

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL
DOUTORADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL

Irene Maria Brzezinski Dianin

**SUICÍDIO: POLÍTICAS E AÇÕES DE ENFRENTAMENTO A PARTIR DA
POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA (2006), NO VALE DO RIO PARDO**

Santa Cruz do Sul

2015

Irene Maria Brzezinski Dianin

**SUICÍDIO: POLÍTICAS E AÇÕES DE ENFRENTAMENTO A PARTIR DA
POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA (2006), NO VALE DO RIO PARDO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, Área de Concentração em Desenvolvimento Regional, Linha de Pesquisa em Estado, Instituições e Democracia, da Universidade de Santa Cruz do Sul/RS, como requisito parcial à obtenção do título de doutor em Desenvolvimento Regional.

Orientadora: Prof^a. Pós-Dr^a. Silvia Virgínia Coutinho Areosa.

Santa Cruz do Sul

2015

D538s Dianin, Irene Maria Brzezinski

Suicídio: políticas e ações de enfrentamento a partir da política nacional de saúde pública (2006), no Vale do Rio Pardo / Irene Maria Brzezinski Dianin. – 2015.

242 f. : il. ; 30 cm.

Tese (Doutorado em Desenvolvimento Regional) –
Universidade de Santa Cruz do Sul, 2015.

Orientação: Prof^a. Dr^a. Silvia Virgínia Coutinho Areosa.

1. Suicídio. 2. Saúde pública. 3. Saúde mental. I. Areosa, Silvia Virgínia Coutinho. II. Título.

Bibliotecária responsável Edi Focking - CRB 10/1197

Irene Maria Brzezinski Dianin

**SUICÍDIO: POLÍTICAS E AÇÕES DE ENFRENTAMENTO A PARTIR DA
POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA (2006), NO VALE DO RIO PARDO**

Esta tese foi submetida ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado; Área de Concentração em Desenvolvimento Regional; Linha de Pesquisa em Estado, Instituições e Democracia, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Desenvolvimento Regional.

Prof^a. Pós-Dr^a. Silvia Virgínia Coutinho Areosa

Professora orientadora – PPGDR/UNISC

Prof. Pós-Dr. Neury José Botega

Professor examinador - UNICAMP

Prof^a. Dr^a. Rosane Bernardete Brochier Kist

Professora examinadora – PPGDR/UNISC

Prof^a. Pós-Dr^a. Geraldine Alves dos Santos

Professora examinadora – FEEVALE

Prof^a. Dr^a. Analidia Rodolpho Petry

Professora examinadora – UNISC

Santa Cruz do Sul

2015

*Dedico o estudo que fiz,
a você que pediu guarida,
ao anônimo de quem,
ninguém ouviu o lamento.
Dedico minhas letras a teu sofrimento,
a você, que abdicou da dor tão doída,
de ficar à mercê,
de viver a própria vida.
(Irene)*

AGRADECIMENTOS

Aos seres portadores de luz, especialmente ao meu amantíssimo protetor, à Déborah e à Iracema, fontes inesgotáveis de amor e inspiração.

A meu marido Alceu e meus filhos Izaura Maria e Arthur Roberto, a quem devo a compreensão do real significado da vida e a subversão das leis da física, pois até mesmo 1.400 Km de distância não foram suficientes para nos separar. Fomos três estudantes e um mentor. Meu marido pavimentou nossa estrada, retirou os espinhos, foi à frente, abrindo caminho com o ânimo típico de seu empenho; a filha brevemente será Mestra em Química Industrial; e o filho, Bacharel em Ciências Aeronáuticas, é piloto consciente, que alia juventude e maturidade. Foram bem longos estes quatro anos, porém infinitamente proveitosos.

À querida irmã Iria Brzezinski, exemplo de vida e cientista da Educação.

À Coordenadora do PPGDR, Professora Pós-Doutora Virgínia Elizabeta Etges, meu reconhecimento pelo auxílio inestimável na superação das dificuldades de minha jornada.

À Professora Pós-Doutora Silvia Virgínia Coutinho Areosa, para quem orientar significa encaminhar, instruir, direcionar e inspirar, minha imensa gratidão tanto por acreditar que pudéssemos, em menos de dois anos, transformar meu sonho em realidade, quanto por tê-lo conseguido.

Sublinho o convívio proveitoso com todos os colegas da Turma 2011 do Doutorado do PPGDR, agradecendo singularmente a Roberto, pela inestimável defesa de nosso artigo em Viena e, sobretudo, pela amizade bem humorada e acolhimento a minha família. Muito especialmente, reservo minha consideração a Giovana Noskoski Bianchini que me ensinou o verdadeiro significado da amizade e, com solidariedade, carinho e apoio, afastou as pedras do caminho e iluminou minha trajetória.

Consigno especial reconhecimento ao profissionalismo e excelência de Carolina de Oliveira, Grasiela da Conceição, Leticia Eichheu e Amanda Bentina K. Schuster.

Minha gratidão à Mirian Wunderlich Pritsc e Maria Alice Seus Ferreira, líderes da Equipe da Política de Saúde Mental da 13ª CRS, pelo auxílio à execução da pesquisa de campo, indispensável aos objetivos desta tese.

Meu agradecimento aos Professores Antônio Carlos Aleixo, Eder Rogério Stela, Paulo Sérgio Gonçalves e Tito Adalberto Alfaro da Universidade Estadual do Paraná, *campus* Campo Mourão-PR.

Ao querido Yang Brzezinski Dianin, pela paciência em aguardar o meu retorno.

Não lidamos com o suicídio, mas com o sofrimento humano. Falar sobre o suicídio é falar sobre a vida.
(Professor Doutor Neury José Botega, dez. 2014).

RESUMO

A cada minuto, ao menos uma pessoa no mundo comete suicídio. O agravo está presente em todos os lugares. O comportamento suicida apresenta elementos intrínsecos e extrínsecos à vítima, instala-se sem seu consentimento e a torna ambivalente, é fenômeno autógeno, existe e resiste por si mesmo, causa um sofrimento ininterrupto, intenso ao ponto de cessar somente com o fim da própria vida. Neste cenário e com base nas diretrizes da Política Nacional de Promoção de Saúde e de Saúde Mental e na Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio, a pesquisa investiga as ações de enfrentamento ao comportamento suicida nos Municípios de Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul, no Estado do Rio Grande do Sul, locais com alto índice de mortalidade por suicídio. O estudo é qualitativo. Para a coleta de dados foi utilizada a técnica da entrevista, totalizando 27 entrevistados, sendo que 15 entrevistas foram realizadas com gestores e 6 com profissionais da área da saúde, 4 com conselheiros municipais da saúde e 2 com profissionais do Corpo de Bombeiros que resgatam vítimas de suicídio no seu labor diário. Esta representação de entrevistados dimensionou o problema e esclareceu as estratégias de prevenção e combate ao suicídio. O material foi analisado sob a técnica da Análise de Conteúdo de Bardin (2007). Os principais resultados do estudo demonstraram que o suicídio é um fenômeno que preocupa e motiva ações de combate, embora insuficientes para diminuir os índices na região pesquisada. Constatou-se a inexistência de políticas públicas especialmente dirigidas ao combate das tentativas e do suicídio, embora o assunto preocupe todos os entrevistados. Ainda, nas questões que permeiam o suicídio, o conhecimento sobre o assunto é insuficiente para combater o problema com eficiência. Este conhecimento deve ser oferecido em disciplina dos cursos superiores da área de saúde. Ficou evidente que a política em saúde pública e mental implantada no Brasil a partir de 2006, territorial e descentralizada, responsabiliza os municípios pelos serviços básicos em saúde e a região pelos serviços de média e alta complexidade, facilitando o acesso do usuário à assistência que necessita. Conclui-se que pode haver estratégias de prevenção ao suicídio, capazes de diminuir o número de mortes por este agravo, se forem adotadas atitudes francas e abordagens diretas à população em geral, realizadas por profissionais da saúde com conhecimento específico e atualizado sobre a questão.

Palavras-chave: Saúde pública. Saúde mental. Políticas públicas. Suicídio.

ABSTRACT

Every minute, at least one person in the world commits suicide. The loss is everywhere. The suicidal behavior presents intrinsic and extrinsic elements to the victim, installs itself without consent and makes the victim become ambivalent, it is an autogenous phenomenon, exists and resists for itself, causes a continuous, intense suffering to the point of ceasing only by ending one's life. In this scenery and based on the guidelines of the National Policy of Health Promotion and Mental Health and the National Strategy for Suicide Prevention, the research investigates the actions of face-off to suicidal behavior in the municipalities of Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado and Santa Cruz do Sul, of the State of Rio Grande do Sul, places with high suicidal rate. The study is qualitative. For data collection was used the interview technique, totaling 27 respondents. 15 interviews were conducted with managers and 6 with health professionals, 4 with municipal councilmen of local health system and 2 interviews with Fire Department rescue professionals suicide victims in their daily work. This representation of respondents scaled the problem and explained the strategies of preventing and combating suicide. The material was analyzed under the Bardin's Content Analysis technique (2007). The main results of the study showed that suicide is a phenomenon that worries and motivates actions against it, although these initiatives are not sufficient to prevent successful attempts and suicides, not contributing to the reduction of loss in the searched region. We found the lack of public policies in health especially directed to fight the attempts and suicide, although it worry all respondents. Moreover the issues that permeate suicide, the knowledge on the subject is insufficient to tackle the problem effectively. This knowledge should be provided in discipline of the top courses in the health area. It became clear that the public health policy and mental implemented since 2006, territorial and decentralized, making the municipalities responsible for basic services in health and the region by middle and high complexity services, facilitating the user's access to the assistance needed. It is concluded here may be to suicide prevention strategies that can reduce the number of deaths from this cause, if frank attitudes are adopted and direct approaches to the general public by health professionals with specific and updated knowledge on the issue.

Keywords: Public health. Mental health. Public policies. Suicide.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Componentes e Pontos de Atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....	75
Quadro 2 - Notificações compulsórias de violência no RS, por tipo, entre 2010-2012...	79
Quadro 3 - Compilação da constituição municipal de Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul em 2010.....	90
Quadro 4 - Dados suicidológicos de 2000 e 2012, em alguns dos Estados-Membros da WHO.....	106
Quadro 5 - Óbitos por lesão autoprovocada intencionalmente no Brasil de 2010 a 2012, CID-10, Capítulo XX, Códigos de Classificação de X60 até X84.....	119
Quadro 6 - Os 3 principais meios de cometimento de suicídio no Brasil, entre 2010 e 2012, por gênero e faixa etária.....	120
Quadro 7 - Referências suicidológicas no Brasil e estados com maior incidência em 2010.....	122
Quadro 8 - População, IDHM e classificação, número absoluto de suicídios e coeficiente de mortalidade por suicídio com sua classificação, por residência nas regiões e estados brasileiros em 2010.....	123
Quadro 9 - Os números do suicídio na Região Sul do Brasil entre 2006 – 2010.....	132
Quadro 10 - Os números do suicídio, por faixa etária, no território das CRS's de 2011 até ago. 2012.....	134
Quadro 11 - Número de suicídios nos municípios da 13ª CRS, por faixa etária, de 2011 até agosto de 2012.....	138
Quadro 12 - Internações entre janeiro e junho de 2013 em hospital regional, por gênero e motivação.....	193

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População e IDHM dos municípios que compõem a 13ª CRS, em 2000 e 2010.....	54
Tabela 2 - Percentual sobre o total de óbitos e coeficientes de mortalidade por causas externas (CID - 10) no RS em 2012.....	80
Tabela 3 - Comparativo entre elementos componentes do desenvolvimento regional, 2010.....	84
Tabela 4 - Recursos federais à área da saúde municipal, repassados em 2012, 2013 e 2014.....	92
Tabela 5 - Coeficiente estadual de mortalidade por suicídio no Brasil de 2005-2009..	115
Tabela 6 - Óbitos por lesão autoprovocada intencionalmente nas regiões brasileiras, de 2006 até 2012.....	118
Tabela 7 - Números absolutos em 2011 e 2012, de óbitos decorrentes de lesões autoprovocadas intencionalmente (Grande Grupo CID -10 X60-X84), por residência, segundo Região/Unidade da Federação.....	127
Tabela 8 - Divisão estadual em Coordenadorias Regionais de Saúde, 2014.....	131

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
AMS	Agenda Municipal de Saúde
AMVARP	Associação dos Municípios do Vale do Rio Pardo
ANS	Agenda Nacional de Saúde
ANSS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CE/1989	Constituição do Estado do Rio Grande do Sul, 1989
CENP	Centro Nacional de Primatas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES	Conselho Estadual de Saúde
CEVS/RS	Centro Estadual de Vigilância em Saúde do Rio Grande do Sul
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10ª edição
CIR	Comissão Intergestores Regional
CISVALE	Consórcio Intermunicipal de Serviços do Vale do Rio Pardo
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMG	Coeficiente de Mortalidade Geral
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COREDE	Conselho Regional de Desenvolvimento
COREDE VRP	Conselho Regional de Desenvolvimento do Vale do Rio Pardo
COSEMS	Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul
CREM	Central Regional de Especialidades Médicas
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CVV	Centro de Valorização da Vida
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DOU	Diário Oficial da União
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EACS	Equipe de Agentes Comunitários de Saúde
ENPS	Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio
ESP	Evento de saúde pública
FEE	Fundação de Economia e Estatística
GBAPA	Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
GTPMA	Grupo de Trabalho, Planejamento, Monitoramento e Avaliação
Hab.	Habitantes
HEMOBRAS	Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDESE	Índice de Desenvolvimento Socioeconômico
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
mhGAP	<i>Mental Health Gap Action Programme</i>
MS	Ministério da Saúde
NAAB	Núcleo de Apoio à Atenção Básica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NCS	Notificação compulsória semanal
NIC	Notificação compulsória imediata
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NURESC	Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva

NUREVS	Núcleo Regional de Vigilância em Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PCEP	Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PRH	Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar
PSF	Programa de Saúde da Família
PUC-RS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RD	Redução de Danos
REBRAPS	Rede Brasileira de Prevenção ao Suicídio
RENILA	Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial
RG	Relatório de Gestão
RS	(Estado do) Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SAS/MS	Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais

SIAB	Sistemas de Informação da Atenção Básica
SIAFI	Sistema Integrado de Administração Financeira
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAM	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SINDITABACO	Sindicato Interestadual da Indústria do Tabaco
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SNPS	Sistema Nacional de Participação Social
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS/MS	Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UnB	Universidade de Brasília
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VRP	Vale do Rio Pardo
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	O TERRITÓRIO COMO FATOR DE ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE.....	21
2.1	Abordagens e conceitos.....	21
2.2	A questão da multiescala e a hierarquia territorial.....	42
2.3	O Território Municipal de Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul (RS)	48
2.3.1	O município de Mato Leitão.....	51
2.3.2	O município de Pantano Grande.....	52
2.3.3	O município de Passo do Sobrado.....	52
2.3.4	O município de Santa Cruz do Sul.....	53
3	A SAÚDE PÚBLICA NA ESCALA TERRITORIAL.....	57
3.1	Regulamentação da Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil....	65
3.2	A política pública em saúde mental no Brasil.....	72
3.3	A Política de Saúde Pública e Mental no Estado do Rio Grande do Sul....	76
3.4	A Política de Saúde Pública e Mental nos Municípios de Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul (RS).....	82
3.4.1	A Política de Saúde Pública e Mental no Município de Mato Leitão.....	84
3.4.2	A Política de Saúde Pública e Mental no Município de Pantano Grande	85
3.4.3	A Política de Saúde Pública e Mental no Município de Passo do Sobrado	87
3.4.4	A Política de Saúde Pública e Mental no Município de Santa Cruz do Sul.....	88
4	O SUICÍDIO.....	94
4.1	O suicídio no mundo e a <i>World Health Organization</i>.....	94
4.2	O Suicídio no Brasil: estado da arte e estratégias de prevenção.....	110
4.3	O suicídio no Rio Grande do Sul: estratégias de prevenção.....	130
4.4	A Estratégia Municipal para Prevenção do Suicídio em Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul (RS).....	138
5	CONTEXTUALIZANDO A REALIDADE DA SAÚDE MENTAL E A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO.....	142
5.1	Organização do SUS.....	145

5.2	Trabalho em rede.....	153
5.3	Multidimensionalidade do fenômeno suicídio.....	158
5.4	Interesse pela temática do suicídio.....	166
5.5	Capacitação da equipe profissional.....	172
5.6	Frustração e impotência.....	181
5.7	Registro (notificação) e número (aumento ou diminuição) dos casos de suicídio.....	187
5.8	As políticas públicas em saúde e de combate ao suicídio.....	194
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	204
	REFERÊNCIAS.....	208
	APENDICE A - Roteiro Prévio à Entrevista com Gestores em Saúde.....	238
	APÊNDICE B - Roteiro Prévio à Entrevista com Profissionais em Saúde	239
	APÊNDICE C - Roteiro Prévio à Entrevista com Conselheiros Municipais de Saúde.....	240
	APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	241
	ANEXO A - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa da UNISC.....	242

1 INTRODUÇÃO

Esta tese nasceu da tentativa de retribuir ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional da Universidade de Santa Cruz do Sul o acolhimento e o conhecimento adquirido pela autora, ao longo do doutoramento. É, então, fruto de um ‘re’conhecimento; e, nesse sentido, buscou-se uma temática que de alguma maneira pudesse contribuir com o desenvolvimento da região.

Constatou-se no Rio Grande do Sul (RS) e particularmente na região pesquisada, que a mortalidade por suicídio é alta e que o assunto, por isso, merece ser investigado. As autoridades em saúde no Brasil e no mundo reconhecem que o suicídio é uma questão de saúde pública e que o assunto precisa ser abordado nas mais diversas instâncias, porque o enfrentamento teórico da questão pode alcançar o resultado prático almejado, que é a diminuição do número de vítimas de tentativas e do suicídio. Nessa propositura, a delimitação geográfica do território pesquisado foi uma região do Estado do Rio Grande do Sul (RS), composta pelos Municípios de Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul. Essa abrangência regional fundamentou-se também em razão de que o fenômeno do suicídio não ocorre esporádica ou especificamente em locais determinados. Sendo assim, o território local não é a melhor ótica à abordagem do tema. A pesquisa se desenvolve sob a visão de que mais do que o local, uma região, aglutinada em prol de um objetivo comum, torna-se espaço organizado de resistência e de influência política, assume uma identidade própria e é reconhecida a partir dessa identidade coletiva, da qual a sociedade se apropria como seu espaço identitário.

Sob qualquer formatação (da delimitação jurisdicionada ao espaço virtual), o território deve ser valorado como espaço de convivência humana, de exercício solidário e de conjunto dos agentes em prol da qualidade de vida. Sua apropriação não prescinde da conscientização de que a convivência se dá nas diferenças, havendo as que devem ser combatidas (que discriminam, segregam, abatem, desrespeitam e reduzem) e as que devem ser revitalizadas (as que tipificam um povo, sua cultura, arte e história), porque diferença nem sempre significa discriminação. As diferenças que importam são o distintivo de um povo, são o que o determina enquanto habitante de um território. Cada ser, cada objeto, cada lugar é único em si mesmo e identitário em seu conjunto. A diversidade representa as diferenças que devem ser respeitadas. Na questão de lugares, trata-se do caráter intrínseco de cada região, formado pela tradição nascida da junção de lugares, de tradições locais, pelos usos e costumes de um povo, transmitidos pelas gerações dos habitantes. Este aspecto diz respeito à cidadania, portanto ao

reconhecimento da identidade que imprime um caráter único ao território, confere-lhe reconhecimento, dá-lhe sentido, porque cada lugar habitado, tão somente por constituir-se assim, é espaço de vivência identitária de um povo, impresso pela cultura popular; enfim, pela sua própria história. Os lugares devem ser respeitados da maneira como os lugares são, com suas peculiaridades e singularidades, ainda mais num país com as dimensões do Brasil.

No estabelecimento de políticas públicas sobre o território, o Brasil precisa muito mais de ações intervencionistas efetivas e conscientes do que de divagações teóricas e impraticáveis, porque diferenças, diversidade e identidade convivem em todos os lugares. O que deve ser suficientemente estabelecido é que equidade não significa tratar a todos do mesmo modo, mas tratar a cada um, respeitando sua individualidade e cidadania. Todos os lugares têm diferenças que devem ser aglutinadas em ideais altruístas, devem motivar cooperação na presença ética e consciente do poder público e da sociedade civil, na união em prol de um meio ambiente sadio, na eliminação das mazelas sociais; enfim, de uma convivência onde saúde, segurança e educação tornem-se lugar comum.

As políticas públicas em saúde no Brasil também adotam a perspectiva regional do território em sua organização, fazendo da região a pedra angular, a base na qual se sustenta o sistema único de saúde, caracterizado especialmente pela regionalização (espaço de prestação da maioria dos serviços em saúde) e pela descentralização das responsabilidades aos municípios, constituindo-se na célula administrativa mais próxima dos usuários do sistema público de saúde. Nessa perspectiva, a pesquisa ateu-se aos Municípios de Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul, que compõem a 28ª Região de Saúde e a 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do RS.

O Estado do Rio Grande do Sul apresenta os maiores índices de suicídio entre os estados brasileiros, e nele os municípios acima nominados ocupam as primeiras colocações. Esta constatação também motivou esta pesquisa, que analisa o suicídio sob a influência da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) de 2006 e a consequente Política Nacional de Prevenção ao Suicídio. Trata-se, portanto, da abordagem do suicídio enquanto problema de saúde pública, cujo combate é fator contributivo ao desenvolvimento regional.

Para Zanchi e Zugno (2012, p. 23) “A saúde e o desenvolvimento são uma coisa só e representam o fim de um processo global de desenvolvimento econômico e social a serviço de todos os povos”. Saúde e doença acompanham a trajetória humana no planeta, mesmo quando a medicina era mais encantamento, magia e religião. Na Grécia antiga, do século VI a. C., esta visão foi substituída pela racionalidade de filósofos como Tales de Mileto, Heráclito e Pitágoras. Hipócrates (460 -370 a. C.) ensinava que a boa saúde dependia da harmonia entre

os humores (sangue, fleuma, bÍlis amarela e bÍlis negra). Para os romanos, a saÍde ficou evidente no progresso da higiene pessoal, nas campanhas de saÍde pÍblica e nos estudos de Caio PlÍnio Segundo (23-79 a. C.). Cada perÍodo histÓrico tratou do binÓmio saÍde/doença “de acordo com os valores estabelecidos em sua cultura, religião, conforme a importância das necessidades das sociedades” (ZANCHI; ZUGNO, 2012, p. 23).

Sobre o equilÍbrio como fonte de saÍde, FÍlon (20 a. C. - 50 d. C.) leciona, em seu Tratado sobre os *Therapeutes* (LELOUP, 1993), que os primeiros teÓricos que pensaram o cuidado, o tratamento e a cura viveram no sÍculo I, nos arredores da Alexandria egÍpcia, sob jugo romano. FÍlon os descreve como observadores da realidade, na qual buscavam a inteligência criadora (*sophia*) e a verdade (*aletheias*). Consideravam que o homem curaria seus prÓprios males, ao conhecer-se sob quatro aspectos: a dimensão corporal (o corpo, *soma*), a dimensão psÍquica (o Ser, *nepshesh*), a dimensão consciente (o desejo, *nous*) e a dimensão espiritual (o outro, *pneuma*). A harmonizao fÍsica e psÍquica resultaria desta reflexão, deste exercÍcio fenomenolÓgico. Para os *Therapeutes*, o homem podia prevenir doenças fÍsicas (não comendo cadáveres de animais, vestindo-se sobriamente, ingerindo alimentos frugais), tratar doenças espirituais (concentrando-se no outro, sendo humilde, não projetando anseios e medos sobre os demais, abdicando de condicionamentos e de juÍzos de valor) e refletir sobre os valores orientadores da vida (o Belo, o Verdadeiro, o Bom). Assim harmonizado, a cura seria um acréscimo à postura de vida. Os *Therapeutes* ensinaram que o homem deveria respeitar seu prÓprio ritmo, despojar-se dos excessos e cultivar pensamentos de saÍde e felicidade, porque sofrimento e infelicidade são consequências dos conflitos interiores causados pelo desejo. Também preconizavam que o abandono da idolatria (porque nada neste mundo é absoluto) e do desprezo (deve-se respeitar o mundo que nos cerca) substituiria a doença e a infelicidade por revitalizao e bem aventurança. A contemplao reflexiva dos *Therapeutes* parece conter, ainda hoje, a fÓrmula de saÍde e bem-estar (LELOUP, 1993).

No sÍculo XIX (1801-1900), fenômenos como a migrao e a urbanizao, decorrentes da Revoluo Industrial (1780-1830 aproximadamente) trouxeram consigo vários problemas de saÍde. O sÍculo XX (1901-2000) foi marcado por duas guerras mundiais que influenciaram o perÍodo. No campo da saÍde pÍblica, entre 1910 e 1920, o uso das ervas medicinais foi substituído pelos fármacos, em decorrência do avanço da indÍstria farmacêutica; e, em 1928, a penicilina foi inventada. Ao fim da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), foi criada a Organizao das Nações Unidas (ONU) e um de seus organismos mais ativos em prol da saÍde no âmbito mundial, a *World Health Organization* (WHO), criada em 1948. A

proclamação da Declaração Universal dos Direitos Humanos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948) dispôs, em seu artigo XXV, sobre o direito de todos a “um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis [...]”.

Em 1970, a crise mundial dos sistemas de saúde resultou na percepção de que a tentativa de curar não era suficiente, a intervenção deveria ocorrer também nas causas que determinam as doenças. Conforme Zanchi e Zugno (2012, p. 31), em decorrência deste entendimento, em 1974 o Canadá lançou o Informe *Lalond*, um relatório sobre saúde para “adicionar não só anos à vida, mas vida aos anos”, através da biologia humana (a longevidade e a genética), da organização dos serviços (prevenir, curar e recuperar), do ambiente (social, físico e psicológico) e do modo de vida (enfocando trabalho, lazer, consumo, etc.). O marco internacional em prol da saúde veio da Conferência de Alma Ata, em 1978, realizada na cidade de Alma Ata, Cazaquistão, União Soviética, que reconheceu a saúde como direito dos povos do mundo. Em 1993, a WHO e o Banco Mundial observaram a saúde humana sob o foco do desenvolvimento, propondo indicadores de avaliação.

A liderança na abordagem da saúde, no âmbito global, permanece com a ONU, como comprovam o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), os fundos reservados à população e à infância, a Organização Internacional do Trabalho, a Agência das Nações Unidas de Assistência aos Refugiados Palestinos, a ONU para Agricultura e Alimentação, o Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime, e o Banco Mundial, órgãos e iniciativas que desempenham papel relevante na promoção da saúde na escala global.

Um grave problema de saúde, em nível planetário, é o suicídio. No Brasil não é diferente, o fenômeno ocorre em todos os estados, sendo que o RS apresenta, historicamente, o maior número do agravo, sendo que nos Municípios de Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul o evento está mais presente. Neste sentido, a pesquisa, expondo o fenômeno, busca conhecer, naqueles municípios e a partir das diretrizes da PNPS de 2006 e de enfrentamento do comportamento suicida, quais as estratégias de prevenção e combate ao suicídio que estão sendo (ou não) implantadas ou implementadas pelas autoridades da saúde, e ainda de que maneira os profissionais e os conselheiros municipais em saúde equacionam a questão e também como tais estratégias colaboram (ou não) para o desenvolvimento regional, ao enfrentarem (ou não) o suicídio, enquanto grave problema de saúde pública.

Este estudo procurou, então, aprofundar-se no assunto suicídio, partindo da abordagem do território enquanto fator de organização da sociedade e das circunstâncias introdutórias

necessárias à progressão do tema, averiguando, entre outras implicações, se o fenômeno é visível e reconhecido, na região pesquisada, como grave problema de saúde pública; além disso, procurou-se investigar se existem estratégias governamentais de combate ao agravo na região e se tais estratégias são praticadas visando diminuir o número de tentativas e de suicídios.

Nessa intenção, o trabalho é composto de seis capítulos. No Segundo Capítulo, aborda-se a organização social, sob a perspectiva do território, abrangendo conceitos e questões hierárquicas e multiescalares, explorando também definições necessárias para uma melhor compreensão das abordagens subsequentes.

No Terceiro Capítulo, contextualiza-se a saúde pública, especialmente quanto à PNPS 2006, abordando saúde pública e mental no Brasil, no RS e nos Municípios de Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul.

O Capítulo Quarto da tese se dispõe a demonstrar a preocupação da comunidade nacional e internacional para com o tema do suicídio, especialmente na abordagem da literatura e, no patamar mundial, com a manifestação da WHO nos apontamentos estatísticos e no Relatório sobre a prevenção do suicídio como um imperativo global. O capítulo trata também das estratégias de prevenção ao agravo no território nacional, no RS e nos municípios pesquisados. A pesquisa buscou compreender como estão sendo implantados ou implementados, na perspectiva da territorialidade, os programas e ações em saúde, abrangendo a multidimensionalidade do fenômeno suicídio. No âmbito estadual, a pesquisa deteve-se nas ações empreendidas pela 13ª CRS e, no âmbito dos municípios pesquisados, buscou-se conhecer como estes espaços se organizam no enfrentamento do problema do suicídio enquanto questão de saúde pública e quais as estratégias de prevenção e combate que estão sendo (ou não) implantadas ou implementadas pelas autoridades da saúde local e se tais estratégias colaboram (ou não) para o desenvolvimento regional.

O Capítulo Quinto apresenta a discussão e os resultados da coleta de dados, que ocorreu através de entrevistas efetuadas com atores contextualizados com a saúde pública e mental no estado, nos municípios já nominados e também junto aos gestores e profissionais dos hospitais referenciados ao atendimento da saúde mental na região, e ainda com a sociedade civil organizada, representada por membros dos Conselhos Municipais de Saúde.

Finalmente, o Capítulo Sexto trata das considerações finais sobre as proposituras da tese, abordando as questões norteadoras do trabalho e findando a proposta de desvendar ao menos uma pequena porção do fenômeno suicídio.

2 O TERRITÓRIO COMO FATOR DE ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE

Este capítulo busca equacionar o território como um dos principais elementos da vida em sociedade, como espaço onde as relações coletivas e individuais se desenvolvem, lugar que adquire uma identidade própria, composta pelas experiências e pelos fenômenos ocorridos no meio, que influenciam e norteiam a vida dos indivíduos sobre este espaço físico. Este capítulo também descreve o significado de alguns vocábulos comumente utilizados na literatura e na normatização das questões de saúde pública e mental.

Para analisar as estratégias e ações das políticas públicas de saúde, em especial o combate ao agravo do suicídio nos Municípios de Mato Leitão, Passo do Sobrado, Pantano Grande e Santa Cruz do Sul (RS), é necessário contextualizar território e algumas variantes, bem como apresentar o referencial teórico demográfico da região observada, porque a organização geopolítica brasileira, e nela, a da saúde pública, se equaciona numa perspectiva territorial multiescalar. Nesse sentido, o exercício humano de “pertencer a uma determinada região” (LENCIONE, 2001, p. 194) e a organização territorial sob a perspectiva das escalas locais e regionais enquanto “exercício de poder sobre o espaço” são abordagens importantes (RAMBO; RÜCKERT, 2008, p. 1).

2.1 Abordagens e conceitos

O território é um dos instrumentos pelos quais a civilização humana se desenvolveu e que motivou, e ainda motiva, disputas dentro e fora dos limites entre países, apresentando uma história de conquistas e reconquistas que acompanham a evolução (ou a involução) do homem no planeta.

A palavra território deriva do vocábulo terra, do latim *territorium*, no sentido de área de terras delimitada e jurisdicionada. Outras palavras, exprimindo similaridade ou contrariedade, ligam-se à noção de território, a exemplo de espaço “como um mosaico de regiões determinadas”, numa flexibilização do que seja território (LENCIONE, 2001, p. 201). Aquém das pluralidades pós-modernas, o território já foi, sobretudo, uma questão geográfica, em especial a partir do momento em que a Geografia unificou as investigações homem-natureza, no sentido de que os processos espaciais ocorrem apenas quando a sociedade atua sobre o espaço. Lencione (2001) recorda que, no século XIX, a Geografia Humanista, adotando uma perspectiva fenomenológica, passou a analisar os objetos em sua essência (sem preconceções), imersos no mundo vivido, tudo pensado racional e subjetivamente (ou seja,

sob a ótica do sujeito), no sentido de que o homem trata coisas e pessoas conforme as percebe e não conforme noções previamente concebidas. Esta perspectiva fenomenológica da Geografia tornou-se, metodologicamente, uma etapa decisiva para a apropriação do conhecimento, introduzindo a noção de espaço enquanto vivência e prática social humana. Desta abstração espacial decorreu a compreensão de região como espaço social valorado, que absorve trocas e experiências, afetos e discórdias, raízes e história, adquirindo conseqüentemente uma identidade regional, de cujo processo emerge uma coesão social que se acumula numa espécie de memória coletiva. Superadas as críticas para com a Fenomenologia da Geografia Regional (tais como a explicação da realidade pelo positivismo lógico, a falta de uma metodologia resistente e a acentuada divisão entre Geografia Humana e Física), a modernidade retomou os conceitos históricos sobre território, e, atualmente, a pós-modernidade ou período pós-historicista, na sua pluralidade e heterogenia, enfatiza mais espaço do que história, fazendo o território descontínuo e fragmentado e determinando-o sobre o tempo (LENCIONE, 2001).

A paisagem, representando as relações locais do homem com a natureza, também se relaciona com espaço, nesse âmbito concebido como a paisagem animada pela vida. Paisagem e espaço são fenômenos que emergem em tempos diferentes, mas são contemporâneos, onde paisagem é a matéria sobre a qual o homem imprime sua marca, animando-a, valorando-a, manipulando-a nos vários períodos históricos, e, assim, tornada espaço, encontra-se sempre em transformação. Nesse contexto, paisagem e sociedade formam o “espaço humano”, dinâmico e funcional (SANTOS, 2006, p. 69).

A apropriação do conceito de território leva em conta os elementos da identidade cultural, exercidos sobre um espaço geograficamente delimitado, onde a história regional, inclusive nos aspectos econômicos, ambientais, políticos e culturais é essencial (FLORES, 2006). Na continuidade desse pensamento, território é o espaço onde a abstração ‘capital coletivo’ transita entre o território “dado” (o âmbito político administrativo), o território “construído” (o âmbito sociocultural) e a noção de “pertencimento”, edificando uma coletividade com história própria e aprendido através de suas representações quotidianas e da criação de vínculos identitários e solidários que imprimem sobre o território um significado de “fidelidade, gratidão e identidade” (PECQUEUR, 2009, p. 89).

Em sua perspectiva fenomenológica sobre o território, Frémont (1976) admite que a estrutura de uma região relaciona as práticas, ações e julgamentos humanos ao espaço, fazendo surgir hábitos, instintos, afetividade, fantasias e cultura, de cujo amálgama emerge o espaço vivido, sobre o qual se desenvolvem as realidades regionais, num todo complexo onde

a região não é uma realidade em si mesma, mas é um espaço de duração, visto, sentido, rejeitado ou amado, mas moldado pela influência humana que reflete. Estudar uma região significa, então, observar os reflexos, o resultado das ações humanas sobre o espaço, como ocorre na questão das políticas públicas de saúde no Brasil, onde o território torna-se a base social da cidadania, quando a população pleiteia, subsidia (através dos tributos) e frui dos serviços públicos de saúde.

O sentido de territorialidade experimentado pelos habitantes de um lugar faz despontar um desenvolvimento endógeno, um “saber-fazer local” que se atrela ao conhecimento (FLORES, 2006, p. 5). Esclarecendo a ingerência humana e o consequente uso identitário do território, tem-se que este não é meramente um “sistema de coisas superpostas”, mas é o “*território usado*”, uma simbiose de “chão mais identidade”. Homem e chão se pertencem, no “local de residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida” (SANTOS, 2002, p. 10).

Dessa forma, entende-se “territorialidade” como “um conjunto de relações que se originam num sistema tridimensional sociedade-espaço-tempo em vias de atingir a maior autonomia possível, compatível com os recursos do sistema”, em cuja dinâmica o exercício do poder é um fenômeno determinante (RAFFESTIN, 1993, p. 160). A imagem do lugar, então, também se constrói pelo exercício do poder, gerido por alguns e assimilado pelos demais, projetado sobre a realidade, tomando forma e dando forma ao território, enquanto “espaço onde se projetou um trabalho, seja energia e informação, e que, por consequência, revela relações marcadas pelo poder” (RAFFESTIN, 1993, p. 144).

Santos (2006) alude à lugar e região. Unidade e história pertencem ao planeta, a diversidade pertence aos lugares. Os fenômenos que incidem sobre um território são “eventos” e estes, no liame entre lugares e história, se ligam ao planeta. Por isso, região e lugar fazem parte do todo, têm particularidades próprias, mas sofrem a pressão das mesmas leis de evolução, onde o tempo representa “possibilidade” e o espaço, preexistente ao território, representa “oportunidade”. Lugar (uma cidade grande, por exemplo) não é necessariamente menor do que região; aliás, uma região é um lugar “desde que a regra da unidade, e da continuidade do acontecer histórico se verifique” (SANTOS, 2006, p. 108-109).

Consequentemente, a região é referência, é base sobre a qual as relações sociais transcorrem e fluem. A região, vista dessa forma, não se concebe “como mera coadjuvante no processo de organização e desenvolvimento do território, mas como parte integrante deste” (GAIOVICZ; PAIM; DALL’IGNA, 2009, p. 170), considerada pela Geografia Humanista como “espaço vivido” e pela ciência política como “meio de interações sociais” (CORRÊA,

1997, p. 188); portanto, a região deve dar-se a conhecer, para que as relações, naqueles limites, também venham a se entender, porque quando o homem desconhece as criações do cotidiano, ele se torna ignorante. O mesmo ocorre quando regiões ignoram o que são e como funcionam, pois, tal qual o homem ignorante, regiões ignoradas “têm menos condições de comandar a sua própria evolução e mais dirigidas de fora tendem a ser” (SANTOS, 1996, p. 181).

O conhecimento advém da informação, e a informação une territórios, quer sejam “subespaço, região ou lugar”. Mesmo que os lugares e as pessoas sejam diferentes, a informação faz despontar um “acontecer solidário”, no sentido de que a coletividade passa a realizar tarefas, mesmo sem um projeto comum. Para Santos (1996, p. 109), essa solidariedade age de formas diferentes sobre o território, a depender do espaço: é um “acontecer homólogo” (típico das regiões agrícolas e cidades com uma única produção industrial, onde a informação se propaga horizontalmente e a relevância fica por conta das técnicas, num conhecer uniforme); ou um “acontecer complementar” (presente nas relações cidade-campo e interurbanas, pela adição da informação, ainda intercambiada horizontalmente entre lugares); ou, ainda, um “conhecer hierárquico” (fruto de ordens geradas em um lugar e realizadas em outro, com a conseqüente verticalização das informações).

Para a tese, importa o “acontecer hierárquico”, fenômeno urbano típico da modernidade, pelo qual organizações sediadas num lugar emitem ordens aos comandados sediados noutro lugar, racionalizando as atividades através de informações pontuais, descontinuidade territorial e “proximidade organizacional” (SANTOS, 2006, p. 110). O sistema público de saúde no Brasil exemplifica esta recente conformação, no seu “mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se operar os serviços de saúde”, no combate às doenças e no “processo de decisões, próprio das organizações e indivíduos que planejam, administram e avaliam os serviços de saúde” (LIRA, 2002, p. 251).

A conexão entre informação e saúde merece atenção, porque se ancora em características imprescindíveis, tais como “historicidade” (os eventos da saúde humana, durante a vida e após a morte, devem compor uma base de dados centrada e identificadora); “multidisciplinaridade” (o sistema de informações sobre saúde é composto pela especificidade de cada área de atuação); “multivisões” (o acesso à informação deve estar disponível a vários tipos de profissionais); “integração” (as informações – imagens, gráficos, textos – devem compor um sistema unificado e integrado); “auditabilidade” (por questões legais e éticas, as informações devem ser facilmente recuperáveis), e sobre outras questões que dispõem maiores explicações (LIRA, 2002, p. 254).

A região é o território além dos aspectos ambientais, “determinado por interesses econômicos, sociais, políticos e culturais”, envolvendo agentes e interesses num processo de regionalização, sobre o qual as diferenças devem ser valorizadas como potencialidades para um desenvolvimento de qualidade, num processo contínuo e dinâmico de modificação (ETGES, 2001, p. 352).

Nesta modelagem, o território tem estrutura tríplice: a superfície (o espaço), a reta (ligação material ou virtual entre pontos do território) e os pontos, os “nós” dos povoados, cidades, municípios. Esta projeção territorial, embora não esgote a dinâmica de construção, reconstrução e até de destruição do espaço por seus atores, identifica a complexidade da formação de “redes” ou “malhas” que dividem o território, conforme a conveniência dos sujeitos (RAFFESTIN, 1993, p. 183), ou o percebe “sob a forma de uma rede-arquipélago na mundialização econômica” (BENKO, 1999, p. 87).

Na evolução do contexto territorial, a partir do século XX, o território passa a sofrer intensa ingerência humana, contando com modernizações e transformações, acrescendo-se tecnologias aliadas à rapidez no trânsito das informações pelo espaço (material e virtual). Trata-se, portanto, do território sob o ritmo agitado e impaciente dos atores e de suas ações. Tratando dos regimes de acumulação no século XX, tanto no estatismo socialista quanto no ocidente capitalista, Etges (2005) expõe que a década de 1980 foi divisora de águas entre a modernidade e a pós-modernidade, firmando consequências importantes: até meados de 1980, prevalecia o modo de produção fordista de acumulação, altamente impactante sobre o meio ambiente, cuja medida do desenvolvimento era a renda *per capita*, medida estatística da média de um determinado valor por pessoa ou por cabeça, do latim, *per capita*. Era a fase histórica da modernidade, com o desenvolvimento caminhando num sentido único, o da industrialização e sua conseqüente urbanização, num mundo bipolar, dividido em países desenvolvidos e subdesenvolvidos. Próximo aos anos 1990, o ritmo torna-se mais frenético, com o advento de um regime de acumulação que flexibiliza as relações de trabalho, de mercado, de consumo, que se preocupa com os impactos ambientais e com a qualidade de vida, passando o desenvolvimento (de países, Estados, cidades, organizações, empresas, etc.), a partir de 1990, a ser medido pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que leva em conta, além do Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* como indicador de padrão de vida, também os dados sobre expectativa de vida e educação. É a fase da pós-modernidade de um mundo multipolos, conformado horizontal (na formação tradicional de região enquanto espaço ininterrupto) e verticalmente (na conformação territorial fragmentada, porém

maciçamente conectada), onde o desenvolvimento dá-se em múltiplas direções, por força dos avanços tecnológicos e do desempenho das redes (ETGES, 2005).

Neste século XXI, desenvolvimento é entendido como “processo de evolução material que ocorre de maneira equilibrada social e espacialmente”, cujo desafio é fortalecer o Estado e a democracia e comprometer-se com a sustentabilidade. Um estado eficiente abre caminho para que as forças sociais se articulem, no sentido de auxiliar a implantação de políticas públicas que harmonizem os territórios fragmentados em prol dos interesses sociais (PAMPLONA, 2012, p. 75).

Na base da fragmentação territorial, surge a descentralização, onde o território não mais se define apenas pelas ações dos atores sobre um determinado espaço físico. A organização social exige novas cores à identidade territorial, e esta decorre da descentralização, pois para que uma sociedade se organize e nela emergjam instituições sólidas, são necessárias “estratégias de aliança entre os diferentes grupos envolvidos” presumindo esta descentralização, na “conjunção do espaço comum abstrato construído por grupos e de um espaço físico” (PECQUEUR, 2009, p. 97).

