



PLANO MUNICIPAL DE PREVENÇÃO E POSVENÇÃO DO SUICÍDIO

**CARNAUBAL – CE
2018**

APRESENTAÇÃO

O presente material, diagnóstico situacional do município de Carnaubal, trata-se de um estudo descritivo sobre o suicídio no município de Carnaubal realizado como uma proposta de projeto Vidas Preservadas, projeto coordenado pelo Ministério Público do Estado do Ceará (MPCE) com as orientações técnicas da Associação para o Desenvolvimento dos Municípios do Estado do Ceará (APMCE).

A proposta da construção do diagnóstico da situação do suicídio no município de Carnaubal se constitui numa ação primordial com vista à elaboração do Plano Estratégico de Prevenção ao Suicídio. A relevância deste documento perpassar por todas as políticas multe setoriais do município, bem como, por todos os setores e atores interessados em se engajar na prevenção e posvenção ao suicídio.

O documento apresenta inicialmente o suicídio como um problema de alcance mundial, retrata a realidade no País e estado do Ceará, na sequência apresenta a situação municipal.

Acredita-se na relevância deste material para compreender, o agir e propostas de ações que considere as peculiaridades do municipal.

INTRODUÇÃO

O suicídio é um problema de extensão de nível mundial com consequências sócias, Apresenta-se como um problema de saúde pública com peculiaridades que precisam ser conhecidas de todos os setores sócias, políticos e demais atores um vez que demande uma política preventiva.

Etimologicamente, a palavra suicídio deriva do latim e significa *sui - si mesmo e caedes - ação de matar*. Sendo então o ato de matar a si mesmo intencionalmente. O suicídio está presente na humanidade desde os primórdios e constitui um tema que tem gerado discussões em várias áreas do saber, como na filosofia, psicologia, psicanálise e psiquiatria.

Segundo Louzã Neto, (2007) a palavra suicídio surgiu em meados do século XVII, na Inglaterra, na obra do Inglês Sir Thomas Browne, chamada *Religio Médici*, publicada em 1642. Na França, em 1734, foi utilizada pelo abade francês Desfontaines, que havia visitado a Inglaterra anteriormente, para significar “o assassinato ou a morte de si mesmo”.

Na Antiguidade Greco-romana o suicídio era tido como um ato clandestino, patológico e solitário e somente seria tolerado com a permissão da sociedade. Eles não tinham direito a sepultura e ritos funerários, além de serem enterrados com as mãos separadas. Na Idade Média, o indivíduo e a sua vida eram considerados propriedades de Deus, não podendo assim se matar, pois a vida não era sua. O suicídio entre os povos primitivos estava relacionado às normas do grupo, podendo ser incentivado pela comunidade – como, por exemplo, os escravos após a morte do dono, e na Índia as viúvas após a morte do marido. Havendo a quebra de costumes e das tradições nesta sociedade era considerado como delito grave. (KÓVACS, 1992).

O suicídio vem sendo cercado de tabus, mitos e preconceitos mais diversos, como os de ordem moral e religiosa. Não há uma resposta definitiva que explique tal fenômeno, tendo variações nas definições teóricas e nas suas causas. É importante contextualizar o suicídio, levando em consideração a inserção social deste ato na

comunidade em que este indivíduo faz parte, por existirem diversas culturas, tendo valores diferentes em cada localidade.

O Suicídio encontra-se entre as dez principais causas de mortalidade, com maior prevalência entre jovens e adultos, mesmo com o aumento significativo entre os idosos acima de 70 anos (MS, 2017).

O suicídio é compreendido como um comportamento autoagressão em que o indivíduo manifesta a intenção de morte de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, pois existe também uma vontade de viver sem dor. Fazem parte deste comportamento três aspectos: os pensamentos, os planos e a tentativa de suicídio.

Sendo um problema sub notificado registrado por razões variadas, os dados não apresentam a magnitude da real situação. Sabe-se que mais de 800 pessoas que morrem no mundo por suicídio, contingente enorme de pessoas, homens, mulheres e jovens que poderiam estar produzindo, vivendo a vida em sua intensidade. O suicídio apresenta-se camuflando no meio de tantas mazelas, como doenças, acidentes, fome e calamidades, tornando-se um perigo silencioso e quase que invisível.

