudava o suicídio e o grupo serviu como espaço que propiciou a análise de indicadores epidemiológicos e a construção de um manual para prevenção do suicídio.

O grupo se deparou com a precariedade da rede para atender pessoas em risco de suicídio e com a resistência dos gestores dos serviços para acolher a demanda atendida em urgências:

Enfermeira: Em 2008, quando trabalhávamos no grupo que antecedeu à organização do programa, fizemos uma autópsia psicológica em uma família e encontramos uma moça com ideação e plano para o suicídio. Combinamos com ela que seria atendida no serviço de saúde, mas esse atendimento não aconteceu.

Técnico: Ela já havia tentado [o suicídio] três vezes.

Psicóloga: A gente então argumentou com o serviço que precisava ter atendimento sem agendamento prévio porque é uma situação de urgência.

Frente à constatação das elevadas prevalências de suicídio na região e falta de fluxos específicos para o atendimento de situações de risco, esses profissionais assumiram o desafio de organizar um programa de prevenção ao suicídio. Vejamos o que dizem sobre a análise situacional que fizeram:

Enfermeira: O primeiro passo foi fazer o levantamento dos dados, uma série histórica do suicídio nos últimos anos. Levantamos essa demanda e para nossa decepção, os serviços de saúde não revelavam nada das histórias dos pacientes.

Psicóloga: Só os sintomas clínicos.

Enfermeira: Consultas clínicas, cefaléias, nada de evolução médica.

Psicóloga: Mas 60% dos pacientes tinha ido ao posto para consulta médica 30 dias antes do ato, com queixas de angústia, dor no peito e taquicardia.

Enfermeira: Isso foi muito angustiante enquanto profissional de saúde. A gente ouvia este paciente? Nós ficamos frustrados como profissionais de saúde e a grande fonte de dados foi o Boletim de Ocorrência, que tinha a cena do suicídio. [E vimos que] eles [os policiais] ouviam o que os profissionais de saúde não ouviam.

Esse achado foi surpreendente para esse pequeno grupo. Constatou-se que os operadores da segurança pública registravam a história do agravo de modo mais completo que os profissionais de saúde. Enquanto estes últimos anotavam as histórias clínicas, não as relacionavam a sinais e sintomas de comportamento suicida, evidenciando-se uma dificuldade dos serviços para compreender o problema. Esse alheamento do setor era corroborado pelo fato de que 60% dos pacientes que haviam se suicidado tinham comparecido à Unidade Básica de Saúde sem que a situação de risco tivesse sido identificada. Essa constatação alertou o grupo que se formava que deveria criar uma abordagem interdisciplinar para a prevenção do suicídio e atuar na organização da rede de atenção do município.

A primeira ação estratégica do PPS teve a finalidade de desmistificar o tema da morte por suicídio e, com isto, abrir possibilidades de falar sobre o assunto. A equipe constatou que apesar da elevada prevalência de suicídio na região, ele continuava a se manter como um assunto *tabu*, do qual se falava em surdina. Por outro lado, em muitas famílias o suicídio estava sendo naturalizado e tratado como um fato corriqueiro, enquanto em outras, os sobreviventes eram estigmatizados e sofriam discriminação. Tais constatações motivaram a equipe a colocar o assunto em discussão:

Psicóloga: Então começamos a falar de suicídio para todo mundo, na Estratégia Saúde da Família, no hospital!

Enfermeira: Antes o assunto era velado, nenhum médico falava em suicídio, então a gente começou a fazer esta desmistificação. Capacitar os médicos e os outros profissionais para identificar pessoas em risco. Acho que esta foi a grande vitória que conseguimos em pouco tempo.

Começou assim o PPS de Candelária – um município com 30 mil habitantes, metade vivendo em região rural – centralizado no Centro de

Atenção Psicossocial (CAPS) e priorizando o atendimento para todas as tentativas de suicídio. O CAPS de Candelária atualmente opera com uma equipe composta por dois psiquiatras, dois psicólogos, um assistente social, dois monitores, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, uma recepcionista, um auxiliar de serviços gerais e atende das 8 às 17 horas. Os usuários encaminhados por tentativa de suicídio são acolhidos e, dependendo da avaliação, atendidos no mesmo dia:

Monitora do CAPS: O acolhimento é rápido e flexível, na dúvida o profissional chama um colega, ou consulta alguém do hospital. Aqui a rede trabalha bem.