A organização dos assuntos de saúde pública e privada da população brasileira não prescinde desta ação descentralizadora, que convive nos espaços físicos e virtuais. Trata-se aqui da segmentação. Na organização da saúde privada, os clientes se segmentam pelas operadoras de saúde ou por um profissional que lhes tenha sido indicado; já na área da saúde pública, a segmentação ocorre por “área geográfica ou nível de complexidade” (FERREIRA, 2002, p. 266).

A descentralização territorial é importante agregador de regiões, pois, embora o gerenciamento de estratégias sobre o território ocorra de maneira centrada (num local físico específico), o resultado é irradiado virtualmente para uma ampla gama de lugares ou regiões, de modo múltiplo e específico concomitantemente. O Estado não pode ficar alheio a tal processo de descentralização, dele exige-se que ouça a população, que efetive políticas públicas que encontrem os anseios do povo e que respeite “as prioridades que a comunidade local apresenta” (BRANDT, 2005, p. 20).

Descentralização, portanto, não significa dispersão territorial; ao contrário, trata-se de uma estratégia das políticas públicas, de suporte ao desenvolvimento territorial, pela qual os atores e seus interesses se inter-relacionam em vários níveis institucionais, cujas decisões, especialmente locais, são permeadas pela intervenção da sociedade civil organizada, tida como fator essencial desse mecanismo (FLORES, 2006, p. 4). Esta descentralização, em verdade, embute uma resistência ao que parece ser uma pretensão desses tempos globalizados,

ou seja, a intenção de que o território seja fragmentado e destituído de identidade, panorama ideal para que o global sirva-se do loco-regional como bem lhe aprouver. Espera-se que o entendimento de região, como parte personalizada e vital do território, e de descentralização, como estratégia de desenvolvimento territorial, se consolide neste tempo imediatista, recheado de efemérides, mas ainda não homogêneo.

Não se nega as importantes modificações impostas pela globalização no mundo, elas reforçam a necessidade do fortalecimento das relações locais e regionais e evidenciam o desenvolvimento local como “conceito-chave, não só para especialistas do desenvolvimento regional, mas também para os responsáveis políticos (locais ou nacionais)”, face a uma eventual decepção para com as teorias convencionais do desenvolvimento territorial (BENKO, 1999, p. 85).

Independentemente da extensão, “o Lugar” é a dimensão territorial que mais resiste na defesa dos interesses da sociedade civil, mesmo que esta não esteja plenamente consciente desse fenômeno. Esta “sede de resistência” pode alçar “escalas mais altas”, mas, para tanto, é imprescindível o “conhecimento sistemático da realidade, mediante o tratamento analítico do território, interrogando-o a propósito de sua própria constituição no momento histórico atual” (SANTOS, 2006, p. 174).

Não é demais relatar que o homem, sobre o território, também tem sua identidade modificada no transcurso do tempo. Hall (2006) trata da crise identitária do ser humano, e aponta a nação e outros elementos como etnia, língua e religião, na composição de um sistema cultural que referenciava o indivíduo como um ser racional. O autor aduz que as atuais mudanças estruturais da sociedade, desestabilizam o mundo social e colocam em crise o indivíduo, desvirtuando suas referências e retirando a solidez (mesmo que metafórica) do homem e de seu mundo, fazendo surgir fenômenos novos que tomam o lugar daqueles fatores identitários anteriores. Este estado de coisas é recente, não sendo possível, ainda, oferecer conclusões seguras sobre o tema. Não obstante isso, Hall (2006) apresenta uma cronologia identitária do sujeito, concebida em três momentos distintos, no transcurso dos quais vão se alterando a estrutura do homem e a sua percepção de mundo: o percurso se inicia com o sujeito do Iluminismo, baseado na racionalidade como sujeito, embora individualista, centrado, estável, consciente e ciente de suas capacidades. Esta essência individualista, por sua vez, conduz o sujeito à segunda etapa cronológica, a do sujeito sociológico, que forma sua identidade na interação entre o mundo exterior e si mesmo, já não autossuficiente, e, no embate entre o ‘eu’ (individual) e o ‘ele’ (social), se inicia um conflito de identidade. Disso decorre o sujeito pós-moderno, ser fragmentado, sem identidade fixa, composto de

intervenções contraditórias e de identidades mutáveis, que se criam e se recriam em virtude das transformações da sociedade contemporânea, onde as diferenças são salientadas e os contrastes tornam-se evidentes, conduzindo o sujeito e sua identidade circunstancial para diferentes posições, a depender da conjuntura em que se encontre.

O presente tópico trata de abordagens e conceitos. Sendo assim, nesta etapa do trabalho torna-se imprescindível esclarecer o contexto conceitual de vocábulos que permeiam a tese e devem ser apropriados sob a ótica da literatura e também dos órgãos e instituições mencionados neste estudo, tais como a ONU, o Ministério da Saúde (MS) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Primeiramente, abordam-se os vocábulos Estado, Sociedade Civil, Governo e Governança, sob a ótica de Bobbio (2000) e a dicotomia das relações públicas e privadas, na divisão entre o político e o social. Na esfera pública (no âmbito político), ao menos teoricamente, o Estado representa o interesse coletivo, normatizando as ações sociais numa relação desigual e coercitiva face ao cidadão, sob a presunção de que o Estado atua em prol do bem social. Já na esfera privada (da sociedade civil), as relações, entre pessoas, dão-se num mesmo patamar, sendo, portanto, de igualdade e de liberdade. Fixa-se, então, que, sobre o território, a sociedade civil estabelece um acordo de convivência entre indivíduos, que é regulado pelo Estado. A união entre Estado e cidadão, em prol da solução de problemas comuns, faz surgir o “Estado Social” (BOBBIO, 2000, p. 27), caracterizado pela participação da sociedade (organizada, participativa e dinâmica) na tomada de decisões políticas. No campo da ação política, então, Sociedade Civil pode ser compreendida como a “pluralização de atores sociais voluntários, temáticas emergentes e formas de ação coletiva”, que auxilia governos e instituições democráticas (GÓMEZ, 2003, p. 13).

Já Estado e Governo, embora transitem no mesmo espaço – o público –, têm significados diferentes. De modo simplista, diz-se que, sobre um determinado território, o Governo administra o Estado. Percebe-se que o contexto territorial é imprescindível, onde o Estado se instala com seu aparato de instituições como bancos, hospitais, escolas, prisões, etc., e representa os interesses sociais de forma duradoura e ininterrupta. Por seu turno, o vocábulo Governo tem sentido de transitoriedade, refere-se ao exercício do poder estatal sobre o território, por um tempo pré-determinado, findo o qual, comumente outro governante e outra governança se estabelece. Dessa forma, governança, no sentido amplo, se entende “como a capacidade do governo de implementar de forma eficiente suas políticas públicas”, pairando aqui a crítica de que uma gestão pública de qualidade é prejudicada quando os objetivos do governo e da sociedade são imediatistas (CAVALHEIRO, 2006, p. 63).

Nesse panorama, se estabelecem as políticas de governo e de Estado. As políticas de governo tendem à ocasionalidade e à temporariedade. Perduram pelo mesmo lapso temporal do governo que as idealizou, implementando medidas geralmente setoriais, definidas na agenda política interna do governo eleito, em ações mais operacionais do que conceituais. Já as políticas de Estado são amplas e melhor articuladas, geralmente multissetoriais, e resultam de projetos contendo estudos técnicos, como análise de impactos ambientais ou orçamentários, previamente discutidos pela sociedade civil e pelo parlamento, cujos resultados incidem nos diversos setores da sociedade, na forma de políticas públicas com duração maior do que o lapso temporal de um governo (ALMEIDA, 2013). Um exemplo de política de Estado é a PNPS de 2006, que permanece em execução pelos sucessivos governos federal, estaduais e municipais, até o presente momento.

O contexto das políticas públicas de Estado ou de governo remete aos Planos, Programas e Projetos, que materializam o processo de planejamento das políticas públicas. A diferença entre estes vocábulos reside no nível hierárquico: os Planos, de característica geral, contemplam “as diretrizes mais amplas, explicitando princípios e finalidades da ação, ou seja, explicam os *porquês* de uma determinada ação”, contendo objetivos e metas que referenciam Programas e Projetos. Os Programas restringem a ação, aprofundando o Plano, “ou seja, identificam *o que* será feito” e os Projetos regulam detalhes, “referem-se ao *como* serão executadas as atividades, isto é, orientam e identificam quem, quando, onde e com que recursos serão desenvolvidas atividades” (SIEDENBERG; ALLEBRANDT, 2010, p. 39).

Na sequência, se esclarece o entendimento do MS sobre regionalização, descentralização e municipalização, vocábulos relevantes no contexto territorial da saúde pública brasileira.

Para o MS, regionalização é um dos princípios orientadores e eixo estruturante do Pacto de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto “articulação entre os gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados, que possibilitem acesso, integralidade e resolutividade na atenção à saúde da população”. A regionalização orienta a descentralização, identifica e constitui as Regiões de Saúde como “espaços territoriais nos quais serão desenvolvidas as ações de atenção à saúde” (BRASIL, 2009f, p. 315).

O MS entende que descentralização é o processo de transferência das responsabilidades do SUS aos municípios, preservando as atribuições comuns e específicas dos níveis federal, estadual e municipal de gestão (BRASIL, 2009f, p. 116); e que municipalização é a estratégia de reconhecimento do município como principal condutor da saúde à população e território

para o qual se transferem recursos e responsabilidades ao pleno exercício das funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria das ações e serviços de saúde prestados em seu território, preconizando a autonomia municipal e a localização dos serviços em saúde próximos do usuário. Neste processo, a União e os estados cooperam técnica e financeiramente (BRASIL, 2009f, p. 216-218).

Em 2011, o Decreto n. 7.508 regulou a Lei n. 8.080/1990, a Lei Orgânica da Saúde (LOS), uniformizando, em seu artigo 2º, o entendimento de expressões de uso constante, evitando pluralidade de interpretação:

- I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;
- II - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;
- III - Portas de Entrada - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS;
- IV - Comissões Intergestores - instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS;
- V - Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;
- VI - Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;
- VII - Serviços Especiais de Acesso Aberto - serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial; e
- VIII - Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica - documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS (BRASIL, 2011a, p. 1).

Ainda em 2011, a Portaria MS n. 3.088 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde de pessoas com sofrimento, transtorno mental ou usuárias de crack, álcool e outras drogas. O texto de seu artigo 6º e incisos conceitua diversos serviços, entre eles:

- I - Unidade Básica de Saúde: serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de

agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

II 'a' - Equipe de Consultório na Rua: equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para:

1. pessoas em situação de rua em geral;
2. pessoas com transtornos mentais;
3. usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros.

II 'b' - Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório: oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção, coordenando o cuidado e prestando serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede.

III - Centro de Convivência: é unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade (BRASIL, 2011f, p. 230).

No componente Atenção Psicossocial Especializada, encontra-se o ponto de apoio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), descritos pelo MS como:

[...] instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (BRASIL, 2013b).

Os pontos de atenção do componente da RAPS Atenção de Urgência e Emergência se constituem nos serviços do SAMU (Serviço Móvel de Urgência), da Sala de Estabilização, da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, do Pronto-socorro em Hospital Geral e Unidades Básicas de Saúde (UBS) e são, conforme o artigo 8º, § 1º da Portaria MS n. 3.088/2011, “responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (BRASIL, 2011f).

Quanto à Atenção Residencial de Caráter Transitório, o artigo 9º da Portaria MS n. 3.088/2011 descreve que os pontos de apoio são:

I - Unidade de Acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos,

que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses.

II - Comunidades Terapêuticas: serviço de [...] cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011f, p. 230).

O artigo 10 da Portaria MS n. 3.088/2011 descreve como pontos na Atenção Hospitalar:

I - Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral: Enfermaria especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em Hospital Geral [...].

II - Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante vinte e quatro horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos (BRASIL, 2011f, p. 230).

Entre as estratégias de desinstitucionalização, encontram-se os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) entendidos como

[...] casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder as necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves egressas de hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, que perderam os vínculos familiares e sociais; moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos acompanhados nos CAPS. São 596 casas no Brasil, com 3.236 moradores (BRASIL, 2013d).

Abrangendo doentes mentais e dependentes de álcool e drogas, não raro surge, nas questões de políticas públicas em saúde mental, o vocábulo Redução de Danos (RD), que deve ser definido, eis que não faz parte diretamente dos transtornos mentais. A RD é uma abordagem diferenciada dos programas oficiais sobre o uso de drogas injetáveis “que, de forma hegemônica, apesar de ineficazes, se norteiam na abstinência do usuário de álcool e outras drogas”. A estratégia da RD parte do princípio de que o usuário não abandona o vício, mas pode minimizar seus resultados se, por exemplo, não compartilhar seringas. Assim, uma das ações é a distribuição de seringas descartáveis, evitando o compartilhamento e auxiliando na prevenção de doenças transmissíveis, inclusive a AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*), (CENTRO DE CONVIVÊNCIA É DE LEI, 2014).

Ao atualizar a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde, o Artigo 2º da Portaria MS n. 1.271/2014 (BRASIL, 2014h) descreveu o entendimento do MS sobre os seguintes vocábulos:

I - agravo: qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada;

II - autoridades de saúde: o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, responsáveis pela vigilância em saúde em cada esfera de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - doença: enfermidade ou estado clínico, independente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos;

IV - epizootia: doença ou morte de animal ou de grupo de animais que possa apresentar riscos à saúde pública;

V - evento de saúde pública (ESP): situação que pode constituir potencial ameaça à saúde pública, como a ocorrência de surto ou epidemia, doença ou agravo de causa desconhecida, alteração no padrão clínico-epidemiológico das doenças conhecidas, considerando o potencial de disseminação, a magnitude, a gravidade, a severidade, a transcendência e a vulnerabilidade, bem como epizootias ou agravos decorrentes de desastres ou acidentes;

VI - notificação compulsória: comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, descritos no anexo, podendo ser imediata ou semanal;

VII - notificação compulsória imediata (NCI): notificação compulsória realizada em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível;

VIII - notificação compulsória semanal (NCS): notificação compulsória realizada em até 7 (sete) dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravo;

IX - notificação compulsória negativa: comunicação semanal realizada pelo responsável pelo estabelecimento de saúde à autoridade de saúde, informando que na semana epidemiológica não foi identificado nenhuma doença, agravo ou evento de saúde pública constante da Lista de Notificação Compulsória; e

X - vigilância sentinela: modelo de vigilância realizada a partir de estabelecimento de saúde estratégico para a vigilância de morbidade, mortalidade ou agentes etiológicos de interesse para a saúde pública, com participação facultativa, segundo norma técnica específica estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2014h, p. 67).

Alude-se agora à Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) e sua 10^a edição (CID-10), que ao codificar doenças e agravos, padroniza mundialmente a indicação. A análise dos códigos de doenças e agravos incidentes sobre uma determinada região serve também para subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas em saúde. A CID-10 refere-se à morbidade (os impactos das doenças e dos agravos sobre uma população) e mortalidade (os óbitos ocorridos sobre uma população); portanto morbimortalidade refere-se às doenças e aos óbitos, concomitantemente (BRASIL, 2004a). O Capítulo XX da CID-10 (com Códigos de V-01 até Y-98) refere-se às Causas Externas de Morbimortalidade, entre elas as Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (Códigos X-60 até X-84) e suas seqüelas (eventos decorrentes do primeiro, mas que surgem a partir de um ano ou mais a contar do evento principal), classificadas no Código Y-87, subclassificação Y-87.0 (BRASIL, 2014c).

As causas externas de morbimortalidade decorrem de acidentes ou de violências. Para o MS, violência define-se como “o uso da força contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”, então, a tentativa de suicídio resulta de lesão violenta e o suicídio é agravo resultante de morte violenta por causa externa (BRASIL, 2013g, p. 31). Sublinha-se que a CID não usa expressamente as palavras tentativa e suicídio, codificando esses atos entre as morbimortalidades resultantes de Lesões Autoprovocadas Intencionalmente.

A comparação das causas de morbimortalidade entre países deve ser cautelosa pelas mudanças ocorridas na CID, da 9ª para a 10ª edição, especialmente nos códigos da causa de morte, bem como pela necessidade periódica de reavaliação e eventual alteração dos dados. Deve-se atentar também para o fato de que a precisão no diagnóstico da causa da morte pode variar, dependendo de circunstâncias como preconceito, incorreção de dados ou de diagnóstico, certidões de óbito incompletas ou incorretas e variações no uso de codificação de categorias da CID (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014c).

Chama-se a atenção para o coeficiente de mortalidade por suicídio, cujo resultado permite aferir em um território e lapso temporal delimitados, se o número real de suicídios ali ocorrido encontra-se (ou não) no patamar mundialmente admitido para este tipo de ocorrência, convencionado em um evento suicida a cada 100.000 mil habitantes (1/100.000 habitantes). O cálculo é realizado, dividindo-se o número de óbitos por suicídio ocorridos num determinado tempo, pelo número de habitantes residentes no espaço investigado naquele mesmo lapso temporal. O número assim obtido é multiplicado por 100.000 e o resultado corresponde à aferição de quantas vezes o número real de suicídios está aquém ou além da convenção ideal de 1/100.000 habitantes. Este parâmetro é adotado pela WHO em todo o mundo, inclusive no Brasil.

Neste sentido, o coeficiente de mortalidade por suicídio aferido num local confere uma condição de igualdade entre os territórios analisados, permitindo observar a efetiva incidência do agravo sobre a população. Nesta pesquisa, fixa-se o coeficiente de mortalidade por suicídio na razão inversamente proporcional ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Admite-se para este fim que o coeficiente de mortalidade por suicídio varia entre 0 e 10, sendo que quanto mais próximo de 10 estiver o resultado, maior será o grau de cometimento de suicídio, podendo ser Muito Baixo (de 0 a 2), Baixo (entre 3 e 4), Médio (entre 5 e 6), Alto (7 a 8) ou Muito Alto (entre 9 e 10).

A WHO é a autoridade mundial que coordena as questões de saúde no sistema das Organizações das Nações Unidas (ONU), tratando de pesquisas, normas e padrões, articulação de políticas, monitoramento; avaliando tendências em saúde e prestando auxílio técnico em todo o globo. Para a WHO, neste século, a saúde torna-se uma responsabilidade compartilhada, que envolve acesso equitativo aos cuidados essenciais e defesa coletiva contra as ameaças à saúde, inclusive transnacionais. Esta perspectiva exigiu da instituição uma reforma de governança, objetivando fortalecê-la internamente e junto aos Estados-Membros (entre os quais o Brasil), redefinindo seu papel na regência da saúde e revigorando vínculos globo-regionais. A WHO presta apoio técnico nas questões mundiais de saúde, divulga conhecimentos, estabelece normas e promove campanhas em prol da saúde em todo o planeta, ainda monitora as questões de saúde e, baseada em evidências, articula opções políticas e éticas em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014c). A política de ação e intervenção da WHO, nas questões de saúde em todo o planeta, baseia-se em evidências, e, nesse sentido, face à comprovação de que o suicídio tornou-se um problema grave de saúde pública de âmbito mundial, a WHO criou programas, manuais e recomendações sobre a questão (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012b).

Neste tópico, cabe considerar também a qualidade de vida e o IDH que a mensura. O IDH considera o bem-estar ou mal-estar subjetivo, condições que afetam a vida do indivíduo e influenciam em todos os aspectos de sua saúde. A condição de saúde do indivíduo é uma das três medidas vitais do IDH e do IDHM, cuja observação é um eficiente método de coleta de dados para ampliar o conhecimento que vise prevenir males e restabelecer a saúde, cujos indicativos se refletem positiva ou negativamente no desenvolvimento regional. Nas questões de saúde, “A realidade social de uma comunidade deve ser estudada com cuidado para que se possa obter sempre novos conhecimentos acerca dela”, para que, ultrapassando a mera prevenção, “realmente se promova o bem-estar social” (CARVALHO, 1999, p. 99).

Os condicionantes em saúde do bem ou do mal-estar subjetivo foram relacionados aos três construtores de significado da vida: os componentes cognitivo (pelo qual a pessoa avalia positiva ou negativamente suas experiências pessoais), motivacional (que impele o ser humano a perceber sua capacidade de realizar planos e autodeterminar-se) e afetivo (relacionado à tentativa de evitar sentimentos negativos). O bem ou mal-estar dependem, então, de condicionantes internos (afetos, valores, crenças, saúde, positividade ou negatividade na interpretação dos fatos), entre eles, a personalidade e seu componente genético, que pode ser benéfico (a intensidade das emoções prazerosas, espiritualidade e otimismo) e maléfico (causando nervosismo extremo e defesas repressivas); e condicionantes

externos (fatores sociais, econômicos, de educação e conjugais, de demografia), entre estas as “condições climáticas desfavoráveis e indisponibilidade de recursos para enfrentá-las [que] contribuem para a produção de mal estar” (WOYCIEKOSKI; STENERT; HUTZ, 2012, p. 284).

O entendimento do que seja uma vida satisfatória varia conforme a cultura, determinando o comportamento individual e coletivo. Nos países com liberdade individual e política, a autoestima é valorizada e as diferenças dão-se em razão de renda, direitos e equidade, havendo neles um maior nível de bem-estar. Nos países de tendência coletivista, satisfação pessoal e orgulho são desvalorizados, e, conseqüentemente, o nível de bem-estar é baixo. Para Woyciekoski, Stenert e Hutz (2012), uma vivência positiva aumenta o bem-estar e o negativismo o reduz, sendo que uma pessoa suporta um evento negativo a cada cinco anos, mais que isso, em menor tempo, reduz sensivelmente a sensação de bem-estar.

Os níveis de bem ou de mal-estar se refletem no IDH e no IDHM, este último capaz de avaliar a saúde pública no município, ambiente o mais próximo possível da realidade sobre a qualidade de vida da população. IDH e IDHM aferem três grupos indispensáveis ao desenvolvimento humano: longevidade (saúde), acesso ao conhecimento (educação) e padrão de vida (renda).

O IDHM é uma adaptação do IDH, criado em 1998. O Brasil foi um dos países pioneiros a adaptar o índice para a realidade dos municípios, mostrando as especificidades e desafios regionais no alcance do desenvolvimento humano. Tanto IDH quanto IDHM utilizam as dimensões de longevidade, educação e renda. No entanto, a comparação entre os índices não é possível já que a base de dados utilizada é diferente. Para o cálculo do IDHM, o PNUD utiliza os dados dos censos do IBGE (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2014).

O IDH é uma ferramenta da ONU, usada no PNUD para medir o desenvolvimento humano em países. Foi criada pelos pesquisadores Amartya Sen e Mahbub ul Haq, em 1990, para “o Relatório de Desenvolvimento do PNUD Global”, sob a perspectiva “de que as pessoas são a verdadeira riqueza das nações, criando uma alternativa às avaliações puramente econômicas de progresso nacional, como o Produto Interno Bruto” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2014). Já o IDHM, destina-se especialmente à medição dos municípios brasileiros. Ambos se medem nas escalas Muito Baixo, Baixo, Médio, Alto ou Muito Alto e nos critérios de Saúde, Educação e Renda, reduzindo a complexidade do processo a um único número que facilita o acesso e manuseio do índice pela sociedade civil e gestores públicos, gerando confiança nos resultados (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2013b).

Os municípios brasileiros têm características diferentes da formação territorial de outros locais do mundo. A partir do Censo 2010 do IBGE, o IDHM avaliou 5.565 municípios e, contando também com os recenseamentos de 1991 e 2000, o IDHM permitiu comparações entre municípios, nos últimos 20 anos. Os resultados encontram-se no Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013 (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2013a), no espaço reservado aos municípios brasileiros (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2013b), sob o entendimento de que Desenvolvimento Humano (nacional e local) significa colocar o ser humano no centro do processo decisório de seu modo de vida, conforme as oportunidades lhes estão disponíveis. O desenvolvimento humano, levando em conta os critérios de cultura, política, educação, comunidade, saúde, religião, ambiente, leis, economia e participação, tem a ver com oportunidade, liberdade de escolha e bem-estar, sendo que o IDHM varia entre 0 e 1 (quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano), na seguinte escala: Desenvolvimento Humano muito baixo (de 0 até 0,499), baixo (de 0,500 a 0,599), médio (de 0,600 a 0,699), alto (de 0,700 a 0,799) e muito alto (de 0,800 a 1). Para tanto, o IDHM (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2013b) considera as seguintes dimensões:

- a) IDHM Dimensão Saúde ou Longevidade - Vida longa e saudável: a medição se obtém a partir do indicador Esperança (ou expectativa) de vida ao nascer, considerando a média de anos de vida dos munícipes, do nascimento e ao longo da vida, “mantidos os mesmos padrões de mortalidade observados em cada período”. Mede-se “o nível e a estrutura de mortalidade de uma população”, considerando as condições sociais, de saúde e salubridade, os índices de mortalidade por doenças e por causas externas nas diferentes faixas etárias da população municipal. Para transformar esperança de vida ao nascer, medida pelos anos de vida, fixaram-se o parâmetro máximo (de 85 anos de idade) e o parâmetro mínimo (de 25 anos de idade), ainda o valor observado (que representa os anos de esperança de vida dos munícipes), na fórmula $IDHM = (\text{valor observado} - \text{valor mínimo}) / (\text{valor máximo} - \text{valor mínimo})$. Então, “se um município tem uma esperança de vida, ao nascer, de 70 anos, seu IDHM Longevidade será: $(70 - 25) / (85 - 25) = 45 / 60 \Rightarrow IDHM \text{ Longevidade} = 0,750$ ” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2013b);
- b) IDHM Dimensão Educação - Acesso ao conhecimento: obtém-se pela média geométrica dos subíndices “Escolaridade da população adulta” (percentual de pessoas com ensino fundamental completo e 18 ou mais anos de idade) e “Fluxo escolar da população jovem” (obtido pela média aritmética dos percentuais de pessoas: de 5 e 6 anos que

frequentam escola; entre 11 e 13 anos que estejam nos anos finais do ensino fundamental; entre 15 e 17 anos com ensino fundamental completo e entre 18 a 20 anos com ensino médio completo). Esta medida identifica aos gestores se crianças e jovens cursam as séries adequadas à sua idade, bem como o nível de escolaridade dos adultos permite visualizar o funcionamento do sistema educacional de períodos anteriores (quando o brasileiro adulto tenha completado ao menos o ensino fundamental). Já crianças e jovens são acompanhados em quatro momentos importantes: entrada no sistema educacional, término do primeiro ciclo e conclusão do ensino fundamental e ensino médio. As taxas de frequência e de conclusão vão de 0% a 100%, o que representa um índice variando de 0 a 1, pela simples divisão da taxa por 100. A variável Escolaridade da população adulta tem peso 1 e a variável Fluxo escolar da população jovem tem peso 2. Hipoteticamente, se no município 65% dos adultos com 18 anos completaram o ensino fundamental; 85% das crianças entre 5 e 6 anos frequentam a escola; 80% dos jovens entre 11 e 13 anos estão nos anos finais do ensino fundamental; 70% dos jovens entre 15 e 17 anos já completaram o ensino fundamental e 50% dos jovens entre 18 e 20 anos possuem ensino médio completo, seu “índice de escolaridade da população adulta será 0,650” e o seu “índice de fluxo escolar da população jovem” será 0,712, porque este é o resultado da média aritmética dos subíndices, com peso igual $= (0,850+0,800+0,700+0,500) /4 = 0,712$. Hipoteticamente, tem-se, então, o IDHM Educação = 0,691, que é o resultado da média geométrica entre o índice de escolaridade (com peso 1) e o índice de fluxo (com peso 2), conforme descrito no Atlas Brasil 2013 da ONU (2013b);

- c) IDHM Dimensão Renda - Padrão de vida: mede-se pela renda média mensal *per capita* dos munícipes (com base em agosto de 2010, no valor mínimo de R\$ 8,00 e máximo de R\$ 4.033,00), cujo resultado se obtém, somando-se todos os residentes de um determinado município e dividindo o resultado pelo número de moradores no município, mesmo crianças e quem não possui renda. Este índice mede a capacidade média de aquisição de bens e serviços pelo munícipe, servindo para aferir se o padrão de vida dos moradores garante suas necessidades básicas, como água, alimento e moradia (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2013b).

Aliando o entendimento do IBGE (2014e) e o do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013 (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2013a), define-se:

- a) Esperança de vida ao nascer: número médio de anos de vida de uma pessoa a partir de seu nascimento, no caso hipotético em que nível e padrão de mortalidade por idade

fossem constantes no transcurso da vida. O indicador da esperança de vida ao nascer compõe a dimensão Longevidade do IDHM.

- b) Hiato de Desenvolvimento Humano: distância entre o IDHM e o limite máximo do IDHM que é 1, em um determinado intervalo de tempo.
- c) Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM): média geométrica dos índices referentes às dimensões Renda, Educação e Longevidade, todos com peso idêntico.
- d) Proporção de vulneráveis à pobreza: proporção dos residentes em domicílios particulares permanentes, cuja renda domiciliar *per capita* seja igual ou menor do que meio salário mínimo, ou, em agosto de 2010, R\$ 255,00.
- e) Razão de Dependência: a padronização da faixa etária da população potencialmente ativa é entre 15 e 64 anos de idade. Menores de 15 anos e maiores de 64 anos pertencem ao grupo da população dependente ou potencialmente inativa. A Razão de Dependência se representa pelo peso desta população inativa (de 0 a 14 anos completos e a partir de 65 anos de idade) sobre a população potencialmente ativa (entre 15 e 64 anos de idade).
- f) Taxa de Envelhecimento: é a razão entre a população total de um determinado município e os habitantes com 65 ou mais anos de idade, multiplicado por 100.
- g) Taxa de Mortalidade: frequência de óbitos em uma determinada população, em relação ao número de nascidos vivos em um ano civil indicado. A taxa de mortalidade infantil refere-se aos óbitos de crianças com menos de um ano de idade. Em quaisquer circunstâncias, a taxa de mortalidade se expressa à razão de 1 óbito a cada 1.000 nascidos vivos.

Romulo Paes (2014), ex-secretário executivo do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, em entrevista concedida ao PNUD, entende que os mais de 5.000 municípios brasileiros são os sujeitos principais para a gestão pública, o que torna interessante medir esta diversidade, que não ocorre nos demais países. A avaliação dos dados sobre desenvolvimento humano ficava restrita aos gestores públicos e às academias, porém com a internet, este privilégio chega à sociedade civil, apresentando rapidamente informações complexas. Os resultados permitem aos governos balizar políticas públicas e investir nos locais mais necessitados, produzindo melhoria social. O IDHM também ajuda a entender como as políticas públicas interferem na vida das pessoas, sendo que a comparação entre os índices municipais permite a assimilação dos exemplos dos que apresentam índices médio e alto (PAES, 2014). O PNUD informa que o IDHM impacta a gestão pública brasileira para propor políticas e para receber recursos, já que suas indicações são variadas e precisas, sendo que os gestores o usam também para aferir os elementos distintos de longevidade, educação

ou renda, e, ainda, infraestrutura, agricultura, esporte e outros componentes do IDHM. Um exemplo vem dos programas federais ‘Mais Médicos’ e ‘Mais Professores’ que distribuiu profissionais pelo território nacional, entre os municípios com baixo IDHM (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2014).

A quantificação do desenvolvimento de um território não deve basear-se apenas nos parâmetros de crescimento de um país, estado ou região. Um critério essencialmente econômico é a medição pela variável do PIB e seu critério de renda total (a soma das rendas num determinado tempo) ou de produção/despesas (a soma do valor de bens e serviços finais produzidos num país num determinado período, obtidos pelos indicativos de consumo, investimentos, gastos do governo e exportações líquidas), sendo que sua variável PIB *per capita* resulta do PIB dividido pelo número de habitantes de um país (BLANCHARD, 2001). Embora importantes à economia, PIB e PIB *per capita* não retratam o desenvolvimento de um território, já que consideram a renda média anual de um habitante de modo padronizado, sem variáveis, como pobres e ricos convivendo numa mesma sociedade (derivativo de concentração de riquezas e de bolsões de pobreza), critério vital para aferição da qualidade de vida. A aferição do nível de desenvolvimento de um lugar é um exercício que vai além da aferição de renda, mesmo que as políticas públicas de desenvolvimento tendam a colocar, em primeiro plano, o “*crescimento*”; acreditando que, ao “coisificar” o conceito, se pode apreendê-lo mais facilmente. Mas, “Así se confundirá el *desarrollo* con más *objetos materiales* (más casas, más caminos, más escuelas, más hectáreas de tal cual cultivo) y rara vez se admite que lo que interesa *es cambiar y mejorar situaciones y procesos*” (BOISIER, 1999, p. 64, grifado no original).

Em termos de desenvolvimento, as questões regionais marcam o início do Século XXI brasileiro, onde “elementos e atores locais, bem como seus potenciais, são a referência” (OLIVEIRA; LIMA, 2012, p. 188). Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), “os indicadores básicos de desenvolvimento humano assumem importância fundamental em toda análise da situação da saúde, pois documentam as condições de vida da população e dimensionam o espaço social em que ocorrem as mudanças no estado de saúde” (ZANCHI; ZUGNO, 2012, p. 40). Desse modo, o IDHM foi escolhido nesta pesquisa como índice de medição do grau de desenvolvimento humano dos Municípios de Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul.

Nesta fase do trabalho, considera-se ainda o conceito de suicídio e sua multidimensão, permitindo compreender a razão pela qual este fenômeno é abordado sob os mais variados aspectos.

Santana (2007) aduz que a ação de matar a si mesmo deriva do latim *suicidium*, junção de *sui* (a si mesmo) e *cidium* (declinação latina de *caederes*: bater, golpear, matar); passando, então, *suicídio* a designar o ato de tirar voluntariamente a própria vida.

Muitas são as dimensões das tentativas e do suicídio. Para Bastos (2006), os fatores são múltiplos, porque são um contínuo na vida da vítima, instalam-se num crescendo, vão das fantasias (inclusive inconscientes) às tentativas, e destas ao suicídio. Por isso, o suicídio é relacionado com os vínculos na vida da vítima (inicialmente com a família, depois com educação, trabalho, casamento e outros) explicando o porquê de uma desestrutura na primitiva família tender à desestrutura das posteriores relações sociais da vítima, podendo influenciar no evento fatal. A complexidade da questão obriga a que estes fatores sejam analisados individualmente, nas situações pessoais, interpessoais, institucionais e sociais da vítima. Arcoverde e Soares (2012) narram que algumas condutas autolesivas são até aceitas socialmente, como as decorrentes de tatuagens, as resultantes de patologias que simulam suicídio (onde a vítima deseja somente chamar a atenção para si) e as ocorridas entre *borderlines* (como expiação de culpa, percepção da capacidade de sentir dor, por separação iminente ou rejeição da vítima). Sob outra ótica, encontra-se o suicídio ético ou assistido, compreendido por Farias (2012) como o ato extremo praticado por terceiro, a pedido autônomo e consciente de um doente terminal e sem esperança de cura.

No aspecto da liberdade (ou não) do cometimento do suicídio, Silva e Couto (2009) traçam um paralelo entre a teoria suicidológica de Durkheim e a psicanálise. Para Durkheim o sujeito se envolve em ideação suicida contra sua vontade. Já a psicanálise encara que o sujeito, nestas circunstâncias, tem uma pulsão à morte. Em ambas as teorias, um laço social está presente. Sob a ótica de Durkheim, “é a função social que torna o suicídio um fenômeno necessário a toda cultura” enquanto, para a psicanálise “é a realidade da pulsão de morte no sujeito e no laço social que torna impraticável imaginar que acontecimentos tais como o suicídio, e outros, venham a desaparecer um dia” (SILVA; COUTO, 2009, p. 65).

Na dimensão religiosa, Santo Augustinho (354-430), em *De Civitate Dei contra Paganos* (AUGUSTINE, 2009), argumenta sobre o pertencimento divino e social da vida, que deve ser preservada em respeito a Deus (criador da vida e, conseqüentemente, o único que pode tirá-la) e aos homens (no convívio entre humanos, portanto nesta vida, as provações são ultrapassadas e os pecados são expiados), com fundamento no Primeiro e Segundo Mandamento: “Amarás ao Senhor teu Deus de todo o teu coração, e de toda a tua alma, e de todas as tuas forças, e de todo o teu entendimento, e ao teu próximo como a ti mesmo”, em Lucas 10:27 e também no Quinto Mandamento do Decálogo: “Não matarás”, em

Deuteronômio, 5:17 (BÍBLIA, 2011). Para Santo Augustinho, tirar a vida, própria ou de outrem, é pecado por atentar contra o mandamento divino e é crime perante a lei dos homens. No suicídio, a vítima é também um homicida, tão culpado quanto aquele que matou outra pessoa. Matar-se pela vergonha da desonra, para fugir de uma punição ou pelo cometimento de um pecado, é acrescentar sobre si a culpa pelo crime do suicídio.

Santo Augustinho argumenta que o corpo violentado contra sua vontade não perde a pureza, que é uma virtude do espírito. Entretanto, se a vítima matar-se, porque seu corpo foi violentado, pecaria pelo ato de matar-se. A santidade física sequer está na isenção de contato, pois conspurca o corpo e a alma aquele que, em pensamento, deseja ceder-se por lascívia. Para Santo Augustinho, os prazeres da carne devem ficar longe dos cristãos, mas é preferível que se cometa um pecado que a penitência possa curar (o adultério) do que outro (o suicídio) para o qual não há perdão. Para Santo Augustinho, não há justa causa para o suicídio. O suicídio não deve ser cometido para escapar dos males deste mundo (porque mergulhará nos males da eternidade), pelos pecados de outros (porque não se pode escapar de uma culpa que não lhe cabe), por pecados pretéritos (porque aos pequenos pecados se acrescentaria outro, abominável, enquanto aqueles, ainda nesta vida, podem ser perdoados) ou para alcançar uma vida melhor (porque os que morrem por suas próprias mãos não alcançam uma vida melhor após a morte).

A abordagem acima apresenta algumas das facetas em que o suicídio é debatido, cuja multidimensão permite concluir que o suicídio é uma questão real, é inteligível e relacionado com “coisas, fatos, fenômenos e/ou processos” (MINAYO, 2003, p. 19), e que esta multiplicidade de fatores é deveras complexa; com o que pode-se entender que perseguir as razões que conduzem às tentativas de suicídio é uma prática equivocada, o que deve ser compreendido é que cada caso é único e somente pode ser entendido a partir de sua história, focando a vida e os envolvimento da vítima (AZEVEDO; DUTRA, 2012).

Dispostos os conceitos referentes ao território, suas relações de poder e políticas públicas, os índices de medição das condições de vida da população e, especialmente, a dimensão do suicídio, passa-se à abordagem das escalas influentes sobre o território enquanto instrumento de implantação e disseminação de políticas públicas.

2.2 A questão da multiescala e a hierarquia territorial

Nesta etapa do trabalho, se aborda a escala como instrumento estratégico de organização do território enquanto “conjunto indissociável de sistemas de objetos e de

sistemas de ações”, sobre o qual se arranjam estruturas e técnicas para auxiliar as mais variadas ingerências humanas nesse âmbito. O território é palco de divisões multiescalares hierarquizadas, que implantam uma ordem no cotidiano, organizando as matérias e sua artificialidade (os sistemas viários, a política, as técnicas do dinheiro e outras) em escalas de múltiplas possibilidades (SANTOS, 2006, p. 12).

As escalas territoriais sobre as quais as ações humanas são idealizadas, ordenadas e realizadas, são instrumentos estratégicos utilizados no âmbito das relações privadas e também das políticas públicas, inclusive no campo da saúde.

Na linha de análise do Estado enquanto ente organizado político-administrativamente, e que governa o povo, convém expor a hierarquia territorial conforme a Constituição Federal de 1988 (CF/1988), atrelada às noções de soberania, cidadania, dignidade da pessoa humana, valores sociais do trabalho, livre iniciativa e pluralismo político (BRASIL, 1988).

Na escala geográfica e de governança do território brasileiro, contemplada nos artigos de 20 até 135 da CF/1988 (BRASIL, 1988), o Estado desempenha suas funções de ordem política, econômica e social, através dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, em território hierarquicamente organizado em escala decrescente, a partir da União (a maior escala de território e de gestão, a escala federal), estados e Distrito Federal (escalas intermediárias de território e gestão) e municípios (a menor escala territorial e de governança do Brasil, que atualmente não contempla Territórios em sua conformação geográfica).

Entre as atribuições da União está a de “elaborar e executar planos nacionais e regionais de ordenação do território e de desenvolvimento econômico e social” (artigo 21, inciso IX, CF/1988). Conforme o artigo 23, inciso I da CF/1988, esses planos estratégicos (entre eles os referentes à saúde pública) não são de competência privativa da União, mas de responsabilidade comum entre União, Estados Federados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 1988).

Por sua vez, os estados são organizados por suas próprias leis, desde que respeitem a CF/1988 (Artigo 25, parágrafo 3º), podendo “instituir regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, constituídas por agrupamentos de municípios limítrofes, para integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum” (BRASIL, 1988).

Aos municípios compete “legislar sobre assuntos de interesse local” e devem “organizar e prestar, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, os serviços públicos de interesse local” (Artigo 30, incisos I e V, CF/1988). Conforme o inciso VII do mesmo artigo

30, os municípios devem “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população” (BRASIL, 1988).

A CF/1988, em seu artigo 43, prevê a existência de regiões administrativas, nas quais “a União poderá articular sua ação em um mesmo complexo geoeconômico e social, visando a seu desenvolvimento e à redução das desigualdades regionais”, bem como pode promover a “integração de regiões em desenvolvimento” e participar dos “organismos regionais que executarão, na forma da lei, os planos regionais, integrantes dos planos nacionais de desenvolvimento econômico e social, aprovados juntamente com estes” (BRASIL, 1988).

Isto fixado, retoma-se o sistema multiescalar que incide sobre o território através de técnicas do poder público, que podem ser agrícolas, de marketing, industriais, sociais, culturais ou outras, mas que não se implantam isoladamente, pois, num mesmo tempo e lugar, uma técnica sempre condiciona outras, que, integradas ao cotidiano, dão efetividade ao sistema de escalas (SANTOS, 2006).

As escalas se inter-relacionam, têm camadas, níveis e módulos contendo a hierarquia que dá estrutura à sociedade. São patamares onde as ações são idealizadas e realizadas. Este processo ocorre basicamente no plano de comando, que arquiteta e determina os processos sociopolíticos, e no plano fático, onde as ações são efetivadas (BRANDÃO, 2011). Trata-se da escala emissora ou “de origem”, onde o evento é gerado e veiculado concomitantemente para vários locais, gerando acontecimentos solidários, mas não superpostos; e da escala receptora ou “área de ocorrência”, na qual os eventos se efetivam e, por sobrevirem em uma área comum, se sobrepõem (SANTOS, 2006).

A escala espacial é instrumento revelador da estrutura e das “dinâmicas socioespaciais” e, portanto, também do desenvolvimento territorial; é um “processo eminentemente político, na construção das arenas onde as alianças e conflitos acontecem”, onde se observam “aspectos e fenômenos da realidade que de outra forma não seriam visualizados e apreendidos” (BRANDÃO, 2011, p. 8), sendo que a principal variável da incidência de estratégias sobre o território é o próprio Estado, que paira sobre tudo e sobre todos com grau de poder e superioridade que nenhuma outra organização, nacional ou internacional possui. Neste panorama, o homem maneja o território pela artificialidade da “tecnificação” que traz ciência e informação para o meio (SANTOS, 1988).