A temática do suicídio é complexa, de caráter multifacetado com abrangência mundial. A relevância do estudo e pesquisa deste tema mostra o quanto se faz necessário coloca-lo prioritariamente nos planos de governo de qualquer país. Apesar de sua abrangência mundial e suas consequências devastadoras na família e na sociedade em geral, o suicídio talvez seja problemas de saúde mundial com mais casos de subnotificação e má qualidade de registro. Acrescente-se ainda o estigma social e legal que pode acarretar dificuldades de notificação e registro por parte dos profissionais e familiares(ASB, 2014). Considerando um problema de saúde pública mundial pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o suicídio mata mais de 800 mil pessoas a cada ano, o equivale a uma morte a cada 40 segundos, sendo que cada três segundos uma pessoa atenta contra a própria vida, tornando-se a 17ª principal causa de mortes em todo mundo. (OMS, 2017)

O suicídio é um fenômeno complexo que envolve múltiplas causas e que afeta, além se suas vítimas, os 'sobrevivente', pois para cada suicídio, cinco a dez

peças sofrem o impacto direto da perda além o impacto indireto sobre as peças que tomam conhecimento em geral. Envolve também profissionais de saúde e de outros setores que direta ou indiretamente lidam com o problema no seu cotidiano. (BOTEGA, 2014)

No cenário mundial o suicídio é a segunda maior causa de mortes entre jovens de 15 a 29 anos. (OMS, 2017). Em geral. Homens cometem mais suicídio do que as mulheres, embora estas apresentem maior número de tentativas, os métodos utilizados pelos homens são mais fatais. (OMS, 2017)

No Brasil o suicídio tomou destes últimos anos grandes proporções, haja vista que em média 11 mil pessoas tiram a própria vida por ano. Sendo o suicídio a quarta maior causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos no país. Entre os homens a terceira maior causa de morte, abaixo das mortes por agressões e acidentes por transporte, e entre as mulheres a oitava maior causa de morte entre jovens da mesma faixa etária, sendo gravidez parto e puerpério, acidentes de transporte maiores causas de mortes de mulheres entre 15 e 29 anos. (SIM- BRASIL, 2011-2016).

Nos anos de 2011 a 2015, registrou-se um aumento da taxa de mortalidade por suicídio por 100 mil habitantes passando de 5,3 para 5,7 em 2015, o equivalente a 11.736 o número de óbitos (OMS, 2017). Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil a taxa de mortalidade entre homens é 3,6 vezes maior. Apesar de as mulheres serem mais reincidentes na tentativas de suicídio.(Sinan-Brasil, 2011-2016). Os homens concretizaram o ato mais do que as mulheres, correspondendo a 79% do total de óbitos registrados confirmando a situação mundial(OMS, 2017).

No Brasil entre 2011 a 2016 foi registrados 48.204 tentativas de suicídio nos quais 58% foi por envenenamento/autointoxicação

Entre 2011 a 2016, registrou-se 62.804 mortes por suicídio, a maioria (62%) por enforcamento. Os solteiros, viúvos e divorciados, foram os que mais morreram por suicídio (60,4%). Na comparação entre raça/cor. A maior incidência é na população indígena. Taxa de mortalidade entre os índios é quase três vezes maior(15,2%) do que o registrado entre os brancos(5,9%) e negros(4,7%). Na população indígena , a faixa etária de 10 a 19 anos concentra 44,8% dos óbitos. (OMS, 2017).

O documento apresentado pelo Ministério da Saúde registra que, entre os anos de 2011 e 2016, ocorreram 48.204 (27,4%) tentativas de suicídio. Ao contrário da mortalidade, foram as mulheres que atentaram mais contra a própria vida, 69% do total registrado. Entre elas, 1/3 fez isso mais de uma vez. Por raça/cor, a população branca (53,2%) registrou maior taxa. Do total de tentativas no sexo masculino, 31,1% tinham entre 20 e 29 anos. Além disso, 58% dos homens e mulheres que tentaram suicídio utilizaram substâncias que provocam envenenamento ou intoxicação. (OMS, 2017).