A criação do PPS implicou na capacitação dos profissionais que atuam na rede para acolhimento e encaminhamento dos pacientes e em acordos com a equipe para priorizar o atendimento a esses casos e permitir a inclusão das pessoas em situação de vulnerabilidade, com prioridade sobre a demanda:

Psicóloga: A gente pensou em capacitar todo o mundo e ensinar o que tem que se fazer, para que serviços mandem os casos. Todas as tentativas de suicídio são enviadas para o CAPS e atendidas como urgência.

Dessa maneira, o grupo gestor do PPS, ao instaurar o acesso irrestrito ao acolhimento em saúde mental, demonstrou estar alinhado ao entendimento da saúde mental coletiva como um processo que permite construir sujeitos sociais engajados na transformação social, buscando substituir as práticas tradicionais por outras que viabilizem projetos de vida²³.

Acolher e vincular: a linha de cuidado

Ao analisar o programa de Candelária é possível defini-lo como uma experiência de saúde pública, oriunda de uma articulação intersetorial que contempla ações educativas, de prevenção e promoção à saúde. A prevenção seletiva atua com os grupos de maior vulnerabilidade social mesmo na ausência de comportamentos suicidas, e a prevenção específica é voltada às pessoas que já fizeram tentativas de se matar ou têm ideia suicida¹⁰. As ações de prevenção individual compreendem o atendimento à pessoa em situação de crise, a identificação e o acompanhamento das situações de risco, incluindo-se a ideiação e as tentativas e a inclusão e a responsabilização de familiares. No âmbito coletivo, o PPS busca mudar a visão preconceituosa sobre o suicídio, promovendo uma discussão ampla e aberta para gerar ações e políticas públicas.

O programa foi estruturado na ótica de linha de cuidado que consiste na disponibilização de fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário²⁴, para atender a suas necessidades de saúde e promover atenção integral, estabelecendo vínculo e responsabilização. A linha desenha o itinerário que o usuário faz dentro de uma rede incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, como entidades comunitárias, de assistência social e de desenvolvimento da população rural.

Para construir a linha de cuidado do programa, foi preciso que os responsáveis pelos serviços de saúde pactuassem os fluxos e reorganizassem o processo de trabalho a fim de diminuir as barreiras de acesso dos usuários. Esse trabalho envolveu as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), os trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde (UBS), do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e do hospital local. Além dos profissionais da rede de serviços de saúde, participaram da linha de cuidado os técnicos da Emater que desenvolvem um trabalho para a melhoria da qualidade de vida das famílias rurais, os socorristas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), os bombeiros e os policiais, já que são os primeiros a atender às vítimas de suicídio consumado.

A segunda ação estratégica do programa deu ênfase à capacitação dos profissionais da saúde para que ficassem atentos à identificação de risco e às diferenças conceituais e de abordagem referentes à ideação, ao plano ou à tentativa de suicídio. Está demonstrado^{9,25} que as pessoas que tentam suicídio devem constituir um dos grupos prioritários para serem acompanhados em programas de prevenção, havendo impacto favorável nos indicadores quando há eficácia na identificação e cuidado com as pessoas que os compõem. Após a sensibilização das equipes para identificação e encaminhamento dos indivíduos em situação de risco, a pessoa com ideação suicida passou a ser acolhida nos serviços de Atenção Básica, e para isso, tornou-se fundamental a atuação dos agentes comunitários. As pessoas com ideação são encaminhadas para atendimento nas UBS ou ESF por esses agentes, enquanto as tentativas são orientadas para o CAPS. A equipe organizou os fluxos de atendimento, priorizando a atenção a esse grupo:

Psicóloga: Nós paramos as equipes para falar de suicídio e fizemos isso com todo mundo, no hospital, com os agentes comunitários de saúde, explicamos a diferença entre ideação e tentativa, e quem deve ser encaminhado para o CAPS ou para a UBS.