O desenvolvimento regional, para Boisier (1996), ocorre nas escalas de contexto (externo pela globalização e interno pela descentralização), de estratégia (na configuração e gerência do desenvolvimento) e da política (abrangendo os governos nacional e regionais), onde a descentralização é tendência mundial que dá mais autonomia às organizações sociais e,

na área estatal, tende à privatização. A descentralização tende à produção de bens miniaturizados em diversas fases e em locais diferentes, sem perder renda nem eficiência, permitindo o deslocamento das empresas por diversos ambientes, descentralizando territórios e poder de decisão. Neste processo, o Estado se reorganiza e, através de seu poder regulador, confere maior controle à sociedade civil organizada, para a tomada de decisões sócio-políticas em prol da coletividade. Nestes moldes, a descentralização é um fenômeno que impele estados e municípios a reconfigurarem seus territórios, na tentativa de alcançar competitividade e modernidade, manter uma coesão social e oferecer condições mais adequadas à possibilidade de êxito (BOISIER, 1996).

O “cenário estratégico” do desenvolvimento regional tende a equalizar estas questões, porque se constrói a partir das configurações contemporâneas de território e de gestão, como a condução das políticas públicas que veem o território, quanto mais fragmentado, mais administrável, no sentido de que, quanto mais fracionado o território, mais especializada se torna a prestação dos serviços que a população necessita (SACK, 1986). Porém, o “fato político” leva à “necessidade de reconhecer/estimular respostas para além da escala municipal”, embora até as tradicionais escalas, como a “intraurbana” (que analisa o espaço de uma cidade) e a “urbano-regional” (que analisa uma região metropolitana) não sejam suficientes para enfrentar as questões político-governamentais. Para estas, a referência deve ser a “escala de ação, o que implica dizer que seu limite corresponde aos limites das ações dos diversos atores sociais no espaço urbano-regional” (ARRAIS, 2008, p. 82-83).

O fracionamento do território, aliado à necessidade de uma composição regional para organização e aprimoramento de políticas públicas sobre um território, remete ao sistema de “malha”, fenômeno que sustenta o território e o faz “concreto e enraizado” em “pontos” componentes de “fluxos” que dinamizam o território nas referências de poder, onde os atores agem e mantêm relações (RAMBO; RÜCKERT, 2008, p. 2).

A territorialidade gira em torno dessas ações fortificadoras do território, até para minimizar influências externas. Nesse âmbito, “territorialidade consiste nas relações dos atores para com seu território”. O território, nesse contexto, é um protagonista ativo e munido de identidade, que lhe foi conferida pelo povo, suas gerações, tradições e costumes. Trata-se do território enquanto “espaço vivido, apropriado”, que transmite aos atores “locais/regionais” este sentimento de pertencimento, e a necessidade de que estes atores se encarreguem do processo territorial de desenvolvimento entre o local e o regional, fazendo com que estes atores formulem uma territorialidade, criando “uma nova escala de poder e gestão através de novos usos políticos e econômicos do território” (RAMBO; RÜCKERT, 2008, p. 3).

A configuração territorial contemporânea apresenta características inovadoras que fortalecem o processo de descentralização e assimilam novas tecnologias, como “flexibilidade” (a configuração territorial deve responder com rapidez e em variadas estruturas e escalas, o que lhe é solicitado) e “maleabilidade” (adequação territorial ao meio ambiente e sua mutabilidade), o fomento da “cultura” (responsável pelo caráter identitário e referencial do território), a “resiliência” (a capacidade do território se regenerar quando fatores externos o danificam) e a “complexidade sistêmica” (uma conformação organizacional simples do território não enfrenta as competições que a contemporaneidade exige); sendo que, assim, o território deve ser organizado, flexível e hierarquizado, apresentando múltiplos subsistemas identificáveis em “articulações não-lineares entre elementos e recursividade” (BOISIER, 1996, p. 120).

O IBGE, abrangendo o desenvolvimento e a gestão territorial, apresenta o Projeto Redes e Fluxos do Território, no qual trata a respeito da dimensão geográfica dos fluxos de gestão e estratégias de comando sobre o território brasileiro, bem como do transito das informações sobre o território, enfocando a gestão federal e a articulação na esfera privada. Visando cumprir os objetivos deste trabalho, destaca-se a espacialidade abstrata das redes e fluxos articulatórios das políticas públicas nacionais, que incorporam “ordens, hierarquias, informações, poder e dinheiro entre os agentes que se organizam de forma multilocalizada”, porque a compreensão dessas redes e fluxos é também “a compreensão do próprio território”, não apenas como “espaços contíguos” (IBGE, 2014a, p. 10).

Neste estudo, o IBGE apresenta a conexão entre território e gestão, demonstrando que, a partir de 1970, e mais intensamente após 1990, o território deixou de ser o agente exclusivo da organização espacial, por conta da emergência de novos referenciais como região e cidade; embora o Estado permaneça como o maior interventor nas questões sociais, descentralizando o poder para diversos pontos territoriais como estratégia operacional do espaço “notadamente em um sistema federativo de divisão político-administrativa como o brasileiro”. Trata-se de uma regência descentralizada, na qual os centros urbanos abrigam redes e fluxos e gerenciam transações que se estabelecem à distância (em rede), onde “quanto maior o número de funções presentes em uma cidade, maior seu nível hierárquico” (IBGE, 2014a, p. 12-14). Essa conformação permite constatar a alteração da centralização geográfica tradicional e, ao mesmo tempo, concluir que a gestão pública busca atender à população por mais dispersa que esteja sobre o território, estabelecendo centros de gestão e de execução operacional não necessariamente nos “pontos de concentração por excelência das atividades econômicas mais modernas, como São Paulo”. Esta tendência revitaliza laços nacionais, regionais e locais,

dispondo à efetividade e eficácia da prestação dos serviços que o Estado oferece, visando alcançar os rincões remotos, levando os serviços públicos à maioria da população (IBGE, 2014a, p. 68).

O que parece surgir sobre o território, é uma articulação entre o espaço virtual e o espaço material. Na articulação virtual do território, a tendência é pela união, potencializando o campo da ação, equacionando bens e serviços públicos. Por seu turno, a articulação material entre lugares, contíguos ou fragmentados, tende a ajustar-se estruturalmente para que bens e serviços sejam usufruídos pela coletividade (BARROS, 2006). O fenômeno consiste, então, na união de esforços virtuais (de informação) e materiais (de bens e serviços públicos) que sirvam ao bem estar social de uma região, fragmentada ou não, desde que sua extensão seja menor que um estado da Federação e maior que um município. Este movimento antevê a liderança pela União Federal; demonstra força em prol da obtenção de recursos públicos de gestão; permite a ampliação e modernização dos bens e serviços públicos já existentes; beneficia ampla gama de pessoas, cujos limites ultrapassam os municípios; os lugares unem esforços, trocam experiências e infraestrutura em prol do bem comum; o processo prevê a união da força estatal em suas várias escalas e da sociedade civil diligente e participante; apresenta-se, dessa forma, uma força virtual atuante sobre o território assim disposto, aproximando lugares e regiões, fortalecendo a democracia, o território, bem como trazendo melhoria de qualidade de vida aos atores desses espaços remanejados (BARROS, 2006). As consequências positivas para o desenvolvimento regional desta configuração de remanejamento de locais e regiões são evidentes.

Retomando o conceito desenvolvimentista territorial, as regiões que romperam o vínculo tradicional de dominação, são “quase-Estados”, onde o poder político é adquirido “por transferência” (em virtude de um “projeto nacional descentralizador”) e por um “pacto social” cooperativo e coletivo, predisposto ao desenvolvimento (BOISIER, 1996, p. 124). Um estado é moderno quando “entende sua própria estrutura sistêmica territorial” e a inter-relação do território com os objetivos nacionais; quando se descentraliza em redes; quando define a contribuição de cada região no processo de desenvolvimento e na construção do futuro; quando seu território faz parte do “projeto político nacional” por força da informação; quando se torna maleável e adquire identidade bidimensional como “Estado nacional” e também como um “quase-Estado” regional; quando estimula a “condução política e animação social”; e, finalmente, quando se reconhece “como um Estado territorial e é capaz de exercer tanto liderança territorial quanto liderança política” (BOISIER, 1996, p. 126-127).

As considerações dessa porção do trabalho refletiram sobre as escalas territoriais e sua instrumentalização para, através das ações humanas, organizar e implantar estratégias que visem ao desenvolvimento regional, no âmbito das políticas públicas de governo ou de Estado. Foram expostos conceitos que permeiam a tese e o contexto em que devem ser apropriados. Abordou-se a veiculação das informações sobre o território, o contexto triescalar do desenvolvimento, a divisão territorial constitucional, o uso do território na atualidade e as articulações do Estado sobre o território. Enfim, enfocou-se o território na visão de “base da existência de todos, com seus conteúdos materiais, herdados, tornados presentes pela ação e outros orientados ao futuro” (SILVEIRA, 2011, p. 162).

Na sequência, expõe-se algumas características dos municípios que compõem essa pesquisa.

2.3 O Território Municipal de Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul (RS)

A elaboração desta etapa do trabalho conta com dados secundários oficiais obtidos nos portais eletrônicos do IBGE (2014d), também do RS, dos Municípios de Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul e do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2013a) e dos municípios brasileiros (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2013b).

Os municípios do RS selecionados para esta pesquisa são Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul, sobre os quais se apresenta um panorama descritivo, notadamente antropológico, para que, posteriormente, se aborde as políticas de saúde pública e mental neste território.

A abordagem inicial contempla a Mesorregião do RS, e nela as Microrregiões onde os Municípios de Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul se localizam, indica-se gênero e número de habitantes, IDHM e uma retrospectiva histórica dos municípios referenciados.

A dimensão escalar territorial dessa etapa do trabalho é a municipal, escala de configuração identitária que se constrói, destrói, reconstrói e se refaz na proximidade de seus atores. No âmbito municipal, o munícipe trata pessoalmente com Prefeito e Vereadores, o que não ocorre nos âmbitos estadual e federal, nos quais os sujeitos se mantêm afastados do poder político-administrativo.

O território municipal é o lugar de “crescimento endógeno ou desenvolvimento territorial, autocentrado, ou comunitário” (BENKO, 1999, p. 85), no qual se encontram forças positivas e negativas que permitem identificar o lugar como pertencente a seus atores (RAMBO; RÜCKERT, 2008). É espaço onde a sociedade promove ações em prol da coletividade. Essa capacidade é denominada “capital sinérgico”, que se alia ao “capital cognitivo”, entendido não apenas como o conhecimento territorial de “su geografía, pero sobre todo, su historia, entendida y no meramente relatada”, bem como os demais “saberes científicos y tecnológicos susceptibles de ser usados en los procesos de crecimiento y de desarrollo” (BOISIER, 1999, p. 67).

O território municipal é um recorte especial, onde o poder público procura atender as demandas locais, com uma relativa autonomia política. Diz-se relativa porque o município depende, em muitos aspectos, do governo estadual e federal. Quanto à autonomia administrativa, o prefeito tem mais liberdade de gerir orçamentos e finanças, ordenar a execução de atos administrativos e direcionar recursos para os fins do bem comum.

Conforme o artigo 30 da CF/1988, o município é a menor célula político-administrativa da nação, subordinado à CF, à Constituição Estadual e à sua Lei Orgânica. Prefeito, Vice-Prefeito e Vereadores são eleitos para um mandato de quatro anos, em pleito direto e simultâneo em todo o país e com investidura no dia 1º de janeiro do ano subsequente ao da eleição. O município institui e arrecada tributos de sua competência, aplica suas rendas, cria ou suprime distritos, presta serviços de interesse local, mantém cooperação com a União e com seu Estado (notadamente nas questões de educação, saúde e segurança pública), sendo que os “programas de educação infantil e de ensino fundamental” são de sua responsabilidade. Ele pode “legislar sobre assuntos de interesse local”, ordenar o território “mediante planejamento e controle do uso, do parcelamento e da ocupação do solo urbano”, e proteger o “patrimônio histórico-cultural local” (BRASIL, 1988).

A polêmica se instaura no estabelecimento do que se entende por interesse local. Neste aspecto, a CF/1988 deu autonomia especial aos municípios, e por esse motivo, o interesse local não significa interesse exclusivo de um determinado município, mas um “interesse peculiar”, predominantemente municipal, mas também importante ao Estado-Membro e à União, porque todo interesse municipal reflete os interesses da União e do estado, da mesma forma que “não há interesse regional ou nacional, que não ressoe nos Municípios, como partes integrantes da Federação brasileira, através dos Estados a que pertencem” (MEIRELLES, 1985, p. 76).

A alusão ao território municipal permite perceber uma identidade regional contida na “formação natural, histórica, cultural, política, econômica e social da região como um todo”, onde fenômenos como a saúde pública e mental e o suicídio serão tipificados porque “fazem parte de sua identidade, o que a difere de qualquer outro espaço estudado” (BASSAN, SIEDENBERG, 2003, p. 236).

O Rio Grande do Sul, com 281.730,2 km², 10.755.799 habitantes e 497 municípios em 2010, é majoritariamente urbano (85,1%). De 2000 a 2010, o RS apresentou a menor taxa de crescimento relativo entre os estados brasileiros e baixos índices de mortalidade infantil, expectativa de vida em torno de 74 anos e alta taxa de alfabetização. Em 2010, o IDH do estado era médio (0,727), juntamente com os níveis de educação (índice de 0,654) e renda (índice de 0,724). No quesito saúde, o RS apresentou, em 2010, o índice de 0,803, compatível com nível alto de desenvolvimento (RIO GRANDE DO SUL, 2014a).

Os municípios pesquisados localizam-se na região do Vale do Rio Pardo (VRP), que se divide nas sub-regiões Central (onde se localizam os Municípios de Santa Cruz do Sul e de Mato Leitão), Norte (comportando 12 municípios) e Sul (onde se localizam os Municípios de Passo do Sobrado e Pantano Grande), sendo que “a maioria dos municípios da região ainda dependem da agricultura, tendo, como exceções, municípios onde se concentram as indústrias de beneficiamento de fumo: Vera Cruz, Rio Pardo, Venâncio Aires e, principalmente, Santa Cruz do Sul” (BASSAN; SIEDENBERG, 2003, p. 248) e a colonização permanece eminentemente alemã, com organização associativa em "cooperativas, comunidade, escola e sociedade" (RADÜNZ, 2001, p. 147).

Para fins de implantação de políticas de desenvolvimento regional, a partir da entrada em vigor da Lei n. 10.283/1994, o RS foi territorialmente dividido em Conselhos Regionais de Desenvolvimento (COREDEs), contando, atualmente, com 28, entre os quais o COREDE VRP, composto por 23 municípios, abrigando Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2014c). Posteriormente, o processo de regionalização do Estado contemplou nove Regiões Funcionais de Planejamento, identificadoras de polarizações (como em educação superior, rede urbana, saúde), sendo que o VRP integra a Região Funcional 2 do Estado (RIO GRANDE DO SUL, 2014a).

O Estado também se divide em sete Mesorregiões: Centro Ocidental; Centro Oriental; Metropolitana de Porto Alegre; Nordeste; Noroeste; Sudeste e Sudoeste Rio-Grandense.

A Mesorregião Centro Oriental Rio-Grandense abriga 54 municípios e divide-se em três Microrregiões: a Microrregião Santa Cruz do Sul (com 16 municípios: Arroio do Tigre, Candelária, Estrela Velha, Gramado Xavier, Herveiras, Ibarama, Lagoa Bonita do Sul, Mato

Leitão, Passa Sete, Santa Cruz do Sul, Segredo, Sinimbu, Sobradinho, Vale do Sol, Venâncio Aires e Vera Cruz), a Microrregião de Cachoeira do Sul (com 7 municípios: Cachoeira do Sul, Cerro Branco, Novo Cabrais, Pantano Grande, Paraíso do Sul, Passo do Sobrado e Rio Pardo) e a Microrregião Lajeado-Estrela (com 28 municípios: Arroio do Meio, Bom Retiro do Sul, Boqueirão do Leão, Canudos do Vale, Capitão, Colinas, Coqueiro Baixo, Cruzeiro do Sul, Doutor Ricardo, Encantado, Estrela, Fazenda Vilanova, Forquetinha, Imigrante, Lajeado, Marques de Souza, Muçum, Pouso Novo, Progresso, Relvado, Roca Sales, Santa Clara do Sul, Sério, Tabai, Taquari, Teutônia, Travesseiro e Westfália), (CIDADE-BRASIL, 2012-2014).

Outra divisão de base territorial do RS é a que estrutura os serviços de saúde pública, em 19 Coordenadorias de Saúde (CRS), entre elas a 13ª CRS, à qual pertencem Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2014h).

O RS adota como indicadores de desenvolvimento o Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDESE) e o IDH. O IDESE, elaborado pela Fundação de Economia e Estatística (FEE), resulta de três blocos de indicadores (educação, renda e saúde) e um conjunto de variáveis, cuja média reflete a posição compatível ao desenvolvimento dos municípios rio-grandenses em alto (acima de 0,800), médio (entre 0,500 e 0,799) ou baixo (abaixo de 0,499). Em 2010, o IDESE Total do RS (a média do IDESE dos municípios rio-grandenses) era de nível médio, com índice de 0,727 (RIO GRANDE DO SUL, 2011a) e o IDHM Total (a média do IDHM dos municípios rio-grandenses) era de nível alto, com índice de 0,746 (RIO GRANDE DO SUL, 2014a).

2.3.1 O município de Mato Leitão

O Município de Mato Leitão possui área de 44,9 km² e população estimada, em 2013, de 4.126 habitantes. O Município dista 45 km de Santa Cruz do Sul e 134 km de Porto Alegre, possui indústrias de calçados, alimentos, móveis e erva-mate e seus principais produtos agrícolas são milho, erva-mate, mandioca, fumo, soja, trigo e laranja (GUIA..., 2014). O Município limita-se ao norte com Santa Clara do Sul, ao Sul e Oeste com Venâncio Aires e a Leste com Cruzeiro do Sul (MATO LEITÃO, 2014).

Em 2010, o Município contava com 3.865 habitantes (1.937 homens e 1.928 mulheres), numa densidade demográfica de 84,20 habitantes /km², população urbana de 1.621 habitantes (787 homens e 834 mulheres) e rural de 2.244 habitantes (sendo 1.150 homens e 1.094 mulheres). O IDHM de Mato Leitão era de 0,746 (IBGE, 2010c).

A colonização iniciou-se em 1906, a partir da Fazenda Boa Vista, que pertencia à família de João de Freitas Leitão, vindo daí o nome do Município. Mato Leitão tornou-se Distrito de Venâncio Aires em 1957 e foi emancipado no dia 20 de março de 1992. A etnia, predominantemente alemã e lusitana, hoje é miscigenada. A herança histórico-cultural é preservada pelas artes plásticas, pelo canto coral, dança e música e pelo cultivo de flores, destacando-se a orquídea (MATO LEITÃO, 2014).

2.3.2 O município de Pantano Grande

O Município de Pantano Grande possui área de 841,2 km² e população estimada, em 2013, de 10.029 habitantes. O Município dista 56 km de Santa Cruz do Sul e 130 km de Porto Alegre, possui indústrias de pedra calcária, caulim e outros minérios, dos quais se extraem metais não ferrosos, e seus principais produtos agrícolas são arroz, soja, milho, trigo e reflorestamento (GUIA..., 2014). O Município limita-se ao norte com Rio Pardo, ao Sul com Encruzilhada do Sul e a Leste com Minas do Leão (PANTANO GRANDE, 2014b).

Em 2010, o Município contava com 9.895 habitantes (4.909 homens e 4.986 mulheres), numa densidade demográfica de 11,76 habitantes /km², população urbana de 8.314 habitantes (4.078 homens e 4.236 mulheres) e rural de 1.581 habitantes (sendo 831 homens e 750 mulheres), com IDHM de 0,661. O subsolo da região, composto por um barro lodoso, transformava as antigas estradas em pântanos, vindo daí a proparoxítona pântano, que, tornada paroxítona, originou o nome Pantano Grande (IBGE, 2010c).

O início do povoamento data de 1917, a partir da Fazenda do Espinilho, de propriedade de José Saldanha Ferreira. O Município tornou-se Vila (a partir de 20 de novembro de 1966) e posteriormente Distrito (a partir de 20 de abril de 1967) do Município de Rio Pardo, emancipando-se a 15 de dezembro de 1987 (PANTANO GRANDE, 2014b).

2.3.3 O município de Passo do Sobrado

O Município de Passo do Sobrado possui área de 265,1 km² e população estimada, em 2013, de 6.307 habitantes. O Município dista 23 km de Santa Cruz do Sul e 162 km de Porto Alegre, possui indústrias de canos para estufas de fumo, *cardans* agrícolas e postes de concreto, além de indústrias de alimentos e têxteis. Seus principais produtos agrícolas são fumo, arroz, milho, soja, feijão e mandioca (GUIA..., 2014).

Em 2010, o Município contava com 6.011 habitantes (2.996 homens e 3.015 mulheres), numa densidade demográfica de 22,67 habitantes /km², população urbana de 1.429 habitantes (665 homens e 774 mulheres) e rural de 4.582 habitantes (2.341 homens e 2.241 mulheres). O IDHM de Passo do Sobrado era de 0,698 (IBGE, 2010c).

A etnia, predominantemente portuguesa, é hoje miscigenada. O nome do Município teve origem em 1850, porque o local era passagem de tropeiros, especialmente próximo a uma casa de madeira chamada sobrado, daí Passo do Sobrado. O Município, anteriormente Distrito de Rio Pardo, foi emancipado a 20 de março de 1992 (PASSO DO SOBRADO, 2014).

2.3.4 O município de Santa Cruz do Sul

O Município de Santa Cruz do Sul possui área de 733,4 km² e população estimada, em 2013, de 124.577 habitantes. O Município dista 155 km de Porto Alegre, possui indústrias de tabaco, metalurgia, alimentos, plásticos e borracha, e seus principais produtos agrícolas são milho, tabaco, arroz, mandioca, soja e feijão (GUIA..., 2014). O Município limita-se a Leste com Vera Cruz e Passo do Sobrado, ao Sul com Rio Pardo, a Noroeste com Sinimbu e a Nordeste com Venâncio Aires (SANTA CRUZ DO SUL, 2014).

Em 2010, o Município contava com 118.374 habitantes (56.943 homens e 61.431 mulheres), numa densidade demográfica de 161,40 habitantes/km², população urbana de 105.190 habitantes (50.142 homens e 55.048 mulheres) e rural de 13.184 habitantes (6.801 homens e 6.383 mulheres). O IDHM de Santa Cruz do Sul era de 0,773 (IBGE, 2010c).

A origem do Município remonta à Colônia Alemã Santa Cruz, criada em 1847, no Município de Rio Pardo, ano em que foram demarcados os primeiros lotes de terra, na localidade Linha Santa Cruz. Em 1849, estes lotes foram entregues a imigrantes alemães e o povoamento da Colônia teve início, elevando-se com o nome de São João de Santa Cruz a Freguesia (1859), voltando a ligar-se administrativamente a Rio Pardo (1872), elevando-se à categoria de Vila (1877) e tornando-se município em 1878 (SANTA CRUZ DO SUL, 2014).

A região onde se localizam os Municípios de Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul tem grande diversidade (RAMOS, 2007), embora apresente uma relação territorial *sui generis* de conexão entre os interesses econômicos loco-regionais e internacionais, pela peculiaridade de que a economia do VRP se assenta na produção de tabaco, destinada à exportação (ETGES, 2001), sendo que Santa Cruz do Sul (e também o Município de Venâncio Aires), “concentram o maior número de empresas, constituindo o maior complexo de processamento de tabaco do mundo” (SINDITABACO, 2014).

Como já sublinhado, os Municípios de Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul pertencem à base territorial da 13ª CRS, no que se refere à estrutura dos serviços em saúde pública. A 13ª CRS responde por 13 municípios do RS, e, para efeitos de comparação entre estes municípios, apresenta-se a tabela a seguir, contendo o número de habitantes e o IDHM dos municípios que pertencem à 13ª CRS, nos anos de 2000 e de 2010, o que permite também uma melhor contextualização do desenvolvimento desse território:

Tabela 1 - População e IDHM dos municípios que compõem a 13ª CRS, em 2000 e 2010

Municípios	2000		2010	
	População	IDHM	População	IDHM
Candelária	29.404	0,561	29.867	0,674
Gramado Xavier	3.643	0,460	3.957	0,634
Herveiras	2.887	0,441	3.954	0,616
Mato Leitão	3.210	0,623	3.861	0,746
Pantano Grande	10.546	0,589	9.862	0,661
Passo do Sobrado	5.254	0,601	5.956	0,698
Rio Pardo	37.476	0,609	37.177	0,693
Santa Cruz do Sul	106.164	0,682	117.169	0,773
Sinimbu	10.144	0,513	10.009	0,631
Vale do Sol	10.370	0,496	11.029	0,624
Vale Verde	3.086	0,549	3.248	0,646
Venâncio Aires	60.691	0,610	65.458	0,712
Vera Cruz	21.213	0,582	23.914	0,737

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013 (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2013a).

A Tabela 1 demonstra que entre 2000 e 2010 a população da maioria dos municípios pertencentes à 13ª CRS aumentou consideravelmente, tendo diminuído apenas nos Municípios de Pantano Grande, Rio Pardo e Sinimbu. Quanto ao IDHM, entre 2000 e 2010, os 13 municípios tiveram majorados o IDH, sendo que o aumento mais expressivo ocorreu nos Municípios de Gramado Xavier (de 0,460 para 0,634), Herveiras (de 0,441 para 0,616), Vale do Sol (de 0,496 para 0,624) e Vera Cruz (de 0,582 para 0,737). Os demais municípios também melhoraram seus IDHMs, mas não tão expressivamente. Nesta condição, ou seja, a de um IDHM de crescimento não expressivo entre 2000 e 2010, encontram-se os quatro municípios pesquisados neste trabalho.

Entre os municípios pesquisados nessa tese, o Município que mais se desenvolveu foi Mato Leitão, seguido, respectivamente, por Passo do Sobrado, Santa Cruz do Sul e Pantano Grande. Quanto ao número de habitantes, o aumento da população foi mais acentuado no Município de Santa Cruz do Sul, seguido, respectivamente, por Passo do Sobrado e Mato Leitão. O Município de Pantano Grande, além de ser o que menos se desenvolveu no período, foi o único no qual a população diminuiu.

O IDHM em 2010, dos municípios em foco, foi alto em Mato Leitão (IDHM de 0,746) e Santa Cruz do Sul (IDHM de 0,773) e médio em Pantano Grande (IDH-M de 0,661) e Passo do Sobrado (IDHM de 0,698), o que significa dizer que os habitantes desses municípios têm longa expectativa de vida, gozam de uma vida saudável, com educação e renda em níveis bom ou excelente. Embora os índices espelhem essa qualidade de vida, sublinha-se a advertência de Areosa e Cunha (2007), no sentido de que, embora a descentralização das políticas públicas de saúde esteja prevista desde 1988, nos termos da CF, entre os municípios do VRP, há gestões dependentes politicamente da União e do RS, o que conduz à inexistência de políticas públicas municipais de saúde. Esta dependência de outros poderes públicos, em termos de saúde, parece explicar a incongruência detectada entre os municípios pesquisados: Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul apresentam IDHM alto ou médio e, ao mesmo tempo, respondem pelos maiores coeficientes de mortalidade por suicídio do RS e igualmente do Brasil.

Areosa e Cunha (2007) corroboram o alerta efetuado pelo PNUD de que os gestores locais devem conscientizar-se da importância do município enquanto personagem principal no contexto do desenvolvimento, que guarda “uma posição estratégica na hora de dialogar e compreender os anseios da comunidade”; mas, apesar disso, o mero apontamento estatístico pontual à qualidade de vida não significa que haja, necessariamente, um efetivo e correspondente desenvolvimento municipal, pois tal índice não é absoluto nem perene, sequer é suficiente para garantir uma efetiva e prolongada qualidade do bem estar da população, “pois se na média muitos dos indicadores brasileiros são razoáveis ou bons, os dados desagregados revelam muitas fragilidades regionais e locais” (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2009, p. 6), tais como um IDHM elevado concomitantemente com os maiores coeficientes de mortalidade por suicídio do Brasil.

A exposição até esta fração do trabalho buscou compreender o território, na perspectiva fenomenológica, como objeto essencial do mundo vivido na racionalidade (o processo de acumulação e o exercício do poder sobre o território) e na subjetividade (espaço social valorado por uma identidade impressa na memória coletiva), onde o tempo é uma possibilidade e o espaço é uma oportunidade. Definiu-se região como base referencial das relações humanas, espaço complexo de malhas e de redes, onde convivem diferenças, potencialidades e interesses. Nestes tempos em que evolução e progresso não têm o mesmo significado, se instala uma sutil e benéfica transformação da relação entre o homem e o mundo, a exemplo do fortalecimento da cidadania e revigoração do Estado Democrático de Direito, em virtude da participação da sociedade civil organizada na implantação de políticas

públicas, especialmente em prol de um meio ambiente sadio e da qualidade de vida, e na medição do desenvolvimento humano pelo IDH, em substituição aos índices exclusivamente econômicos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2013a).

Neste capítulo também foram contemplados conceitos e dados históricos e estatísticos, especialmente no contexto geográfico e sociocultural e nas peculiaridades do território “dado” (no âmbito político administrativo) e “construído” (PECQUEUR, 2009, p. 89).

A seguir, a abordagem sobre a saúde pública e mental demonstrará que a regionalização, enquanto estratégia de políticas públicas em saúde, permanece em destaque, alçada ao patamar de Direito Fundamental, e assim permanece no transcurso do tempo.

3 A SAÚDE PÚBLICA NA ESCALA TERRITORIAL

O capítulo anterior procurou demonstrar o papel estratégico do território como importante fator de desenvolvimento regional, que se configura de maneira a contribuir para a organização do homem em sociedade. É sobre o território que as relações humanas ocorrem e o homem procura amparo para sua sobrevivência, buscando saúde, educação e segurança para si e sua família. O fracionamento territorial faz parte dessa dinâmica, na consideração de que um espaço fragmentado possui maiores condições de implantação e administração das políticas públicas que gerem o convívio social, entre elas, as políticas de saúde pública, implementadas visando a prestação dos serviços básicos, de média e de alta complexidade que a população necessita. Para tanto, os gestores consideram especialmente a descentralização de serviços e ações, fazendo do município o principal responsável pela oferta dos serviços em saúde à sua respectiva população e o espaço sobre o qual a maioria dos problemas de saúde é solucionada.

Saúde e doença convivem no território brasileiro, desde os tempos coloniais. Segundo Aguiar (2011), as doenças transmissíveis chegaram ao Brasil Colonial (1500-1822) e Imperial (1822-1889), com os portugueses e africanos, e depois com os imigrantes europeus. À época, as ações em saúde eram pontuais, servindo à proteção do comércio exterior com o saneamento dos portos e campanhas contra epidemias. Respectivamente, em 1813 e 1815, foram fundadas as Escolas de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia e, em 1829, foi criada a Imperial Academia de Medicina, para assistir à saúde do Imperador. Na Primeira República (1889-1930), as ações em saúde permaneceram protetivas aos interesses econômicos, inclusive visando atrair mão de obra europeia. Em 1900, foi criado o Instituto Soroterápico Federal (mais tarde, Instituto Oswaldo Cruz) e, em 1904, a vacina contra varíola e febre amarela tornou-se obrigatória. Em 1923, surge a Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAP), para conceder benefícios previdenciários e assistência médica a trabalhadores associados (em 1933, tornara-se Instituto de Aposentadorias e Pensões - IAP) e as ações em saúde continuam protegendo a economia, nos dois modelos de intervenção em saúde, o “sanitarismo campanhista” para sanar o ambiente das doenças e o “curativo-privatista”, para proteção à saúde de abastados e associados da CAP (AGUIAR, 2011, p. 21).

Na Era Vargas (1930-1945), nasce o Ministério da Educação e Saúde (em 1930), permanecendo o modelo sanitarista-campanhista em saúde. Em 1953, cria-se o MS; porém, no governo Kubitschek (1956-1960), debates teóricos não trouxeram resultados concretos à saúde pública. Conforme a cronologia do Instituto Fiocruz (FIOCRUZ, 2014), em 1965 os

IAPs dão lugar ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); em 1970, funda-se a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM); em 1974, a saúde pública torna-se responsabilidade do MS; em 1976, instala-se a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária; em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde discute a reformulação do Sistema Nacional de Saúde; em 1987, foi implantado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS); em 1988, a Constituição Federal (CF/1988) aprova o SUS; em 1990, promulga-se a Lei n. 8.080/1990 (LOS) e implanta-se o Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) e Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) e a Lei n. 8.142/1990 traz a participação comunitária para a gestão do SUS; em 1991, criam-se os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde; em 1993, aprova-se o processo de descentralização em saúde, através da Norma Operacional Básica 1/1993 (NOB 1/1993); em 1994, cria-se o Programa de Saúde da Família (PSF); em 1996, cria-se a Gestão Plena dos municípios em saúde (NOB 1/1996); em 1997, aprovam-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o PSF; em 1998, implanta-se o Piso de Atenção Básica (PAB); em 1999, nasce a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e, em 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS); em 2001, com a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2001 (NOAS 1/2001), a regionalização torna-se estratégia de prestação de serviços em saúde; em 2004, aprova-se o Plano Nacional de Saúde (PNS 2004), nasce o Programa “Humaniza SUS” e institui-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; em 2006, implanta-se a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS, 2006) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB 2006); em 2007, foi lançado o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) à saúde; em 2008, nasce a Política Nacional de Regulação do SUS; em 2011, o Decreto n. 7.508/2011 regulamenta a LOS e a Portaria MS n. 2.488/2011 regulamenta a PNAB 2006; em 2012, a Resolução MS/CNS n. 453/2012 reestrutura os Conselhos de Saúde; e, em 2014, a Portaria MS n. 2.446/2014 redefine a PNPS.

Percebe-se que o território acompanha a trajetória da saúde pública brasileira, servindo, da colonização ao fim da ditadura militar, para apresentar um Brasil saudável a serviço de áreas como comércio exterior, na marca do poder estatal autoritário, que desequilibrou os serviços em saúde, desfavorecendo o povo, face à fragmentação das políticas públicas, num sistema burocratizado, tortuoso e sem qualidade.

O resultado da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, alterou o panorama, lançando os fundamentos do SUS no sistema triescalar (União, estados, municípios), descentralizado e regionalizado, fortalecendo os municípios e a participação popular. Estes resultados foram solidificados na CF/88, elevando a saúde a “direito de todos e

dever do Estado” (artigo 196, CF/1988), defendida como questão de “relevância pública” (artigo 197, CF/1988), sob a prestação do SUS, com atendimento universal e participativo, “descentralizado” em “rede regionalizada e hierarquizada” e com “direção única” em cada esfera do governo (artigo 198, CF/1988) (BRASIL, 1988).

O sistema hierárquico triescalar e a regionalização fizeram do território a base organizacional do SUS, consolidado pelo principal dispositivo legal em saúde no Brasil, a Lei n. 8.080/1990 (LOS), que deve ser analisada em conjunto com o Decreto n. 7.508/2011 (BRASIL, 2011a), que a regulamentou mais de vinte anos após encontrar-se vigorando independentemente, ancorada na escala territorial e de gestão, buscando consolidar o SUS, ampliar a prestação dos serviços em saúde e solucionar os problemas do setor. Neste sentido, a política pública em saúde no Brasil é exemplo de política de estado que, apesar da má qualidade pontual dos serviços em saúde, oferecidos nesse Brasil continental, demonstra a coerência dos gestores do sistema, no transcurso do tempo.

Da análise conjugada daqueles dispositivos, depreende-se que o SUS é regido pelos princípios da universalidade (acesso dos serviços em saúde em todos os níveis de assistência e de complexidade do sistema), integralidade (os serviços em saúde devem ser preventivos, curativos, individuais e coletivos), igualdade (a assistência à saúde deve ser oferecida sem preconceitos ou privilégios), transparência (direito do usuário à informação sobre suas condições de saúde) e participação social na organização do sistema de saúde.

O Decreto n. 7.508/2011 dispõe que o trânsito na rede de saúde se inicia nas Portas de Entrada do SUS (Atenção Primária, de Urgência e Emergência, de Atenção Psicossocial e dos Serviços Específicos de Acesso Aberto) e se completa no interior da rede, a depender da complexidade do serviço. Outras Portas de Entrada podem ser criadas, dependendo das características da Região de Saúde, mas o acesso aos serviços em saúde, por mais complexos que sejam, dão-se a partir da Porta de Entrada do sistema (BRASIL, 2011a).

Um preceito importante da LOS encontra-se no seu artigo 3º e Parágrafo Único:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde, as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 1990a, p. 1).

Ao reconhecer que as condições de saúde do povo são o reflexo do Brasil, e ao condicionar a saúde a aspectos importantes como alimentação, habitação e educação, a LOS

eleva a saúde a um direito fundamental, capaz, juntamente com os indicativos de educação e de renda, de medir o desenvolvimento de um país (pelo IDH) e dos municípios (pelo IDHM), como alternativa à medição pelo PIB, que avalia essencialmente o fomento (ou não) das atividades econômicas do lugar mensurado, não contemplando capital humano, questões ambientais, a eficiência (ou ineficiência) das instituições e as variáveis de longevidade, acesso ao conhecimento e padrão de vida (saúde, educação e renda), como indicadores de qualidade de vida (PAES, 2014).

Por seu turno, o artigo 3º do Decreto n. 7.508/2011 faz da regionalização a pedra angular do SUS, “organizado de forma regionalizada e hierarquizada”, conjugando as ações de promover, proteger e recuperar a saúde pelos entes federativos e pela complementação da iniciativa privada (BRASIL, 2011a). Depreende-se daí que as políticas públicas em saúde contextualizam o usuário ao território (em suas diversas relações), servindo a regionalização como veículo à descentralização e fortalecimento de estados e municípios para cumprimento das obrigações em saúde nos aspectos “loco-regionais” (BRASIL, 2006d, p. 18).

Assegurando o acesso universal, igualitário e ordenado do usuário ao sistema, o SUS se vale da região para ofertar serviços e ações em saúde, como espaço preferencial consolidado nas Regiões de Saúde, formadas por consórcio intermunicipal, para otimizar o serviço, capacitar profissionais e abranger maior número de usuários. Nessa tipicidade territorial escalar da política de estado do SUS, território (União, estados e municípios) e gestores (Ministro da Saúde, Secretários estaduais e municipais da Saúde) atuam concomitantemente, com atribuições específicas e auxiliados por Comissões, Conferências e Conselhos de Saúde.

O artigo 14-A da LOS (BRASIL, 1990a) reconhece as Comissões Intergestores Bi (CIB) e Tripartite (CIT) como instâncias de negociação e pactuação do processo operacional do SUS, respectivamente, nos estados e na União, objetivando a gestão compartilhada do SUS entre as esferas nacional, regional e intermunicipal da saúde, com Redes e Regiões de Saúde e Distritos Sanitários, integrando territórios, referências e contra referências. Deixando de mencionar o território municipal, a lei reafirma a região como o espaço de gestão compartilhada do SUS, adequado à prestação dos serviços em saúde. Esta afirmação também se encontra no artigo 30 do Decreto n. 7.508/2011, que reconhece o âmbito regional de organização do SUS, ao dispor sobre a Comissão Intergestores Regional (CIR), como importante território de equação dos serviços e concretização das ações em saúde (BRASIL, 2011a).

O artigo 14-B da LOS (BRASIL, 1990a) dispõe que no Conselho Nacional de Saúde (portanto, no âmbito federal), os Secretários Estaduais são representados pelo Conselho

Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e os Secretários Municipais são representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). No âmbito estadual, os Secretários Municipais são representados pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS).

A LOS (BRASIL, 1990a) esclarece que o planejamento em saúde acontece em “níveis de complexidade crescente” (artigo 8º, Lei n. 8.080/1990), partindo do local para o federal, com fiscalização dos Conselhos de Saúde e compatibilização entre necessidades e recursos financeiros, sendo que o Plano de Saúde é a base do planejamento integrado entre os níveis de gestão e “deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios” (artigo 18, Decreto n. 7.508/2011) (BRASIL, 2011a). A LOS indica que é atribuição do gestor nacional descentralizar, de estados e municípios, os respectivos serviços e ações; e que são atribuições do gestor estadual descentralizar serviços e ações dos municípios e acompanhar as redes hierarquizadas do SUS; e que ao gestor municipal da saúde cabe executar e gerenciar ações e serviços em saúde, além de planejar, promover e organizar a rede regional hierarquizada, articulando-se com a gestão estadual do sistema.

Em 1990, outra contribuição às políticas públicas em saúde foi a Lei n. 8.142/1990 (BRASIL, 1990b), que destacou o consórcio intermunicipal para dinamizar os serviços regionais em saúde, dispôs sobre o recebimento direto, por estados e municípios, dos recursos federais para a saúde, que passou a depender da criação de Fundo, Conselho, Plano de Saúde e Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), da elaboração de Relatórios de Gestão e da contrapartida estadual e municipal à saúde. A lei tratou também da participação comunitária, através dos Conselhos Comunitários e Conferências de Saúde, onde os segmentos sociais auxiliam a condução das políticas públicas. Abre-se um parêntese para esclarecer que a Resolução CNS n. 453/2012 (BRASIL, 2012b) estabeleceu os Conselhos de Saúde como órgãos deliberativos e permanentes, criados por lei, com representação paritária dos usuários, cabendo-lhes votar as proposições das Conferências de Saúde, rever os Planos de Saúde, aprovar (ou não) o Relatório de Gestão em Saúde, fiscalizar o setor privado e os gastos públicos em saúde e que o Decreto n. 8.243/2014 (BRASIL, 2014b) instituiu a Política Nacional de Participação Social e o Sistema Nacional de Participação Social (SNPS), criando Conselho e Comissão de Políticas Públicas no âmbito federal.

A NOB 1/1993 (Portaria MS n. 545/1993) (BRASIL, 1993) descentralizou os serviços em saúde, referenciando a hierarquização da rede (dentro do sistema, o usuário é referenciado a centros com diferentes graus de complexidade, dependendo de suas necessidades) e substituiu o modelo de assistência médico-hospitalar individual pela assistência plena,

universal e regional, na geomorfologia territorial dos consórcios entre municípios. Ainda criou a CIT e a CIB, definiu os Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e Hospitalares (SIH-SUS) e enquadrou os estados em Gestão Incipiente ou Semiplena e os municípios em uma de três hipóteses de gestão do SUS: Gestão Incipiente (município em fase inicial de gestão, que não recebe diretamente recursos financeiros de custeio e deve mostrar interesse em gerir suas unidades ambulatoriais), Gestão Parcial (município parcialmente estruturado em saúde, que recebe recursos financeiros de custeio de forma parcial e é responsável pela gestão de suas unidades ambulatoriais) ou Gestão Semiplena (município suficientemente estruturado à gestão do SUS, que recebe totalmente os recursos públicos de custeio à saúde municipal e que gere a rede municipal de saúde, à exceção dos Hospitais de Referência). Este cenário desencadeou um processo de habilitação dos municípios buscando receber diretamente os recursos de custeio à saúde.

Em 1994, o PSF confirma a base territorial da saúde, levando os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) regularmente ao domicílio do usuário.