Outro destaque no Boletim Epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde (2017) diz respeito ao aumento de suicídio entre idosos acima de 70 anos.(OMS, 2017). Considerando o aumento de expectativa de vida no mundo e no Brasil e as peculiaridades da faixa etária, a pessoa idosa é mais vulnerável ao suicídio em situações como isolamento social, aposentadoria, a falta de ocupação, a perda do companheiro, a ausência dos filhos e familiares, doenças clínicas e mentais podem influenciar a ideação e as tentativas de suicídio (Minayo, 2010).

Apesar a taxa de suicídio no Brasil ser considerada baixa em relação á média mundial, internamente o suicídio apresenta variações por região, revelando que a problemática do suicídio perpassa por todas as regiões, metrópoles, cidades de médio e pequeno porte. As regiões sul e sudeste continuam sendo as mais afetadas apesar do decréscimo ao longo dos anos (BOTEGA, 2014).

No Brasil foi observado um aumento no índice de suicídio de 43,8%, entre 1980 e 2005. Os números passaram de 3,2 para 4,6 por 100 mil pessoas. Em 2007 a taxa de mortalidade por suicídio foi de 4,7 por 100 mil pessoas. Entretanto , em números absolutos, encontra-se entre os 10 países com mais episódios de suicídio, sendo 9.852 casos apenas no ano de 2011, representando a terceira causa na faixa de 15 a 29 anos, com tendências de aumento na faixa etária de 70 anos ou mais. Em 2012 foram registrados 11.821 óbitos por suicídio, com um índice de 5,3 suicídios para cada 100.000 habitantes (FREITAS, 2018).

O suicídio apesar de sua relevância mundial como problema de saúde pública poucos países dispõem de uma política de registro fidedigna, sendo uma situação claramente subnotificada influenciada seja pelo estigma social que atinge a família

ou o despreparo das equipes de saúde no preenchimento das notificações (ABREU et al., 2010).

Conhecer o problema suicídio se faz necessário a fim de se subsidiar o desenvolvimento de políticas em todo os setores governamentais e não governamentais que atendam efetivamente as demandas com políticas de prevenção e de cuidado as populações.

No Ceará o suicídio também se constitui num problema sério com vista os agravos da situação do suicídio no Estado nos últimos dez anos.

Poucos trabalhos acadêmicos produzidos na área da pesquisa epidemiológica. Entre os poucos trabalhos registrados (OLIVEIRA, 2012). Moreira (2017) e Freitas (2018), oferecem informações atualizadas sobre a temática no Estado a partir de pesquisas realizadas.

Oliveira (2012) numa pesquisa norteadora que consolidou as informações sobre o suicídio no Ceará num período de 1997 a 2007, revelou o aumento em números de tentativas de suicídio e óbitos. Segundo Oliveira(2012) o Ceará em 2012 registrou o maior numero de suicídio no Nordeste, passando a assumir o 12º lugar no ranking nacional. No período pesquisado ocorreram no Ceará 4.326 mortes, sendo 3.467 homens e 857 mulheres.

A pesquisa de Oliveira(2012) confirma alguns parâmetros nacional e mundial. Assim, a pesquisa confirmou a predominância de suicídio entre homens, com 80,1%, enquanto o índice entre as mulheres foi de 19,9%, uma razão masculino/feminino de 4:1. A maior incidência, de 34,0%, foi entre indivíduos de 20 a 49 anos, em ambos os sexos; 39,2% tinham menos de três anos de estudo, representando, assim, baixa escolaridade; 58,4% sem união consensual, como solteiros, viúvos e separados judicialmente, principalmente solteiros, 53,1%. O método mais utilizado foi o enforcamento, por ambos os sexos, 55,7, seguindo de arma de fogo, com 9,07%. (OLIVEIRA, 2012)

‘No Ceará, as taxas de mortalidade por suicídio registraram ascensão significativa no período de 2000 a 2004. As mortes representaram 9,4% dos óbitos registrados em 2004. Na faixa etária de 15 a 29 anos, a taxa de mortalidade passou de 5,1/100.000 mil habitantes para 7,6/100.000 mil

habitantes. Entre 30 e 59 anos, cresceu de 6,0/100.000 mil habitantes, em 1998, para 9,7/100.000 mil habitantes, em 2004. Entre as pessoas com 60 anos ou mais, a mortalidade foi de 6,6/100.000 mil habitantes no primeiro ano estudado, e de 7,3/100.000 mil habitantes em 2004, havendo maior número de casos entre o sexo masculino' (OLIVEIRA, 2012, p.16)