O programa estendeu o atendimento aos sobreviventes e, para tanto, foi feita busca ativa das famílias que tiveram perdas fatais antes da implantação do programa. A Emater, como instituição parceira, realiza a divulgação no meio rural e tem responsabilidade na realização dos grupos de promoção à saúde. Atualmente o programa possui várias portas de entrada e estratégias de cuidado como informa um dos membros do grupo gestor:

Psicóloga: Agora toda a tentativa que chega pela Estratégia Saúde da Família, pelo hospital, pelo serviço de urgência, pela brigada militar, enfim, por qualquer um dos serviços, é encaminhada para o CAPS. Chegando ao CAPS, fazemos acolhimento e decidimos o plano terapêutico individual para cada caso. Temos um prontuário diferente para tentativa de suicídio, são pacientes que a gente liga periodicamente, fala com a família e pergunta se está tudo bem.

A linha de cuidado é flexível e não funciona apenas por protocolos estabelecidos de referência e contrarreferência, mas também pela organização de itinerários, a fim de que seja facilitado o acesso do usuário aos serviços. Essa abordagem visa à construção e ao fortalecimento das redes sociais de vizinhos e familiares, especialmente nos casos em que o usuário mora no meio rural e em regiões de difícil acesso. O familiar é orientado a lidar com situações de risco. Recomenda-se a ele que não deixe a pessoa sozinha num período inicial de tratamento, que acompanhe o uso da medicação e que restrinja o acesso a armas e a materiais tóxicos.

Psicóloga: Nas visitas domiciliares, vamos eu e o psiquiatra e demora uma manhã inteira quando a pessoa mora longe. Então a gente monta uma rede social para os vizinhos ficarem de prontidão e a família atenta. Se observarem algumas situações que indicamos, nos chamam. Muitas vezes, eles não têm telefone, então avisam o agente que liga para o CAPS. O agente comunitário traz o retorno e acompanha a medicação.

A integralidade na linha acontece por meio do Plano Terapêutico Individual (PTI) considerado um conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do indivíduo, com base na avaliação de risco clínico, social, econômico, ambiental e afetivo. O plano terapêutico possibilita ao serviço de saúde operar centrado nas necessidades dos indivíduos e não mais na oferta de serviços²⁶.

O PTI é elaborado para cada usuário ao ingressar no CAPS e abrange grupos terapêuticos, atendimento individual, familiar e oficinas de

pintura, música, culinária e artesanato. Além disso, são ofertadas atividades na comunidade, ainda que no momento inicial do tratamento, as pessoas dificilmente aceitem participar delas, já que estão aprisionadas na idéia da morte como única saída para sua situação. Porém, observa-se que após alguns meses de tratamento, os usuários do programa começam a se interessar pelas oficinas terapêuticas, o que na visão da equipe representa um marco, um avanço importante na construção de um projeto de vida. O tempo de cada um nessa elaboração é subjetivo e o programa respeita esse processo:

Psicóloga: Toda a quinta feira a gente reúne a equipe no CAPS para decidir o plano terapêutico individual das pessoas que chegaram durante a semana. A gente se reúne e vê, chegou tal caso de suicídio, quem vai ficar atendendo quem, se o paciente vai usar medicação, em suma, o que vai ser feito.

A concepção que fundamenta o cuidado e a formulação do plano terapêutico envolve a compreensão da singularidade de cada caso, o trabalho com a família, o acesso do paciente aos serviços e aos medicamentos (se for o caso), a possibilidade de inserção nas unidades de Atenção Básica, a escuta da rede social, o trabalho em equipe com corresponsabilidade, o acompanhamento constante de situações de risco e a importância do sigilo e da ética:

Psicóloga: A gente trabalha com plano terapêutico individual, então cada caso é um caso e atende-se à singularidade de cada um. Por exemplo, não tem como eu colocar semanalmente em terapia um paciente que mora em local de difícil acesso e que não tem ônibus todo dia. Nesses casos é preciso pensar em outras modalidades [de atuação].