Em 1996, as políticas públicas em saúde direcionaram as ações e a prestação dos serviços aos municípios, responsabilizando-os pelo cadastramento dos usuários para alimentar o cadastro nacional do SUS e pela prestação dos serviços em saúde a seus habitantes. O direcionamento veio com a NOB 01/1996 (BRASIL, 1996), definindo que ‘Atenção à Saúde’ passou a compreender as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de governo e nos três campos de atuação: da assistência (das atividades ambulatoriais individuais e coletivas, ações setoriais e administrativas e de comando e controle em saúde), das intervenções ambientais (setoriais, administrativas e de saneamento) e das políticas externas (questões macroeconômicas como emprego, habitação, educação e lazer), bem como diferenciando o entendimento entre ‘gerência’ e ‘gestão’: Gerência é o exercício dos atos de administração dos estabelecimentos prestadores de serviços em saúde vinculados ao SUS (seja um ambulatório, um hospital, uma fundação, um instituto, etc.) e gestão significa o comando de um sistema de saúde pública, seja municipal (exercido pelo Secretário Municipal de Saúde), estadual (exercido pelo Secretário Estadual de Saúde) ou nacional (exercido pelo Ministro da Saúde), e também fixou a responsabilidade federal e estadual de cooperar técnica e financeiramente com os municípios, enquanto o SUS-Estadual deveria, entre outras ações, mediar a relação entre os municípios e prestar os serviços de alto custo.

Nesta fase, os municípios brasileiros foram enquadrados em uma de duas modalidades de gestão: Gestão Plena de Atenção Básica ou Gestão Plena do Sistema Municipal.

Os municípios com Gestão Plena de Atenção Básica responsabilizaram-se pela prestação dos serviços básicos em saúde a seus habitantes, inclusive comunitários e domiciliares (por isso a NOB 1/1996 fortaleceu o PSF e o PACS), gerenciando as unidades ambulatoriais próprias e também as do estado e da União estabelecidas em seu território. Estes municípios também fizeram a indicação da referência (ambulatorial especializada e hospitalar) para atendimento de seus habitantes em outro município.

Os municípios enquadrados na Gestão Plena do Sistema Municipal, além de gerenciar suas unidades próprias, passaram a gerenciar também as unidades (ambulatoriais e/ou hospitalares) de referência para si e para os municípios enquadrados na Gestão Plena de Atenção Básica. Em ambas as formas de gestão, o gestor municipal de saúde tornou-se o único responsável pela prestação de serviços em saúde a seus munícipes, dentro e fora dos limites municipais. Através dessa política pública, todos os municípios passaram a oferecer a seus habitantes os serviços básicos em saúde, podendo sediar estabelecimentos prestadores de serviços de média e alta complexidade (municipais, estaduais, federais ou particulares conveniados) para atender seus habitantes e os de vários outros municípios, compondo, assim, a rede regionalizada e hierarquizada para o atendimento de maior número de usuários. Nessa organização, os gestores municipais em saúde garantem o acesso dos munícipes à integralidade dos serviços em saúde que a rede oferece, sendo esta a razão pela qual o gestor municipal é exclusivamente responsável pela prestação dos serviços em saúde aos habitantes de seu município, seja nessa escala ou na escala regional. Nesse sentido, os prestadores de serviço em saúde reportam-se exclusivamente ao gestor em saúde do município em que estão sediados, mesmo que o assunto seja de abrangência regional, cabendo, também ao município-sede, pagá-los pelos serviços prestados, inclusive com prévia alocação de recursos dos demais municípios beneficiados. A adoção dessa política beneficiou um maior número de usuários, mas a crítica advinda é a de que este sistema regionalizado pode comprometer a qualidade dos serviços, pondo em cheque a equidade do sistema, na medida em que o município-sede tem sua população disputando o acesso a determinados serviços com habitantes de outros municípios, quando, não raro, o município-sede tenha contribuído para a instalação do estabelecimento em saúde no seu território, com isenção de tributos e recursos humanos para beneficiar seus habitantes e não a população de toda uma região. Permeia aqui também a insuficiência de recursos à saúde. Os embates passaram a ocorrer nas CIT e CIB e nos respectivos Conselhos de Saúde, porque saúde pública não é um assunto pacificado, sempre haverá “quem discuta a insuficiência desses recursos [federais], mesmo considerando os valores adicionais estaduais e municipais” (NEGRI, 2002, p. 19).

A política pública de saúde trouxe, na sequência, as NOAS 1/2001 e 1/2002 (esta fortaleceu a mediação estadual entre municípios e fixou a regionalização como o processo estratégico de hierarquização da saúde no Brasil) (BRASIL, 2002c). A NOAS 1/2001 (Portaria MS n. 95/2001) estabeleceu Agenda e Plano de Saúde, Quadro de Metas e RG como instrumentos do SUS e reconheceu as diferenças entre os municípios de pequeno porte (sem condições de gerir a saúde), os polos regionais e os fronteiriços entre estados, fazendo da regionalização o sistema funcional da saúde para estados e municípios brasileiros (BRASIL, 2001b).

Além da lógica político-administrativa de delimitação dos sistemas de saúde, que assegura a indivisibilidade dos territórios municipais e estadual no planejamento da rede e a autonomia dos entes governamentais na gestão, é fundamental considerar, para a definição do papel da SES e de cada SMS no sistema funcional, as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de organização de redes de assistência regionalizadas e resolutivas [...] (BRASIL, 2001b, p. 23).

À percepção de que o sistema da NOB 1/1996 (BRASIL, 1996) merecia remodelação, a NOAS 1/2001 ampliou o acesso aos serviços de Atenção Básica, possibilitando aos municípios o enquadramento no novo modelo de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA), atribuindo ao gestor estadual a organização de serviços e ações em saúde de média complexidade e a responsabilidade pelas políticas de alta complexidade no seu estado, sendo que a garantia de acesso a serviços de alta complexidade tornou-se responsabilidade do MS, em conjunto com as SES. Ainda os estados estabeleceram o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e nortearam a criação de Regiões de Saúde baseadas nos consórcios intermunicipais. Foram elaboradas as Agendas em Saúde (em trajetória descendente, da União aos estados e destes aos municípios, permitindo que os municípios conhecessem as pretensões federal e estadual) e os Planos de Saúde (em trajetória ascendente, dos municípios ao estado e deste à União, auxiliando o MS na implantação de políticas públicas) (BRASIL, 2001b).

Segundo a Secretaria de Assistência à Saúde do MS (SAS/MS), ao final de 2001, 5.516 municípios estavam habilitados, sendo 4.952 municípios com Gestão Plena da Atenção Básica e 564 municípios com Gestão Plena de Sistema Municipal; e entre os estados, 12 deles estavam habilitados, 5 em Gestão Avançada e 7 em Gestão Plena da Saúde.

A condução da saúde pública brasileira, após o regime militar foi eficiente (FERREIRA NETO, 2011), contando com a “Participação popular na fiscalização e controle sobre as ações, no respectivo nível de governo, destacando-se na área da Saúde, as Conferências e os Conselhos de Saúde” (BRASIL, 2004a, p. 36), sendo que a legislação do SUS, especialmente

a partir de 1990, possibilitou “prosseguir à procura de soluções para questões ainda não resolvidas satisfatoriamente, sem perda da autonomia conquistada pelos administradores” (NEGRI, 2002, p. 15).

Na sucessão de acontecimentos, os três níveis de gestão elaboraram o Plano Plurianual 2004-2007 que baseou o MS na construção do Plano Nacional de Saúde (PNS, 2004) pela Portaria MS n. 2.607/2004 (BRASIL, 2004c), onde a regionalização permaneceu como pedra angular, firmando o caráter territorial das políticas públicas do SUS. Este plano foi baseado nos dados como os do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e os de Nascidos Vivos (SINASC), o que possibilitou ao MS constatar que as causas externas de morte, entre elas o suicídio, “apresentaram-se como o quinto grupo de causas de morte para as mulheres em todas as regiões, com exceção da Região Sul, onde é o quarto grupo de causas” (BRASIL, 2004c), resultando na implantação de 54 Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde no Brasil, compondo uma rede nacional que caracterizou homicídio e exploração sexual de crianças e adolescentes como violência, fazendo estes crimes de notificação compulsória.

Até fins de 2005, este era, em sua essência, o sistema de regionalização adotado pelas políticas públicas em saúde no território nacional, sendo que as PNPS 2006 e PNAB 2006 procuraram estabilizar o processo escalar territorial da saúde pública brasileira.

A abordagem da PNPS 2006 (BRASIL, 2006d) é importante para este trabalho, porque é a partir de sua implantação que a preocupação com o suicídio passou, com maior propriedade, a compor a agenda dos gestores da saúde pública brasileira.

3.1 Regulamentação da Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil

Em setembro de 2005, o MS definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde, estabelecendo o “Pacto pela Saúde em 2006 - Consolidação do SUS” em três eixos: Os Pactos em Defesa do SUS, em Defesa da Vida e em Defesa da Gestão, propondo, então, a PNPS 2006 para enfrentar “desafios de produção da saúde num cenário sócio histórico cada vez mais complexo e que exige a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde” (BRASIL, 2006d, p. 15). A PNPS 2006 foi divulgada pela Portaria GM/MS n. 399/2006 (BRASIL, 2006a), consolidando-se a partir da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão (TCG), por estados e municípios (BRASIL, 2006d). Conforme o Anexo I, item II da Portaria GM 399/2006, a PNPS 2006 reforçou o SUS “como política de

Estado mais do que política de governos” (BRASIL, 2006a), com expectativas de impacto, pois:

A concretização desse Pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais (BRASIL, 2006a, p. 65).

Para a PNPS 2006, a saúde é uma “produção social de determinação múltipla e complexa”, promovida pelos sujeitos e pela coletividade “no território onde vivem e trabalham” (BRASIL, 2006d, p. 12), que deve ser protegida e recuperada, na integração entre os usuários do sistema e os profissionais de saúde, porque produzir saúde é produzir “subjetividades mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias”, premiando a intersectorialidade, entendida como a articulação entre diversos setores para pensar a complexidade da saúde e corresponsabilizar-se por suas ações (BRASIL, 2006d, p. 13). A PNPS objetivou, com esses conceitos e medidas, promover a qualidade de vida, reduzir riscos e vulnerabilidades, ampliar a autonomia e responsabilidade das três esferas de gestão, destacando o respeito dos estados para as “realidades loco-regionais” e dos municípios para as “realidades locais”, cabendo ao MS e às SES informar e educar a população sobre saúde, sendo atribuição especial dos municípios o “planejamento participativo envolvendo todos os setores do governo municipal e representantes da sociedade civil” (BRASIL, 2006d, p. 17-26). Essas atribuições contribuíram para a prevenção municipal aos agravos não transmissíveis, especialmente com a obrigatoriedade da “notificação de violência interpessoal” (BRASIL, 2006d, p. 38).

Estas circunstâncias fizeram do texto da Portaria MS n. 399/2006 (BRASIL, 2006a) um instrumento que regulamentou (BRASIL, 2006b) e instrumentalizou (BRASIL, 2006c) o SUS com Planos e Programações de Saúde e Relatórios de Gestão. A PNPS de 2006 (BRASIL, 2006d) também compeliu os gestores em saúde a definir em conjunto os compromissos prioritários, tais como os de proteger a saúde dos idosos, reduzir a mortalidade infantil e materna e consolidar a Atenção Básica, tudo em gestão compartilhada e solidária. A atenção à Saúde Básica fez desses serviços a porta de entrada do usuário ao SUS, e, portanto, do contato inicial do usuário com os profissionais em saúde mais próximos de sua residência. A estratégia de Atenção à Saúde Básica tornou-se importante ao estabelecimento de ações de combate às tentativas e ao suicídio.

A PNPS 2006 (BRASIL, 2006d) também motivou a implantação de medidas de combate à violência, entre elas as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio (BRASIL,

2006b), envolvendo secretarias estaduais e municipais de saúde, a academia e a sociedade civil, bem como organismos não governamentais nacionais e estrangeiros. A política nacional de combate e prevenção ao suicídio trouxe estratégias e informações tendentes à preservação da vida, dirigidas à população em geral e aos profissionais em saúde que atendem tentativas de suicídio. Nesse contexto, o MS reconheceu o suicídio como grave problema de saúde pública, associado a transtornos mentais e passível de prevenção.

A política nacional de saúde estabelecida em 2006 reconheceu as “muitas diferenças e iniquidades regionais” que serviram para consolidar a regionalização e a descentralização do SUS, numa “diversidade operativa que respeite as singularidades regionais”. Em seu Anexo I, item III, a Portaria GM/MS 399/2006 esclarece que:

Esse Pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional (BRASIL, 2006a, p. 65).

Embasada na PNPS 2006, em 2008 o MS instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS nos estados, integrada à Regulação dos Sistemas de Saúde, de Atenção à Saúde e do Acesso à Assistência (PORTARIA MS n. 1.559/2008) (BRASIL, 2008b), cuja política foi regulada novamente em 2009 pela Portaria MS n. 2.048/2009 (BRASIL, 2009c) que, mediante sucessivas prorrogações, entrou em vigor em 2013 (BRASIL, 2005-2014), ratificando que o planejamento do SUS ocorre pela ação contínua e integrada das três esferas de gestão (com a participação social nesse processo), inclusive compartilhando experiências e informações, capacitando profissionais e contribuindo com a transparência da gestão, elaborando, a cada quatro anos, o Plano de Saúde (com a programação anual da respectiva gestão do sistema, projeções, resultados esperados, determinantes e condicionantes de saúde) e monitorando anualmente, pelo RG, os resultados em saúde referidos na Programação Anual de Saúde (PAS). Também a partir de 2009, a identificação do usuário no sistema passou a ser feita pelo Cartão Nacional de Saúde, e as Redes de Atenção estaduais, regionais e municipais implantaram a Política Nacional de Atenção às Urgências, visando promover a qualidade de vida, prevenir agravos, defender e recuperar a saúde individual e coletiva.

A PNPS de 2006 também contribuiu para fidelizar as estatísticas do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), para implantar a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbitos e Esclarecimento da *causa mortis* (SVO) e para regulamentar a coleta

de dados de óbitos e de nascidos vivos que alimentam os Sistemas de Informações em Saúde (BRASIL, 2009b) e os bancos de dados nacionais de Atenção à Saúde (BRASIL, 2010b).

A PNPS de 2006 trouxe uma melhor compreensão do mecanismo de alimentação dos sistemas oficiais de informação sobre nascimentos (SINAC) e óbitos (SIM), sendo que as informações sobre mortalidade são especialmente importantes para a monitoração dos casos de suicídio e geração de índices e estatísticas sobre o agravo. O documento oficial padrão para coleta dos dados de óbitos é o Formulário da Declaração de Óbito expedido pela SVS/MS e encaminhado às SES, SMS, Estabelecimentos e Serviços em Saúde e de Verificação de Óbitos, Institutos Médicos Legais e médicos cadastrados. Todos são solidariamente responsáveis pela integridade e sigilo das bases de dados e pelo controle do documento, que serve também ao Cartório de Registro de Óbitos e para alimentar o sistema oficial de monitoramento de óbitos. As disposições atuais sobre notificação compulsória constam da Portaria GM/MS n. 1.271/2014 (BRASIL, 2014h). A PNPS 2006 também sedimentou o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2009d) e definiu as diretrizes da RAS (BRASIL, 2010c).

A PNPS 2006 garantiu a infraestrutura da Saúde Básica e fortaleceu a Estratégia Saúde da Família nos municípios, que passaram a obter mais recursos públicos para aquisição de equipamentos e insumos e melhorar o atendimento aos usuários, sempre com “respeito às diversidades regionais” (LOBO; LIMA; ACIOLI, 2011, p. 103).

A consideração para com a diversidade e as diferenças loco-regionais da PNPS 2006 configurou o território brasileiro como um habitat único no mundo, construído por ações e serviços descentralizados e regionalizados em saúde. A partir da implantação da política pública em saúde de 2006, a prestação de ações e serviços ultrapassou a sistema centralizador e o caráter filantrópico, assumindo a praticidade do tratamento ambulatorial, habilitado à solução da maioria dos problemas em saúde, em sistema universal, integral e descentralizado, onde o gestor municipal responde pela prestação dos serviços em saúde à população residente, a sociedade fiscaliza o sistema e o financiamento tem a participação das três esferas de poder. A PNPS 2006 contribuiu para melhorar o sistema público de saúde no Brasil e continua incrementando a promoção da saúde no território e garantindo os princípios e diretrizes do SUS.

Em 2011 (BRASIL, 2011a), o MS estabeleceu o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), buscando estabilizar o processo de regionalização da saúde com a integração dos serviços. Em 2012, o MS (BRASIL, 2012g) afastou a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde por estados e municípios, para fins de recebimento de recursos federais.

O COAP não representa uma nova política pública em saúde no Brasil, mas é um instrumento que objetiva organizar e integrar ações e serviços em saúde através de um acordo de colaboração entre entes federativos para fins de instituição de Regiões de Saúde, visando garantir a assistência integral em saúde aos usuários. Nessa sistemática, o Termo de Compromisso de Gestão (TCG), estipulado na PNPS 2006, passou a denominar-se COAP, sendo que os Planos de Saúde, o RG e o Mapa de Saúde permanecem obrigatórios. O COAP busca o consenso entre os gestores, na tentativa de pacificar as relações na organização plena do SUS e ratifica a região como o território de prestação dos serviços e das ações em saúde. Esta ratificação é importante, porque o COAP trata da responsabilidade solidária dos entes federados, quando um deles assume os encargos da prestação de serviços em saúde no âmbito regional.

Na dinâmica do COAP, o modelo em saúde torna-se ascendente (do local ao federal), com a participação dos Conselhos de Saúde. A partir da implantação do COAP, o CNS passará a dirigir a elaboração dos Planos de Saúde, observando as características das Regiões de Saúde, o Mapa da Saúde identificará as necessidades e auxiliará a elaboração das Metas de Saúde. Nos estados, o Plano de Saúde se integrará às RAS (será regionalizado), considerando as necessidades municipais expostas nas Metas de Saúde. As Comissões Intergestores permanecerão regulando as ações e serviços integrados nas RAS, nos territórios nacional (CIT), estadual (CIB) e regional (CIR). O COAP é de base territorial, considera as especificidades municipais, regionais e estaduais e se fundamenta nas Redes de Saúde (regionais). Será avaliado, inclusive pelos usuários e, em virtude do processo de regionalização, vai incorporar o Contrato de Gestão de 1990, com os compromissos ali assumidos pelos entes federados.

Nessa dinâmica, a Região de Saúde se estabelece como “o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados” (BRASIL, 2011c), sendo que o município pode integrar apenas uma Região de Saúde, que pode ser interestadual, mas não pode incorporar estados estrangeiros no seu território. As Regiões de Saúde deverão “imprimir unicidade ao território regional”, onde a CIR será o “foro interfederativo regional de negociação” (BRASIL, 2011c).

Na Região de Saúde, devem ser oferecidos serviços em Atenção Primária, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, Ambulatorial Especializada e Hospitalar e de Vigilância em Saúde, sendo que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) podem compreender mais de uma Região de Saúde.

Na prática, os signatários aprovam uma Região de Saúde, assinam o COAP na CIR (pelo Ministro da Saúde, Governador, Secretário Estadual da Saúde e Prefeitos Municipais ou representantes), que é homologado na CIB, publicado no Diário Oficial da União (DOU) e encaminhado à CIT. Desacordos serão resolvidos na CIB e, em última instância, na CIT. Até que todos os municípios assinem o COAP, mantém-se o Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP). Os municípios signatários do COAP passam a observar as diretrizes, objetivos, metas e indicadores universais (para todas as Regiões de Saúde) e específicos (para necessidades especiais ou pontuais), conforme consta da Resolução MS/CIT n. 4/2012 (BRASIL, 2012a). Ao assinar o COAP, o município torna-se compulsoriamente responsável pela condução de serviços e ações em saúde, devendo manter atualizados os Sistemas de Informação da Atenção Básica (SIAB), sobre Agravos de Notificação (SINAN), do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), sobre Nascidos Vivos (SINASC), Ambulatorial (SIA), de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde (CNES), de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGUSUS), sobre Mortalidade (SIM), Hospitalar (SIH) e de Internação Hospitalar (CIH) e ainda o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), conforme consta do informativo do COAP (BRASIL, 2011d).

Neste processo, o MS buscou consolidar a ESF e o PACS como estratégicos à política pública de saúde na Atenção Básica, cujo modelo permanece eminentemente territorial, no sentido de que os profissionais da Atenção Básica são os que contatam diretamente os usuários do sistema, e, nas visitas domiciliares, os agentes de saúde têm contato direto com o usuário e sua família. Esta arquitetura dos serviços em saúde permanece vital para que se detectem tendências ao suicídio, porque “a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2011a, p. 1), que estrutura a Atenção Básica como porta principal de entrada no SUS, sendo a APS “uma sólida prática para abordar e superar a falta de saúde e as desigualdades” (MENDES, 2012, p. 57).

A PNAB permanece orientada pela descentralização e pela regionalização. Um de seus fundamentos, a partir de 2011, é o estabelecimento, num mesmo espaço, de um território concreto (delimitado geograficamente) e de outro abstrato (lugar de planejamento e desenvolvimento de ações em saúde), nos quais a maioria dos problemas de saúde da população devem ser minimizados ou resolvidos. Nesta sistemática, a “proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção” (Portaria MS n. 2.488/2011, Anexo I, Princípio II), o que pode contribuir para a diminuição dos índices de suicídio no Brasil (BRASIL, 2011e).

Percebe-se o vulto das responsabilidades atribuídas às equipes de trabalho, embora os gestores, quando confrontados com os problemas e crises do sistema, se autodefendem ou “se refugiam fora da questão, dizendo que os problemas são do setor de RH, ou que os mesmos decorrem da legislação do serviço público, e, portanto, fora da ingerência de sua responsabilidade”, advindo daí as “soluções *provisórias*, tais como contratações irregulares, desvios de função e diferentes modalidades no pagamento de produtividade, causando um desconforto muito grande nos assuntos relativos a recursos humanos” (CORNETTA, 2002, p. 321). Espera-se que o COAP não permaneça apenas na “discursividade moral”, sem resultado prático (BRASIL, 2010d, p. 6). Atualmente, os entes federados estão se adequando às disposições do COAP.

Em novembro de 2014, o MS redefiniu a PNPS através da Portaria MS n. 2.446/2014, (BRASIL, 2014j) visando incrementar ações em saúde no território, fortalecendo o sistema em rede regional e respeitando as diversidades e diferenças coletivas e entre sujeitos, numa composição de responsabilidade compartilhada para com o cuidado integral da saúde. Foram redefinidos os princípios da PNPS, constando, entre outros, a equidade, a participação social, o empoderamento (da decisão sobre o modo de vida mais adequado a cada um), a intersetorialidade (na articulação de conhecimentos e experiências entre sujeitos), a intrasetorialidade (na desfragmentação dos serviços ofertados por um determinado setor visando construir redes de cooperação e resolutividade) e a territorialidade (na consideração das especificidades territoriais que influenciam a implantação de ações em saúde).

Nessa sistemática, as ações em saúde permanecem territorializadas, baseando-se nos contextos locais e no respeito às diversidades, buscando reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde, numa lógica de redes de cuidado, vinculando o território concreto representado por um ambiente que se pretende seja saudável com o território abstrato de vida, trabalho, inclusão e oportunidades aos indivíduos e à coletividade.

A Portaria MS n. 2.446/2014 (BRASIL, 2014j) estabelece nove Eixos Operacionais da PNPS como estratégia para concretizar as ações em saúde, sendo que o primeiro deles é a territorialização, no sentido de reconhecer a regionalização como orientadora da descentralização dos serviços e ações em saúde e de organizar as RAS, a partir das necessidades locais e articuladas com a coletividade. A estratégia operacional da territorialização reafirma a corresponsabilidade nos acordos inter-federativos e os parâmetros de escala, visando fortalecer a identidade regional e promover a saúde no território, estimulando a convivência, a solidariedade e o respeito à vida, considerando as especificidades loco-regionais (BRASIL, 2014j).

A ratificação do MS, em 2014, da PNPS estabelecida em 2006, demonstra que a política pública em saúde no Brasil vem se construindo, paulatinamente, pelo governo e pela sociedade civil, cujo modelo serve de exemplo, especialmente quando comparado ao sistema de saúde de outros países, como os Estados Unidos, onde a saúde é regulada pelo mercado (DESVIAT, 2011). Entende-se, então, que a política pública em saúde no Brasil firma-se pela defesa do SUS, pela descentralização, regionalização e participação popular, estruturada como política de estado, não de governo.

3.2 A política pública em saúde mental no Brasil

De acordo com a compilação do MS (BRASIL, 2014d), a legislação básica da Saúde Mental é composta pela LOS, pela Lei n. 8.142/1990 (da participação comunitária no SUS), Lei n. 10.216/2001 (de proteção aos portadores de transtornos mentais), Decreto n. 7.179/2010 (que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas), Decreto n. 7.508/2011 (que regulamenta a Lei 8.080/1990), Portaria MS n. 3.088/2011 (que institui a RAPS), Portaria MS n. 3.091/2013 (que trata do encaminhamento de projetos) e a Portaria MS n. 118/2014 (que descredencia estabelecimentos de saúde sem atualização cadastral).

Para o MS, a “produção e transmissão de conhecimento em saúde mental na saúde pública” (BRASIL, 2011h, p. 8) ainda é insuficiente. As Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM), também as estaduais e municipais, auxiliam na propagação do conhecimento e aproximam os gestores dos problemas cotidianos de usuários e profissionais em saúde, balizando as políticas em saúde pública e mental, cumprindo “um papel pedagógico de educação política, por ser um espaço estratégico para socializar o debate do SUS, assim como qualificar e formar novos conselheiros” (REBOLI; KRÜGER, 2013, p. 3).

Em 1986, ocorreu um grande marco na saúde pública, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que fundamentou o SUS e posicionou a saúde como direito de todos e dever do estado na CF/1988. A 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987 (BRASIL, 1987), estabeleceu 11 objetivos de ação, entre eles a “universalização e equidade do acesso aos serviços de assistência aos doentes mentais”, a articulação interinstitucional, a regionalização, hierarquização e descentralização (para referenciar e contra referenciar os serviços e fortalecer a prestação local de serviços em saúde mental) e o aprimoramento da formação profissional em saúde mental. O objetivo n. 7 do Relatório Final da CNSM 1987 propôs a mudança do “modelo assistencial centrado na hospitalização psiquiátrica,

valorizando o atendimento ambulatorial especializado e o da rede básica de saúde, bem como as atividades de reintegração social do doente mental”. Este objetivo passou a determinar as políticas públicas em saúde mental no país, a partir de então (BRASIL, 1987).

A 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992 (BRASIL, 1992), esboçou um novo modelo assistencial, e a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental de 2001 (BRASIL, 2002a) contribuiu com a Reforma Psiquiátrica da Lei de Saúde Mental (Lei n. 10.216/2001), tratando da “inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com a diferença”, da interação da saúde mental com educação, cultura, esporte, habitação e habilitação profissional, compreendendo saúde “como processo e não como ausência de doença” e apropriando-se do território como fundamental às ações em saúde mental, especialmente nos Serviços Residenciais Terapêuticos (BRASIL, 2002a, p. 23; 165).

A 30 de setembro de 2009, a Marcha dos Usuários pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, organizada pela Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial (Renila) e pelo Conselho Federal de Psicologia, reuniu uma média de 2000 pessoas em Brasília (CORREIO BRASILIENSE, 2009), servindo também para convocar a 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2010a) e reconhecer a intersetorialidade e a transversalidade como necessárias à gestão da saúde mental (BRASIL, 2011h). As “quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental foram os grandes eventos de ampla participação social nos últimos 20 anos na área da saúde mental” (REBOLI; KRÜGER, 2013, p. 8).

Em sentido estrito, a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) foi normatizada pela Lei n. 10.216/2001 (BRASIL, 2001a), outorgando direitos às pessoas acometidas de transtorno mental, tais como tratamento respeitoso, sigilo de informações, esclarecimento médico sobre hospitalização involuntária, acesso às informações do usuário sobre sua saúde mental e tratamento em ambiente terapêutico. A responsabilidade das ações é conjunta entre governo, sociedade e da família. O tratamento, se possível, deve ocorrer fora do ambiente hospitalar e as internações, sempre pré-fundamentadas em laudo médico, podem ser voluntárias (consentidas pela paciente), involuntárias (a pedido de terceiros) ou compulsórias (por determinação judicial), sendo que evasão, transferências, acidentes, agravamento da saúde ou falecimento do paciente devem ser comunicadas aos familiares e à autoridade sanitária em 24 horas (artigo 10, Lei n. 10.216/2001). A Portaria MS n. 2.048/2009 prevê que a internação voluntária pode tornar-se involuntária, se o internado discordar dela. As internações involuntárias devem ser comunicadas ao Ministério Público Estadual, à Comissão Estadual Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias e à SES (BRASIL, 2009c).

Para Duarte e Garcia (2013), a regulação legal da saúde mental conta ainda com as Portarias MS n. 251/2002 (que define a porta de entrada de internação), MS n. 52/2004 (que reestrutura a assistência psiquiátrica hospitalar) e MS n. 2.644/2009 (que incentiva internações de curta duração). Uma contribuição controversa à saúde mental é a Portaria MS n. 2.048/2009, que teve sua entrada em vigor prorrogada para 2013 (Portaria MS n. 373/2012), e que é importante, porque ajuda a compreender outras normas do MS sobre saúde mental (BRASIL, 2012f).

A Portaria MS n. 2.048/2009 preconiza a autonomia do usuário na linha de cuidados integrais, em todos os níveis de atenção, e na identificação de determinantes e condicionantes da doença. A PNSM abrange a Atenção Básica, a média e alta complexidade e o Plano de Prevenção e Tratamento das Doenças Neurológicas (que deve integrar os Planos Municipais e Regionais de Saúde). Os artigos 407 até 433 do Anexo Introdutório da Portaria tratam dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), que se vinculam ao serviço ambulatorial especializado mais próximo e substituem as internações psiquiátricas, reinserindo o usuário na comunidade, alfabetizando-o, conduzindo-o ao trabalho e à formação de vínculos familiares e sociais, em espaço que abrigue o máximo de oito usuários, cabendo às SES e SMS acompanhar seu funcionamento. Se a internação for inevitável, a Portaria MS n. 2.048/2009 prevê que o seja pelo menor tempo possível e ocorra após esgotadas outras possibilidades oferecidas na rede assistencial (BRASIL, 2009c).

Os artigos 434 até 438 do Anexo Introdutório da Portaria MS n. 2.048/2009 regulam o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental, estruturado pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), para supervisionar os hospitais psiquiátricos, buscando alternativas de assistência à saúde mental e propondo-as às Centrais de Regulação (responsáveis pela ordenação e orientação da assistência à saúde mental). A Portaria dispõe também que as SES e SMS dos municípios com Gestão Plena criem grupos técnicos para acompanhar as ações em saúde mental (BRASIL, 2009c).

Em 2011, o MS criou a RAPS pela Portaria MS n. 3.088/2011 (BRASIL, 2011f), dispondo sobre os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, para aumentar o acesso da população à Rede e articular usuários e suas famílias aos pontos de atenção em saúde. O artigo 2º da Portaria MS n. 3.088/2011 enfatiza as atividades no território, em prol da inclusão, da autonomia e do “exercício da cidadania”, envolvendo o usuário e sua família nos serviços que se organizam em rede de atenção regionalizada (BRASIL, 2011f). Os componentes e pontos de atenção da RAPS são os seguintes:

Quadro 1 - Componentes e Pontos de Atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Componentes da RAPS	Pontos de Atenção
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde e sua respectiva Equipe de Atenção Básica
	Equipe de Atenção Básica às populações específicas dos Consultórios na Rua e do apoio à Atenção Residencial de Caráter Transitório
	Centro de Convivência
Atenção Psicossocial Especializada	Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192
	Sala de Estabilização
	Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas
	Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro
	Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento
	Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Enfermaria Especializada em Hospital Geral
	Serviço Hospitalar à Saúde Mental e Drogadização
Estratégias de desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos
Reabilitação psicossocial	

Fonte: Portaria 3.088/2011 (BRASIL, 2011f); Brasil (2013d).

Os CAPS são centros comunitários, onde a equipe multiprofissional e transdisciplinar atende portadores de transtorno mental, dependentes químicos e de outras drogas e também tentadores e familiares, em espaço coletivo e a partir de um Projeto Terapêutico Individual. Os CAPS atuam, conforme o MS (BRASIL, 2013d), nas modalidades CAPS I (para municípios entre 20.000 e 70.000 habitantes, com 788 unidades no país), CAPS II (para municípios entre 70.000 e 200.000 habitantes, com 424 unidades no país), CAPS III (para municípios com mais de 200.000 habitantes, com 56 unidades no país), CAPS AD (especializado para usuários de álcool e drogas, indicado para municípios entre 70.000 e 200.000 habitantes, com 268 unidades no país) e CAPS i (para usuários até 25 anos, em municípios a partir de 200.000 habitantes, com 134 unidades no país). Na Atenção Hospitalar, os leitos em Hospital Geral oferecem serviços em saúde diferenciados daqueles havidos nos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2014e), sendo que o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (PRH) trata da expansão da rede de CAPS e redução dos leitos hospitalares, que, em 2010, eram 32.735 leitos concentrados em hospitais de pequeno porte (BRASIL, 2011h). A proteção aos pacientes que estiveram internados por um longo período é garantida pelo

Programa de Volta Para Casa, visando reinserir o usuário na comunidade através de recursos assistenciais e cuidados em saúde (BRASIL, 2014f). Em 2011, a Rede de Saúde Mental brasileira contava com 1.650 CAPS, 596 SRT e 3.832 beneficiários do Programa de Volta para Casa (BRASIL, 2011i).

O MS lançou um caderno da Atenção em Saúde Mental na Atenção Básica, esclarecendo conceitos, descrevendo ferramentas e abordando o sofrimento mental e o suicídio, informando que a Reforma Psiquiátrica substituiu os manicômios pela inserção dos egressos à comunidade, fazendo do território sua estratégia de consolidação dos “serviços diversificados de cuidado tanto longitudinal quanto intensivo para os períodos de crise”. (BRASIL, 2013e, p. 21).

A crítica fica por conta de que vários setores das esferas de governo abordam, concomitante e separadamente, questões de saúde pública e mental, dispendendo recursos que nem sempre beneficiam a população. O relatório da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) enfatizou que “programas e políticas sociais que embora frequentemente tenham abrangência intersetorial, apresentam efetividade limitada, não conseguindo atuar adequadamente sobre os mecanismos determinantes das iniquidades em saúde” trazendo dispêndio e pouco resultado (BRASIL, 2008a, p. 125).

A par disso, o saldo da Reforma Psiquiátrica é positivo, especialmente porque os serviços de saúde mental na Atenção Básica podem ser realizados por todos os profissionais de saúde, pelo vínculo que estabelecem com o usuário, já que até os especialistas em saúde mental “elaboram suas intervenções a partir das vivências no território” (BRASIL, 2013e, p. 2).

3.3 A Política de Saúde Pública e Mental no Estado do Rio Grande do Sul

Os estados devem aplicar, anualmente, às ações e serviços públicos de saúde (deduzidas as parcelas transferidas aos seus municípios) o mínimo constitucional de 12% (doze por cento) sobre arrecadações tributárias próprias e repassadas pela União.

O RS concentra, na Metade Norte, as atividades fabris e o superávit econômico; e, na Metade Sul, a criação de gado e uma evidente pobreza (CAVALHEIRO, 2006). Em 2010, o RS contava com 10.693.929 habitantes sobre a área de 281.730,223 Km², com densidade demográfica de 37,96 habitantes/Km² e 497 municípios (IBGE, 2014c), havendo 162.792 portadores de deficiência mental ou intelectual, sendo 136.521 habitantes da zona urbana e 26.271 na zona rural (IBGE, 2010c).

Em 2009, o RS contava com 5.705 estabelecimentos de saúde, sendo 2.701 públicos (44 federais, 16 estaduais e 2.641 municipais) e 3.004 privados (2.587 com fins lucrativos e 417 sem fins lucrativos), havendo 31.055 leitos hospitalares, sendo 4.440 em estabelecimentos públicos e 26.615 em estabelecimentos particulares (IBGE, 2014f).

Desde 1966, o RS tem Conselho Estadual de Saúde (CES) de caráter consultivo (Decreto n. 17.868/1966), passando em 1994 a ter caráter deliberativo e fiscalizador (Lei n. 10.097/1994). A Constituição Estadual do RS (RIO GRANDE DO SUL, 1989), promulgada a 03 de outubro de 1989, dispõe a saúde como “direito de todos e dever do Estado e do Município”, integrada em “rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde”, incumbindo ao estado coordenar as ações e serviços em saúde estaduais e municipais, “prioridades e estratégias regionais”, regular a saúde pública e privada, fiscalizando riscos, fomentando pesquisa e ensino e garantindo o funcionamento dos serviços, inclusive hospitalares e ambulatoriais (RIO GRANDE DO SUL, 1989).

Em fins de 2012, o RS reorganizou o território da saúde, criando 30 Regiões de Saúde, cada qual com população entre 100.000 e 500.000 habitantes e raio de abrangência de até 100 Km, para facilitar o acesso entre municípios (à exceção da grande Porto Alegre). Cada Região conta com COAP próprio que define responsabilidades. Com as Regiões de Saúde, as 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) do Estado funcionam como “territórios administrativos”, estando a 13ª CRS vinculada à 28ª Região de Saúde (R28 ou Região Santa Cruz do Sul) que atende 327.158 habitantes e é composta pelos municípios de Candelária, Gramado Xavier, Herveiras, Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul, Sinimbu, Vale do Sol, Vale Verde, Venâncio Aires e Vera Cruz (REVISTA COSEMS/RS, 2012, p. 11).

Assim, os Municípios de Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul fazem parte da 28ª Região de Saúde e da 13ª CRS do RS.

O SUS, no RS, compõe a Rede Integral de Saúde denominada Rede Chimarrão, baseada na Política de Humanização do SUS. O primeiro atendimento ocorre no município ou região de residência do usuário, na UBS ou na ESF. Em acidentes e casos graves, aciona-se o SAMU, que conduz o paciente ao auxílio adequado, podendo ser uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), que funciona 24 horas, com estrutura de média complexidade para atendimento entre as UBS e as urgências hospitalares (RIO GRANDE DO SUL, 2014i). A continuidade do tratamento pode dar-se em leitos, consultas e exames em especialidades nas redes (Rede Cegonha, Rede de Urgência-Emergência, Rede de Saúde Mental, entre outras).

As políticas públicas em saúde no RS se baseiam nas características dos usuários, constituídas, dessa maneira, de Saúde da Criança e Adolescente, da Mulher, do Homem, do Idoso, das diversidades, bucal, mental e das pessoas com deficiência, DST/AIDS e Alimentação e Nutrição (RIO GRANDE DO SUL, 2014i). Conforme descreve o Plano Estadual de Saúde 2012-2015 (RIO GRANDE DO SUL, 2013c), em 2011 nasceram 137.605 crianças e morreram 1.841 até os 5 anos de idade. Com base nesses dados, o RS aprovou a Resolução CIB n. 618/2012, tornando obrigatória a investigação do óbito de menores com até 5 anos de idade. Também em 2011, o Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG) no Estado foi de 7,4/1.000 habitantes ou 79.831 óbitos, sendo que as causas externas responderam por 64% dos óbitos entre 10 e 29 anos. O Plano constatou, ainda, a tendência do aumento da população idosa (em 2011, eram 65 idosos para cada 100 jovens de até 15 anos) e a permanência da maioria feminina da população (em 2011, eram 75 homens a cada 100 mulheres).

Embora o RS apresente, no cenário nacional, baixa taxa de mortalidade infantil, bons níveis de urbanização e de expectativa de vida, os índices de morbimortalidade são tão elevados quanto os “custos de assistência à saúde decorrentes de doenças cardiovasculares, neoplasias e causas externas” (RIO GRANDE DO SUL, 2014d). Em 2011, entre adultos, a maioria das mortes foi por causas externas (a primeira causa entre 20 e 39 anos de idade) e neoplasias (a primeira causa entre 40 e 59 anos de idade), sendo elevada a taxa de mortalidade por câncer de mama (20,8/100.000 por ano, sendo 1.144 óbitos entre os 20 e 80 anos). Constatações semelhantes foram apontadas por Areosa e Cunha (2007), quando investigaram as condições de saúde nos municípios do COREDE-VRP, indicando os principais problemas de saúde em ordem decrescente, como sendo doenças crônico-degenerativas, doenças do aparelho circulatório, transtornos mentais, doenças do aparelho respiratório, doenças relativas à mulher e gravidez, neoplasias, problemas de saúde por causas externas e saúde do trabalhador (AREOSA; CUNHA, 2007, p. 38).

O Estado tornou público seu Plano Estadual de Saúde 2012-2015, orientado pelo Decreto n. 7.508/2011, objetivando fortalecer a Atenção Básica, qualificar a Atenção Secundária e Terciária, a Vigilância em Saúde, a Assistência Farmacêutica, as Redes Temáticas e Linhas de Cuidado; e, ainda, aumentar o investimento em saúde, desenvolver estratégias de Educação Permanente, incentivar a pesquisa e consolidar a Política Estadual de Residência Integrada (RIO GRANDE DO SUL, 2013c).

No RS, o Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) é o gestor da vigilância em saúde no estado, em práticas conjuntas com os Núcleos Regionais de Vigilância em Saúde (NUREVS), localizados nas CRS (Portaria SES/RS n. 22/2004). Um de seus órgãos de

execução é o Núcleo de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), entre estes, a violência (física, psicológica, sexual, auto-agressão e outras), que faz parte das “causas externas” de mortalidade.

O Plano Estadual de Saúde 2012-2015 dispôs que, entre 2010 e 2012, os adultos foram os mais atingidos por violências físicas, psicológicas e por suicídio, apresentando-se as notificações sobre violências, como segue:

Quadro 2 - Notificações compulsórias de violência no RS, por tipo, entre 2010-2012

Tipologia	Faixa etária	0-9 anos	10-19 anos	20-59 anos	60 e mais	Total
Violência física		1.893	4.481	10.809	1.314	18.497
Violência Psicológica/Moral		1.791	2.512	4.890	705	9.898
Tentativas de Suicídio		0	1.006	3.677	396	5.079
Negligência/Abandono		2.935	793	397	639	4.764
Violência Sexual		1.868	1.960	545	36	4.409

Fonte: Rio Grande do Sul (2013c, p. 80).

Percebe-se que as tentativas de suicídio ocuparam o terceiro lugar entre as violências de 2010 a 2012, sendo significativo o número desse agravo entre jovens de 10 a 19 anos de idade e entre os adultos de 20 a 59 anos de idade, diminuindo o número entre os habitantes com 60 anos ou mais de idade. O Plano Estadual de Saúde frisa que as tentativas de suicídio por envenenamento têm aumentado consideravelmente, especialmente entre mulheres, sendo que de “2005 a 2009 foram registradas 13.403 tentativas de suicídio por auto-envenenamento em mulheres residentes no Estado”, com o coeficiente de 46,15 tentativas a cada 100.000 mulheres (RIO GRANDE DO SUL, 2013c, p. 96).