Freitas,(2018) em seu estudo Tendência temporal da mortalidade geral por suicídio no estado do Ceará/Brasil, 2000 a 2015 realizou a partir de dados epidemiológicos dos 184 municípios do Estado um estudo descritivo da problemática do suicídio que consolidou pesquisas anteriores e a literatura existente sobre a temática. Foi observado crescimento do coeficiente bruto de mortalidade por suicídio (CBMS), por 100.000 habitantes, ao longo do tempo tanto para o sexo masculino($R^2= 0,48$), quanto para o feminino($R^2= 0,34$). O sexo masculino teve maior crescimento nos anos 2000-2002 e 2003 –2005.

Os jovens e idosos acima de 60 anos apresentaram crescimento, porém, menos acentuado que os adultos. Para as pessoas separadas judicialmente, houve tendência de crescimento significativo do percentual anual médio. Entre pessoas solteiras foi observado crescimento dos CBMS ($R^2= 0,26$), com mudança significativa do percentual médio de crescimento entre os anos 2000-2005 ($APC= 13,6$) e do percentual anual médio ($AAPC=3,0$), (FREITAS, 2018). O estudo registra as tendências a crescimento do CBMS nos últimos 16 anos, independente do sexo, apesar do crescimento de suicídio entre mulheres no período de 2000 a 2015.

A construção do diagnóstico situacional contribuirá para torna-lo visível para toda a rede. O diagnóstico situacional constitui-se um dos elementos chave de todas as práticas social, na medida em que procura um conhecimento real e concreto um garantia maior de eficácia das decisões, e efetividade dos programas e projetos propostos.

No âmbito da Saúde um plano de ação é um instrumento, que a partir de uma análise situacional apresenta as intervenções e os resultados a serem obtidos em determinado período de tempo, no segundo tópico desse plano abordaremos a situação de assistência à saúde no Município de Carnaubal, com o funcionamento de 14 equipamentos de saúde, sendo seis pertencentes a atenção especializada e

oito Unidades Básicas de Saúde pertencentes a atenção primária para uma população de 16.746 habitantes, onde iremos desenvolver estratégias de intervenções de forma eficaz frente às ideações suicidas e prevenção das tentativas de suicídio no município de Carnaubal-Ce. No terceiro tópico, por meio de diretrizes, objetivos, metas e estratégias terão um norte relativo às atividades de prevenção às tentativas de suicídio e ideações suicidas.

O plano municipal de prevenção ao suicídio vai além dos equipamentos institucionais da Secretária de Saúde, incluindo outras secretárias da prefeitura municipal de Carnaubal, como Secretárias de Assistência Social, Educação e entidades religiosas considerando assim, a intersetorialidade.

O plano visa medidas que possam ser aplicadas para prevenir as tentativas de suicídio e ideações suicidas, por meio de um planejamento/ modelo de intervenções para com a pessoa e ou familiares que estão em sofrimento psíquico que possam levar ao suicídio.

O Modelo de Ação, que será descrito nesse plano municipal, busca orientar os integrantes do Sistema Municipal de Carnaubal sobre a maneira de intervir junto a clientes que já tiveram ideações suicidas e seus familiares, comunidade, profissionais, gestores, e sociedade em geral. Desta forma, as ações que estarão sendo implantadas visam promover a melhoria, otimização dos recursos disponíveis, consolidação de uma rede articulada e integrada de atendimento e a implantação de ações sociais eficazes de prevenção do suicídio.

Com a formulação de tais diretrizes e com o compromisso partilhado certamente poderá avançar na política pública voltada à prevenção ao suicídio. Em especial, criam-se as condições possíveis para que o suicídio seja compreendido como um problema de saúde pública.

O plano municipal está estruturado em Introdução, Análise Situacional em Saúde, Dados Epidemiológicos, Justificativa, Objetivos, Eixos Estratégicos, Monitoramento e Referências Bibliográficas.