Em síntese, para organizar as linhas de cuidado é preciso desenvolver a capacidade de interlocução e negociação, com implicação de todos os atores em um acordo assistencial que garanta a disponibilidade de recursos e a oferta de atenção primária e secundária; os fluxos centrados no indivíduo, facilitando o seu *caminhar na rede*; os instrumentos que garantam uma referência segura aos diversos níveis de complexidade e a responsabilidade da equipe da UBS em desenvolver o projeto terapêutico que será executado na linha do cuidado²⁴. A construção da linha de cuidado intersetorial mudou as práticas de acolhimento e a história clínica passou a conter perguntas sobre problemas de sono, pensamentos de morte e uso de agrotóxicos.

O programa aproveitou os recursos que já existiam e utilizou prioritariamente os profissio-

nais que já estavam na rede para rearranjar ações dos serviços através da repactuação dos processos de trabalho, da articulação de redes e do envolvimento com a comunidade. Ressalta-se que a equipe gestora do PPS construiu vínculos de confiança, solidariedade, espírito de equipe, colaboração mútua e trabalho em rede, fundamentais para que as linhas de cuidado funcionem e dê espaço à criatividade e a reinvenções possíveis tendo em vista as necessidades, as possibilidades e os desejos das pessoas a quem atende.

A integralidade e a gestão do trabalho no PPS

A proposta para a atenção integral à saúde começa pela reorganização dos processos de trabalho na rede básica e soma-se a outras ações assistenciais, seguindo uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas, saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, compondo o que se entende por cuidado em saúde²⁷.

O acesso é um importante indicador para definir o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm serviços de saúde; reflete as características do sistema de saúde e é influenciado por fatores individuais, pelo perfil de necessidades em saúde e pelos valores e preferências das pessoas²⁸.

Uma dimensão valorizada pelo PPS refere-se à acessibilidade das ações de saúde, viabilizadas pelo fortalecimento da Atenção Básica, já que a reinserção social acontece a partir do CAPS e está centrada no sujeito e na comunidade. A acessibilidade implica em proporcionar o acesso a todos os recursos de que o usuário necessita, desde visitas domiciliares até a internação hospitalar²⁶. Em Candelária, há a expectativa de resolver a dificuldade de acesso da população rural com a contratação de agentes comunitários de saúde para chegar a 100% de cobertura na ESF.

A educação permanente é uma das ferramentas de gestão e acompanhamento do processo de trabalho. Educação permanente é pensada como um processo educativo que coloca o trabalho em saúde em análise e possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e a avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano²⁹. A qualificação dos profissionais, em perspectiva integrada entre ensino e trabalho, está incorporada no cotidiano dos serviços:

Enfermeira: A gente faz educação permanente e todas as unidades de saúde fecham um turno na semana para fazer reunião de equipe que inclui a

discussão de casos, a organização do modelo de trabalho e a avaliação.

A educação permanente acontece ao mesmo tempo em que o programa vai sendo implementado e incluiu o planejamento compartilhado dos fluxos, a proposta de “portas abertas” para o atendimento no CAPS, a elaboração dos planos terapêuticos individuais, a supervisão contínua, o fortalecimento da rede e das ações comunitárias e intersetoriais.

O programa amplia o debate para não reduzir o suicídio a uma questão somente individual e pensá-lo, também, enquanto problema social que necessita soluções coletivas e comunitárias.

O processo de avaliação

A avaliação de um programa é entendida como um julgamento que pode variar da formulação de um juízo de valor dicotômico qualitativo ou quantitativo até uma análise que envolva o fenômeno na sua totalidade³⁰. A concepção ampliada de avaliação busca superar a falsa oposição entre abordagens qualitativas *versus* quantitativas, priorizando a construção do objeto e a mobilização de todas as técnicas possíveis para analisá-lo³¹. Na medida do possível, a avaliação deve envolver todos os atores que participam do programa e buscar a correção de rumos e o aprimoramento da ação^{32,33}.

A avaliação compreende um amplo leque de atividades, que incluem desde um julgamento subjetivo de uma prática social, do tipo “fomos bem?”, “deu resultados?”, “estamos satisfeitos?”, até a chamada pesquisa avaliativa^{34,35} que combina métodos, teorias e técnicas de modo mais objetivo^{32,33}.