O Plano Estadual de Saúde informa que em 2012 foram desenvolvidas ações de prevenção de violência “nos 50 municípios com maior índice de mortalidade por causas externas (homicídios, suicídios e acidentes de trânsito)”, que passaram a denominar-se “Territórios de Paz” (RIO GRANDE DO SUL, 2013c, p. 140 da SES, o RS apresenta o número). Para o ano de 2012, o Núcleo de Informações em Saúde de mortes no estado por causas externas, conforme compilado a seguir:

Tabela 2 - Percentual sobre o total de óbitos e coeficientes de mortalidade por causas externas (CID - 10) no RS em 2012

Em anos	-1	1/9	10/14	15/19	20/29	30/39	40/49	50/59	60/69	70/79	80 e +	I	Total	%	C
Causas															
Acidente de Transporte	2	41	31	169	459	351	323	303	189	147	56	7	2.078	2,6	19,3
Quedas	1	3	3	4	13	27	53	60	53	104	252	0	573	0,7	5,3
Submersões acidentais	0	15	40	40	45	27	35	31	12	3	3	2	253	0,3	2,3
Exposição a fumaça/fogo/chama	0	5	3	1	10	4	12	13	15	8	5	0	76	0,1	0,7
Intoxicação por substância nociva	1	1	0	2	7	5	1	4	1	0	2	0	24	0,0	0,2
Lesões autoprovocadas	0	0	6	40	172	183	223	224	176	101	49	0	1.174	1,5	10,9
Agressões	4	8	28	294	841	578	320	161	66	22	13	19	2.354	3,0	21,9
Fatos de intenção indeterminada	3	5	4	21	59	58	51	45	44	48	78	13	429	0,5	4,0
Intervenções legais/de guerra	0	0	0	2	9	7	0	0	0	0	0	0	18	0,0	0,2
Demais causas externas	43	23	17	23	45	55	69	68	54	39	44	0	480	0,6	4,5
Total	54	101	132	596	1.660	1.295	1.087	909	610	472	502	41	7.459	9,4	69,3

I - Ignorado C - Coeficiente

Fonte: Núcleo de Informações em Saúde - NIS/DAT/CEVS/SES-RS. Relatório Oficial 2012 (RIO GRANDE DO SUL, 2013d).

A tabela 2 permite constatar que o número de mortes por causas externas, embora preocupante, não foi representativo até os 14 anos de idade, passando, a partir dos 15 anos, a apresentar números mais expressivos nestes óbitos no RS, em 2012. A maioria das mortes foi por agressão (2.354), seguidas das decorrentes de acidente de trânsito (2.078), permanecendo as mortes por lesões autoprovocadas com o terceiro lugar, com 1.174 casos no estado em 2012, concentrados em vítimas entre 40 e 59 anos de idade, atingindo o coeficiente de 10,9 mortes a cada 100.000 habitantes.

Atualmente, no estado do RS, a esperança de vida, ao nascer, é de 75,9 anos (72,6 anos para homens e 79,2 anos para mulheres) e, aos 60 anos, é de 21,6 anos (19,7 anos para homens e 23,2 anos para mulheres), a taxa de mortalidade de menores de um ano é de 9,9/1.000 habitantes, e é de 11,8/1.000 habitantes, entre os menores de cinco 5 anos de idade (IBGE, 2014b).

O RS não contempla o combate ao suicídio entre seus projetos prioritários, embora em 2013, o CEVS e a SES tenham realizado, em Porto Alegre, o 6º Seminário Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, para servidores da saúde dos municípios que trabalham o suicídio. A SES reconhece que “possui uma cobertura baixa da ESF (33%) em

relação ao Brasil (50%), conforme levantamento em março de 2011”, prevendo que a estratégia abranja 70% dos municípios até o final de 2014, ocasião em que o estado pretende, pelo Projeto Hospitais Públicos Regionais, disseminar a assistência à saúde de média e alta complexidade, implantando os Hospitais Regionais de Santa Maria, de Palmeira das Missões e do Vale do Gravataí e ainda o Hospital São Vicente de Paulo em Osório (RIO GRANDE DO SUL, 2014i).

A saúde mental no RS é tratada a partir de um Projeto Terapêutico Individual, atendendo portadores de doenças mentais e dependentes de álcool e drogas (RIO GRANDE DO SUL, 2014i). Em 2013, o RS contava com 175 CAPS, 1.295 leitos em 100 hospitais, 28 CTR's com 520 vagas, 109 Núcleos de Apoio a Atenção Básica (NAAB) em municípios com menos de 16.000 habitantes, 37 Equipes de RD, 215 Oficinas Terapêuticas na Atenção Básica e 6 Consultórios de Rua. Também fazem parte da Atenção Básica do RS, o Programa DST/AIDS e a Escola de Saúde Pública. A política pública em saúde mental dá continuidade à Reforma Psiquiátrica, fundada no resultado da 4ª CNSM (RIO GRANDE DO SUL, 2014i).

Sobre o COAP, em reunião junto à 13ª CRS em Santa Cruz do Sul, RS, a 12 de setembro de 2013, a SES, através do Grupo de Trabalho, Planejamento, Monitoramento e Avaliação (GTPMA), relatou que o COAP encontra-se em fase de implantação, já com as metas estaduais e regionais formuladas, devendo as SMS considerar o fortalecimento das Regiões de Saúde, já que este é parte das estratégias de indução do planejamento regional e devem manter a sintonia com o PES 2012-2015 (RIO GRANDE DO SUL, 2013c). No estado, o COAP será realizado por município e por Região de Saúde, com a meta definida no âmbito da CIR e, posteriormente, discutida nos Conselhos de Saúde. A fase dois do Plano de Implantação consiste na remessa das diretrizes e metodologia ao Conselho Estadual de Saúde e à CIB para discussão, pactuação e aprovação.

A Lei n. 10.216 de 6 de abril de 2001 regulou a proteção e os direitos de portadores de transtorno mental, trazendo nova direção ao modelo de assistência em saúde mental no Brasil, abrangendo o direito da pessoa de ser tratada preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental e não mais internadas em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2001a).

Parte substancial desta tese é composta pelo resultado do trabalho de campo, onde a pesquisadora teve oportunidade não apenas de entrevistar, mas de interagir com gestores e funcionários estaduais e municipais da saúde pública, e também com responsáveis pela condução das questões de transtorno mental nos hospitais de referência da região. Com base nessa experiência, é possível afirmar que o RS promoveu e vem mantendo as diretrizes da reforma antimanicomial, tendo já diminuído, em grande número, os leitos hospitalares em

saúde mental e fomentado a criação de instituições ou unidades de assistência desassemelhadas ao anterior regime de internação hospitalar.

As internações hospitalares por transtorno mental ainda ocorrem no estado, pois a depender das condições de saúde do paciente e sempre a critério médico, nem sempre é possível que o paciente deixe de prescindir deste regime de internação; todavia os esforços dos gestores em saúde e também dos profissionais desse meio são no sentido da reinserção do paciente em sua comunidade, sob supervisão da autoridade sanitária municipal e estadual que o abriga.

3.4 A Política de Saúde Pública e Mental nos Municípios de Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul (RS)

Os municípios devem aplicar anualmente às ações e serviços públicos de saúde, o mínimo constitucional de 15% (quinze por cento) sobre arrecadações tributárias próprias e repassadas pelo estado e pela União.

O Brasil é uma República Federativa organizada político-administrativamente em União, estados, Distrito Federal e municípios (artigo 18, CF/1988), com uma série de outras normatizações sobre desenvolvimento urbano, regiões metropolitanas, aglomerações urbanas, macro e microrregiões e outras conformações que auxiliem a execução das funções públicas de interesse da sociedade (artigo 25, § 3º, CF/1988) (BRASIL, 1988). Até a década de 1970, as políticas públicas se concentravam nos arranjos dos grandes centros e, a partir daí, surgiram novos arranjos territoriais como as RAS, as Regiões de Saúde e seus consórcios municipais, fazendo com que a gestão de municípios pequenos e médios seja tão desafiadora quanto a de cidades maiores, por causa da integração do espaço em redes territoriais (ARRAIS, 2008).

A perspectiva territorial adotada pelas políticas públicas em saúde no Brasil atribuiu aos municípios a maior responsabilidade pela condução da saúde pública da população, surgindo a dinâmica do consórcio intermunicipal na composição de uma Região de Saúde para atingir esta finalidade.

A política urbana do Estatuto da Cidade (Lei n. 10.257/2001) também atribui ao município o compromisso pela funcionalidade do território, onde 'região' assume uma perspectiva de estado, porque se destina a amparar o desenvolvimento de qualquer espaço e 'microrregião', tem sentido de agrupamento entre municípios, divididos administrativamente para variados fins, em espaço não necessariamente metropolitano, mas em núcleos urbanos

menores (HARVEY, 1996, p. 140); ou pode, ainda, ser compreendida como aglomeração urbana, manchas de ocupação com intenso fluxo intermunicipal e complementar, onde cada cidade tem algo a oferecer às demais (GEDDS, 1994). Esta dinâmica explica porque, eventualmente, uma cidade de porte médio tem mais capilaridade que outras maiores, bem como se adequa perfeitamente à política pública em saúde que, a partir da criação do SUS e especialmente com a PNSP de 2006, dividiu o território em Regiões de Saúde para atender o maior número possível de usuários do sistema.

O início do século XXI apresenta cinco transformações complexas da rede urbana, sendo elas: a industrialização do campo modernizou o território e a sociedade; estas transformações geram complexidades como reavaliações ecológico-regionais e novas elites industriais e comerciais em combinações singulares e especializadas; a articulação entre centros e regiões configura uma cartografia especial; ocorre maior complexidade dos padrões de espaço, em circuitos multifacetários construídos a partir da inter-relação da sociedade com o território, na configuração de núcleos e regiões com espaços menores e subocupados que alteram as relações entre cidade e campo (CORRÊA, 2006).

Nessa conformação, o território ultrapassa a divisão político-administrativa brasileira clássica entre urbano e rural (SPOSITO, 2006). O espaço urbano sofre influências culturais, políticas e sociais, enquanto o espaço rural, por sua vez, sofre influência da cidade, no modo de trabalho, tecnologia, preocupações ambientais e ecológicas, administrativas e orçamentárias (ENDLICH, 2006), sendo que a dimensão municipal torna-se parte estratégica destas reformulações, estruturada em um código funcional centrado nas instituições públicas, privadas e comunitárias, sobre as quais se projetam a estrutura social e as manifestações da vida (LEFEBVRE, 1990).

Nesta perspectiva, será abordado, na sequência, o perfil dos municípios de Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul, inicialmente compilado do Atlas de Desenvolvimento Humano de 2013 (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2013a). Para efeitos comparativos entre as taxas nacional, estadual e municipais, apresentam-se, na Tabela 3, alguns dos elementos constitutivos do desenvolvimento territorial, para o ano de 2010, no Brasil, RS e nos municípios pesquisados.

Tabela 3 - Comparativo entre elementos componentes do desenvolvimento regional, 2010

Elementos Território	Esperança de vida ao nascer	Taxa de mortalidade infantil	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM - 2010)			
			2010	Educação	Renda	Longevidade
Brasil	73,9 anos	16,7/1000	0,637	0,739	0,816	0,727
Rio Grande do Sul	75,4 anos	12,4/1000	0,642	0,769	0,840	0,746
Mato Leitão	76,16 anos	11,2/1000	0,676	0,721	0,853	0,746
Pantano Grande	73,93 anos	14,2/1000	0,524	0,676	0,816	0,661
Passo do Sobrado	76 anos	11,4/1000	0,551	0,726	0,851	0,698
Santa Cruz do Sul	76,10 anos	11,8/1000	0,693	0,782	0,852	0,773

Fontes: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013 (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2013a); Perfil municipal, com base no Censo Demográfico do IBGE de 2010 (IBGE, 2010a).

A esperança de vida, ao nascer, em 2010, no RS e nos municípios pesquisados, supera a média brasileira; e a taxa de mortalidade infantil é menor do que a média nacional. Assim, pode-se afirmar que, nos quesitos de longevidade e de menor taxa de mortalidade infantil, o RS e os municípios de Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul superaram os índices nacionais.

Antes de tratar-se especificamente das questões em saúde, no âmbito de cada município, é necessário fazer referência ao Consórcio Intermunicipal de Serviços do Vale do Rio Pardo (CISVALE), do qual fazem parte os Municípios de Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul, com sede em Santa Cruz do Sul. Este Consórcio foi constituído oficialmente em setembro de 2005, quando os municípios, à época vinculados à Associação dos Municípios do Vale do Rio Pardo (AMVARP), decidiram pela viabilização de algumas políticas públicas em saúde, porque, em 2005, o SUS não disponibilizava à região consultas médicas especializadas nem exames complementares de média e alta complexidade. Foi estruturado, então, o CISVALE como consórcio público em nível regional, até porque o governo federal optara pelo repasse de recursos diretamente a este consórcio, ao invés de repassá-los individualmente aos municípios. Atualmente, a autorização para a execução desses serviços parte da SMS, que referencia o paciente ao CISVALE, onde é atendido através da Central Regional de Especialidades Médicas (CREM), que oferece consultas eletivas, com agendamento prévio, em 31 especialidades médicas (CISVALE, 2014).

3.4.1 A Política de Saúde Pública e Mental no Município de Mato Leitão

Conforme o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2013a), Mato Leitão ocupava a 628ª posição em 2010, em relação aos 5.565 municípios do Brasil, sendo que 627 (11,27%) municípios brasileiros estavam em situação melhor e 4.937 (88,73%) estavam em situação igual ou pior do que Mato Leitão.

Entre os 497 municípios do RS, Mato Leitão ocupava a 122ª posição, sendo que 121 (24,40%) municípios estavam em melhores condições e 375 (75,60%) estavam em situação pior ou igual.

Entre 2000 e 2010, o Município de Mato Leitão cresceu à média anual de 1,87% e houve uma redução na taxa de mortalidade infantil em 44%, passando de 20,3/1.000 para 11,2/1.000. Em 2010, a expectativa de vida, ao nascer, em Mato Leitão era de 76,2 anos.

O IDHM, em 2000, foi de 0,623 e, em 2010, foi de 0,746, situando o município, em 2010, na faixa de Desenvolvimento Humano Alto.

O Município de Mato Leitão pertence ao território da 13ª CRS e conta com Conselho Municipal de Saúde atuante (RIO GRANDE DO SUL, 2013b). A pesquisadora, quando das entrevistas para esta tese, no segundo semestre de 2013, colheu depoimentos de gestores e profissionais que trabalham com saúde pública no município de Mato Leitão, recebendo deles a informação de que naquela oportunidade o município contava com um NAAB, uma Oficina Terapêutica vinculada ao Programa Municipal de Saúde Mental, duas UBS, uma urbana (com uma equipe de ESF e seis Agentes Comunitários) e outra rural (também com uma equipe de ESF e quatro Agentes Comunitários). Na oportunidade, o município contava com três Médicos Clínicos Gerais, Ginecologista, Pediatra, Dentista e Psicólogo.

O Município de Mato Leitão atende seus habitantes em questões básicas de saúde e depende, em alto grau, da Rede de Atenção à Saúde, sendo que sua referência direta é o Hospital São Sebastião Mártir de Venâncio Aires (inclusive no atendimento de traumatologia com baixa complexidade). Em Saúde Mental, a referência são três hospitais: o de Venâncio Aires, o de Candelária e o Hospital dos Passos em Rio Pardo, contando também com o CAPS II e CAPS AD de Venâncio Aires e o CAPS Infantil de Rio Pardo. As questões de média e alta complexidade seguem para atendimento no Hospital Santa Cruz (sediado em Santa Cruz do Sul) ou na rede hospitalar de Porto Alegre. A prestação em saúde mental e os procedimentos de média e alta complexidade são oferecidos pela Rede de Atenção à Saúde, sendo que o Município conta também com os serviços do CISVALE, que proporciona atendimento inclusive por médico psiquiatra.

3.4.2 A Política de Saúde Pública e Mental no Município de Pantano Grande

Conforme o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2013a), Pantano Grande ocupava a 2.870ª posição, em 2010, em relação aos 5.565 municípios do Brasil, sendo que 2.869 (51,55%) municípios brasileiros estavam em

situação melhor e 2.695 (48,45%) estavam em situação igual ou pior do que a situação de Pantano Grande. Entre os 497 municípios do RS, Pantano Grande ocupava a 433ª posição, sendo que 432 (87,10%) municípios estavam em situação melhor e 64 (12,90%) estavam em situação pior ou igual.

Entre 2000 e 2010, o Município de Pantano Grande teve uma média anual de crescimento negativa, em -1,03, embora a mortalidade infantil tenha sido reduzida em 42%, passando de 24,5/1.000 para 14,2/1.000. Em 2010, a expectativa de vida, ao nascer, em Pantano Grande, era de 73,9 anos.

O IDHM, em 2000, foi de 0,589 e, em 2010, foi de 0,661, situando o município, em 2010, na faixa de Desenvolvimento Humano Médio.

Até o final do ano de 2012, no Município de Pantano Grande, o atendimento de plantão médico foi realizado por uma empresa prestadora de serviços, que, forçada pelos custos operacionais e de mão de obra, não renovou o contrato com o município. Baseado neste fato e considerando a falta de médicos, a inexistência de hospital e de estrutura para atendimento de plantão médico, bem como a impossibilidade de que o município assumisse de imediato tais atribuições e o direito da população ao atendimento médico especialmente de urgência e emergência, o prefeito de Pantano Grande, a 2 de janeiro de 2013, decretou “situação de emergência na área da saúde pública municipal” (artigo 2º, Decreto n. 362/2013) (PANTANO GRANDE, 2013). Em janeiro de 2014, o Decreto n. 412 homologou o Plano Municipal de Saúde da gestão 2014-2017 do Município de Pantano Grande, revogando disposições em contrário, o que permite concluir que a situação emergencial na área de saúde pública municipal fora ultrapassada (PANTANO GRANDE, 2014a).

O Município de Pantano Grande pertence ao território da 13ª CRS e conta com Conselho Municipal de Saúde atuante (RIO GRANDE DO SUL, 2013b). No segundo semestre de 2013, a pesquisadora obteve informações de que o Município atende seus habitantes nas questões de saúde básica, sendo que internações hospitalares (também em saúde mental) e questões de média e alta complexidade em saúde são direcionadas à Rede de Atenção à Saúde na região.

Na questão da Saúde Mental, o município optou por priorizar a prevenção, sendo que, em 2013, equipou suas três Oficinas Terapêuticas, reservando salas para atendimentos individuais e em grupo, embora não haja equipe especialmente dirigida e este setor, que é atendido pelos profissionais em saúde da Atenção Básica e da Assistência Social. O Município contava também com seis grupos de auxílio, trabalhando na prevenção ao uso de

álcool e outras drogas, no acolhimento do dependente químico e sua família, na convivência com pacientes com transtorno psiquiátrico e na redução de estresse e ansiedade.

Em 2013, o Município contava com cinco UBS, duas urbanas e três na zona rural, um ESF (que cobre aproximadamente 30% da população do Município), contando com psicóloga e cinco Agentes Comunitários de Saúde, havendo também a Farmácia Básica, além de contar com os serviços do CISVALE.

O município usa a Rede de Atenção à Saúde da região para atendimento à saúde nas áreas psiquiátrica, neurológica e de especialidades. A referência hospitalar geral é de Encruzilhada do Sul, que pertence à 8ª CRS, porque é o hospital mais próximo, do qual o município se vale há aproximadamente oito anos.

Em saúde mental, a referência é o CAPS Infantil de Rio Pardo, e para internação psiquiátrica é o hospital de Rio Grande, cidade que é mais distante do que são as cidades de Rio Pardo e de Candelária. A distância até Rio Grande dificulta as visitas dos familiares aos pacientes, pelo custo da viagem, já que viagens com veículo da prefeitura não são constantes. Estas condições afastam o paciente dos familiares, portanto estes preferem que as internações psiquiátricas, quando necessárias, ocorram nos hospitais de Rio Pardo e de Candelária.

Percebe-se que os gestores municipais em saúde de Pantano Grande efetuam intervenções importantes nas questões de saúde pública, inclusive ouvindo a população, a exemplo da decretação de situação de emergência do município em saúde pública e das internações em leito psiquiátrico em hospitais mais próximos do município, a pedido da população.

3.4.3 A Política de Saúde Pública e Mental no Município de Passo do Sobrado

Conforme o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2013a), Passo do Sobrado ocupava a 1.969ª posição em 2010, em relação aos 5.565 municípios do Brasil, sendo que 1.968 (35,36%) municípios brasileiros estavam em situação melhor e 3.596 (64,64%) municípios estavam em situação igual ou pior do que este. Entre os 497 municípios do RS, Passo do Sobrado ocupava a 321ª posição, sendo que 320 (64,52%) municípios estavam em situação melhor e 176 (35,48%) estavam em situação pior ou igual.

Entre 2000 e 2010, o Município de Passo do Sobrado cresceu à média anual de 1,23% e houve uma redução na taxa de mortalidade infantil em 44%, passando de 19,0/1.000 para 11,4/1.000. Em 2010, a expectativa de vida, ao nascer, em Passo do Sobrado era de 76 anos.

O IDHM, em 2000, foi de 0,601 e, em 2010, foi de 0,698, situando o município, em 2010, na faixa de Desenvolvimento Humano Médio.

O Município de Passo do Sobrado pertence ao território da 13ª CRS, contando com Conselho Municipal da Saúde atuante (RIO GRANDE DO SUL, 2013b). Nos depoimentos colhidos em entrevistas para esta tese, no segundo semestre de 2013, a pesquisadora foi informada de que o município contava com um NAAB, sendo que a Atenção Básica contava com um Posto de Pronto Atendimento, duas psicólogas (uma do NAAB e outra da Secretaria de Saúde), também Nutricionista, Assistente Social e uma ‘oficineira’ direcionada a gestantes e recém-nascidos. O município contava também com um NASF em implantação e duas ESF’s, cada uma com equipe profissional composta por Médico, Enfermeira, Cirurgião Dentista, Auxiliar de Consultório Dentário e sete Agentes de Saúde, propiciando a cobertura de 100% da população; e, embora não possuísse estrutura física ao atendimento em saúde mental, a prestação desses serviços ocorria nas ESF’s, sendo que o município contava com um grupo de trabalho em saúde mental (Grupo Vivências), para acolhimento de dependentes de álcool e outras drogas.

A referência em saúde mental de Passo do Sobrado é inicialmente o CAPS de Venâncio Aires, para adultos e para dependentes de álcool e outras drogas. O atendimento infantil é efetuado pelo CAPSi de Rio Pardo. No caso de internações em leitos psiquiátricos ou para dependentes químicos, a referência é o Hospital São Sebastião Mártir, em Venâncio Aires, e o hospital de Candelária; e, depois desses, busca-se atendimento no hospital de Rio Pardo. O município conta com sistema de consórcio em saúde CISVALE.

Essa realidade, constatada através da coleta de dados demonstra que o município se utiliza da RAS para o atendimento em saúde, além da prestação básica, e que sua estrutura em saúde precisa ser incrementada, especialmente no que se refere à prestação inicial de serviços em saúde mental.

3.4.4 A Política de Saúde Pública e Mental no Município de Santa Cruz do Sul

Santa Cruz do Sul é o Município de maior porte entre os pesquisados neste trabalho e, conforme o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2013a), ocupava a 197ª posição em 2010, em relação aos 5.565 municípios do Brasil, sendo que 196 (3,52%) municípios brasileiros estavam em situação melhor e 5.368 (96,48%) estavam em situação igual ou pior do que a situação de Santa Cruz do Sul. Entre os

497 municípios do estado, Santa Cruz do Sul ocupava a 26ª posição, sendo que 25 (5,04%) municípios estavam em situação melhor e 471 (94,96%) estavam em situação pior ou igual.

Entre 2000 e 2010, o Município de Santa Cruz do Sul cresceu à média anual de 0,96% e houve uma redução na taxa de mortalidade infantil em 22%, passando de 15,1/1.000 para 11,8/1.000. Em 2010, a expectativa de vida, ao nascer, em Santa Cruz do Sul era de 76,1 anos.

O IDHA, em 2000, foi de 0,682 e, em 2010, foi de 0,773, situando o município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto.

O Município de Santa Cruz do Sul sedia a 13ª CRS, conta com Conselho Municipal de Saúde atuante e é referência municipal, micro e macrorregional em algumas especialidades em saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2013b). No decorrer das entrevistas para esta tese, no segundo semestre de 2013, a pesquisadora obteve informações sobre a rede hospitalar e a expressiva infraestrutura em saúde do município, que contava com três hospitais: Santa Cruz, Ana Neri e Monte Alverne. O Hospital Santa Cruz, com 191 leitos (e previsão de aumento para 235 leitos), sendo referência regional em urgência e nas áreas de alta complexidade em Traumatologia-Ortopedia e Cardiovascular e também referência macrorregional, atendendo a população da região das 13ª e 8ª CRS, sendo que 73% de seu atendimento é voltado ao sistema público de saúde. O Hospital Ana Neri é referência macrorregional em Oncologia, prestando serviços de tratamento clínico e cirurgias de média complexidade. O Hospital Monte Alverne é um hospital clínico do interior do Município de Santa Cruz do Sul.

Em 2013, o município contava com 12 UBS, 11 ESF's, um NASF, duas Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e 60 Agentes Comunitários de Saúde, dois Redutores de Danos, três Oficinas Terapêuticas, três Postos de Atendimento, o 'hospitalzinho' na Zona Sul do Município, o Centro Materno Infantil (CEMAI), que é o plantão pediátrico municipal 24 horas e um Pronto Atendimento, junto ao Hospital Santa Cruz.

No município, encontravam-se instalados, em 2013, três CAPS: CAPSi para crianças e adolescentes, CAPS II para adultos e o CAPS AD III, para desintoxicação em álcool e drogas, com atendimento 24 horas (RIO GRANDE DO SUL, 2014b); contando, ainda, no atendimento à saúde mental, com quatro leitos no Hospital Santa Cruz, para dependentes químicos, embora a referência hospitalar para casos de transtorno mental fossem os hospitais de Candelária e de Rio Pardo. O hospital de Venâncio Aires é a referência de Santa Cruz do Sul para os casos específicos de desintoxicação. O município contava também com a Comunidade Terapêutica Recomeçar, onde o paciente recebe tratamento por até três meses, após a desintoxicação.

Nos municípios pesquisados, as políticas públicas de saúde concentram-se atualmente na implementação do COAP, sendo que os Planos Municipais de Saúde estão sendo elaborados.

Apresenta-se abaixo um comparativo entre os Municípios de Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul, abrangendo alguns de seus elementos de constituição.

Quadro 3 - Compilação da constituição municipal de Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul em 2010

Municípios	MATO LEITÃO	PANTANO GRANDE	PASSO DO SOBRADO	SANTA CRUZ DO SUL
Características				
Mesorregião	Centro Oriental	Centro Oriental	Centro Oriental	Centro Oriental
Microrregião	Santa Cruz do Sul	Cachoeira do Sul	Cachoeira do Sul	Santa Cruz do Sul
Ano de instalação	1993	1989	1993	1877
Área	46,14 Km ²	847,77 Km ²	266,45 Km ²	733,88 Km ²
Densidade demográfica	83,85 hab./Km ²	11,67 hab./Km ²	22,56 hab./Km ²	161,18 hab./Km ²
Expectativa de vida ao nascer	76,16 anos	73,93 anos	76 anos	76,10 anos
Taxa de natalidade	9,06%	9,90%	10,31 %	12,22%
Nascidos vivos	35	98	62	1.447
Taxa de mortalidade	4,92%	7,98%	7,82%	7,32%
Total de Óbitos	19	79	47	866
Óbitos por causa definida	17	77	42	865
% de óbitos por causa definida	89,5%	97,5%	89,4%	99,9%
População total	3.865 hab.	9.895 hab.	6.011 hab.	118.374 hab.
Urbana	1.621 hab. (41,94%)	8.314 hab. (84,02%)	1.429 hab. (23,77%)	105.190 hab. (88,86%)
Rural	2.244 hab. (58,06%)	1.581 hab. (15,98%)	4.582 hab. (76,23%)	13.184 hab. (11,14%)
Menores de 15 anos	734 (18,99%)	2.334 (23,59%)	1.093 (18,18%)	22.577 (19,07%)
De 15 a 64 anos	2.715 (70,25%)	6.586 (66,56%)	4.257 (70,82%)	85.180 (71,96%)
65 anos ou mais	416 (10,76%)	975 (9,85%)	661 (11%)	10.617 (8,97%)
Vulneráveis à pobreza	12,18%	34,75%	20,62	11,76%
Razão de Dependência	42,36 (1,10%)	50,24 (0,51%)	41,20 (0,69%)	38,97 (0,03%)
Taxa de Envelhecimento	10,76%	9,85%	11%	8,97%
Taxa de Mortalidade Infantil	11,2/1000	14,2/1000	11,4/1000	11,8/1000
Faixa do IDHM	Alto	Médio	Médio	Alto
IDHM Educação	0,676	0,524	0,551	0,693
IDHM Renda	0,721	0,676	0,726	0,782
IDHM Longevidade	0,853	0,816	0,851	0,852
IDHM total 2010	0,746	0,661	0,698	0,773

Fontes: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2013a); MS/SVS/DATASUS: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e sobre Mortalidade (SIM) (BRASIL, 2012d); Núcleo de Informações em Saúde (NIS/SES-RS) (RIO GRANDE DO SUL, 2014i); Perfil municipal, com base no Censo Demográfico do IBGE de 2010 (IBGE, 2010a).

Os municípios pesquisados localizam-se na Mesorregião Centro Oriental do RS. Apenas o Município de Santa Cruz do Sul foi instalado ainda no século XIX (em 1877), os demais foram instalados no século XX, em 1989 (Pantano Grande) e em 1993 (Mato Leitão e Passo

do Sobrado). Nos municípios pesquisados, em 2010, a expectativa de vida ao nascer girou em torno dos 75 anos de idade, com taxa de natalidade em torno de 10%. A taxa de mortalidade em Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul girou em torno de 7,5%, sendo que, em Mato Leitão, esta taxa foi menor (4,9%). O controle dos óbitos por causa definida mostrou-se eficiente, já que em Mato Leitão e Passo do Sobrado, aproximadamente 90% dos óbitos tiveram causa definida, e em Pantano Grande e Santa Cruz do Sul, a causa foi definida praticamente em 100% dos óbitos. Um índice razoável de esclarecimento da *causa mortis* conduz à maior segurança na observação e análise dos dados desse aspecto. Em Mato Leitão e em Passo do Sobrado (os municípios menos populosos), a maioria dos habitantes vive na zona rural e em Pantano Grande e Santa Cruz do Sul (os municípios mais populosos), a maioria vive na cidade. Em todos os municípios, a faixa etária majoritária dos habitantes vai dos 15 aos 64 anos de idade, havendo pouca vulnerabilidade à pobreza. O mais vulnerável à pobreza, em 2010, foi Pantano Grande, que é também o município com maior área territorial e com maior concentração populacional na zona urbana. Em 2010, o IDHM foi Alto em Mato Leitão e Santa Cruz do Sul e Médio em Pantano Grande e Passo do Sobrado.

Nesta etapa de desenvolvimento da tese, a conclusão fica por conta da ingerência dos movimentos organizados pela sociedade civil, nas questões de saúde pública, onde bons resultados são colhidos especialmente nos relatórios das Conferências de Saúde e na atuação fiscalizatória dos Conselhos Municipais de Saúde. A regência descentralizada e regionalizada do SUS também contribui para o aumento da qualidade de vida da população, medida pelo IDHM. Este índice vem aumentando nos municípios abrangidos pela 13ª CRS, embora o processo de regionalização da saúde pública no RS seja recente e, portanto, não se encontre estabilizado, especialmente no atendimento aos procedimentos de média e alta complexidade. Também se percebe que o processo de descentralização (no sentido de que os municípios assumam plenamente a gestão em saúde em seus territórios e face à região) ainda não se configurou definitivamente. E esta instabilidade pode ser atribuída à inevitável complexidade da implantação do COAP, em continuidade à PNPS de 2006, embora também possa ser atribuída à alternância do poder governamental, pois, no ano de 2012, foram eleitos os Prefeitos e Vereadores para a gestão municipal de 2013-2016 e, em 2014, ocorrem eleições para Governadores, Deputados, Senadores e Presidente da República, para a gestão 2015-2018. Esta situação implica, obrigatoriamente, na suspensão, senão no abandono dos planos de governo implementados, e na necessidade de um período relativo de tempo sem que se decida pelo impulso ou pela paralisação dos planos de estado, com o que, em ambas as

circunstâncias, a consequência é a inatividade nas políticas públicas, em detrimento da prestação de serviços em saúde à população.

A situação político-partidária se reflete no repasse de verbas federais à saúde municipal, que auxiliam ações e serviços como Saúde da Família, Construção e Ampliação de UBS, Farmácia Básica, SAMU, Urgências e Emergências, Sistema Prisional, Vigilância Sanitária e em Saúde. O Portal Transparência do Governo Federal aponta a remessa de recursos federais à saúde dos municípios. A tabela abaixo arrola o repasse desses recursos aos municípios pesquisados, abrangendo os valores totais à saúde e nesses o referente às ações e serviços em Vigilância em Saúde, nos anos de 2012, 2013 e 2014.

Tabela 4 - Recursos federais à área da saúde municipal, repassados em 2012, 2013 e 2014

Municípios		MATO LEI-TÃO	PANTANO GRANDE	PASSO DO SOBRADO	SANTA CRUZ DO SUL
Recursos federais	2012	401.900,28	516.216,43	627.397,50	45.971.474,34
	2013	435.582,38	441.999,40	1.366.070,45	46.307.861,04
	2014	458.033,89	485.655,16	1.039.639,18	44.944.190,01
Total à saúde	2012	49.681,57	40.852,99	18.667,55	364.159,24
	2013	20.273,70	44.297,29	20.782,45	384.230,15
	2014	11.909,44	25.799,22	12.375,13	235.012,83

Fonte: Portal Transparência do Governo Federal, 2014 (BRASIL, 2014a).

Os recursos referem-se à consolidação orçamentária dos valores transferidos pelo Governo Federal aos municípios, conforme classificação da despesa no Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI). Valores em reais. Os recursos em 2014 representam o valor acumulado no ano até 15 de novembro.

Todos os municípios pesquisados foram contemplados com verba federal à saúde de maneira geral, incluindo aqui valores destinados às ações e serviços de Vigilância em Saúde, nos anos de 2012, 2013 e 2014. No Município de Passo do Sobrado, a verba geral à saúde obteve aumento substancial, a partir de 2013; nos demais municípios, os patamares sofreram pouca alteração, nos últimos três anos. Em todos os municípios, o valor destinado aos serviços e ações de Vigilância em Saúde não foram substanciais.

Quanto à Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde, não consta no Portal Transparência do Governo Federal o repasse de recursos a Mato Leitão e Pantano Grande, nos últimos três anos; constando, no entanto, o repasse ao Município de Passo do Sobrado, em 2012 (R\$ 16.000,00) e em 2013 (R\$ 164.000,00); e ao Município de Santa Cruz do Sul, em 2012 (R\$ 90.000,00), 2013 (R\$ 208.410,00) e também em 2014 (R\$ 173.272,00). Quanto ao Programa de Aperfeiçoamento do SUS na Atenção Especializada em Saúde Mental, o Portal Transparência do Governo Federal não informa sobre repasse de verbas, entre 2012 e 2014, aos Municípios de Mato Leitão, Pantano Grande e Passo do Sobrado,

informando que Santa Cruz do Sul recebeu verbas à saúde mental, em 2012 (R\$ 145.000,00) e 2013 (R\$ 30.000,00).

Neste capítulo, foi exposta parte da história da saúde no Brasil, o que permitiu compreender a dinâmica da política pública em saúde sobre o território, até os dias atuais. Constatou-se que a falta ou insuficiência de verbas federais destinadas às ações municipais de Vigilância em Saúde, Saúde Básica e Saúde Mental, demonstra a dificuldade de prevenção e combate às tentativas e aos suicídios. No território municipal, os problemas de saúde pública e mental são inúmeros, fazendo com que os gestores municipais direcionem recursos às ações e serviços que, sob sua ótica, são prioritários no impacto sobre a população. O elevado índice de suicídio apresentado nos municípios pesquisados não é suficiente para que o governo, federal e estadual, direcione verbas suficientes para o enfrentamento do agravo. Ainda, o contexto do capítulo permite concluir que, embora o IDHM dos municípios pesquisados seja médio ou alto, esta circunstância não interfere nem influencia as questões locais de saúde pública, especialmente referentes ao elevado número de tentativas e de suicídios naqueles locais, circunstância esta que permanece contribuindo para que o RS ostente os maiores números do agravo no país.

4 O SUICÍDIO

Neste capítulo, a temática do suicídio será abordada especificamente, apresentando, no âmbito global, a compreensão da WHO sobre o fenômeno e, no âmbito nacional, as políticas públicas e estratégias de prevenção ao suicídio do governo federal. O assunto será também analisado sob a ótica do RS e dos Municípios de Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul.

O suicídio é um fenômeno social que, em muitos espaços, é cotidiano. A abordagem do assunto não é confortável, mas cabe também à academia a responsabilidade na abordagem da questão, expondo, discutindo e tentando compreender a complexidade desse fenômeno. Nesse intento, este trabalho se propõe a abordar o assunto.

4.1 O suicídio no mundo e a *World Health Organization*

Bacellar, Rocha e Flor (2012) falam da criação da Organização das Nações Unidas (ONU) no pós-guerra de 1948, e nela da WHO, que compreende saúde plena como bem estar completo (físico, mental e psicossocial).

A WHO (2014d) associa o suicídio aos transtornos mentais e o seu combate a partir do *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)*, programa dirigido especialmente aos países com renda média e baixa, sob o entendimento de que a assistência psicossocial e medicamentosa pode tratar os pacientes acometidos de distúrbios mentais, inclusive impedindo o suicídio. A WHO ainda age através do Programa de Prevenção ao Suicídio, o *Suicide Prevention (SUPRE)*, colocando os fatores de risco ao suicídio também entre as doenças físicas, estabelecendo estratégias preventivas ao agravo, veiculando informações, produzindo multimídias educacionais, programas e outras atividades nas diversas regiões do mundo. As publicações sobre suicídio dirigem-se a vários setores da sociedade civil, entre eles a médicos, profissionais da mídia, professores, trabalhadores em saúde, agentes penitenciários e sobreviventes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014g). Em 2010, foi lançado o Guia de Intervenção para profissionais em saúde não especializados, informando, por exemplo, sobre o benefício de estabelecer-se um diálogo entre o profissional e o tentador, fazendo nascer daí uma relação de confiança que, ao contrário de induzir à autoflagelação do paciente, reduz a ansiedade e auxilia sua compreensão para com o fenômeno, podendo inclusive evitar outros danos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Evitar as tentativas de suicídio nem sempre é possível, pois até influências sazonais foram constatadas entre os fatores de risco, conforme descrevem Lin *et al.* (2008) ao analisarem o suicídio em Taiwan, demonstrando que as variações ambientais (temperatura, umidade, pressão atmosférica, chuvas, incidência solar, entre outras) influenciam os suicídios violentos, que aumentam na primavera, de março a maio, com o aumento da temperatura. Algumas medidas de contenção resultaram eficazes, como tornar inacessível o meio de cometimento (dificultando ou impedindo o acesso a medicamentos, armas, pesticidas), tratar doenças mentais, monitorar tentadores e formar profissionais na saúde primária, com habilidades para detectar e prevenir o agravo. O suicídio, na maioria dos casos, não ocorre sem aviso, a vítima demonstra a intenção de matar-se, inclusive automutilando-se, e este comportamento deve servir de alerta. A ambivalência é outra característica presente em tentadores, a vítima não deseja necessariamente matar-se, servindo a tentativa para chamar a atenção para si e para os problemas que enfrenta. A monitoração sobre os tentadores deve ser redobrada, porque nas ocasiões em que estes se sentem melhores e recobram a energia, eles tendem a transformar pensamentos em ação destrutiva, embora essa tendência não perdue, necessariamente, por toda a vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014h).

Valladolid (2011) refere-se à tríade comum entre suicidas: a ambivalência (o suicida luta entre os sentimentos de viver ou morrer e se o médico aumenta seu desejo de viver, o risco de suicídio diminui), a impulsividade (o ato suicida é cometido por impulso, que, por sua própria natureza, é transitório e, se a ajuda é fornecida em tempo, a crise suicida pode passar) e a rigidez (os suicidas são rígidos nos seus pensamentos, humor e ações).

A cada ano, mais de 800.000 pessoas se suicidam no mundo, na média de um suicídio a cada 40 segundos. O agravo, a depender do país, pode ser a segunda (entre 10 e 24 anos) ou a terceira (entre 15 e 44 anos) causa de morte, sendo que as tentativas são entre 10 e 20 vezes mais frequentes que os óbitos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014e). O Relatório Mundial da WHO sobre suicídio, de 2014, aponta que, no âmbito global, o agravo é a segunda principal causa de morte entre os mais jovens, na faixa etária de 15 a 29 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014f).

Para Valladolid (2011), o número dos suicídios não difere muito entre países desenvolvidos ou em desenvolvimento, o que faz do suicídio um problema mundial, devendo a prevenção envolver sociedade e governo, tendendo ao bem estar e envolvendo princípios, valores, sentimentos, atitudes e hábitos, como fatores de proteção, formas de reforço da autoestima e suporte para o sofrimento. Pela sua etiologia multifatorial, a prevenção deve partir do setor público, envolvendo profissionais da saúde, famílias, escolas e outros

segmentos sociais. O autor ratifica que a maioria dos tentadores portam doenças mentais, morbidade que potencializa de 3 a 12 vezes o risco de suicídio, especialmente em depressão (20 vezes), distímia (12 vezes), transtorno bipolar (15 vezes) e esquizofrenia (8,5 vezes).

Compreendendo o suicídio como um fenômeno complexo, a WHO (2014e) esclarece que a impulsividade é o maior contributo ao suicídio, nos países asiáticos; e os transtornos mentais são fatores de risco, na Europa e na América do Norte.

Sob a ótica da intenção do agente, o suicídio, aparentemente, é uma ação positiva e violenta, embora uma omissão ou abstenção possa conduzir ao mesmo resultado; ou seja, a pessoa pode enforçar-se ou morrer de fome. O suicídio ocorre tanto entre insanos quanto entre saudáveis. O suicídio sem insanidade se exemplifica com o mártir que morre pela fé e com mãe que se interpõe entre o projétil e seu filho. A morte, nestas circunstâncias, é desejada pelo agente? Respondendo afirmativamente, o suicídio é entendido como “todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado” (DURKHEIM, 2000, p. 14).

Na perspectiva social, Durkheim (2000) dimensiona uma propensão coletiva maior ou menor ao suicídio, embora o meio exerça razoável influência, a exemplo dos suicídios em massa entre pessoas concentradas num determinado hospital ou prisão. Esta propensão social ao cometimento da morte voluntária faz com que as causas extrassociais pouco influenciem o agravo, embora qualquer investigação deva ocorrer em período suficientemente longo, característica basilar para a obtenção de resultados consistentes. Consequentemente, a descrição pormenorizada de suicídios individuais, ou uma triagem entre semelhanças e diferenças, não surte resultados satisfatórios, pela impossibilidade de caracterizar-se, individualmente e com segurança, fatores como o estado psíquico da vítima, os atos pré-executórios, a passividade ou a agitação, a ansiedade ou a depressão do agente. O que é factível é a classificação dos antecedentes que culminaram no ato de matar-se, na perspectiva de que a natureza de cada ato suicida não prescinde de condições específicas à sua existência, o que equivale dizer que um determinado antecedente gera uma determinada consequência (DURKHEIM, 2000).