2 – ANÁLISE SITUACIONAL EM SAÚDE

O município de Carnaubal foi criado pela lei 3.072 em 22 de junho de 1957, possuindo atualmente 01 Distrito Sede, com uma população residente na zona urbana de 7.960 habitantes e na zona rural com 8.786 habitantes. Na divisão político-administrativa do Ceará, faz parte da microrregião da Ibiapaba com população estimada de 16.746 habitantes conforme dados do IBGE/2010, tendo a agricultura como economia de subsistência e algumas indústrias que contribui para o desenvolvimento social e geração de emprego e renda.

2.1 DADOS SOBRE O SUICÍDIO NO MUNICÍPIO DE CARNAUBAL

O objetivo do presente estudo é descrever as principais características das vítimas de tentativas de suicídio e do óbitos por suicídio no município de Carnaubal. Para o procedimento do estudo utilizou-se dados fornecidos pela Vigilância Epidemiológica do município de Carnaubal, resultante do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

No processo de coleta de dados constataram-se dificuldades recorrentes apresentadas na literatura: tendências á subnotificação de dados, falhas nos registros, precariedade e inconsistência das informações e imprecisão na fonte de produção dos dados. Tais questões confirmam as literaturas existentes sobre o assunto ao registrar a problemática da subnotificação e sub registro de tentativas e óbitos por suicídio.

‘O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ao comparar suas projeções demográficas com o total de óbitos registrados nos cartórios brasileiros, estima que 15,6 dos óbitos não foram registrados em cartório (sub registro). Em relação as estatísticas do Ministério da Saúde , o IBGE calcula que 13.7% dos óbitos ocorridos em hospitais, no mesmo ano, podem não ter sido notificados(subnotificação)’ (BOTEGA, 2014)

Os registros disponíveis para o estudo derivam de informações constantes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) fornecidos pela vigilância municipal provenientes das Fichas de Investigação por intoxicação exógena no período proposto e o quantitativo de óbitos por suicídio no município no mesmo período, analisando-se segundo as variáveis: sexo, faixa etária e sexo, por local de

exposição e agente tóxico (intoxicação exógena). Para os dados de óbitos por suicídio foram abordadas as variáveis: faixa etária, sexo e causa original (meio utilizado). O estudo teve como referência apenas estes dados, intoxicação exógena e óbitos por suicídio, período 2013 a 2018

A instrumental ficha de investigação intoxicação exógena destina-se ao registro/notificação das populações expostas a contaminantes químicos. No estudo utilizaram-se os conceitos segundo o Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, 2017:

- 1) INTOXICAÇÃO EXÓGENA: como um conjunto de efeitos nocivos representados por manifestações clínicas ou laboratoriais que revelam o desequilíbrio orgânico produzido pela interação de um ou mais agentes tóxicos com o sistema biológico. (MS, 2017, p.645)
- 2) AGENTE TÓXICO é uma substância química, quase sempre de origem antropogênica, capaz de causar dano a um sistema biológico, alterando uma ou mais funções, podendo provocar a morte (sob certas condições de exposição). De modo geral, a intensidade da ação do agente tóxico será proporcional à concentração e ao tempo de exposição (MS,2017,p.645)
- 3) CASO SUSPEITO: todo aquele indivíduo que tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas e alimentos e bebidas), apresente sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis (FICHA DE IDENTIFICAÇÃO INTOXICAÇÃO EXÓGENA) (ANEXO)

Na secretária de saúde temos: CAF - Central de Abastecimento Farmacêutico; CAPS I de Carnaubal; Centro de Especialidades Raimunda Nogueira Chaves; Espaço de Atividade Física do Programa Saúde da Família; Laboratório de Prótese Dentária de Carnaubal; 07 Unidades Básicas Saúde de Apoio a Estratégia em Saúde da Família e 08 Unidades Básicas Saúde (UBS); Unidade Mista Nossa Sra. Auxiliadora e Uma equipe de NASF. (MARTINS, 2017)

O principal objetivo da secretária de saúde do município de Carnaubal é garantir a assistência à saúde de forma integral e equânime, buscando a melhoria

das condições de saúde, por meio de ações de prevenção de agravos a saúde, promoção e recuperação da saúde.

A Prefeitura Municipal de Carnaubal, Ceará, através da Secretaria Municipal de Saúde, em especial o CAPS tipo I – Centro de Atenção Psicossocial apresenta o Plano Municipal de Prevenção ao Suicídio.