A avaliação do PPS partiu do entendimento de que os processos avaliativos de práticas sociais são parte integrante na consolidação das propostas. E neste artigo, faz-se um esforço de problematizar o processo valorativo realizado pelos próprios atores envolvidos no PPS.

Avaliar um programa de enfrentamento ao suicídio não é uma tarefa simples, à medida que a mensuração de resultados produzidos por intervenções sociais, principalmente quando se trata de situações multicausais, como é o caso, constitui um procedimento complexo. A equipe do programa realiza avaliação contínua utilizando elementos produzidos nas discussões de caso, nas reuniões de trabalho e nas próprias conversas informais entre os componentes:

Enfermeira: Nos três nos encontramos mensalmente para discutir o que está funcionando, como os grupos estão indo, o que tem que mudar.

Psicóloga: Quando o paciente retorna para a ESF, ele pode apresentar sintomas graves, então a coordenadora da ESF telefona e pergunta o que achamos.

Na apreciação da equipe do PPS, uma de suas ações que produziu maior impacto foi a organização da rede intersetorial:

Psicóloga: O legal que a gente fez foi organizar a rede, na realidade, foi só isso que a gente fez. E não é um programa que tem grandes custos. São os folders, os cartazes que estamos fazendo e era isso, porque a mão de obra é da secretaria [Secretaria Municipal de Saúde] e os médicos são os de Saúde da Família e do CAPS, enquanto a Emater trabalha com os grupos como já fazia antes do programa.

A equipe considera um indicador importante, o aumento nos encaminhamentos de pessoas com história de tentativa de suicídio, captadas nos diferentes níveis de atenção à saúde. A média mensal de atendimento às pessoas em tal situação aumentou como resultado da busca ativa e atualmente o CAPS oferece consulta a um total de 800 pessoas ao mês, incluindo-se aí o acompanhamento de 100 que entraram no programa após a implantação das atividades já citadas.

Outros indicadores avaliados pela equipe são: a satisfação dos usuários, a resolubilidade da atenção, o monitoramento da retirada de medicamentos na Farmácia Municipal para averiguar se as pessoas estão fazendo uso dos fármacos e a adesão aos atendimentos no CAPS. Em posse de tais informações, são programadas visitas domiciliares ou o contato com familiares, para se revisar o plano terapêutico individual. A busca ativa não ocorre de forma impositiva, mas se configura como uma nova opção que o usuário e sua família têm de inserção na linha de cuidado. A análise dos indicadores revelou que os casos de suicídio que não foram evitados nos dois últimos anos são de pessoas que não tiveram acesso à rede de saúde:

Psicóloga: Todos os pacientes que entraram [no programa] por tentativa nesse último ano e meio, todos eles estão bem, vários deles já estão de volta à sua unidade, já voltaram a trabalhar. A gente vê nas consultas que eles estão bem, ninguém mais fala em sintomas depressivos. Então, quer dizer que tu organizando a rede e oferecendo um tratamento adequado, com isso vai evitar a morte.

Lembrando um caso exemplar, um caso que deu certo, comentou a coordenadora:

Psicóloga: Lembrei da mãe de um paciente nosso que achou o filho pendurado numa forca. Ele já tinha tido tentativas anteriormente, mas a família achava que ele era dependente químico e que

ele não ia se suicidar. A mãe contou que o filho ia trabalhar na marcenaria ao fundo da casa e ela foi deitar depois do meio dia, mas não conseguia dormir, então levantou e foi procurar o rapaz. Ele estava pendurado em uma corda na sacada e ela chamou a brigada que ligou para gente. Levamos o rapaz para o hospital. Ele foi atendido e então começou a se tratar no CAPS, já faz um ano, hoje ele está muito bem parou com a dependência química e semanalmente mãe e filho vão aos grupos do CAPS. E, assim como esse, temos muitos outros casos.

Em relação ao impacto do programa, mensurado por meio de indicadores quantitativos, foi possível evidenciar que, desde a implementação do PPS, não houve casos de suicídio entre pessoas atendidas com tentativa prévia. Trata-se de um indicador de eficácia e de efetividade do programa, já que o risco de suicídio é maior nesse grupo. Nos quatro casos de suicídio ocorridos entre 2009 e 2010, as pessoas não foram atendidas pelo CAPS e viviam em região rural, de difícil acesso e em território sem cobertura da Estratégia Saúde da Família.