Quanto aos transtornos mentais e o suicídio, a hipótese vem sendo investigada em vários países. Villalobos (2009) demonstrou que entre estudantes de segundo grau e universitários de San Juan de Pasto, na Colômbia, onde o número de suicídios é preocupante, a ideação suicida inicia na adolescência e persiste na juventude, aliada à depressão e desesperança como fatores de risco. A constatação resultou da aplicação da versão espanhola de um método de detecção de ideação suicida, através da análise de fatores negativos

(pensamentos suicidas) e fatores positivos (pensamentos protetivos contra o suicídio) naqueles estudantes, culminando com a possibilidade de detectar a presença (ou não) de comportamento suicida.

Gravseth *et al.* (2010) estudaram 1.406 casos de suicídio entre noruegueses nascidos entre 1967 e 1976 e também nascidos em 2004, constatando a relação de quatro suicídios masculinos a cada um feminino, e também a forte relação entre suicídio e doença mental, cujos fatores desencadeantes surgem nos lares das vítimas na primeira infância, comumente pela instabilidade conjugal dos pais.

Também na Colômbia, em Bogotá Rabago *et al.* (2010) relacionaram tentativas de suicídio com a violência do ato, distinguindo-os como de alta e de baixa letalidade, embora, em ambos os casos, os autores constataram a presença de distímia, depressão, ansiedade, enfermidade crônica, antecedentes familiares em alcoolismo, transtornos afetivos e *overdose* de drogas (causa da maioria das mortes). Especialmente nos casos de alta letalidade, os autores constataram a influência de prévia intoxicação por bebida alcoólica e de solidão, fatores que aumentaram as tentativas, respectivamente, em 3,8 e 6,7 vezes.

Também a solidão é uma faceta do suicídio, detectada por Rojas (2012), ao analisá-la entre homens nascidos em 1953, em Estocolmo; concluindo que isolamento e desconexão social, na adolescência, se relacionam à violência pessoal e interpessoal na vida adulta.

Em 2012, a WHO (2012a) veiculou uma compilação informativa, Saúde Pública: Ação de Saúde Pública para a Prevenção de Suicídio - uma estrutura, narrando que o suicídio é grave problema mundial para a sociedade e para a saúde pública, sendo que a maior vulnerabilidade reside nos extremos: entre jovens e entre idosos. Trata-se de um processo complexo, que varia desde a ideação suicida, passando pelo planejamento, tentativas e êxito no intento de matar-se, influenciado por uma série de fatores. Doença mental e física, abuso de álcool, drogadição, doenças crônicas, tensões e mudanças súbitas contribuem para o agravo, que impacta os sobreviventes, a família, amigos e colegas de trabalho, em curto e longo prazo.

O problema persiste, afligindo o mundo, o que fez a WHO lançar, em setembro de 2014, o informativo Prevenindo o Suicídio: um imperativo global alertando o mundo para o combate ao suicídio, abordando grupos e situações de risco, orientando sobre procedimentos coletivos e individuais tendentes à redução das mortes voluntárias. O relatório é a primeira publicação da WHO nesse estilo, apresentando uma visão abrangente sobre tentativas e suicídio, bem como relata os esforços de prevenção no mundo e identifica abordagens

baseadas em evidências para a formulação de políticas públicas e programas preventivos adaptáveis aos diversos países (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014f).

Neste relatório, a Doutora Margaret Chan, Diretora Geral da WHO, aduz que todo o suicídio é uma tragédia, embora seu combate, muitas vezes, não seja priorizado como problema de saúde pública que é. Apesar do crescimento de pesquisas e estudos, o estigma persiste, fazendo com que as pessoas não procurem ajuda ou sejam abandonadas à própria sorte. Embora o suicídio seja evitável, muitas vítimas pedem auxílio tarde demais, impossibilitando que os serviços de saúde prestem um socorro eficaz. O combate ao suicídio deve ser prioritário nas agendas públicas dos governos, independentemente do local, dos coeficientes de suicídio ou das estratégias de prevenção, porque o suicídio não pesa somente sobre o setor da saúde, mas impacta outros setores da sociedade. Uma intervenção oportuna, baseada em evidências, numa abordagem abrangente e multissetorial, respeitando o contexto de cada país, é a melhor iniciativa para uma jornada de combate e prevenção ao suicídio. A diretora esclarece que não há uma única explicação esclarecedora sobre as razões que conduzem as pessoas ao suicídio e que no Plano de Ação de Saúde Mental da WHO 2013-2020, os Estados-Membros se comprometeram a reduzir, ao menos em 10%, os índices de suicídio em seus países até 2020 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014f, p. 2).

A multiplicidade de fatores de risco que influenciam o cometimento de suicídio, motivou Juhnke *et al.* (2012) à propositura de uma escala para avaliação da tendência ao suicídio, entre adolescentes e jovens estudantes do México. Advertindo que conseguir resultados positivos contra as tendências suicidológicas é uma ciência incerta, já que não se pode identificar, com absoluta precisão, se uma pessoa cometerá ou não o suicídio, os autores procuraram reduzir o fenômeno a uma escala de fatores de risco que consiste em ideação (quando um estudante informa que planeja suicidar-se, corre significativo risco de matar-se), idade (os suicídios aumentam entre os estudantes mexicanos maiores de 15 anos, porque têm mais conhecimento do assunto e facilidade de acesso aos instrumentos de cometimento), gênero (no México, o índice de suicídio entre homens é maior do que entre mulheres, porque eles usam meios mais letais para matar-se), abuso sexual (neste caso, o risco de ocorrer doença mental se agrava, decorrendo daí o alto risco de tentativa de suicídio), tentativas anteriores (os autores reconhecem que a literatura mexicana reporta que estudantes que tentam matar-se tendem a repetir a tentativa), rejeição (o estudante mexicano rejeitado torna-se deprimido e este efeito conduz a maior rejeição, que pode culminar em tentativa de suicídio), inadaptação (a incapacidade de adaptação às mudanças comuns da vida aumenta o risco do agravo), dor psicológica (se relaciona diretamente às tentativas de suicídio entre

mexicanos), consumo de álcool ou drogas (os estudantes dependentes têm maior possibilidade de atentar contra a própria vida) e problemas de relações interpessoais (a literatura mexicana reporta aos solitários e tristes por problemas familiares ou sociais, como pertencentes ao grupo de alto risco de cometimento de suicídio).

A WHO (2012a) informa que, na década de 1990, houve uma preocupação mundial com a morbimortalidade por suicídio, porque as demais doenças e óbitos estavam relativamente sob controle e dispõe pela necessidade de revisão das estratégias de combate ao agravo, que devem compor uma “política nacional geral de desenvolvimento de saúde”, importante para reconhecer tendências suicidas, também porque esta política nacional representa o compromisso do governo, incorpora aspectos preventivos ao agravo, orienta autoridades, identifica atores (e suas responsabilidades), coordena grupos atuantes, sugere mudanças legislativas, alimenta os serviços de dados, identifica recursos para implementar ações, defende e conscientiza a população, monitora e avalia os resultados e “proporciona um contexto para uma agenda de pesquisa sobre comportamentos suicidas” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012a, p. 10). Os governos devem adotar, então, três estratégias: a primeira, de ingerência universal (abrangendo a população em geral, independente do grau de risco, podendo reduzir o acesso aos meios de cometimento, envolver a comunidade, obter a colaboração dos setores de saúde e da mídia e combater o uso de bebida alcoólica), a segunda, de ingerência seletiva (nas subpopulações com risco elevado de cometimento, por exemplo treinando guardiões, distribuindo informações, mobilizando comunidades, auxiliando os sobreviventes enquanto vítima direta, amigos, parentes, familiares e demais envolvidos) e a terceira, de ingerência indicada (com intervenção direta sobre os vulneráveis ou tentadores, tais como identificando e tratando doenças mentais bem como monitorando tentadores). O documento conclui que “A prevenção de suicídio é uma responsabilidade coletiva e deve ser liderada pelos governos e pela sociedade civil em todo o mundo.” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012a, p. 25).

A estratégia universal foi testada por Tsai *et al.* (2010) com o Programa de Conscientização do Suicídio, aplicado em 76 voluntários norte-americanos, que foram esclarecidos sobre a gravidade do suicídio e habilitados ao reconhecimento de potenciais vítimas, mediante leitura dos sinais de alerta de tendências suicidas. Após a aplicação, a conscientização dos avaliados elevou-se de 46,88% para 84,38%, demonstrando que a estratégia de conscientizar a população é eficiente.

Esta estratégia demonstrou-se eficaz também na pesquisa de Molock *et al.* (2008), testada entre clérigos e jovens voluntários afro-americanos frequentadores de igrejas nos

Estados Unidos, concluindo que as informações sobre o suicídio, transmitidas aos jovens surtiram efeito positivo, porque foram veiculadas na igreja, local ideal para a obtenção de conhecimentos por seus adeptos e para o treinamento de clérigos e voluntários para detecção de depressão e outros fatores de risco ao suicídio, entre os frequentadores das igrejas, o que contribuiu também para proteger a comunidade do agravo e, quando necessário, acionar atendimento médico.

Aldrich e Cerel (2009) também envolveram a comunidade nas estratégias de combate ao suicídio, através do que denominaram de Teoria do Comportamento Persuasivo, sob argumento de que as pessoas que convivem com um potencial suicida devem ser treinadas e incentivadas para intervir com eficiência junto às vítimas, dissuadindo-as da intenção de matar-se, através de mensagens persuasivas e com potencial para salvar vidas.

A estratégia da cobertura universal também resultou em importante instrumento de capacitação e treinamento no combate ao suicídio entre membros da Força Aérea Americana. A exposição teórica sobre o agravo aumentou o grau de confiança dos oficiais para detectar sinais de risco e, conseqüentemente, capacitando este pessoal para abordar e mediar a questão junto a prováveis vítimas, inclusive evitando mortes (BRYAN; STEINER-PAPPALARDO; RUDD, 2009).

Fountoulakis, Gonda e Rihmer (2011), revisando a literatura sobre campanhas comunitárias à redução dos índices de suicídio, concluíram que essa estratégia, embora abrangente, tem eficácia limitada, porque os programas de educação à comunidade são de curta duração. A crítica foi no sentido de que estas medidas, normalmente teóricas, não surtem efeitos práticos e, conseqüentemente, não auxiliam na diminuição dos casos de suicídio numa determinada região. Os autores concluíram que a implantação de programas de longa duração, comprometendo vários níveis de uma determinada sociedade (a exemplo de uma rede comunitária abrangendo profissionais de várias áreas e a comunidade em geral) podem produzir resultados eficazes.

Para Nordentoft (2011), a estratégia de cobertura universal surte resultados positivos, porque abrange a população em geral (a exemplo dos programas de restrição ao porte de armas de fogo), sendo que as estratégias de prevenção seletivas (dirigidas a grupos de maior risco como sem teto e doentes mentais) ou dirigidas (indicadas apenas aos tentadores de suicídio) não abrangem número suficiente de beneficiados, embora seja necessário restringir o acesso aos instrumentos que sirvam ao suicídio, bem como cuidar melhor dos doentes mentais e dos indivíduos com antecedentes criminais, população de risco ao cometimento de suicídio.

A redução do acesso aos meios de cometimento de suicídio foi abordada por Yip *et al.* (2012) na proposta da Teoria da Restrição de Meios, pela qual o número de suicídios diminui, quando se criam obstáculos de acesso da vítima aos meios para suicidar-se. Os autores reconhecem que as causas para o suicídio podem ser individuais (geralmente por doenças mentais geralmente pouco definidas) ou sociais (derivadas do meio ambiente) e essa gama de possibilidades, entre elas as condições socioculturais, tradições e antecedentes familiares, dificultam ações preventivas, exemplificando com o suicídio por ingestão de agrotóxico (com 75% de letalidade e típico das populações agrárias) e por precipitação de altura (com 70% de letalidade, comum nas zonas urbanas). A Teoria da Restrição de Meios sustenta que o número do agravo diminui, quando os tentadores não têm acesso ao meio que escolheram para tirar a vida e acabam adotando outros meios, não necessariamente letais (como *overdose*). No entanto, esta estratégia surte efeito apenas na medida em que a sociedade compreende que as medidas de restrição de acesso (que afetam a todos e não apenas aos tentadores, a exemplo da restrição de venda de armas de fogo, produtos químicos e medicamentos) servem para salvar vidas e que o método deve coexistir com políticas públicas de qualidade de vida, aumentando a sobrevivência do tentador. Os autores sugerem, inclusive, que a mídia não faça alarde sobre o suicídio de celebridades, porque esta veiculação provoca aumento dos suicídios pela rápida disseminação das informações e consequente dificuldade da contenção pela iniciativa pública de prevenção.

Esta abordagem permite abranger a influência da mídia nas questões suicidológicas. Se por um lado o suicídio de famosos pode influenciar o número destas mortes, por outro lado pesquisas de Klimes-Dougan *et al.* (2009) e Klimes-Dougan, Lee e Yuan (2010) sobre a prevenção do suicídio em adolescentes e a propaganda midiática, concluíram que a veiculação midiática responsável colabora na conscientização. Relatando que o suicídio é um desafio difícil para a saúde pública, os autores distribuíram, aleatoriamente, os jovens pesquisados em três grupos: o primeiro grupo observou um cartaz simulando uma propaganda de prevenção ao suicídio (a maioria dos adolescentes deste grupo demonstrou beneficiar-se com as notícias do cartaz, mas os depressivos e os tendentes ao suicídio preocuparam os pesquisadores quanto a possíveis efeitos adversos futuros); o segundo grupo olhou uma rápida propaganda de televisão, também simulada na mesma situação (aqui os adolescentes demonstraram se beneficiar com a informação, especialmente quanto a esclarecimentos sobre depressão) e um terceiro grupo não foi estimulado com pré-informação (estes continuaram demonstrando inadequação ao enfrentamento de questões suicidológicas). A conclusão foi pela necessidade urgente de conscientizar a população à prevenção do suicídio, cujo veículo pode ser a mídia.

Para Brunhari e Darriba (2010), é mais importante evitar a proliferação de tendências suicidas do que tornar inacessíveis os meios de cometimento do suicídio, porque a disseminação de ideação suicida é fator de risco que deve ser conhecido pela população. A população deve ainda ser conscientizada sobre a vulnerabilidade do suicida (que não deseja a morte, mas a percebe como única alternativa para acabar com seu sofrimento).

Um exemplo da capacitação seletiva vem da Austrália, onde Goldney e Fischer (2008) acompanharam doentes mentais e mentalmente sãos, que foram instruídos por governos, profissionais e organizações, especialmente sobre depressão. O resultado demonstrou que, de maneira geral, as pessoas melhoraram seu conhecimento sobre o assunto; porém, as menores mudanças ocorreram entre os que mais precisavam de esclarecimentos e que menos procuravam tratamento: os depressivos e portadores de ideação suicida. A conclusão então foi de que a mera transmissão de informações sobre doenças mentais, depressão e suicídio não é suficiente para diminuir os índices de suicídio, especialmente entre depressivos e tentadores.

Para Milner e De Leo (2010), na Ásia e no Pacífico se localizam os países mais pobres do mundo e os que mais sofrem com o suicídio, inclusive contrariando a tendência dos países desenvolvidos de que a maioria dos suicidas é do sexo masculino. Na China (por conflitos familiares, fragilidade e disponibilidade de pesticidas na área rural), Índia (por questões de dote, arranjos matrimoniais e direitos desiguais) e na Península do Pacífico predominam o suicídio entre mulheres jovens (na Índia e nas ilhas do Pacífico) e idosas (na Ásia). As diferenças entre estes países e os demais merecem uma investigação peculiar do suicídio em moldes regionais não similares às intervenções ocidentais, porque neles a renda é baixa, a pobreza é acentuada, a educação é deficiente, a mão de obra barata promove a industrialização e limita a oferta de serviços de saúde. O número de óbitos vem aumentando por doenças transmissíveis e não transmissíveis, embora relatórios e dados sejam fragmentados e/ou de difícil entendimento, e questões religiosas aumentem a complexidade, por conta de que, em alguns países daquele território, o suicídio é proibido, o que impede que as vítimas procurem tratamento e que os relatórios façam referência ao agravo. Outro problema é que na Índia, China e Pacífico, a CID não é adotada integralmente, porque as doenças e os agravos divergem dos ocorridos no restante do globo; sendo necessário, portanto, entender o comportamento das vítimas no contexto de sua diversidade social e cultural.

Por seu turno, no Japão, desde 1999, a depressão aumentou 2,5 vezes, e, conseqüentemente, o número de suicídios também aumentou. O fato se atribui à desigualdade econômica, que eleva o estresse, especialmente em homens e na área urbana, com o que o

suicídio no Japão é associado a dívidas, desemprego ou tipo de trabalho e à má qualidade dos serviços em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014b). Motohashi (2012) expõe que, em 2009, no Japão, 30.707 pessoas se suicidaram (24,4 pessoas a cada 100.000 habitantes), constatando que o índice de desemprego e o número dos suicídios foram significativamente similares, tornando o suicídio um desafio a ser combatido com urgência pelas autoridades públicas e pela sociedade daquele país.

Yip (2011) salienta que, na Ásia, as vítimas não recebem tratamento psiquiátrico preventivo à ideação suicida, pela falta de centros de saúde com esta finalidade, sendo que a abordagem do agravo ocorre através de quatro atividades fundamentais: vigilância das ocorrências, investigação da cadeia das causas suicidológicas, planejamento de estratégias contra esta cadeia e implementação de programas; embora naqueles países populosos isto não baste, sendo necessário adaptar os serviços públicos de saúde mental à demanda e ao combate do estigma da doença mental. Atender a população de risco também não é suficiente, é preciso conhecer o problema para diminuir os riscos do suicídio e permitir a implantação de programas de intervenção, como os instituídos nos Estados Unidos, Inglaterra, Escócia, Austrália, Nova Zelândia, Finlândia e Noruega, que trabalham em conjunto e implantam estratégias comuns de prevenção nas escolas, de investigação das causas suicidológicas, de melhora do acesso aos serviços de saúde, de diminuição dos meios de acesso ao cometimento e de avaliações constantes.

A questão suicidológica é preocupante também no ocidente. Hegerl *et al.* (2009) constataram que o suicídio na Europa tornou-se questão de saúde pública, pela falta de estratégias para combater o agravo e, nesse sentido, apresentaram à Comunidade Europeia o Consórcio OSPI-Europa, como um procedimento homogêneo de implantação em países com sistemas de saúde diferentes. O projeto foi implantado na Irlanda, Portugal, Hungria e Alemanha, onde a população foi conscientizada sobre estados depressivos e suicídio, médicos e cuidadores obtiveram suporte, a mídia foi alertada e voluntários foram treinados ao combate do agravo. Ocorreu também a divulgação e apoio entre grupos de autoajuda, fazendo presumir daí, que é possível combater tentativas e suicídios por iniciativa conjunta e concomitante entre países com diferentes estágios de saúde pública, porém os pesquisadores chamam a atenção que o projeto foi implantado em países da Comunidade Europeia, que possuem laços comuns de união.

Para Yip (2011), a questão deve ser tratada pelos governos locais, informando a comunidade, identificando lacunas dos serviços públicos, implantando serviços a partir de evidências e avaliando periodicamente os resultados, através de uma força-tarefa especial que

opere em processo contínuo, parceiro e cooperativo, dado à dinâmica da questão. Esta restrição da área geográfica, para a concentração das ações em prol do combate ao suicídio, foi detectada em estudos efetuados na Europa, entre 1866 e 1878, sob a constatação de que “o suicídio aumentou em toda parte; mas, nesse avanço, os diversos povos conservaram suas respectivas distâncias. Cada um tem um coeficiente de aceleração que lhe é próprio” (DURKHEIM, 2000, p. 23). Esta tese também é a de Shah, Bhandarkar e Bhatia (2010), que, ao levantar dados de mortalidade por suicídio em vários países, constataram a maior ocorrência entre países com políticas públicas de saúde mental implantadas e serviços oferecidos pelo governo, inclusive com leitos psiquiátricos e treinamento profissional. Os autores concluíram, então, que cada país enfrenta a questão de maneira própria, e que, em virtude desse fato e da diversidade entre países, advertem que estudos transnacionais sobre suicídio não são úteis para estabelecer uma relação causal entre os índices de suicídio e de financiamento da saúde mental ou entre a prestação de serviços e as políticas nacionais de saúde mental. O aprofundamento da questão exige que os estudos restrinjam-se às fronteiras de cada país.

Já em 1996, a ONU publicara o documento *Prevenção de Suicídio: Diretrizes para a formulação e implementação de estratégias nacionais*, incentivando que cada país combatesse a incidência de suicídio em suas fronteiras, através da colaboração intersetorial e da abordagem multidisciplinar, avaliando e revisando as ações de prevenção e identificando elementos para maior eficácia de estratégias preventivas, tais como viabilizar o acesso de profissionais e do público às informações de prevenção, criar um sistema de coleta de dados integrados de identificação de grupos, vítimas e situações de risco, treinar os profissionais envolvidos, fornecer serviços de apoio à população de risco e de reabilitação às vítimas, criar instituições para coordenar a promoção, treinamento e prestação de serviços de auxílio no combate ao comportamento suicida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012a). Esta postura da ONU, ainda nos anos 1990, vem fortalecendo o posicionamento de que estudos e pesquisas mais eficazes sobre o tema são os que se restringem às fronteiras de cada país.

O relatório da WHO sobre suicídio de 2014 dispõe que os países devem estabelecer uma estratégia nacional de combate ao agravo, demonstrando, assim, que os esforços devem concentrar-se dentro das fronteiras de cada país, através de vigilância, restrições significativas, diretrizes para a mídia, a redução do estigma, a sensibilização da opinião pública, o treinamento para profissionais de saúde, educadores, policiais e outros grupos sociais participativos, com intervenção nos períodos de crise e após estes períodos, fazendo da prevenção uma prioridade multissetorial que envolva saúde, educação, emprego, bem-estar

social, o Judiciário e outros setores; porém a estratégia deve ser adaptada à cultura e ao contexto social de cada país, estabelecendo as melhores práticas e intervenções baseadas em evidências e em uma abordagem abrangente, visando objetivos de médio e de longo prazo, com planejamento efetivo e avaliação regular (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014f).

A WHO possui 194 Estados-Membros, distribuídos em regiões e, pela primeira vez, a organização concentra, em um mesmo relatório, os dados de mortalidade por suicídio de 172 de seus Estados-Membros (aqueles com 300.000 habitantes ou mais), permitindo um comparativo entre os anos 2000 e 2012. A WHO dispôs um grupo composto pelos países de alta renda em todo o globo (são 54, seguindo os parâmetros do Banco Mundial) e outro grupo composto pelos países de média ou baixa renda. Estes foram agrupados em seis regiões: Africana, das Américas, do Sudeste Asiático, da Europa, do Mediterrâneo Oriental e do Pacífico Ocidental. A listagem categoriza também a confiabilidade dos registros dos suicídios, havendo os que apresentam registros confiáveis (com dados existentes ao menos por cinco anos), os que têm registros com baixa cobertura e alta proporção de mortes por causa indeterminada ou com resultados não recentes, e aqueles cujo registro foi obtido por amostragem da população nacional e ainda os Estados-Membros que não têm registros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014f).

Nos 172 Estados-Membros mapeados pela WHO, ocorreram 804.000 suicídios em 2012, ou seja, um coeficiente geral (para todas as idades) de 11,4 suicídios (15,0 masculinos e 8,0 femininos) a cada 100.000 habitantes. O coeficiente nos países de renda mais alta é um pouco maior do que nos países de renda média ou baixa (em torno de 12,7 e 11,2 respectivamente, a cada 100.000 habitantes), no entanto a WHO considerou o coeficiente dos países de renda média ou baixa, porque estes países respondem por 75,5% dos suicídios mundiais, com indicadores entre baixo (6,1/100.000 nas Américas) e alto (17,7/100.000 no Sudeste Asiático). Uma das consequências dos diferentes coeficientes de mortalidade por suicídio nas regiões em que a WHO dividiu o planeta, é que, em 2012, o Sudeste da Ásia respondeu por 26% da população mundial, mas por 39% dos suicídios no planeta.

O relatório da WHO considerou também que 60 dos Estados-Membros mapeados têm boa qualidade de registros (entre eles o Brasil), permitindo aferir diretamente o coeficiente de mortalidade por suicídio, sendo 39 Estados-Membros de renda alta (nos quais ocorrem 95% dos suicídios entre os países de renda alta) e 21 periféricos (que respondem por apenas 8% do total dos suicídios em Estados-Membros periféricos, em 2012). Os demais Estados-Membros mapeados (112) respondem por cerca de 70% dos suicídios mundiais, e tiveram seus coeficientes calculados pelo método de estimativa.

Para a WHO, a má qualidade dos dados sobre mortalidade não ocorre apenas em relação aos suicídios, mas, nesse caso, o problema assume maiores proporções, porque o suicídio ainda é ilegal em alguns países, o que pode resultar em subnotificação dos casos e na conseqüente má classificação dos registros, inclusive porque o suicídio envolve uma multidimensão de fatores, que são diferentes em cada país, podendo ocorrer, inclusive, erro de classificação, posicionando o suicídio, por exemplo, entre as mortes por causa desconhecida ou por acidente.

O relatório da WHO descreve que, em 2012, o suicídio respondeu por 1,4% de todas as mortes no mundo, representando a 15ª causa de morte, ocorrendo principalmente entre jovens e adultos de meia idade, confirmando que o suicídio é um problema de saúde pública, em todos os países do mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014f, p. 22).

Entre os Estados-Membros da WHO com mais de 300.000 habitantes, o quadro 4 mostrado abaixo, apresenta uma mostra com os dados suicidológicos de alguns deles, contemplando a divisão planetária, conforme seu mais recente relatório. A fonte utilizada para a obtenção dos dados é o próprio acervo da WHO sobre mortalidade, que é alimentado por informações dos Estados-Membros. O número de suicídios é apresentado por faixa etária e coeficiente de mortalidade por suicídio, calculado conforme o parâmetro mundialmente admitido de um suicídio a cada 100.000 habitantes (as estimativas foram compostas em algarismos significativos, por arredondamento) nos anos 2000 e 2012. Os cálculos resultam de uma técnica de modelagem estatística descrita pelo Departamento de Estatística e Sistemas de Informação em Saúde da WHO, em categorias, definições e métodos padronizados, em virtude dos quais as estimativas podem não coincidir com os índices nacionais oficiais. Ainda, a disposição etária está conforme o Padrão da População Mundial da WHO, que ajusta diferenças na estrutura. Esta dinâmica facilita a comparação dos dados entre os estados-Membros, e também entre diferentes anos, neste caso entre 2000 e 2012.

Quadro 4 - Dados suicidológicos de 2000 e 2012, em alguns dos Estados-Membros da WHO

País e Categoria	Sexo	Nº de suicídios em 2012	Coeficiente de mortalidade por suicídio total (T) e por faixa etária com base na população em 2012						Em 2000 *	Em 2012 **	%
			T	5 a 14	15 a 29	30 a 49	50 a 69	70 ou +			
Países-Membros da WHO com alta renda											
Emirados Árabes Unidos⁴	Ambos	274	3.0	0.4	3.8	3.1	3.4	13.7	3.7	3.2	-12.9
	Fem.	31	1.1	0.2	1.8	1.0	1.9	10.9	2.5	1.7	-32.7
	Masc.	243	3.8	0.5	4.7	3.7	4.1	15.3	4.3	3.9	-9.0
EUA¹	Ambos	43.361	13.7	0.8	12.7	17.4	20.1	16.5	9.8	12.1	24.2
	Fem.	9.306	5.8	0.5	4.7	8.0	9.2	4.0	3.8	5.2	36.6
	Masc.	34.055	21.8	1.0	20.4	26.9	31.7	33.8	16.2	19.4	19.9

Federação Russa¹	Ambos	31.997	22.4	1.7	27.3	26.5	22.6	32.1	35.0	19.5	-44.4
	Fem.	5.781	7.5	1.3	8.0	7.5	6.9	15.4	9.6	6.2	-34.9
	Masc.	26.216	39.7	2.2	46.1	46.8	43.7	72.3	64.3	35.1	-45.3
Japão¹	Ambos	29.442	23.1	0.5	18.4	26.8	31.8	25.5	18.8	18.5	-1.9
	Fem.	8.554	13.1	0.3	10.8	14.3	16.2	17.1	9.9	10.1	2.1
	Masc.	20.888	33.7	0.7	25.7	38.9	48.0	37.6	28.1	26.9	-4.0
Reino Unido¹	Ambos	4.360	6.9	0.1	5.9	10.5	9.2	6.3	7.8	6.2	-21.1
	Fem.	960	3.0	0.1	2.5	4.3	4.0	3.1	3.4	2.6	-23.6
	Masc.	3.400	11.0	0.1	9.1	16.7	14.7	10.5	12.3	9.8	-20.9
Países-Membros da WHO com renda média ou baixa no Continente Africano											
África do Sul²	Ambos	1.398	2.7	0.4	2.8	2.8	5.6	10.5	3.3	3.0	-8.8
	Fem.	280	1.0	0.2	1.0	9.0	2.2	4.3	1.0	1.1	7.7
	Masc.	1.117	4.4	0.6	4.5	4.7	10.3	22.4	6.1	5.5	-10.5
Angola⁴	Ambos	2.206	10.6	2.3	21.4	17.4	13.7	18.8	9.2	13.8	50.3
	Fem.	612	5.8	1.9	11.7	8.2	7.9	10.7	4.4	7.3	64.8
	Masc.	1.594	15.5	2.7	31.3	26.8	20.2	29.3	14.3	20.7	45.1
Países-Membros da WHO com renda média ou baixa nas Américas											
Brasil¹	Ambos	11.821	6.0	0.4	6.7	8.4	8.0	9.8	5.3	5.8	10.4
	Fem.	2.623	2.6	0.3	2.6	3.7	3.8	3.3	2.1	2.5	17.8
	Masc.	9.198	9.4	0.4	10.7	13.3	12.7	18.5	8.7	9.4	8.2
Cuba¹	Ambos	1.648	14.6	0.8	6.0	14.8	24.4	36.1	14.6	11.4	-21.9
	Fem.	334	6.0	1.5	1.5	4.2	13.4	12.0	8.7	4.5	-48.1
	Masc.	1.315	23.2	0.1	10.2	25.0	35.7	65.1	20.8	18.5	-11,3
Países-Membros da WHO com renda média ou baixa no Sudeste Asiático											
Butão⁴	Ambos	119	16.0	1.9	15.7	24.6	28.8	37.9	23.8	17.8	-25.1
	Fem.	35	10.2	1.4	13.1	14.2	16.7	19.1	16.1	11.2	-30,5
	Masc.	83	20.9	2.4	18.0	32.4	38.2	53.0	30.6	23.1	-24.5
Índia³	Ambos	258.075	20.9	2.0	35.5	28.0	20.0	20.9	23.3	21.1	-9.2
	Fem.	99.977	16.7	2.4	36.1	17.2	11.1	11.2	20.3	16.4	-19.1
	Masc.	158.098	24.7	1.6	34.9	38.0	28.9	32.7	26.2	25.8	-1.6
Países-Membros da WHO com renda média ou baixa na Europa											
Turquia²	Ambos	5.898	8.0	2.7	12.4	10.3	4.2	16.4	12.6	7.9	-37.8
	Fem.	1.613	4.3	1.8	7.6	4.2	2.2	9.8	7.9	4.2	-47.0
	Masc.	4.285	11.8	3.6	17.0	16.6	6.6	25.5	17.8	11.8	-33.4
Ucrânia¹	Ambos	9.165	20.1	1.4	19.5	24.4	22.9	28.8	29.8	16.8	-43.6
	Fem.	1.690	6.9	0.9	5.5	6.3	7.8	13.7	9.1	5.3	-41.2
	Masc.	7.474	35.6	1.8	32.8	43.4	43.3	61.7	54.5	30.3	-44.4
Países-Membros da WHO com renda média ou baixa do Mediterrâneo Oriental											
Afganistão⁴	Ambos	1.205	4.0	0.8	7.5	6.1	8.3	12.6	6.1	5.7	-5.9
	Fem.	643	4.4	0.9	9.8	5.4	5.4	8.5	4.7	5.3	14.4
	Masc.	562	3.7	0.7	5.1	6.7	11.4	17.9	7.6	6.2	-17.6
Paquistão⁴	Ambos	13.377	7.5	1.1	9.1	8.5	16.3	33.7	9.1	9.3	2.6
	Fem.	7.085	8.1	1.6	12.0	7.5	15.4	32.5	9.6	9.6	0.3
	Masc.	6.291	6.8	0.7	6.3	9.4	17.2	34.8	8.7	9.1	5.0
Países-Membros da WHO com renda média ou baixa do Pacífico Ocidental											

China³	Ambos	120.730	8.7	0.5	4.2	5.1	15.7	51.5	19.4	7.8	-59.6
	Fem.	67.542	10.1	0.5	5.9	7.1	17.0	47.7	21.7	8.7	-59.7
	Masc.	53.188	7.4	0.4	2.7	3.2	14.4	55.8	17.4	7.1	-59.3
Malásia²	Ambos	722	2.6	0.1	2.3	2.8	5.5	13.3	4.0	3.0	-23.9
	Fem.	183	1.2	0.1	1.0	1.1	2.9	7.7	2.3	1.5	-35.4
	Masc.	588	4.2	0.2	3.8	4.7	8.1	18.6	5.7	4.7	-18.1

Fonte: *World Health Organization* (2014f, Anexo 1, p. 80-87).

1. País com registro dos dados de mortalidade por suicídio ao menos a partir de 2010.
2. País com baixa cobertura de registro de mortalidade por suicídio, alta proporção de morte por causas indeterminadas ou com dados de mortalidade por suicídio anteriores a 2010.
3. País com registro de mortalidade por suicídio por amostragem sobre a população nacional.
4. País sem registro oficial de mortalidade por suicídio.

Fem.- Feminino Masc. - Masculino

(*) Coeficiente por arredondamento com base na população em 2000.

(**) Coeficiente por arredondamento com base na população em 2012.

% - diferença em porcentagem entre suicídios ocorridos em 2000 e 2012.

Nos Estados Unidos da América (EUA), Federação Russa, Japão e Reino Unido (todos com registros confiáveis) e Emirados Árabes Unidos (onde não existem registros oficiais de mortes por suicídio), países de alta renda, em 2012 preponderou o suicídio entre homens.

O padrão global de que o suicídio ocorre mais entre homens se demonstra no quadro 4, à exceção do Afeganistão (em 2012, foram 643 suicídios femininos e 562 masculinos), do Paquistão (7.085 suicídios femininos e 6.291 masculinos) e da China (com 120.730 suicídios em 2012, sendo 67.542 femininos e 53.188 masculinos), mesmo assim, o suicídio entre mulheres na China diminuiu de 2000 a 2012, em consideráveis 59.7%.

Nos Emirados Árabes Unidos, na Federação Russa, no Afeganistão e na Malásia (onde os registros são baixos ou anteriores a 2010 e muitas mortes têm causa indeterminada) os suicídios ocorreram mais a partir de 70 anos, embora no Afeganistão, o suicídio feminino também tenha sido representativo dos 15 aos 29 anos.

No Japão, Brasil, Cuba (todos com registros confiáveis de mortalidade por suicídio) e Butão (onde não existem registros oficiais), em 2012 o suicídio predominou a partir dos 30 anos e persistiu além dos 70 anos, menos em Cuba, onde o suicídio feminino não foi expressivo entre 30/39 anos, chamando a atenção, porém, para o elevado coeficiente de mortalidade por suicídio entre crianças do sexo feminino, em 2012, na proporção de 6/100.000 habitantes.

No Reino Unido, a concentração ocorreu entre 30/69 anos, na África do Sul (com registros baixos ou anteriores a 2010 e muitas mortes por causa indeterminada) o suicídio concentrou-se na faixa dos 50 anos, sendo expressivo entre mulheres a partir dos 30 anos.

Na Índia, ocorreram 258.075 suicídios em 2012, sendo 99.977 entre mulheres (16,7/100.000) e 158.098 entre homens (24,7/100.000), concentrados entre 15/49 anos e também entre homens a partir dos 70 anos.

Observa-se a incidência majoritária do suicídio sobre o sexo masculino e na fase mais produtiva da vida, embora em muitos países a redução tenha sido substancial entre 2000 e 2012, como nos Emirados Árabes Unidos (menos 32,7% entre mulheres), na Federação Russa (menos 34.9% entre mulheres e 45.3 % entre homens), no Japão (menos 4% entre homens) , na Índia (menos 19.1% entre mulheres e 1,6% entre homens), no Reino Unido (redução média de 20% para ambos os sexos), Cuba (redução de 48.1% entre homens e 11.3% entre mulheres), Turquia (475 entre mulheres e 33,4%entre homens) e Ucrânia (41.2% entre mulheres e 44.4% entre homens).

A tendência mundial de diminuição dos números de suicídio de 2000 a 2012 não foi acompanhada por Angola (aumento de 50,3%), Brasil (crescimento de 10.4%, sendo 17.8% entre mulheres e 8.2% entre homens) e EUA (aumento de 24,2%). O aumento do suicídio feminino no Brasil, e também nos EUA (36,6% entre 2000 e 2012), demonstra que o agravo não é suficientemente monitorado e que as políticas públicas de combate não são eficientes.

Observando estas diferenças, a WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014f, p. 13) descreve que o combate ao suicídio pelos governos deve contemplar um modelo de Vigilância (detectando o comportamento suicida através da compilação sistemática dos dados de mortalidade por suicídio), Identificação dos Riscos (procurando detectar as circunstâncias que conduzem ao agravo), Fatores de Proteção (os instrumentos que podem proteger as vítimas contra o agravo), Pesquisas (para compreender o fenômeno), Projeto, Implementação, Desenvolvimento e Avaliação das Intervenções (para colocar em prática as medidas de contenção necessárias ao combate das tentativas e dos suicídios e ainda aquilatar se tais medidas surtem o efeito desejado) e Intensificação de Resultados Eficazes (promissores na diminuição do agravo).

Embora a tendência mundial seja a de redução dos números de suicídio, os índices permanecem preocupantes, justificando a intervenção da WHO no combate, através de programas e veiculação de informações no pressuposto de que a prevenção do suicídio é uma responsabilidade coletiva (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014g).

Finalizando, para Cane (2012) o suicídio é uma batalha que pode ser vencida e a prevenção é possível pelas seguintes razões: o suicídio é inevitável e desafia as políticas públicas de saúde, devendo ser enfrentado como questão de urgência nacional; os esforços de prevenção tendem ao sucesso (a WHO constatou uma sensível diminuição de tentativas e de suicídio onde existem programas de prevenção); as melhores intervenções partem da sociedade civil; o suicídio resulta de uma cumulação de riscos, por isso os investimentos sociais para salvar vidas devem ser aumentados e vítimas e governo devem unir-se na luta

contra atos suicidas; muito ainda está por fazer (uma avaliação honesta das deficiências pode resultar em medidas eficazes); o suicídio pode ser evitado (a efetiva intervenção ocorre em nível individual, mudando a trajetória da vida da pessoa antes que a tendência ao suicídio se estabeleça); o estigma em torno do suicídio ainda é uma barreira; uma vigilância maior pode reduzir o agravo (é possível rastrear índices e locais onde ocorrem suicídios, e esta conta pode auxiliar na diminuição do agravo); o apoio às prevenções vem crescendo (governo e sociedade estão se conscientizando sobre o problema) e, finalmente, o tempo de agir é agora, em benefício das futuras gerações que terão estratégias de prevenção já desenvolvidas.

4.2 O Suicídio no Brasil: estado da arte e estratégias de prevenção

Tratando da prestação de serviços em saúde mental, Desviat (2011) aborda o serviço oferecido pelo estado (conforme o modelo europeu de cobertura universal) e o serviço regido pelo interesse privado (conforme o modelo liberal norte-americano), afirmando que a questão maior reside em que os serviços em saúde mental devem ser prestados em função das necessidades sociais, em prática que recupere o paciente de sua psicopatologia e retire da família o peso de ser o principal suporte dos doentes mentais crônicos. Este sistema deve ser sustentável, público e coletivo, focado no cuidado e na cidadania e em rede, porque “trabajo en la red, es la acción en un territorio en continua interacción con sus ciudadanos y sus organizaciones” (DESVIAT, 2011, p. 4619). O serviço de saúde mental pode tratar o paciente com isolamento ou em sistema aberto e humanizado no âmbito geral da saúde, financiado pelo estado e com cobertura é universal. O autor cita o Brasil como exemplo positivo de seu modelo participativo e coletivo em saúde e do programa de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos.

Também no Brasil, o suicídio é associado aos transtornos mentais. Para Coutinho (2010, p. 65) “a maioria dos suicídios é cometida por sujeitos psicicamente enfermos, que frequentemente são vítimas de depressão grave, psicose delirante ou drogadição”, embora a doença mental nem sempre seja evidente, podendo o indivíduo aparentar serenidade ao longo da ideação, tentativa e consumação. Estas circunstâncias devem ser de conhecimento da família e dos profissionais da saúde, para auxiliá-los a entender o fenômeno e suas vítimas.

Para Barbosa, Macedo e Silveira (2011), suicídio e transtornos mentais (especialmente a depressão) são inseparáveis. O problema consiste em que os médicos têm dificuldade em detectar depressão e não conhecem a multidimensão do suicídio. Estas circunstâncias, somadas à falta de suporte social ao tratamento, dificultam prevenção e estratégias de

abordagem à população de risco. Nesse sentido, os autores expõem que os profissionais da saúde devem se habilitar ao conhecimento do risco de comportamentos autodestrutivos e que as famílias das vítimas também devem ser informadas, evitando conflitos entre as necessidades da vítima, as atitudes de familiares e a intervenção dos profissionais no combate ao suicídio.

Expondo a Teoria de Winnicott sobre suicídio, Del Matto Faria (2007) relata que nos doentes mentais, o risco de atentar-se contra a própria vida é potencializado pela vulnerabilidade destes pacientes e, por esse motivo, o suicídio deve ser investigado nas psicoses, depressões, tendências anti-sociais, quadros psicossomáticos e psiconeuroses. Minayo e Cavalcante (2010) enfatizam que, entre os idosos que pesquisaram, de 71% a 95% portavam transtorno mental, quando atentaram contra a própria vida, alertando que o suicídio é um acontecimento heterogêneo, aliado à depressão, que deve ser tratada possivelmente como o item mais importante na prevenção de suicídio entre idosos.

Além das doenças mentais, Hayes, Pistorello e Biglan (2008) associam o suicídio ao consumo de entorpecentes (responsável por 40% das tentativas de suicídio), constatando que as ideações suicidas são significativas entre psicóticos, sendo que de 20 a 50% dos esquizofrênicos tentarão matar-se ao menos uma vez e até 10% deles obterão êxito, e que entre os portadores de epilepsia o risco do cometimento de suicídio é 10 vezes maior do que o detectado nos grupos de risco em geral.

Santos *et al.* (2009) arrolam, entre os fatores de risco ao suicídio, as tentativas, ingestão de psicoativos, abuso de álcool, depressão, estresse pós traumático e esquizofrenia, sendo que 71,9% dos pesquisados sofriam transtorno mental. Os autores aduzem que, prestes ao cometimento do ato extremo, 31% dos tentadores pesquisados buscaram auxílio de profissionais em saúde, e destes 23% o fizeram na mesma semana em que tentaram matar-se. Neste aspecto, os profissionais da saúde devem capacitar-se à avaliação do risco e prevenção do suicídio, bem como os gestores em saúde devem enfrentar o agravo de acordo com a realidade brasileira, por causa das diversidades e da variação do coeficiente de mortalidade por suicídio no país, levando-se em conta as distinções regionais de gênero, cultura e sociedade, porque estas características “influenciam o comportamento suicida nessas diferentes populações” (SANTOS *et al.*, 2009, p. 2071).