De acordo com o perfil básico municipal de Carnaubal de 2015-Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará – IPECE ilustraremos a população residente por faixa etária 2010, conforme descrição do quadro a seguir:

Faixa etária	Masculino 2010	Feminino 2010
0 a 4 anos	733	673
5 a 9 anos	877	803
10 a 14 anos	1002	993
15 a 19 anos	951	897
20 a 24 anos	628	678
25 a 29 anos	570	605
30 a 34 anos	572	570
35 a 39 anos	496	500
40a 44 anos	473	469
45 a 49 anos	418	469
50 a 59 anos	6799	679
60 a 69 anos	458	543
70 anos e mais	490	520

Fonte: Perfil Básico Municipal de Carnaubal, 2015 (IPECE)

Na área da Saúde, a assistência fornecida aos usuários com transtornos mentais tem-se o CAPS I geral – Centro de Atendimento Psicossocial, que atende, dentre outras demandas, pacientes que tenham histórico familiar de suicídio, tentativas e ideações suicidas.

O CAPS de Carnaubal funciona com o propósito de prestar atendimento especializado, integral e interdisciplinar aos pacientes e familiares em sofrimento psíquicos em regime de atenção diária, respeitando e valorizando os vários aspectos da vida cotidiana dos mesmos e por meio desse equipamento em saúde, o plano municipal de prevenção ao suicídio é lançado.

3 - DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Dados estatísticos sobre as tentativas de suicídio, consumadas ou não, são pouco consistentes. As dificuldades inerentes ao acesso aos prontuários, cujas informações nem sempre são precisas, bem como aos estigmas que envolvem a questão cultural contribuem para a baixa notificação e socialização dos dados.

Segundo Machado e Santos (2015) O suicídio é uma das principais causas de mortes no mundo com probabilidade de aumento nas próximas décadas, constituindo as tentativas mais comuns entre mulheres e entre os jovens; sendo que a maior letalidade é associada com maior idade e sexo masculino.

Os dados na cidade relacionados ao suicídio de acordo com o Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) de 2013 a 2017 respectivamente são: SINAM- uma notificação em 2013, três notificações em 2014. SIM- um caso registrado em 2013, um em 2014, dois em 2015, um em 2016.

Os dados epidemiológicos obtidos através de busca no banco de dados na vigilância epidemiológica do município são infiéis. Em uma análise aprofundada nos prontuários do serviço, foi detectada uma demanda considerável, onde muitos dos casos de tentativas e o próprio suicídio são em números maiores do que dados notificados.

Existem também casos onde as tentativas de suicídios não são notificadas, ou passam despercebidas durante os atendimentos imediatos; existem também casos onde a família omite o ocorrido por medos ou receios de julgamentos da comunidade onde estar inserida e/ou por terem uma visão distorcida pelo suicídio, fato que nos impulsionam a executar esse plano.

4 – OBJETIVO

4.1 – Geral

- Desenvolver estratégias para intervir de forma eficaz frente às ideações suicidas e prevenção das tentativas de suicídio no município de Carnaubal, por meio de nomeação de uma Comissão de Prevenção ao Suicídio.

5- JUSTIFICATIVA

A conduta voltada para produzir a própria morte vem preocupando os gestores, profissionais e população Carnaubense devido à incidência já ocorridas no

município, bem como, necessidades de acompanhamento aos familiares na posvenção do suicídio.

Cientes de que as tentativas podem ser evitadas, permanecendo apenas como ideia e da importância do fornecimento da devida atenção ao ato contra a própria existência, este plano vem chamar atenção dos diversos eixos de atenção ao cuidado em saúde do município, envolvendo a Secretária de Educação, Secretária de Desenvolvimento Social, Meios de comunicação, Segurança públicas e Entidades religiosas.