Segundo o depoimento da equipe, outro dado que merece destaque é a redução na frequência absoluta de suicídios. Em termos de coeficientes de mortalidade por suicídio em Candelária³⁶ observa-se que os casos e coeficientes em três períodos distintos mostram uma média de 5,4 óbitos/ano representando 18,6 óbitos/100 mil habitantes em 1996-2000. No período seguinte (2001-2006) houve um aumento significativo passando a 6,5 óbitos/ano (21,4 óbitos/100 mil habitantes). No período 2007-2009 ocorreu redução para aproximadamente metade, uma média de 3,6 casos/ano representando um coeficiente de 12/100 mil habitantes.

Considerações finais

O PPS de Candelária representa um programa inovador para a prevenção do suicídio, tanto em termos da originalidade e relevância da proposta quanto em termos do impacto na mortalidade pelo agravo. Mesmo assim, os profissionais do PPS consideram importante ampliar a participação de outros segmentos da comunidade para dar sustentação política ao programa. Isso pode evitar que o modelo técnico-assistencial vigente, pautado no fortalecimento da atenção básica e na construção da rede intersetorial retroceda para uma perspectiva pautada no modelo biomédico.

Em relação às fragilidades na gestão do programa, observa-se que pode ocorrer uma sobrecarga de trabalho dos profissionais do CAPS, tendo em vista o aumento da demanda de pessoas em risco. Esse fato poderia ser minimizado com ampliação do encaminhamento dos casos mais leves para a rede básica, contanto que os profissionais sejam capacitados e sensibilizados para acolher e detectar os problemas. O fortalecimento da rede permitirá a identificação precoce e o acolhimento de situações de crise, antes que as mesmas se transformem em tentativas de suicídio.

Entre as potencialidades do PPS, destaca-se o compromisso do atual gestor de saúde com o apoio político-institucional ao projeto e a adoção da gestão democrática no trabalho da Secretaria Municipal de Saúde. Ressalta-se a importância do processo de avaliação participativa atualmente em vigência, que valoriza o protagonismo dos atores envolvidos no trabalho.

Finalmente, cita-se a participação da equipe gestora em outras redes de discussão intermunicipais e interestaduais, no controle social, em pesquisas que focam outras possibilidades causais, como os agrotóxicos e a doença da folha verde do tabaco, a abertura para o novo e a disponibilidade de cooperação com outros coletivos objetivando realizar ações de promoção à saúde e à vida.