Coronel e Werlang (2011) referem que os tentadores têm uma determinada rigidez cognitiva que retira deles as emoções estratégicas à solução de problemas e os inabilita para enfrentar estresse e depressão, sendo esta desesperança que os conduz ao suicídio.

Na literatura existente, parece haver consenso quanto ao suicídio resultar de “uma complexa interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais”, sendo difícil explicar porque alguns se suicidam e outros, numa situação similar, não se matam (OLIVEIRA, 2008, p. 27).

Esta multicomplexidade do fenômeno faz da vida dos tentadores, um cotidiano de autodestruição, até de maneira inconsciente, quando o indivíduo coloca a vida indiretamente em risco (no caso de fumantes e dos que dirigem embriagados). Para Bastos (2006, p. 10), a fase mais contundente para a “suicidiologia” é a das tentativas, onde o sujeito deseja matar-se, embora eventualmente sua intenção não seja irreversível, fazendo com que uma intervenção oportuna detenha a tendência, por isso negligenciar sinais de um suicídio iminente pode conduzir a vítima à autodestruição.

Sob a ótica fenomenológico-existencial, a multideterminação das razões para tentativas e suicídio, impede que se trace um perfil do suicida, porque o motivo que conduz ao ato extremo se forma concomitantemente à história existencial da pessoa, independentemente de “idade, classe social, gênero ou nacionalidade”, significando, antes de tudo, “sofrimento e desespero”, cuja “condição de sofrimento” não raro é fruto da desestruturação familiar, agressões, abusos, rejeição e incompreensão, sendo que, para a fenomenologia importa mais a capacidade singular da existência humana do que propriamente o modo como o suicídio é abordado (DUTRA, 2011, p. 154).

Ainda sob a perspectiva fenomenológica do suicídio, apenas estudos teóricos não bastam. Rocha, Boris e Moreira (2012) apresentam um referencial humanista pelo qual o suicídio torna-se conhecido através do relato das vítimas, porque o suicídio é fenômeno humano que supera a dicotomia interno/externo, é presença cotidiana entre pacientes psiquiátricos masculinos, o que merece um olhar mais atento, porque esta presença pode tornar-se visível até nos pequenos gestos, mas, invisível, pode conduzir a fracassos, infelicidade, ideação, sofrimento e morte voluntária. A fenomenologia, assim, é importante no estudo do suicídio, porque tende a evitar idealismos e a posicionar a existência como fato frente ao mundo onde este fato ocorre.

No sentido dessa reflexão, Minayo (2004) descreve que a realidade tem que ser aprofundada no invisível, especialmente no trato das questões sobre morte voluntária, porque no âmbito social, o suicídio pressupõe uma “teia de relações” de abordagem obrigatória para situar o conhecimento e garantir uma aproximação com a realidade. Neste sentido, a pesquisa trata da “contextualização do contexto na racionalização do fenômeno” (GOMES, 2000, p.

105), tentando compreender esta faceta da realidade humana enquanto vivência social, onde “o significado é o conceito central de investigação” (MINAYO, 2004, p. 23).

Também no Brasil, a literatura vai no sentido de que as políticas públicas em saúde devem privilegiar o território regional, quando o assunto é suicídio, face à existência de um eventual “efeito contágio” motivado pela “dependência espacial entre microrregiões”, porque os índices de suicídio, em sendo maiores nas regiões Sul e Centro-Oeste do Brasil, concluem os pesquisadores que as políticas públicas de contenção do agravo devem, a seu turno, abranger mais que o território local, pois a circunvizinhança influencia nestes índices, tanto quanto fatores como fanatismo religioso, eutanásia, ou outros, referentes a rompimento matrimonial, consumo de bebida alcoólica, viuvez, taxas de desemprego e de urbanização, alto grau de ruralização (caracterizada pela dificuldade de acesso à rede de saúde, uso de agrotóxico, baixa renda, etc.), maior número de suicídio entre homens e nível de instrução (GONÇALVES; GONÇALVES; OLIVEIRA JÚNIOR, 2011).

Também o sentimento de culpa, típico dos suicidas, somente pode ser detectado no nível de atendimento loco-regional. Esse sentimento pode influenciar no cometimento de suicídio, porque a vítima, conforme Cassorla (2010), protege-se como numa carapaça que lhe tolda a vida e a criatividade, transformando impulsos homicidas em impulsos suicidas.

Até o eventual despreparo dos profissionais da área de saúde, no atendimento de pacientes com tendências suicidas, pode ser minimizado ou eliminado, porque é no labor do dia a dia, portanto num determinado território que este despreparo é constatado. Kohlrausch *et al.* (2008) aduzem que 75% dos suicidas procuram os serviços de atenção à saúde primária no mesmo ano em que se matam; e destes, 45% o fazem no mês em que tiram a própria vida. Estes índices demonstram a falta de ação profissional e em rede de saúde pública e mental e a necessidade de conscientização dos agentes de saúde da atenção primária, que, por estarem mais próximos à vítima, podem identificar fatores de risco e auxiliar na prevenção do suicídio, até porque os tentadores desejam conversar, expor seus problemas, mas o que encontram, geralmente, é apenas a prescrição de medicamentos.

A WHO (2014f) também esclarece que os serviços de assistência à saúde precisam incorporar a prevenção do suicídio em sua rotina diária como um componente central, porque a identificação precoce de tendências suicidas nos usuários do sistema de saúde é fundamental para garantir que os pacientes sejam auxiliados no combate contra o suicídio.

No Brasil, já em 2004, a saúde mental e a regionalização do SUS eram prioridades no Plano Nacional de Saúde (PNS 2004-2007) e o suicídio tornou-se agravo de notificação compulsória (Portaria MS n. 2.607/2004) (BRASIL, 2004c), enquanto nos Estados Unidos,

mesmo quatro anos após, isto é, em 2008, os médicos residentes em psiquiatria atendiam um tentador a cada 20 pacientes e apenas um a cada cinco estabelecimentos de saúde registrava tal atendimento, o que comprometia o monitoramento dos casos atendidos por tentativa de suicídio (TSAI *et al.*, 2012).

A partir de 2006, o MS intensificou sua atuação no combate ao suicídio. Foi criado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), cuja coleta de informações, a partir de 2009, passou a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), assumindo, desde então, caráter universal (MASCARENHAS *et al.*, 2011a). Sublinha-se que a Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados no Brasil, é atualmente regulada pela Portaria MS n. 1.271, de 6 de junho de 2014 (BRASIL, 2014h), cujos dados alimentam o SINAN, a partir das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, fortalecendo o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), e servindo para auxiliar na implantação de políticas públicas em saúde, já que apresenta os aspectos coletivos da questão e um retrato das realidades locais (GALVÃO; DIMENSTEIN, 2009).

Também em 2006, foi realizado o I Seminário Nacional de Prevenção do Suicídio em Porto Alegre/RS e foi implantado o Projeto ComViver, para acompanhamento das vítimas e de suas famílias. O ano de 2006 foi importante especialmente pelo lançamento da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio (ENPS) (BRASIL, 2012c) na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), como fruto de pesquisas conjuntas, iniciadas em 2005, entre instituições e cientistas renomados como a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e Neury José Botega, a Universidade de Brasília (UnB) e Marcelo Tavares, a PUCRS e Blanca Werlang, a Universidade Federal (UFRJ) e o Instituto Philippe Pinel do Rio de Janeiro, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e o Centro de Valorização da Vida (CVV). Dessa importante iniciativa resultou o Manual para Profissionais de Saúde Mental e Prevenção do Suicídio (BOTEGA; D'OLIVEIRA, 2006). A ENPS, implantada pela Portaria MS n. 1.876 de 14 de agosto de 2006 (BRASIL, 2006b), reconheceu “que o fenômeno do suicídio é um grave problema de saúde pública, que afeta toda a sociedade e que pode ser prevenido”, considerando o aumento dos casos entre jovens, o impacto nas famílias, trabalho, escola e instituições, o apoio da mídia, o suporte da sociedade civil e o custo elevados com as intervenções em saúde. A ENPS 2006 seguiu as orientações da WHO e buscou combater o agravo com ações em todos os níveis de atenção à saúde, criando uma rede de atendimento especializado, subsidiando pesquisas e estabelecendo estratégias e diretrizes nos estados brasileiros. Foram desenvolvidas ações setoriais e projetos, organizando redes de

atenção, de intervenção, de coleta de dados, bem como disseminando informações e treinando agentes em saúde para tratar as vítimas. O Painel de Indicadores do SUS n. 5 descreve que, em 2006, ocorreram 8.506 registros de mortes por suicídio (6,7% do total de óbitos no Brasil), sendo 21% de suicídios femininos e 79% de suicídios masculinos ou 23 suicídios por dia. Os tentadores passaram a ser atendidos nos CAPS, por equipes multiprofissionais, havendo no Brasil, até agosto de 2007, 1.202 CAPS além de 23.737 Programas de Saúde da Família (PSF) com 179.070 agentes comunitários (OLIVEIRA, 2008).

O ano de 2006 foi um marco na implantação das políticas públicas em saúde voltadas para a questão suicidológica, sendo que a tabela a seguir demonstra o número de suicídios em cada estado da Federação, a partir do ano anterior à implantação da ENPS, ou seja, 2005, permitindo um comparativo entre o coeficiente específico por suicídio, a partir de 2005 e até 2009, conforme consta da Série Estatística do IBGE (2014f).

Tabela 5 - Coeficiente estadual de mortalidade por suicídio no Brasil de 2005-2009

UF	Anos	2005	2006	2007	2008	2009
Região Norte						
Rondônia		4,2	4,0	2,6	5,1	5,7
Acre		2,9	3,7	5,0	4,9	4,5
Amazonas		2,8	3	3,8	4,4	4,5
Roraima		6,9	8,4	10,4	7,5	7,6
Pará		2,4	2,3	2,5	3,0	2,5
Amapá		6,9	4,1	4,2	5,1	4,1
Tocantins		5,2	5,4	6,3	6,6	6,1
Região Nordeste						
Maranhão		1,9	2,6	2,6	2,8	2,5
Piauí		4,9	6	6,8	7,0	6,6
Ceará		6,6	6,0	6,3	6,4	5,9
Rio Grande do Norte		5,4	4,8	4,3	4,7	4,6
Paraíba		2,9	3,6	3,6	4,2	4,4
Pernambuco		3,7	3,5	4,4	4,2	3,7
Alagoas		2,6	3,1	3,5	3,4	3,5
Sergipe		4,1	3,8	4,8	5,4	5,5
Bahia		2,6	2,8	3,0	2,6	2,6
Região Sudeste						
Minas Gerais		5,2	5,2	5,2	5,3	5,6
Espírito Santo		4,9	4,5	3,9	4,4	4,3
Rio de Janeiro		2,8	2,6	2,2	2,1	2,0
São Paulo		4,0	4,2	4,1	4,5	4,8
Região Sul						
Paraná		6,5	5,7	6,0	5,6	6,1
Santa Catarina		7,7	6,4	7,5	8,1	8,5
Rio Grande do Sul		9,9	10,5	9,9	10,7	10,2
Região Centro-Oeste						
Mato Grosso do Sul		8,6	8,4	8,1	7,8	8,7
Mato Grosso		5,4	5,9	5,3	6,1	6,3
Goiás		6,0	5,1	5,2	6,5	5,2
Distrito Federal		3,8	4,5	4,2	4,6	4,9

Fonte: Série Estatística do IBGE (2014f).

(1) Índice de mortalidade específica: óbitos por 100.000 habitantes.

(2) Índices calculados a partir dos óbitos informados ao SIM. O IBGE informa que as análises devem considerar as limitações de cobertura e qualidade da informação da causa de óbito.

A tabela 5 aponta o coeficiente de mortalidade por suicídio, permitindo analisar a incidência efetiva do agravo em cada estado da Federação, porque este coeficiente coloca os estados em igualdade de condições, já que o parâmetro adotado é o mundialmente reconhecido de 1/100.000 habitantes. A comparação entre os índices de mortalidade específica por suicídio entre os estados da Federação, a partir de 2005 e até 2009, contempla a alocação do estado entre os que tiveram diminuídos ou aumentados pouco ou muito seu coeficiente de mortalidade por suicídio, bem como entre os que permaneceram estáveis, considerando-se uma variação de 0,5 (meio ponto percentual), entendida como suficiente, já que o Índice de Mortalidade Específica adotado pelo IBGE também é de 1/100.000 habitantes.

Entre 2005 e 2006, o coeficiente de mortalidade por suicídio variou para menos no Amapá, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rondônia, Santa Catarina e Sergipe. Variou para mais no Acre, Alagoas, Amazonas, Bahia, Distrito Federal, Maranhão, Mato Grosso, Paraíba, Piauí, Rio Grande do Sul, Roraima, São Paulo e Tocantins.

Já entre 2008 e 2009, o coeficiente de mortalidade por suicídio diminuiu no Acre, Amapá, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Pará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Tocantins.

A tabela 5 também permite observar que apenas Amazonas e Paraíba apresentaram tendência de alta no coeficiente de suicídio entre 2006 e 2009. O único estado que apresentou tendência de baixa constante foi o Rio de Janeiro (à exceção de 2005, com o Maranhão em 1,9). O Estado do Rio Grande do Sul apresentou os maiores coeficientes do período (à exceção de 2007, com Roraima em 10,4).

Não é demais apontar que, de 2000 até 2010, as internações hospitalares por lesões autoprovocadas intencionalmente (em todas as categorias contempladas pela CID-10, códigos X-60 a X-84) diminuíram em 28,6% (MASCARENHAS *et al.*, 2011a).

Em setembro de 2009, o MS lançou o Manual Dirigido a Profissionais da Saúde da Atenção Básica (BOTEGA, 2009b), dimensionando o suicídio como uma das três principais causas de morte na faixa etária entre 15 e 35 anos e como a sexta causa de incapacitação na faixa etária considerada produtiva (dos 15 aos 44 anos de idade), estimando o agravo como responsável por 2,4% das doenças mundiais em 2020, e que, em 90% dos casos, se diagnostica transtorno mental correspondendo à depressão, bipolaridade e dependência de substâncias químicas, cabendo a detecção antecipada às equipes de Atenção Básica, que são as mais próximas da comunidade e que, por isso, podem encaminhar os casos ao serviço de saúde mental. Conforme o Manual, os principais fatores de risco para o suicídio são tentativas

anteriores, transtornos mentais, fatores sócio demográficos (maior concentração entre homens e em faixas etárias definidas, problemas econômicos, incidência entre aposentados, desempregados, ateus, solteiros ou separados, residentes em áreas urbanas e imigrantes), psicológicos (perdas recentes ou na infância, conturbações familiares, datas específicas como aniversários, personalidade impulsiva ou agressiva) e condições incapacitantes (doenças orgânicas, dores crônicas, aleijões, epilepsia, traumas medulares, câncer e AIDS). O Manual refere-se à depressão, instruindo os profissionais sobre sintomas, abordagem ao paciente e previsão das etapas de tratamento, também apontando erros comuns de diagnóstico e/ou de tratamento, a exemplo de convicções de que a depressão não precisa ser tratada, só ocorre entre fracos, estressados ou idosos, que a cura encontra-se na força de vontade do paciente, que os antidepressivos são perigosos, que o paciente deve retornar “daqui a um ou dois meses, e então conversaremos mais longamente” ou mesmo o pensamento de que “No lugar dele eu também estaria deprimido”, tratando também da ambivalência, da rigidez e da impulsividade típicas do comportamento do suicida (BOTEGA, 2009b, p. 13).

Também em 2009, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) dirigiu uma publicação à imprensa para alertar sobre o cuidado com a veiculação do suicídio na mídia, podendo, por um lado, prevenir contágios e, por outro, contribuir para o aumento dos casos, especialmente quando se trate de celebridades, fatos que causem comoção ou exponham atos terroristas (BOTEGA, 2009a).

Ainda em 2009, a terceira edição do Manual Técnico Normatização das Declarações de Óbito do MS aprimorou os registros dos suicídios, informando que Declaração de Óbito “é o documento-base do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS)”, que comprova o óbito e gera dados sobre a saúde da população e para as estatísticas de mortalidade (BRASIL, 2009a). Também foi lançada a edição eletrônica do Manual de Prevenção do Suicídio, dirigido às equipes do PSF, consolidaram-se parcerias como o CVV e Unicamp, foi lançado o sítio eletrônico Amigos pela Vida, com apoio da UFRGS; e foram capacitadas equipes de saúde juntamente com a Prefeitura do Rio de Janeiro, bem como estados e municípios promoveram atividades de informação no dia 10 de setembro, Dia Mundial de Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2011h).

Partindo-se do ano em que as políticas públicas em saúde no Brasil passaram a adotar uma postura mais preocupada com as questões suicidológicas (2006), e até o ano de 2012 (último ano de referência para a coleta de dados do SIM/MS), a Tabela 6 comprova que o suicídio ocorre em todo o território nacional e, por essa razão, torna-se questão de saúde pública.

Tabela 6 - Óbitos por lesão autoprovocada intencionalmente nas regiões brasileiras, de 2006 até 2012

Regiões do Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste	Total
Período						
2006	478	1.961	3.305	2.131	764	8.639
2007	542	2.168	3.226	2.185	747	8.868
2008	620	2.202	3.404	2.245	857	9.328
2009	593	2.101	3.570	2.279	831	9.374
2010	624	2.123	3.735	2.154	812	9.448
2011	692	2.297	3.900	2.156	807	9.852
2012	694	2.336	4.002	2.357	932	10.321

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (BRASIL, 2012d).

Conforme se observa na tabela 6, à exceção do ano de 2008, o número de suicídios aumentou paulatinamente no Brasil, dos 8.630 casos em 2006 até 10.321 casos em 2012. É certo que uma investigação da incidência do agravo sobre um determinado território deve levar em conta o número de habitantes do local investigado e o coeficiente de mortalidade por suicídio na proporção mundialmente admitida de um suicídio a cada 100.000 habitantes, porém, independentemente disso, a tabela 6 serve para informar o número absoluto de suicídios em cada região brasileira, entre 2006 e 2012, permitindo observar qual delas apresenta o maior e o menor número absoluto do agravo. Neste aspecto, entre 2006 e 2012, a Região Sudeste apresentou os maiores números de suicídio, seguida, respectivamente, pelas Regiões Sul, Nordeste, Centro-Oeste e Região Norte, esta última com os menores números absolutos de suicídio no período investigado.

A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, atualmente na sua 10ª edição (CID-10), é publicada pela WHO para padronizar a codificação de doenças, agravos e outros problemas relacionados à saúde, em âmbito mundial. A classificação se apresenta em códigos ramificados no apontamento de sinais, sintomas, características, anormalidades e demais causas para doenças e agravos. O suicídio é abordado pela CID-10 como Lesão Autoprovocada Intencionalmente. O agravo é contemplado nos códigos de X-60 até X-84 do Capítulo XX da CID-10. O quadro 5, a seguir, abrange os óbitos por suicídio ocorridos no Brasil, de 2010 até 2012, permitindo que se conheça a codificação da CID-10 sobre os meios de cometimento do suicídio, bem como quais foram os meios mais utilizados como instrumento para a morte voluntária no Brasil, entre 2010 e 2012.

Quadro 5 - Óbitos por lesão autoprovocada intencionalmente no Brasil de 2010 a 2012, CID-10, Capítulo XX, Códigos de Classificação de X60 até X84

CID-10	Nomenclatura	2010	2011	2012	Total
Auto-intoxicação por e exposição intencional a					
X60	Analgésicos, antipiréticos e anti-reumáticos, não-opiáceos	6	13	11	30
X61	Anticonvulsivantes sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte	178	173	200	551
X62	Narcóticos e alucinógenos não classificados em outra parte	35	62	55	47
X63	Outros fármacos de ação sobre o sistema nervoso autônomo	20	16	11	47
X64	Outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas	188	179	192	559
X65	Intoxicação voluntária por álcool	35	36	41	112
Auto-intoxicação intencional por					
X66	Solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e vapores	8	12	13	33
X67	Outros gases e vapores	13	14	20	47
Auto-intoxicação por e exposição, intencional a					
X68	Pesticidas	722	719	537	1.978
X 69	Outros produtos químicos	311	288	274	873
Lesão autoprovocada intencionalmente por					
X70	Enforcamento, estrangulamento e sufocação	5.679	6.148	6.687	18.514
X71	Afogamento e submersão	107	147	117	371
X72/X74	Armas de fogo	969	916	989	2.874
X75	Dispositivo explosivo	4	3	3	10
X76	Fumaça, pelo fogo e por chamas	224	210	207	641
X77	Vapor de água, gases ou objetos quentes	1	6	4	11
X78	Objeto cortante ou penetrante	179	187	169	535
X79	Objeto contundente	80	78	85	243
X80	Precipitação de um lugar elevado	385	344	347	1.076
X81	Precipitação/permanência diante de um objeto em movimento	15	24	15	54
X82	Impacto de um veículo a motor	45	26	36	107
X83/X84	Outros meios especificados ou não especificados	245	257	312	814
Total de suicídios no Brasil		9.448	9.852	10.321	29.621

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (BRASIL, 2012d)

O quadro 5 permite observar que 29.621 pessoas se suicidaram, entre 2010 e 2012, no Brasil, sendo que os cinco meios mais utilizados para o cometimento de suicídio foram enforcamento, estrangulamento e sufocação (18.514 mortes), uso de armas de fogo (2.874 mortes), intoxicação por pesticidas (1.978 mortes), precipitação de lugar elevado (1.076 mortes) e intoxicação por outros produtos químicos (873 mortes), sendo que as mortes por enforcamento, estrangulamento e sufocação aumentam progressivamente a cada ano, superando, em larga margem, os suicídios por quaisquer dos outros meios mais utilizados.

Sena-Ferreira *et al* (2014), pesquisando o suicídio entre 2006 e 2009, em Palmas (TO), pelo método da autópsia psicossocial, analisaram 24 mortes por suicídio (19 homens e 5 mulheres), constatando que 15 homens (78,9%) e 4 mulheres (80%) utilizaram o enforcamento para matar-se, ficando, também nessa pesquisa, o enforcamento como o primeiro meio pelo qual ambos os sexos cometem suicídio.

Já a pesquisa de Vidal, Gontijo e Lima (2013) teve resultado diferente. Entre 2003 e 2009, após a análise de Boletins de Ocorrência Policial e Declarações de Óbitos na

microrregião de Barbacena, Minas Gerais, os autores constituíram uma população de 808 pessoas (275 homens e 535 mulheres) que haviam tentado suicídio no período pesquisado. Percebeu-se que as mulheres (65,8%) tentaram contra a vida mais do que os homens. Os autores constataram também que as tentativas entre mulheres foram mais frequentes e menos letais (68,3%), pelos meios de auto-intoxicação por medicamentos (64,2%) e pesticidas (11,6%). Entre os homens, a maioria (66,3%) efetuou apenas uma tentativa, porém usando meio mais letal, como o enforcamento (7,8%). Dessas tentativas, 12 foram exitosas, portanto 23% do grupo pesquisado conseguiu matar-se. Foram seis mortes por ingestão de medicamentos (50%), quatro por enforcamento (33%) e dois por exposição a fumaça ou fogo (17%).

Entre os anos de 2010 e 2012, o quadro a seguir apresenta os três meios de cometimento de suicídio mais utilizados no Brasil, distribuídos por gênero e faixa etária.

Quadro 6 - Os 3 principais meios de cometimento de suicídio no Brasil, entre 2010 e 2012, por gênero e faixa etária

Faixa etária		5/9	10/14	15/19	20/29	30/39	40/49	50/59	60/69	70/79	80 e +	Ig.	Total	Total	
Nomenclatura		Total nos três anos pesquisados												18.514	
Enforcamento, estrangulamento e sufocação	2010	H	2	34	301	1.223	1.019	899	606	350	237	135	15	4.821	5.679
		M	1	21	70	170	148	179	137	67	44	19	2	858	
	2011	H	2	44	306	1.344	1.112	892	644	418	260	130	21	5.173	6.148
		M	1	28	94	207	260	183	157	82	43	20	0	975	
	2012	H	1	63	348	1.314	1.224	982	737	491	258	157	11	5.586	6.687
		M	1	20	100	211	223	200	164	105	56	17	3	1.101	
		Total nos três anos pesquisados												2.874	
Arma de fogo	2010	H	0	8	44	215	171	159	105	79	59	26	2	868	969
		M	0	1	15	25	18	25	12	2	2	1	0	101	
	2011	H	1	7	47	173	181	148	117	76	54	25	3	832	916
		M	0	0	10	22	20	13	7	8	3	1	0	84	
	2012	H	1	8	48	201	183	144	117	97	55	26	0	880	989
		M	0	3	11	24	24	24	13	6	2	1	1	109	
		Total nos três anos pesquisados												1.978	
Pesticidas	2010	H	0	2	27	97	111	83	56	49	27	12	0	464	722
		M	0	14	29	45	55	63	29	10	9	4	0	258	
	2011	H	0	3	20	92	84	104	83	52	31	9	2	480	719
		M	0	6	48	42	53	42	27	12	6	3	0	239	
	2012	H	0	1	14	67	72	62	63	25	21	9	1	335	537
		M	0	6	21	39	43	42	29	17	3	2	0	202	

Fonte: DATASUS - MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (BRASIL, 2012d).

O quadro 6 demonstra que os suicídios masculinos superaram em larga margem os femininos. Para ambos os sexos, o meio mais utilizado foi o enforcamento, estrangulamento e sufocação. O segundo maior meio condutor às mortes voluntárias, entre homens, foi o uso de armas de fogo e, entre mulheres, foi intoxicação por pesticidas. Desse modo, pode-se verificar que as mulheres matam-se mais com o uso de pesticidas do que com armas de fogo. Com

relação ao primeiro dos meios, causa surpresa a constatação de que as mulheres usaram do meio tão letal quanto o escolhido pelos homens, o enforcamento. Já o uso, em segundo lugar, de pesticidas pelas vítimas do sexo feminino e de armas de fogo pelas do sexo masculino, confirmam que as mulheres preferem o uso de meios menos letais para provocar a morte voluntária.

No quadro 6, também se observa os três meios, conforme as faixas etárias. Constata-se que ocorrem em todas as faixas etárias, sendo que entre, 2010 e 2012, morreram 1.832 crianças e adolescentes (dos 5 aos 19 anos de idade), sendo 1.437 (1.101 meninos e 336 meninas) por enforcamento, 204 (164 meninos e 40 meninas) por arma de fogo e 191 por intoxicação por pesticida (67 meninos e 124 meninas).

Entre 2010 e 2012, o enforcamento vitimou 18.514 pessoas, sendo 15.580 homens e 2.934 mulheres, concentradas as vítimas masculinas entre os 20/29 anos e as femininas inicialmente entre os 40/49 anos e posteriormente entre os 20/29 anos. Chama a atenção o número de enforcamentos ocorridos na faixa dos 5/9 anos de idade, vitimando cinco meninos e três meninas e também na faixa etária dos 10/14 anos, onde 210 crianças e adolescentes perderam a vida por esse meio (141 meninos e 69 meninas).

Ainda é possível aferir, no quadro 6, que o número de suicídios, independentemente do meio mais utilizado, aumenta sensivelmente entre os 20/29 anos; decrescendo daí paulatinamente, com raras exceções, entre elas os suicídios masculinos por pesticida em 2011, em que, entre 15/19 anos, mataram-se 48 pessoas e entre 20/29 anos, os casos diminuíram para 42 vítimas.

Embora os números de suicídios por armas de fogo e por intoxicação por pesticidas não sejam tão expressivos quanto o número de enforcamentos, também são consideráveis: entre 2010 e 2012, 2.874 pessoas se suicidaram usando armas de fogo e 1.978 se intoxicaram com pesticida no Brasil.

O suicídio no Brasil é uma questão importante. Segundo o MS (BRASIL, 2012b), o número de suicídios aumentou de 6.743 casos, em 1996, para 10.321, em 2012 (aqui, na média de 28 suicídios a cada 24 horas), causando sofrimento à vítima, sua família, à sociedade e ao governo, causando inúmeros prejuízos. O suicídio é também um problema de finanças públicas, com o escoamento de recursos públicos materiais e de pessoal, destinados às internações e tratamentos clínicos, psicológicos e farmacológicos. A tarefa do MS no combate ao suicídio é dificultada também pela abrangência do grupo de risco, cujas vítimas se encontram entre transtornados mentais, depressivos, familiares de tentadores, alcoolistas,

usuários de drogas, residentes em clínicas, indígenas, rurícolas, hospitais, presídios e outras instituições (MOURA *et al.*, 2011).

O quadro abaixo apresenta o número absoluto de suicídios, o coeficiente de mortalidade por suicídio por gênero e por faixa etária no Brasil, em 2010. Apresenta, ainda, os quatro estados com o maior número de suicídio entre os estados brasileiros em 2010, apontando os números absolutos e coeficientes de mortalidade pelo agravo.

Quadro 7 - Referências suicidológicas no Brasil e estados com maior incidência em 2010

Número de óbitos por suicídio no Brasil em 2010											100%	9.448	
											Entre homens	79%	7.464
											Entre mulheres	21%	1.984
FAIXA ETÁRIA (em anos) e taxa de cometimento													
15/19		20/24		25/29		40/49		50/59		60 +			
3,6	340	6,1	576	6,8	642	7,4	699	6,7	630	7,9	746		
Estados com maiores taxas de suicídio							Rio Grande do Sul		9,7%	916			
							Santa Catarina		8,5%	803			
							Mato Grosso do Sul		7,7%	727			
							Roraima		7,5%	709			

Fonte: Rede Brasileira de Prevenção ao Suicídio (2013).

Coefficiente de mortalidade por suicídio calculado em 1 suicídio a cada 100.000 habitantes (1/1000.000).

O quadro 7 demonstra que em 2010, no Brasil, a média foi de cinco suicídios a cada 100.000 habitantes, sendo que o Rio Grande do Sul apresentou o maior coeficiente (9,7%), seguido por Santa Catarina (8,5%), Mato Grosso do Sul (7,7%) e Roraima (7,5%). De modo geral, o suicídio masculino superou o feminino (na relação de 4:1), ocorreu em todas as faixas etárias a partir dos 15 anos, com maior concentração entre os 40/49 anos (foram 699 suicídios ou 7,4/100.000) e também após os 60 anos (746 suicídios ou 7,9/100.000).

O resultado permanece refletindo o obtido na década de 1990, pois no Brasil “Os dados existentes, sejam coeficientes ou proporções de óbitos, indicam maior mortalidade por suicídio na Região Sul e menos na Região Nordeste” (BARROS, 1991, p. 49).

Em 2011, foi efetuado um levantamento pelo Sistema Viva sobre os atendimentos em acidentes e violências (agressões interpessoais e autoprovocadas), nas portas de entrada dos serviços em saúde de 105 Serviços Sentinela de Urgência e Emergência, em 24 capitais e no Distrito Federal (BRASIL, 2013g, p. 23), indicando que 10% dos atendimentos (449 casos) foi por lesão autoprovocada (231 entre homens e 236 entre mulheres), a maioria ocorrida na faixa etária dos 20/39 anos (64,4% de homens e 52,7% de mulheres) e dos 10/19 anos (15% entre homens e 22,9% entre mulheres), sendo que 7,7% das vítimas apresentara um tipo de deficiência (física, mental, visual, auditiva ou outras). Entre as autolesões atendidas, 272 casos foram de tentativa de suicídio. Foram 101 tentativas (44,2%) entre homens e 171

(71,8%) entre mulheres, a maioria atendida no período noturno (35,3%) e nos fins de semana (BRASIL, 2013g, p. 55, 62).

O SIM do DATASUS/MS aponta o número absoluto de óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente, por Unidades da Federação em 2010, sendo que no quadro abaixo se apresenta também o número de habitantes e o coeficiente de mortalidade por suicídio estado e região.

Quadro 8 - População, IDHM e classificação, número absoluto de suicídios e coeficiente de mortalidade por suicídio com sua classificação, por residência nas regiões e estados brasileiros em 2010

Unidade da Federação	2010					
	População ⁽¹⁾	IDHM e sua classificação	Nº	Coeficiente de mortalidade por suicídio ⁽²⁾ e sua classificação		
Região Norte						
Rondônia	1.562.409	0,690	Médio	82	0,00524	Média
Acre	733.559	0,663	Médio	41	0,00558	Média
Amazonas	3.483.985	0,674	Médio	162	0,00464	Baixa
Roraima	450.479	0,707	Alto	34	0,00754	Alta
Pará	7.581.051	0,646	Médio	188	0,00247	Muito Baixa
Amapá	669.526	0,708	Alto	30	0,00448	Baixa
Tocantins	1.383.445	0,699	Médio	87	0,00628	Média
Total de suicídios - Região Norte				624		
Região Nordeste						
Maranhão	6.574.789	0,639	Médio	208	0,00316	Baixa
Piauí	3.118.360	0,646	Médio	201	0,00644	Média
Ceará	8.452.381	0,682	Médio	488	0,00577	Média
Rio Grande do Norte	3.168.027	0,684	Médio	137	0,00432	Baixa
Paraíba	3.766.528	0,658	Médio	158	0,00419	Baixa
Pernambuco	8.796.448	0,673	Médio	285	0,00323	Baixa
Alagoas	3.120.494	0,631	Médio	85	0,00272	Muito Baixa
Sergipe	2.068.017	0,665	Médio	129	0,00623	Média
Bahia	14.016.906	0,660	Médio	432	0,00308	Baixa
Total de suicídios - Região Nordeste				2.123		
Região Sudeste						
Minas Gerais	19.597.330	0,731	Alto	1.102	0,00562	Média
Espírito Santo	3.514.952	0,740	Alto	160	0,00455	Baixa
Rio de Janeiro	15.989.929	0,761	Alto	509	0,00318	Baixa
São Paulo	41.262.199	0,783	Alto	1.964	0,00475	Baixa
Total de suicídios - Região Sudeste				3.735		
Região Sul						
Paraná	10.444.526	0,749	Alto	588	0,00562	Média
Santa Catarina	6.248.436	0,774	Alto	530	0,00848	Alta
Rio Grande do Sul	10.693.929	0,746	Alto	1.036	0,00968	Muito Alta
Total de suicídios - Região Sul				2.154		
Região Centro-Oeste						
Mato Grosso do Sul	2.449.024	0,729	Alto	188	0,00767	Alta
Mato Grosso	3.035.122	0,725	Alto	161	0,00530	Média
Goiás	6.003.788	0,735	Alto	315	0,00524	Média
Distrito Federal	2.570.160	0,824	Muito Alto	148	0,00575	Média
Total de suicídios - Região Centro-Oeste				812		
Total de suicídios no território brasileiro em 2010				9.448		

Fonte: MS/SVS/DATASUS/SIM (BRASIL, 2012d) e IBGE Estados (IBGE, 2010b).

⁽¹⁾ População em milhares de habitantes.

⁽²⁾ Coeficiente de mortalidade por suicídio em 2010, no parâmetro 1/100.000 habitantes, calculado pela pesquisadora.

A configuração do quadro 8 se justifica, porque o último grande Censo do IBGE ocorreu em 2010, ficando concentrada, no referido Censo, a maioria das referências neste trabalho, justamente pela confiabilidade dos dados coletados. A compilação permite analisar a situação do suicídio no território nacional com base no número de habitantes, aferido pela contagem mais recente, portanto o mais próxima possível da realidade nacional, decorrendo daí, maior exatidão do coeficiente de mortalidade por suicídio. A referência nos coeficientes de mortalidade por suicídio do quadro acima se encontram, para cada estado da Federação, num caráter infinitesimal que não é comumente adotado, porém aqui é necessário, porque a aferição do coeficiente ocorre na medida de 1 suicídio a cada 100.000 habitantes, portanto, um arredondamento nas casas numéricas não refletiria a realidade, já que a distinção do o coeficiente de mortalidade por suicídio entre alguns estados, em virtude do cálculo, encontra-se mesmo nestas diferenças infinitesimais do resultado.

O quadro ainda apresenta a média estadual do IDM, portanto, aferido nos quesitos Educação, Saúde (Longevidade) e Renda. A configuração demonstra que, em 2010, os estados brasileiros não apresentaram IDHM Baixo ou Muito Baixo. Nas Regiões Norte (à exceção de Roraima e Amapá, ambos com IDHM Alto) e Nordeste, os estados apresentaram IDHM Médio, enquanto nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste (à exceção do Distrito Federal com IDHM Muito Alto), os estados apresentaram IDHM Alto. Os três menores coeficientes se apresentaram, respectivamente, em Alagoas (0,631), Maranhão (0,639) e Para/Piauí (ambos com 0,646). Os três primeiros estados com IDHM Alto foram, respectivamente, São Paulo (0,783), Santa Catarina (0,774) e Rio de Janeiro (0,761). A exceção foi o Distrito Federal, única unidade da Federação com IDHM Muito Alto (0,824), apresentando também, segundo o Atlas Brasil 2013, os coeficientes mais altos do país, na aferição individual em Educação (0,742), Longevidade (0,873) e Renda (0,863).

A aferição do coeficiente de mortalidade por suicídio coloca os estados num patamar de igualdade para observá-lo em consonância com a população estadual e mesmo para uma comparação entre estados. Tome-se o exemplo do Estado de São Paulo, que apresenta números absolutos de suicídio em 2010, na casa do milhar, portanto expressivos; mas, por ser um dos estados mais populosos do Brasil, o número absoluto de suicídios na casa do milhar não significa que em São Paulo ocorreram mais suicídios que em outras unidades da Federação. Pelo contrário, o coeficiente de mortalidade por suicídio de São Paulo é menor do que a maioria dos estados brasileiros, o que equivale dizer que em São Paulo ocorreram, em 2010, menos suicídios do que na maioria dos outros estados. Nessa condição de igualdade entre estados, em 2010 os menores coeficientes de mortalidade por suicídio foram dos

Estados do Pará (0,00247), Alagoas (0,00272) e Bahia (0,00308), e os maiores foram os do Rio Grande do Sul (0,00968), Santa Catarina (0,00848) e Roraima (0,00754), respectivamente.

O IDHM do Amapá foi Alto (0,708), compatível com o número absoluto de suicídios no Estado (30), tanto por ser o menos populoso quanto porque o coeficiente de mortalidade por suicídio (0,00448) estava entre os mais baixos do país. Este indicativo de IDHM Alto e Coeficiente Baixo ocorreu também no Espírito Santo, Rio de Janeiro e São Paulo, significando dizer que tais Estados ostentaram, em 2010, excelente qualidade de vida, não apenas porque Educação, Saúde e Renda foram expressivas, mas também porque o número de suicídios não foi substancial, inclusive face à densidade populacional daqueles Estados.

A confrontação entre o IDHM e o coeficiente de mortalidade por suicídio de um mesmo estado permite observar que, em São Paulo, por exemplo, o parâmetro foi de normalidade, no sentido de que o IDHM é Alto (0,774) e o Coeficiente de Mortalidade por Suicídio é Baixo (0,00475). O mesmo ocorre com o Rio de Janeiro, que também apresenta IDHM Alto (0,761) e Coeficiente de Mortalidade por Suicídio Baixo (0,00318). Aliás, o coeficiente de mortalidade por suicídio destas metrópoles encontra-se entre os menores do Brasil, decorrendo daí que o suicídio não ocorre com maior frequência em cidades grandes em comparação com as cidades de médio e pequeno porte, mas que o agravo ocorre em todo o território nacional, até em maior número em locais com menor concentração populacional. Percebe-se que o IDHM não é um bom indicador para o estudo do suicídio, não havendo correlação entre IDH alto e baixos coeficientes de suicídio.

Quanto aos estados que apresentaram, em 2010, IDHM Médio e Coeficiente de Mortalidade por Suicídio Baixo, tem-se que neles as condições de educação, saúde e renda foram satisfatórias e o número de mortes voluntárias não foi expressivo. Nesta condição encontravam-se Amazonas, Maranhão, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco e Bahia, ficando excepcionados o Pará e Alagoas, ambos com IDHM Médio e Coeficiente de Mortalidade por Suicídio Muito Baixo, podendo significar que os habitantes desses estados tinham, em 2010, qualidade de vida até mais satisfatória do que os habitantes de estados com IDHM Médio e Coeficiente de Mortalidade por Suicídio Baixo.

Os Estados que apresentaram IDHM Alto e Coeficiente de Mortalidade por Suicídio Médio foram Minas Gerais, Paraná, Mato Grosso e Goiás, sendo que o Distrito Federal, embora com Coeficiente de Mortalidade por Suicídio Médio, apresentou IDHM Muito Alto, sendo razoável compreender que a qualidade de vida de seus habitantes tenha sido excelente (já que o IDHM foi alto), especialmente no Distrito Federal.

Por seu turno, os Estados que apresentaram IDHM Médio Coeficiente de Mortalidade por Suicídio também Médio foram Rondônia, Acre, Piauí, Ceará e Sergipe, com o que se considera que, tanto o nível de qualidade de vida quanto o número de suicídios em seus territórios, encontravam-se nos patamares intermediários, não denotando, então, qualquer incongruência nesse resultado.

A leitura dos dados do quadro 8 demonstra que Roraima apresentou, em 2010, um IDHM Alto, sendo Alto também o seu Coeficiente de Mortalidade por Suicídio (0,00754). Esta posição de IDHM Alto e Coeficiente de Mortalidade por Suicídio Alto também ficou evidente em Santa Catarina e em Mato Grosso do Sul, ficando o Tocantins no limite de IDHM entre Médio e Alto (0,699), embora seu Coeficiente de Mortalidade por Suicídio, sendo Médio, também foi expressivo. O IDHM do Rio Grande do Sul também foi Alto, porém seu Coeficiente de Mortalidade por Suicídio apresentou-se Muito Alto em 2010, o maior do país. Esta leitura permite observar que, nestes Estados, embora os níveis de Educação, Saúde e Renda se apresentassem excelentes (denotando expressiva qualidade de vida), os coeficientes de mortalidade por suicídio altos destoaram da excelência aferida pelo IDHM, porque as mortes voluntárias se apresentaram em patamares preocupantes. O Rio Grande do Sul apresentou a maior incongruência nesse sentido, já que seu IDHM foi Alto (0,746) e seu Coeficiente de Mortalidade por Suicídio foi Muito Alto (0,00968).

O comparativo acima também permite averiguar que estados com alto índice de IDHM (e, portanto, com alto índice de desenvolvimento humano) podem apresentar, concomitantemente, um alto coeficiente de mortalidade por suicídio. Nesse sentido, se um estado apresenta IDHM e Coeficiente de Mortalidade por Suicídio elevado, o alto desenvolvimento daquele território não significa, necessariamente, que a população goza de boa saúde, já que o coeficiente de mortalidade por suicídio também é elevado.

Na continuidade, tem-se que embora a simples análise dos números absolutos de suicídios ocorridos em cada estado, não se preste à indicação de que o estado esteja aquém ou além do parâmetro mundialmente adotado para fins estatísticos do número ideal de suicídios em um determinado território, a tabela 7, abaixo apresentada, permite observar, nos 26 estados brasileiros e Distrito Federal, se entre 2011 e 2012 o número absoluto de suicídios aumentou ou diminuiu em cada estado. Esse resultado é relevante, quando a Unidade da Federação é analisada isoladamente.