6 – EIXOS ESTRATÉGICOS

Objetivo 1: Informar e sensibilizar a sociedade de que o suicídio pode ser prevenido				
	Promover educações em saúde em	Responsáveis CAPS, Profissionais	Prazo	Fonte de recurso

Meta 01	60% dos equipamentos institucionais pertencentes a prefeitura municipal de carnaubal, em parceria com as entidades religiosas.	da Atenção Básica, NASF, Secretária de Educação, Secretária de Assistência Social e Comissão de Prevenção ao Suicídio	2018 e 2019	Prefeitura Municipal de Carnaubal
Meta 02	Distribuir kits informativos para 80% da população sobre as formas de identificação e prevenção às tentativas de suicídio, bem como, fluxo de atendimento.	CAPS, Profissionais da Atenção Básica, NASF, Secretária de Educação e Secretária de Assistência Social	2018 e 2019	Prefeitura Municipal de Carnaubal
Objetivo 2: Capacitar profissionais da atenção básica, NASF, Atenção Secundária (inclusive o CAPS), serviços de Urgência e Emergência, sobre as formas de identificação e prevenção às tentativas de suicídio, notificações bem como cuidados aos agravos que podem levar ao suicídio				
Meta 01	100% dos profissionais da saúde capacitados quanto ao cuidado e intervenção sobre suicídio	Responsáveis Secretaria de Saúde, Vigilância em saúde e setor de educação permanente.	Prazo Dezembro de 2018	Fonte de recurso Secretária de Saúde
Objetivo 3: Fortalecer ações de conscientização sobre suicídio e transtornos mentais pra redução do estigma nos diversos equipamentos municipal;				
Meta 01	Realizar em 70% dos equipamentos de saúde educação em saúde em sala de espera com o tema conscientização sobre suicídio e transtornos mentais.	Responsáveis Profissionais do CAPS e NASF	Prazo 2018 e 2019	Fonte de recurso Secretaria de Saúde
Meta 02	Realizar trimestralmente educação permanente sobre o tema conscientização sobre suicídio e transtornos mentais aos profissionais da educação e assistência social, para que possam ser multiplicadores.	Comissão de Prevenção ao Suicídio, profissionais do CAPS e NASF.	2018 e 2019	Secretaria de Saúde
Objetivo 4 Estimular o uso da ficha de notificação compulsória da tentativa de suicídio em até 24 horas, de acordo com a portaria 1271 de 6 de junho de 214.				
Meta 01	Estabelecer e socializar 100% dos núcleos de vigilância	Responsáveis	Prazo	Fonte de

	para notificações sobre suicídio e tentativas, bem como alimentar o banco de dados municipal.	Secretaria de Saúde e vigilância em Saúde	2018 e 2019	recurso Secretária de Saúde
Meta 02	Capacitar 100% dos profissionais quanto a utilização da ficha de notificação e fazer os devidos encaminhamentos	Secretaria de Saúde e vigilância em Saúde	2018 e 2019	Secretária de Saúde
Objetivo 5: Utilizar a ficha de classificação de risco quanto ao suicídio, tentativas de suicídio e comportamento suicida				
Meta 01	Elaborar ou aprimorar um formulário que auxilie na detecção dos primeiros sinais de suicídio, tentativas e ou comportamento suicida.	Responsáveis	Prazo 2018	Fonte de recurso Secretária de saúde
Meta 02	Capacitar 100% dos profissionais quanto a utilização do formulário e fluxo de utilização do mesmo.	Comissão de Prevenção ao Suicídio	2018	Secretária de saúde
Meta 03	Estabelecer um fluxo de cuidado as famílias e usuário com histórico de suicídio, tentativas e comportamentos suicida.	Comissão de Prevenção ao Suicídio	2018	Secretária de saúde
Meta 04	Monitorar sistematicamente o uso das fichas e ações do plano por meio de reuniões bimensais da comissão com os equipamentos municipais envolvidos.	Comissão de Prevenção ao Suicídio	2018 e 2019	Secretária de saúde

7 – MONITORAMENTOS DO PLANO

O monitoramento do plano municipal de prevenção ao suicídio é fundamental para que suas metas sejam atingidas com excelência, para tanto, o acompanhamento das ações se efetivará em períodos regulares a cada seis meses, em reuniões, encontros e fóruns promovidos pela secretária de saúde (CAPS) e participação de representante e lideranças, com discussões sobre os avanços e as dificuldades enfrentadas.

8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MACHADO, DB; SANTOS, DN. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2015;64(1):45-54.

KÓVACS, M. J. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

LOUZÃ N. MARIO R. HELIO E. *Psiquiatria básica*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MARTINS, E. M. C. et all. PREFEITURA MUNICIPAL DE CARNAUBAL/ Secretaria da Saúde Plano Municipal de Saúde de Carnaubal - 2018-2021, 2017.