Colaboradores

M Conte, SN Meneghel, AG Trindade, RF Ceccon, LZ Hesler, CW Cruz, R Soares, S Pereira e I Jesus participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Durkheim E. *O Suicídio*. 3º ed. Lisboa, Portugal: Editorial Presença; 1982.
2. Haqqi S. Suicide and Domestic Violence: Could There Be a Correlation? *Medscape J Med* 2008; 10(12): 287.
3. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*: Sumário. Genève: OMS; 2002.
4. Botega JN, Marin-Leon L, Oliveira HB, Barros MBA, Silva VF, Dalgalarondo P. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(12):2632-2638.
5. Brzozowski FS; Soares GB ; Jucemar Benedet J; Boing AF; Peres MA. Suicide time trends in Brazil from 1980 to 2005 2010. *Cad Saude Publica* 2010; 26(7):1293-1302.
6. Meneghel SN, Victora CG, Faria NM, Pinheiro L. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saude Publica* 2004; 38(6):804-810.
7. Waiselfisz JJ. *Mapa da violência 2011: os jovens no Brasil*. São Paulo, Brasília: Instituto Sangari, Ministério da Justiça; 2011.
8. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária*. Genebra: OMS; 2000.
9. Brasil. Portaria n.1.876, de 14 de agosto de 2006. Define diretrizes nacionais de prevenção ao suicídio. *Diário Oficial da União* 2006; 15 ago.
10. Mrazek PJ, Haggerty RJ. *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington DC: National Academy Press; 1994.
11. Bean G, Baber K. Connect: An Effective Community-Based Youth Suicide Prevention Program. *Suicide Life Threat Behav* 2011; 41(1):87-97.
12. Keith H, Bale E. Self-Cutting: Patient Characteristics Compared with Self-Poisoner. *Suicide and Life Threatening Behavior* 2004; 34(3):199-208.
13. Hegerl U, Wittmann M, Assisman E, Van Audenhove C, Bouleau JH, Van Der Feltz-Cornelis C, Gusmao R, Kopp M, Löhr C, Maxwell M, Meise U, Mirjanic M, Oskarsson H, Sola VP, Pull C, Pycha R, Ricka R, Tuulari J, Värnik A, Pfeiffer-Gerschel T. The European Alliance against depression – a four-level intervention programme against depression and suicidality. *Suicidologi* 2008; 13(1):12-14.
14. Motohashi Y, Kaneko Y, Sasaki, H. Community-based suicide prevention program in Japan using a health promotion approach. *Environ Health Prev Med* 2004; 9(1):3-8.
15. Gomes R, Minayo MCS, Assis, SG, Njaine K, Shenker M. *Êxitos na prevenção da violência*. Brasília, São Paulo: Hucitec; 2010.
16. Trivinos ANS. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Atlas; 1994.
17. Minayo MCS, Cavalcante, FG. *É possível prevenir a antecipação do fim? Suicídio de Idosos no Brasil e possibilidades de Atuação do Setor Saúde*. [Projeto de pesquisa]. Rio de Janeiro: CLAVES, Fiocruz; 2010.
18. Ibáñez J. *Más allá de la sociología*. El grupo de discusión: Técnica y crítica. Madrid: Siglo Veintiuno Editores; 1992.
19. Ibáñez J. *El regreso del sujeto*. La investigación social de segundo orden. Madrid: Siglo XXI Editores; 1994.
20. Viganó C. A construção do caso clínico. *Opção Laciana online nova série* [periódico na Internet]. 2010 [acessado 2012 jul 5];1(1):[cerca de 9 p.]. Disponível em: http://www.opcaolaciana.com.br/pdf/numero_1/A_construcao_do_caso_clinico.pdf
21. Dejours C. Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*, 2004; 14(3): 27-34.
22. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 2008.
23. Fagundes S. *Águas da Pedagogia da Implicação: Intercorrências da educação para políticas públicas de saúde* [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
24. Franco CM, Franco TB. *Linhas do Cuidado Integral: Uma proposta de organização da rede de saúde*. In: Secretaria de Estado de Saúde do RS. [página na Internet]. [acessado 2011 nov 16]. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/dados/1306960390341/linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>
25. Brezo J, Paris J, Barker ED, Tremblay R, Vitaro F, Zoccolillo M, Hébert M, Turecki G. Natural history of suicidal behaviors in a population-based sample of young adults. *Psychol Med*. 2007; 37(11):1563-1574.
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Grupo de trabalho em humanizações – tecendo redes para superar o sofrimento psíquico. In: Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. *Formação e intervenção*. Brasília: MS; 2010.
27. Cecilio LCO, Mehry EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas, 2003. [página na Internet]. [2011 nov 30]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-07.pdf>
28. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20(Supl.2):S190-S198.
29. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde. *Interface Comun Saude Educ* 2005; 9(16):161-177.
30. Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadores. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA/ Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
31. Bourdieu P. O campo científico. In: Ortiz R, organizador. *Pierre Bourdieu*. Rio de Janeiro: Editora Ática; 1983. (Coletânea Grandes Cientistas Sociais)
32. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
33. Minayo MCS. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colectiva* 2010; 6(3): 251-261.

34. Suchman EA. *Evaluative Research – Principles and Practice in Public Service and Social Action Programs*. New York: Russel Sage Foundation; 1967.
35. Weiss CH. *Evaluation Research Methods for Assessing Program Effectiveness*. New York: Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs; 1972.
36. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. [site na Internet]. [acessado 2011 nov 30]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/DATASUS>

Artigo apresentado em 09/03/2012

Aprovado em 13/04/2012

Versão final apresentada em 14/05/2012