Tabela 7 - Números absolutos em 2011 e 2012, de óbitos decorrentes de lesões autoprovocadas intencionalmente (Grande Grupo CID -10 X60-X84), por residência, segundo Região/Unidade da Federação

Unidade da Federação	2011	Diferença em números absolutos	2012
Rondônia	78	- 5	73
Acre	41	+ 2	43
Amazonas	188	- 3	185
Roraima	34	+ 4	38
Pará	222	+ 18	240
Amapá	37	- 16	21
Tocantins	92	+ 2	94
Total na Região Norte	692		694
Maranhão	218	- 12	206
Piauí	234	- 1	233
Ceará	553	- 43	510
Rio Grande do Norte	177	- 06	171
Paraíba	163	- 26	189
Pernambuco	291	+ 41	332
Alagoas	104	+ 5	109
Sergipe	125	- 16	109
Bahia	432	+ 45	477
Total na Região Nordeste	2.297		2.336
Minas Gerais	1.258	+ 10	1.264
Espírito Santo	162	+ 16	178
Rio de Janeiro	433	+ 30	463
São Paulo	2.047	+ 50	2.097
Total na Região Sudeste	3.900		4.002
Paraná	593	+ 26	629
Santa Catarina	520	+ 28	548
Rio Grande do Sul	1.043	+137	1.180
Total na Região Sul	2.156		2.357
Mato Grosso do Sul	211	- 1	210
Mato Grosso	158	+ 27	185
Goiás	338	+ 64	402
Distrito Federal	100	+ 35	135
Total na Região Centro-Oeste	807		932
Total no Brasil	9.852	+ 469	10.321

Fonte: MS/SVS/SIM (BRASIL, 2012d).

A tabela 7 demonstra que em 10 Estados (Rondônia, Amazonas, Amapá, Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Sergipe e Mato Grosso do Sul) os suicídios diminuíram e em quatro Estados (Acre, Roraima, Tocantins e Alagoas) houve uma leve tendência crescente. A tendência de crescimento foi relativamente maior em três estados (Pará, Minas Gerais e Espírito Santo), sendo que, em números absolutos, portanto na análise individual de cada estado da Federação, entre 2011 e 2012, ocorreu uma alta substancial e, nesse sentido, preocupante, no número de mortes autoprovocadas em 10 unidades federativas, respectivamente Paraná (+ 26), Mato Grosso (+ 27), Santa Catarina (+ 28), Rio de Janeiro (+ 30), Distrito Federal (+ 35), Pernambuco (+ 41), Bahia (+ 45), São Paulo (+ 50), Goiás (+ 64) e Rio Grande do Sul (+ 137).

Pela magnitude do problema, o MS procura monitorar os agravos e propor políticas públicas adequadas. Na questão do suicídio, desde 2006 o MS procura prevenir e combater este agravo, ou seja, a intervenção do MS no assunto ocorre já há quase uma década e o número de vítimas continua aumentando na maioria dos estados brasileiros. As políticas públicas de prevenção ao suicídio tornam fundamental que a vigilância não se restrinja ao monitoramento de tentativas e óbitos, mas que a atuação dos gestores brasileiros em saúde vise “compreender a extensão, gravidade e direção do problema, podendo subsidiar os tomadores de decisão no sentido de implantarem ações para a redução e prevenção das causas externas” (MASCARENHAS *et al.*, 2011a, p. 206). A retomada do tema periodicamente pelos gestores públicos em saúde no Brasil, sem uma readequação à dinâmica típica da vida em sociedade, faz dos esforços ministeriais, a cada troca de governo, meras iniciativas burocráticas destituídas de efetividade, porque “Um dos problemas do Brasil, é que a descontinuidade administrativa provoca, na maioria das vezes, retrocessos e o abandono de projetos ambiciosos e coerentes” (CAVALHEIRO, 2006, p. 69).

Especialmente a partir de 2006, várias ações foram efetivadas pelo MS no combate ao suicídio, porém a realidade sobre o suicídio no território nacional corrobora o posicionamento esposado pela médica psiquiatra Alexandrina Meleiro, em entrevista concedida à Agência Brasil, de que embora o combate ao suicídio seja planejado por pessoas preparadas, as soluções não saem do papel e o atendimento às vítimas é deficiente, porque os serviços de emergência que prestam os primeiros atendimentos aos tentadores, não têm pessoas qualificadas para este tratamento. Em se tratando das tentativas de suicídio, “O primeiro tratamento médico cirúrgico é feito como se fosse um trauma qualquer. Mas, dali, o paciente precisaria de um encaminhamento para internação, para um psiquiatra ou psicólogo. Do pronto-socorro ele vai pra casa. Nada é feito”. A psiquiatra sugere a orientação eficiente de líderes de serviços voluntários (como Lions e Rotary), escolas (instruções a professores seriam repassadas aos pais dos alunos) e igrejas, para reconhecimento dos sinais de ideação suicida (como abandono dos amigos e das atividades sociais e instabilidade emocional), que podem conduzir, num futuro próximo, ao suicídio. A Agência Brasil, que efetuou a reportagem, procurou por duas vezes o MS para comentar sobre as considerações da entrevistada, porém a assessoria de imprensa do MS declarou que “não tinha informação sobre o desenvolvimento de ações previstas pelas Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio de 2006” (MELEIRO, 2012).

Finalizando a abordagem sobre as questões suicidológicas no Brasil, apresenta-se a atual postura do MS, reconhecendo que tentativas e suicídios são problemas graves de saúde pública, abordando diretamente o assunto e tomando atitudes práticas de combate ao agravo.

Não é demais mencionar que a Estrutura Regimental (Decreto n. 8.065/2013) do MS, o descreve como órgão federal de Administração Direta que trata da Política Nacional de Saúde, coordena o SUS e promove ações de segurança e de vigilância sanitária (BRASIL, 2013a). Uma de suas secretarias é a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), que juntamente com as Secretarias estaduais e municipais vigiam e previnem doenças e agravos, compartilhando tecnologias e informações (Portaria MS n. 1.378/2013) que alimentam regularmente os Sistemas de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e de Informações sobre Mortalidade (SIM) (BRASIL, 2013c).

A Lista Nacional de Notificação Compulsória da Portaria MS 1.271/2014 (BRASIL, 2014h) trata, no item 46b da tentativa de suicídio, porque tentativa (uma morbidade) e suicídio (uma mortalidade) encontram-se entre as causas externas de morbimortalidade por violência (juntamente com agressões/homicídios, abusos físicos, sexuais e psicológicos), ao lado das por acidente (de trânsito, afogamento, envenenamento, quedas ou queimaduras), “como importante desafio às autoridades de saúde pública” (MASCARENHAS, 2011b, p. 227).

O portal da saúde do MS abre espaço para a Notificação de Violência Autoprovocada, informando que as tentativas de suicídio “passam a ser de notificação imediata no âmbito municipal”, pelo meio mais rápido possível, por causa da necessidade imediata de encaminhamento da vítima “aos serviços de atenção psicossocial, de modo a prevenir que um caso de tentativa de suicídio se concretize, pois as estatísticas demonstram um risco elevado de tentativas de suicídio subsequentes”. O MS também ordena a imediata notificação da vigilância epidemiológica municipal sobre as tentativas de suicídio, mesmo por telefone com posterior remessa de cópia da ficha de notificação, visando o “acionamento da rede de vigilância, prevenção e assistência, encaminhamento do paciente a um serviço de saúde mental, com adoção de medidas terapêuticas adequadas ao caso” (BRASIL, 2014g). As considerações do MS vão mais além:

Para medidas de prevenção, é importante que todos profissionais fiquem atentos aos sinais que indicam que uma pessoa possa estar vulnerável à tentativa de suicídio, como: tentativas anteriores de suicídio, transtorno mental, doenças graves, isolamento social, ansiedade e desesperança, crise conjugal e familiar, situações de luto, perda ou problemas no emprego e facilidade de acesso aos meios. O suicídio é

a expressão final de um processo de crise. É importante também sensibilizar profissionais de outros setores, tais como: educação, segurança pública, assistência social e a população em geral sobre esse problema de saúde, com vistas a preveni-lo (BRASIL, 2014g).

A Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados, no Brasil, é um ato estratégico do MS, que permite monitorar, com segurança e fidelidade, as ocorrências em saúde pública consideradas de maior gravidade. A medida é veiculada no portal da saúde do Ministério (BRASIL, 2014a), onde consta também a Portaria GM/MS n. 1.271/2014 que regulamenta o assunto, a partir de junho de 2014 (BRASIL, 2014h). Neste contexto, a notificação de tentativas de suicídio, não apenas compulsória, mas imediata, assume alto grau de importância, a ponto de afastar, de início, os atos burocráticos de registro do agravo, priorizando o encaminhamento da vítima aos serviços em saúde, com a finalidade de impedir outras tentativas. A decisão ministerial é emblemática, porque foi embasada em dados estatísticos, demonstrando o reconhecimento da autoridade federal (à qual os demais gestores em saúde se subordinam) de que o fenômeno do suicídio é um grave problema de saúde pública que deve ser enfrentado na prática, com medidas impactantes e de efeito, e a partir do menor dos territórios administrativos, o município. O posicionamento do MS representa não apenas o monitoramento eficaz do agravo, mas vai além, trata-se de um ato de repercussão prática, que torna factível a prevenção das tentativas e o combate ao suicídio, é um ato de resultado que embute em si, efetivamente, a possibilidade de redução do número do agravo em todo o território nacional.

Na sequência, procede-se à análise do assunto no RS e nos municípios abrangidos neste trabalho.

4.3 O suicídio no Rio Grande do Sul: estratégias de prevenção

As políticas públicas em saúde, no RS, apropriam-se do território, tanto como local de abrigo e convivência de pessoas como local fundamental à organização da infraestrutura em saúde, na sua multidimensão dinâmica de ordens, prioridades e horizontalidades, ligando populações num processo sociopolítico articulado, onde um lugar funciona de várias maneiras, numa dinâmica própria (SANTOS, 2006). Esta política de descentralização dá atenção às prioridades “loco-regionais” com a equação e solução dos problemas no território, inclusive quanto à organização dos profissionais, o que favorece a responsabilização e dinamiza o atendimento. É o “território-processo” que permite “aos atores portadores de um

determinado projeto de saúde, articular um conjunto de operações interdisciplinares, para solucioná-los” (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004, p. 54).

Nesta dinâmica, o RS é dividido em Regiões de Saúde, nas quais os municípios compartilham da infraestrutura, integrando ações e serviços em saúde. O RS encontra-se na fase de implantação da dinâmica do COAP, dando continuidade à PNPS que, desde 2006, representa a política pública em saúde no Brasil. O RS organiza seu território em rede regionalizada e hierarquizada, sobre o qual se definem responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios para avaliar o desempenho, recursos financeiros, controle e fiscalização sobre a execução de ações e serviços, inclusive com a elaboração do Mapa da Saúde, consistente na descrição dos recursos humanos e dos serviços e ações em saúde oferecidos pelo SUS e pela iniciativa privada.

No RS, a Secretaria Estadual de Saúde (SES-RS), para ampliar o acesso à saúde através de Redes Regionais, implantou, em 2011, projetos de fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, de aumento e qualificação da Urgência e Emergência, nos hospitais públicos regionais, de atenção a dependentes, entre outros. O sistema estadual de descentralização político-administrativa, baseado na regionalização da saúde, organizou o Estado em 19 (dezenove) Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), cada qual responsável por um determinado número de municípios, conforme a tabela abaixo:

Tabela 8 - Divisão estadual em Coordenadorias Regionais de Saúde, 2014

CRS	Município sede	Municípios atendidos	População atendida
1 ^a	Porto Alegre	41	1.686.231 habitantes
2 ^a	Porto Alegre	25	2.609.412 habitantes
3 ^a	Pelotas	22	845.135 habitantes
4 ^a	Santa Maria	32	541.247 habitantes
5 ^a	Caxias do Sul	49	1.079.601 habitantes
6 ^a	Passo Fundo	62	626.126 habitantes
7 ^a	Bagé	07	182.579 habitantes
8 ^a	Cachoeira do Sul	12	200.264 habitantes
9 ^a	Cruz Alta	13	152.070 habitantes
10 ^a	Alegrete	11	465.038 habitantes
11 ^a	Erechim	33	230.814 habitantes
12 ^a	Santo Ângelo	24	286.248 habitantes
13 ^a	Santa Cruz do Sul	13	327.158 habitantes
14 ^a	Santa Rosa	22	226.933 habitantes
15 ^a	Palmeira das Missões	26	161.508 habitantes
16 ^a	Lajeado	37	325.412 habitantes
17 ^a	Ijuí	20	222.771 habitantes
18 ^a	Osório	23	341.119 habitantes
19 ^a	Frederico Westphalen	26	187.063 habitantes

Fonte: SES-RS, 2014.

População com base no Censo do IBGE de 2010 (IBGE, 2014d).

A Tabela 8 permite constatar que todos os municípios do estado encontram-se sob jurisdição de uma CRS, e que estas atendem, nas questões de saúde, um expressivo número de habitantes. Estas CRS's podem abranger uma, ou mais de uma, Região de Saúde.

Entre 2006 e até 2010, na Região Sul, o RS ostentou os maiores índices de suicídio.

Quadro 9 - Os números do suicídio na Região Sul do Brasil entre 2006 - 2010

	RIO GRANDE DO SUL			SANTA CATARINA			PARANÁ				
	POPULAÇÃO	SUICÍDIOS	CME ⁽¹⁾	POPULAÇÃO	SUICÍDIOS	CME	POPULAÇÃO	SUICÍDIOS	CME		
2006	10.963.219	1.153	10,5	5.958.264	384	6,4	10.387.378	594	5,7		
2007	11.080.317	1.101	9,9	6.049.251	455	7,5	10.511.933	629	6,0		
2008	10.855.214	1.161	10,7	6.052.587	488	8,1	10.590.169	596	5,6		
2009	10.914.042	1.112	10,2	6.118.727	519	8,5	10.686.228	648	6,1		
2010	10.693.929	1.036	9,7	6.248.436	530	8,5	10.444.526	588	5,6		
Total de suicídios		5.563		Total	2.376		Total	3.055			
Média do CME			10,2	Média do CME			7,8	Média do CME			5,8

Fonte: Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA/MS) (BRASIL, 2011g).

Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2011 (IDB-2011).

⁽¹⁾ CME - Coeficiente de Mortalidade Específica (por suicídio) - óbitos por 100.000 habitantes.

O Quadro 9 demonstra que o Índice de Mortalidade Específica por suicídio nos estados da Região Sul do país foi mais representativa no RS do que nos demais. O número de habitantes no Paraná e no Rio Grande do Sul permaneceram similares entre 2006 e 2010, não obstante, os números absolutos e o índice de mortalidade específica por suicídio foram dessemelhantes. O Paraná ostentou o menor número de suicídios da Região Sul (3.055) enquanto o RS os maiores números (5.563), entre 2006 e 2010.

Ainda em 2002, o RS já ostentava o maior coeficiente de mortalidade por suicídio do Brasil (D'OLIVEIRA, 2005). Em 2006, enquanto o coeficiente médio nacional de mortes por suicídio era de 4,6/100.000 habitantes, no RS o coeficiente foi de 10,5/100.000 habitantes (OLIVEIRA, 2008). Conforme Botega (2009a), em 2009 o Estado abrigava dez dos vinte municípios brasileiros com 50.000 habitantes ou mais, com os maiores coeficientes de mortalidade por suicídio: Venâncio Aires (1º), Lajeado (2º), Santa Rosa (4º), Vacaria (5º), São Borja (11º), Canguçu (12º), Uruguaiana (13º), Passo Fundo (15º), Santa Cruz do Sul (16º) e Sapiranga (18º).

Em 2008, por convênio firmado entre o MS, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e SES/RS, foi implantada a estratégia de prevenção do suicídio como projeto piloto nos municípios rio-grandenses de Candelária, Santa Cruz do Sul, São Lourenço do Sul e Venâncio Aires. A proposta envolveu também a Universidade Estácio de Sá (RJ), o Centro de

Valorização da Vida (CVV), a Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e a 13ª CRS, em ações de sensibilização, capacitação, notificação e acompanhamento dos tentadores de suicídio em 2009 e 2010, resultando, em 2011, no Manual Prevenção do Suicídio no Nível Local, reconhecendo o fenômeno como “problema de saúde pública” que afeta toda a sociedade, embora seja pouco abordado por “desconhecimento, medo, preconceito, incômodo e atitudes condenatórias” (MOURA *et al.*, 2011, p. 13).

Nos moldes do Brasil e do mundo, também no RS o suicídio é tratado no campo da saúde mental, fazendo parte da RAPS que, desde 2011, responde pelo amparo às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e aos dependentes de drogas no Brasil, propondo trabalhar com os usuários em liberdade, em prol da desinstitucionalização.

A constatação de que o RS encontra-se entre os primeiros no cometimento de suicídio, conduziu a SES-RS à promoção de eventos sobre o tema. Em 2006, discutiu-se a "Redução de Risco ao Suicídio" (RIO GRANDE DO SUL, 2006). Em 2007, foi criado o Programa de Prevenção da Violência no Estado (RIO GRANDE DO SUL, 2010b). Em abril de 2009, foi lançado o Projeto de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (RIO GRANDE DO SUL, 2009b), ocasião em que o então Secretário Estadual da Saúde, Osmar Terra, frisou que o Rio Grande do Sul apresentava 9,9 suicídios a cada 100.000 habitantes, enquanto a média brasileira era de 4/100.000 habitantes, salientando a necessidade de capacitação de equipes e de localização dos municípios com maiores índices para buscar soluções (RIO GRANDE DO SUL, 2009a). Em 2010, no II Fórum Estadual de Prevenção da Violência em Porto Alegre, foram apresentados os resultados do Programa de Prevenção à Violência (RIO GRANDE DO SUL, 2010b); e, ainda em agosto de 2010, foi lançada a primeira versão do Manual de Prevenção ao Suicídio, apresentado pelo Coordenador do Centro de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio do RS, o psiquiatra Ricardo Nogueira, que salientou a alta proporção rio-grandense de suicídios, sendo 1.151 em 2009, com tendência de crescimento (RIO GRANDE DO SUL, 2010a).

Em março de 2011, a 13ª CRS, o Centro Estadual de Vigilância em Saúde e o Sistema de Saúde Mãe de Deus promoveram, em Porto Alegre, o IV Seminário de Prevenção do Suicídio, onde o Delegado da 13ª CRS, Paulo Augusto Gomes, expôs que o suicídio “é um problema de todos porque atinge toda a população, enfim é um problema de saúde coletiva” (RIO GRANDE DO SUL, 2011b). Em novembro de 2012, foi promovido o IV Seminário Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, onde a psicóloga Cláudia Weyne Cruz explicou que falta conhecimento sobre o tema, e que houve um aumento de casos entre jovens e entre idosos (RIO GRANDE DO SUL, 2012d).

O Relatório Oficial 2011 do Núcleo de Informação à Saúde da SES-RS tornou público o número de suicídios em cada CRS de janeiro de 2011 até agosto de 2012, como segue:

Quadro 10 - Os números do suicídio, por faixa etária, no território das CRS's de 2011 até ago. 2012

Em anos CRS	Até 9	10/14	15/19	20/29	30/39	40/49	50/59	60/69	70/79	80 e +	I ⁽¹⁾	Total	Coef. ⁽²⁾
1ª CRS	0	1	7	39	38	34	27	28	23	4	1	202	5,7
2ª CRS	0	0	3	7	8	14	9	10	8	2	0	61	8,1
3ª CRS	0	0	4	10	7	10	11	14	6	1	0	63	7,5
4ª CRS	0	0	1	9	7	8	12	12	4	4	0	57	10,6
5ª CRS	0	0	11	17	14	21	20	11	12	3	0	109	10,1
6ª CRS	0	0	4	16	15	17	11	4	5	2	0	74	12,5
7ª CRS	0	0	0	1	3	1	4	3	0	0	0	12	6,6
8ª CRS	0	0	0	7	5	9	6	3	3	2	1	36	18,0
9ª CRS	0	0	2	2	0	2	3	3	0	4	0	16	10,5
10ª CRS	0	0	0	6	6	6	13	6	5	2	0	44	9,5
11ª CRS	0	0	1	4	4	9	2	0	3	0	0	23	10,7
12ª CRS	0	1	2	8	1	6	2	7	2	2	0	31	10,7
13ª CRS	0	0	8	9	7	18	15	15	3	4	0	79	24,1
14ª CRS	0	0	1	1	2	4	6	4	3	1	0	22	9,7
15ª CRS	0	1	0	2	2	6	5	4	0	1	0	21	13,0
16ª CRS	0	0	5	5	15	11	21	9	5	6	0	77	21,2
17ª CRS	0	0	2	2	1	5	8	2	3	3	0	26	11,7
18ª CRS	0	0	0	5	5	7	10	3	5	2	0	37	10,8
19ª CRS	0	0	1	9	6	6	5	3	4	2	0	36	17,8

Fonte: SES-RS. Núcleo de Informações em Saúde. Relatório Oficial 2011-ago. 2012. Planilha 44. (RIO GRANDE DO SUL, 2012b).

Óbitos de residentes no RS, por CRS. Cálculo com base na população indicada pelo Censo IBGE 2010.

⁽¹⁾ Número de suicídios com vítimas de idade ignorada;

⁽²⁾ Coeficiente de mortalidade por suicídios com base em 1/100.000 habitantes.

Os cálculos que conduziram aos resultados acima foram efetuados seguindo o parâmetro internacional de 1/100.000 habitantes, permitindo aferir a gravidade do fenômeno de 2011 até agosto de 2012 no RS, distribuído nas 19 CRS's. A 13ª CRS abriga, entre os 13 municípios pelos quais se responsabiliza, os quatro municípios selecionados para esta pesquisa, Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul, sendo que o território abrangido pela 13ª CRS apresentou, de 2011 até agosto de 2012, o maior coeficiente de mortalidade por suicídio no RS (24,1/100.000 habitantes), seguida pela 16ª CRS (21,2/100.000 habitantes) e pela 8ª CRS (18/100.000 habitantes). Percebe-se a inexistência de suicídio até os 9 anos de idade, e que na faixa etária de 10/19 anos os números não são expressivos, mas a partir dos 20 anos, todo o território do RS registrou o agravo (à exceção da 9ª CRS, para a faixa etária de 30/39 anos). O agravo apresentou-se, ao longo da vida, com números expressivos dos 20 aos 79 anos. No território da 13ª CRS, o suicídio foi mais presente dos 40 aos 69 anos.

Em junho de 2013, foi realizado o V Seminário Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, com o objetivo de instrumentalizar profissionais em saúde para prevenir o agravo. Na ocasião, a Chefe da Divisão de Vigilância Epidemiológica da SES/RS, Marilina Bercini declarou que “o perfil epidemiológico da população, hoje, tem os maiores índices de óbito por neoplasias, doenças cardíacas, violência e, principalmente, suicídios”. O psiquiatra Ricardo Nogueira alertou sobre a incidência do suicídio, em menor número entre idosos, e em maior incidência entre adolescentes e adultos jovens e em municípios pequenos, advertindo que, desde 2000, o RS registra mais de 1.000 suicídios por ano e apresenta os maiores índices do Brasil, e que o problema não deve ser tratado apenas individualmente, mas deve ser desmistificado e encarado em “discussão mais ampla para gerar ações e políticas públicas, visando à prevenção e o controle deste fator que é complexo e multifatorial”. A Coordenadora do Núcleo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da SES-RS, Tânia Santos, destacou Porto Alegre e Curitiba como as capitais com os maiores índices de suicídio entre 15 e 25 anos, frisando, ainda, que de 2010 até metade do ano de 2013, o SINAN contabilizou “mais de 38 mil notificações de lesões autoprovocadas (suicídio e tentativas de suicídio). Deste total, 826 são do início de 2013 até o mês de maio, quando 151 foram a óbito” e que em 2014 será criado “um protocolo de atendimento aos profissionais de saúde com o intuito de desenvolver uma linha de atendimento integral” (RIO GRANDE DO SUL, 2013e). Em dezembro de 2013, foi realizado o VI Seminário Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio em Porto Alegre, com a proposta de identificação de casos suspeitos. Os números apresentaram mais de 1.800 tentativas de suicídio no RS, com 65% dos casos de suicídio feminino, muitos casos na faixa etária dos 10 aos 19 anos e a maioria concentrada entre 20 e 29 anos. Os números apresentados noticiam que, em 2012, foram notificados 2.500 casos, com 1.174 suicídios. Para a Coordenadora do Núcleo de Vigilância de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (NVDANT), Tânia Santos, "A faixa etária em que mais ocorrem tentativas de suicídio é dos 20 aos 40 anos onde, em maior número, acontece em pessoas do sexo feminino. Cerca de 20 a 30% das mulheres que foram abusadas sexualmente cometem lesões autoprovocadas, o que representa um índice bastante elevado" (RIO GRANDE DO SUL, 2013f).

Em novembro de 2013, a 13ª CRS apresentou ao Governo do Estado o Plano de Ação Regional da RAPS de 2012 até 2015 (RIO GRANDE DO SUL, 2013b), informando que as maiores dificuldades ocorridas a partir de 2012, apresentaram-se no acesso a algumas especialidades médicas, na necessidade de maior cobertura da ESF em municípios populosos e na implementação da Rede de Urgência e Emergência. O Plano arrolou os dez desafios mais

relevantes que a Rede de Saúde Mental da 13ª CRS deve enfrentar, estando, em primeiro lugar, a preocupação com o elevado número de suicídios, sob o reconhecimento de que “O coeficiente de mortalidade por suicídio da região é preocupante”. Os demais desafios referem-se à desinstitucionalização, ao cuidado corresponsável em rede e aos dependentes, ao fortalecimento dos serviços microrregionais (apoio à gestão municipal) e regionais, à utilização do documento de referência regional, à manutenção de equipe de saúde mental nos municípios, à descentralização intersetorial, à transposição dos CAPS de ambulatório especializado para substitutivo à internação em leito psiquiátrico e ao envolvimento dos atores na educação permanente e na execução das ações previstas (RIO GRANDE DO SUL, 2013b, p. 5). O Plano descreveu as Referências Hospitalares em saúde mental de abrangência microrregional (Hospital São Sebastião Mártir de Venâncio Aires) e regional (para adolescentes e adultos femininos, a Sociedade Beneficente Hospital Candelária, para adultos e adolescentes masculinos, a Irmandade de Caridade do Nosso Bom Jesus dos Passos e para adolescentes de ambos os sexos, a Fundação de Saúde Dr. Jacob Blész de Vera Cruz). Esgotadas estas possibilidades de internação, a 13ª CRS, por determinação da SES-RS, se vale do território da 3ª CRS, com sede em Pelotas, e das referências do Hospital Espirita de Pelotas e do Hospital Psiquiátrico Vicença da Fontura de Rio Grande. Nestas referências, foram internados, em 2012, 38 pacientes oriundos da 13ª CRS, com tendência à diminuição das internações, com o surgimento de novos pontos de atenção da RAPS no território da 13ª CRS. No componente de atenção residencial transitória, os portadores de transtornos mentais que demandam cuidado terapêutico e protetivo contam com duas Comunidades Terapêuticas prestadoras de serviços ao SUS, o Centro de Apoio e Recuperação de Alcoólatras de Rio Pardo e a Comunidade Terapêutica Recomeçar de Santa Cruz do Sul; estando em processo de habilitação, junto ao MS, duas Unidades de Acolhimento Infante Juvenis, uma de abrangência municipal em Santa Cruz do Sul e outra microrregional, em Rio Pardo (RIO GRANDE DO SUL, 2013b).

O Plano tratou também do auxílio na construção da Política Regional de Saúde Mental vinda do Fórum Regional Permanente em Saúde Mental no Vale do Rio Pardo (FRPSM-VRP), composto pelos municípios abrangidos pela 13ª CRS, pelo Serviço Integrado de Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul e pela 13ª CRS, com reuniões mensais e itinerantes, para tratar das questões de saúde mental na região.

Na Planilha de Pactuação de Indicadores 2013-2015, para acompanhamento pela 13ª CRS da saúde nos municípios, consta a Diretriz n. 4 de fortalecimento da Rede de Saúde Mental, objetivando ampliar o acesso da população à Atenção Psicossocial articulada com os

pontos de atenção e intersetoriais e também a Diretriz n. 7, que trata dos agravos à saúde, cujo primeiro objetivo é fortalecer a promoção e vigilância em saúde através de indicadores, como o monitoramento da proporção dos registros de óbitos com causa definida. Esta ordenação faz presumir que o suicídio será monitorado pela 13ª CRS (RIO GRANDE DO SUL, 2013a).

A análise dos óbitos por lesão autoprovocada no RS permite concluir que a ação mais efetiva de combate ao elevado número de suicídios consistiu na veiculação do Manual Prevenção do Suicídio no Nível Local, em 2011. Este Manual consiste numa importante iniciativa das autoridades em saúde, porque representa uma ação prática que ajuda na capacitação, divulgação e prevenção do agravo, especialmente pelos profissionais de saúde. O Manual contextualizou o problema e apresentou os fatores de vulnerabilidade, demonstrando a importância da notificação compulsória dos casos e do cuidado aos sobreviventes, bem como dirigiu instruções específicas aos profissionais que podem relacionar-se com o tema, como assistentes sociais, educadores, jornalistas, policiais militares, agentes comunitários de saúde e da saúde da família, de emergência e de saúde mental (MOURA *et al.*, 2011); todavia, a circunstância de que o RS permanece apresentando elevados números de suicídio leva à conclusão de que o esforço da SES-RS e da 13ª CRS no intuito de combater o agravo, entre eles, o de promover mais de um encontro por ano para tratar do agravo, não é suficiente para diminuir os óbitos resultantes de lesões autoprovocadas.

Convém salientar que, no que se refere à Educação Permanente, a 13ª CRS conta com o Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva (NURESC) e com a Comissão Intergestores Regional (CIR-13). A CIR-13 é composta pelo Coordenador Regional de Saúde da 13ª CRS e pelos Secretários Municipais de Saúde para formular, conduzir, desenvolver, deliberar e pactuar a política de educação permanente em saúde e gestão do trabalho, juntamente com sua Câmara Técnica, denominada Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES).

Na sequência, arrola-se o coeficiente suicidológico nos municípios da 13ª CRS, no ano de 2011 e até agosto de 2012.

Quadro 11 - Número de suicídios nos municípios da 13ª CRS, por faixa etária, de 2011 até agosto de 2012

Municípios da 13ª CRS	População	Em anos										Total	Coef. ⁽²⁾
		9/14	15/19	20/29	30/39	40/49	50/59	60/69	70/79	80 e +	I ⁽¹⁾		
Candelária	30.153	0	0	2	0	1	2	2	2	0	0	9	29,8
Gramado Xavier	3.968	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	25,2
Herveiras	2.959	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Mato Leitão	3.851	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	51,7
Pantano Grande	9.891	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	3	30,3
Passo do Sobrado	6.011	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	33,3
Rio Pardo	37.390	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	3	8,0
Santa Cruz do Sul	117.214	0	4	3	4	7	8	7	0	1	0	34	28,7
Sinimbu	10.017	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	3	29,8
Vale do Sol	11.070	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	9,0
Vale Verde	3.251	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Venâncio Aires	65.487	0	1	0	0	4	3	4	0	2	0	14	21,2
Vera Cruz	23.931	0	2	1	0	2	1	1	0	0	0	7	29,2

Fonte: SES-RS. Núcleo de Informações em Saúde. Relatório Oficial 2011 (atualizado até ago. 2012). Planilha 44. (RIO GRANDE DO SUL, 2013b).

⁽¹⁾ I - Número de suicídios com vítimas de idade ignorada;

⁽²⁾ Coeficiente de mortalidade por suicídios em 1/100.000 habitantes, calculado com base populacional do Censo IBGE 2010.

O Quadro 11 evidencia que os três municípios com os maiores coeficientes de suicídio, entre 2011 até agosto de 2012, no território da 13ª CRS, foram Mato Leitão (51,7/100.000 habitantes), Pantano Grande (30,3/100.000 habitantes) e Passo do Sobrado (33,3/100.000 habitantes). O comparativo motivou esta pesquisa a concentrar-se nesses três municípios primeiro classificados, acrescidos do Município de Santa Cruz do Sul, o mais populoso e sede da 13ª CRS.

4.4 A Estratégia Municipal para Prevenção do Suicídio em Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul (RS)

O Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (COSEMS) expõe que é crescente a demanda da população pelos serviços de saúde e dos profissionais da área, por melhores salários; sendo que a Lei de Responsabilidade Fiscal limita a ampliação dos serviços em saúde, setor que carece de recursos públicos, exigindo uma administração eficiente e que não aumente as despesas. Esta realidade deixa os municípios desfalcados de recursos humanos em saúde ou obriga os gestores municipais a encontrar alternativas à contratação, como a terceirização ou o vínculo com instituições sem fins lucrativos, conveniadas com o município (REVISTA COSEMS/RS, 2013).

No que se refere à questão do suicídio, o Manual de Prevenção do Suicídio no Nível Local dispõe pela organização de redes locais de vigilância para controle do agravo, compostas por profissionais em saúde, que devem dispor dos recursos materiais e humanos do município, especialmente quanto à ESF, CAPS, CRAS, Unidades Hospitalares de Urgência e Emergência e leitos psiquiátricos (MOURA *et al.*, 2011, p. 22). O Manual sugere que, inicialmente, se capacite os profissionais para trabalhar nestas unidades-chave no município e seja criado um aparato de apoio, via telefone, onde voluntários ouviriam usuários e em outra linha os profissionais seriam orientados pelos mais experientes sobre protocolos clínicos e encaminhamentos.

Uma iniciativa municipal ocorreu no Município de Candelária/RS, em 2010, onde o Programa Vida Sim, de Valorização da Vida e Prevenção ao Suicídio reduziu, em 70%, o agravo, “comprovando que a prevenção ainda é a melhor estratégia para reduzir este tipo de morte anunciada”, pois “para cada morte ocorrida outras dez tentativas acontecem”. O Município captou os casos de tentativa e acompanhou os pacientes (geralmente portadores de doenças psiquiátricas e físicas) após a alta. No interior do Município, a captação ocorreu com o auxílio da Emater, já que “os índices de suicídio no meio rural são três vezes maiores do que no meio urbano”. O tratamento contou com psicólogos, psiquiatras, medicação, apoio social, visitas domiciliares permanentes, contatos telefônicos e mobilização da rede de apoio. O então Secretário Municipal de Saúde de Candelária, Aristides Feistler, alertou que “os suicidas costumam dar sinais de alerta” e orientou que “parentes, amigos e vizinhos precisam avisar os agentes comunitários e encaminhar essas pessoas para o serviço de Saúde Mental”. Em Candelária, entre 2005 e 2009, ocorreram 27 óbitos por suicídio, e das 29 tentativas em 2010, duas resultaram em óbito (REVISTA ASSEDISA/RS, 2011, p. 12).

A dificuldade da gestão em saúde pelos municípios no RS faz com que o suicídio seja conhecido e reconhecido como preocupante, mas limita a efetividade das ações de combate a este agravo, que são incipientes frente ao problema, embora se reconheça a importância do debate sobre o agravo, ocorrido em Conferências e Assembleias, e do resultado advindo da veiculação de manuais que tratam do assunto. Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul não têm programas específicos de combate ao agravo, seja na área da saúde pública ou da saúde mental. O assunto é tratado no âmbito das questões da saúde pública, de forma genérica, sem possibilidade de que o agravo seja discutido com a atenção que merece. Não se negam os esforços municipais no sentido de abranger o agravo e tentar diminuir sua incidência, mas são esforços incipientes, solitários e que não impactam suficientemente, a ponto de contribuir para a efetiva minimização do problema. Também se

sublinha a atuação dos CAPS de Santa Cruz do Sul, onde o atendimento é coletivo na função específica do tratamento, em adultos, de dependentes químicos e de portadores de transtorno mental; porém, mesmo a este nível, não há programa especial e unicamente dirigido às vítimas de suicídio, sejam os tentadores ou seus familiares.

Os municípios brasileiros, e conseqüentemente também os municípios pesquisados, apresentaram ao MS, através do aplicativo do MS SISPACTO, a Planilha de Pactuação Municipal de Metas para 2013, com o comprometimento municipal sobre a garantia de acesso da população à saúde básica e especializada, o aprimoramento da Rede de Atenção à Urgência, a promoção da atenção integral à saúde feminina, infantil e de idosos, a garantia da assistência farmacêutica, a qualificação dos profissionais de saúde, a implementação do modelo de gestão centrado na garantia de acesso, na gestão participativa e social e no comprometimento com a produtividade e eficiência para o SUS. Quanto aos agravos à saúde, a Planilha refere-se tão somente ao comprometimento municipal com a redução dos riscos, através de ações e vigilância em saúde, como a notificação compulsória de doenças e agravos. Não consta, nesta Planilha, qualquer comprometimento municipal referente ao suicídio (BRASIL, 2013h).

Reflexões sobre este posicionamento serão retomadas no capítulo seguinte, na abordagem das entrevistas efetuadas como parte da investigação da tese, com sujeitos que transitam pela saúde pública e mental no território que tem elevado índice de suicídio. A investigação procurou apreender, nas estruturas essenciais da saúde pública e do fato suicídio, as circunstâncias objetivas e o que se encontra oculto nelas. Nas entrevistas, compara-se “aquilo que elas visam com aquilo que elas atingem”, buscando o objeto além da forma. A partir daí, o próprio sentido do objeto esclarece a “intenção real” da existência do objeto, daquilo que o objeto é e o que ele contém. Assim, a Fenomenologia se torna possível (LÉVINAS, 1967, p. 25), com a intenção emprestando sentido ao objeto e desta dinâmica fazendo nascer o conhecimento. Nesse processo, o objeto suicídio, prende-se mais à percepção que os entrevistados têm dele do que ao juízo que fazem dele, porque na Fenomenologia, a verdade do juízo sobre um objeto aparece quando aliamos a intuição e a evidência. É o trânsito no conhecimento entre o aparente e o oculto, procurando compreender, a partir da PNPS 2006, se os recursos públicos à saúde mental são suficientes, se há consciência da gravidade do suicídio e dos altos índices do agravo na região, como a questão é enfrentada e os casos são registrados, se os profissionais em saúde estão capacitados para auxiliar na diminuição do coeficiente de mortalidade por suicídio, se existem (ou não) políticas públicas de combate ao agravo no território e como estas estratégias colaboram (ou

não) para o desenvolvimento regional, no enfrentamento (ou não) do agravo. Nesse intuito, a análise do conteúdo das entrevistas e os resultados encontram-se no capítulo subsequente.

5 CONTEXTUALIZANDO A REALIDADE DA SAÚDE MENTAL E A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

Nesta etapa do trabalho se evidencia a temática do suicídio, conforme apropriada pelos atores que respondem pela implantação, execução, atendimento e/ou fiscalização das questões de saúde pública e mental, no território pesquisado. A instrumentalização da coleta de dados, através de entrevistas semiestruturadas, demonstrou-se eficiente à coleta dos dados necessários para analisar o enfrentamento ao comportamento suicida no território sob a ótica dos agentes locais e regionais de saúde. A análise do material coletado demonstrou a ciência dos entrevistados para a magnitude do problema na região e a preocupação frente ao elevado número de tentativas e de suicídios.

A referência é que “qualquer situação dada não existe isoladamente”, mas resulta de uma interligação de fenômenos, cuja interpretação faz a transição do aparente (das impressões primárias ou iniciais sobre o objeto) para uma realidade que se apresenta após o uso de recursos investigativos e de raciocínio (LUCHESE *et al.*, 2012).

O instrumento de coleta de dados sobre a saúde pública e mental e questões sobre o suicídio no território foi a Entrevista Semi-estruturada, hábil para captar resposta a uma gama de dados complexos, para organizar conceitos e garantir o ponto de vista dos emissários, visando cumprir os objetivos da pesquisa. A ferramenta também é útil pela flexibilidade, porque pode ser adaptada conforme as circunstâncias que ocorram durante a entrevista e, em virtude disso, foram previstas algumas variáveis que eventualmente pudessem afetar os dados ou a análise (MANZINI, 2003). Foram elaboradas perguntas norteadoras numa sequência direta das menos às mais complexas, compondo um Roteiro Prévio, que se encontra nos Apêndices A, B e C desta tese.

As categorias funcionais de representação dos sujeitos entrevistados foram classificadas em ‘G’ para os gestores da saúde, em ‘P’ para os profissionais em saúde e em ‘C’ para os representantes do controle sobre a saúde pública efetuado pela sociedade civil.

O território da coleta foi o âmbito regional e municipal. As entrevistas ocorreram junto à 13ª CRS (que responde pela organização do SUS e pelo suporte técnico e gerencial nos municípios de sua área de abrangência, na área da saúde aos municípios de sua área de atuação), aos CAPS (pelo valor estratégico destes Centros como rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos), também junto aos Hospitais Santa Cruz, São Sebastião Mártir, Irmandade de Caridade do Nosso Bom Jesus dos Passos e Sociedade Beneficente Hospital Candelária (porque são a referência regional em saúde pública e/ou saúde mental), ao 6º

Comando Regional de Bombeiros (CRB), sediado em Santa Cruz do Sul (porque a corporação têm experiência no resgate de pessoas que tentam suicídio), às Secretarias Municipais de Saúde (porque respondem pela condução das ações e serviços em saúde pública e mental nos municípios que foram pesquisados) e junto aos Conselhos Municipais de Saúde (porque acompanham as ações e serviços municipais em saúde pública e mental).

Cada entrevistado embute na sua emissão, mesmo que subjetivamente, as características da classe a que pertence, assim, em 'G' encontram-se os gestores, ocupantes de cargos político-administrativos ou de carreira, responsáveis pela implantação, administração e condução das políticas em saúde pública e mental, na região e nos municípios de Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul. As entrevistas elencadas em 'G' serviram para verificar como estes sujeitos percebem, organizam e executam a política de saúde pública e mental, especialmente quanto ao enfrentamento do suicídio em suas respectivas áreas de atuação.

A categoria funcional de representação em 'P' concentra os profissionais que atuam na área da saúde pública e/ou mental, são os sujeitos que hierarquicamente cumprem ordens superiores, seja em setores burocrático-administrativos da 13ª CRS ou das SMS, seja no atendimento a usuários do SUS, nas UBS (no enfrentamento inicial do suicídio no município), nos CAPS (pela experiência profissional no atendimento aos tentadores) e nos hospitais de referência (que atendem diretamente os portadores de transtorno mental e especialmente os tentadores), buscando aferir como as políticas públicas em saúde são colocadas em prática e o modo pelo qual estes sujeitos percebem e tratam a saúde mental e o suicídio em seu campo de atuação.

A categoria de representação 'C' reúne os representantes da sociedade civil, contemplando responsáveis pelos Conselhos Municipais de Saúde (servindo as entrevistas para verificar se a sociedade civil tem consciência da gravidade do fenômeno suicídio e ainda se fiscaliza e coopera com as políticas públicas em saúde e de combate ao suicídio no território) e Militares do Corpo de Bombeiros especializados no resgate de pessoas, tratando-se aqui da perspectiva cotidiana desses sujeitos com as questões sobre suicídio e do encaminhamento destas questões na prática.

Foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme consta do Apêndice D desta tese e a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Obtido o parecer favorável do CEP, os sujeitos foram contatados, receberam uma resenha do Projeto de Tese e cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e lhes foi solicitado a possibilidade de futura entrevista.

Num segundo contato, os sujeitos aquiesceram em colaborar com a tese, sendo então agendada a data das entrevistas. Antes do início das entrevistas, duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram datadas e assinadas, ficando uma com o entrevistado e outra com a pesquisadora. Ainda foi lembrado ao entrevistado que a entrevista seria gravada com seu consentimento, que os dados permaneceriam em sigilo sob quaisquer circunstâncias, seja no corpo da tese ou na veiculação dos resultados, bem como que, sem qualquer prejuízo, o entrevistado poderia desistir da entrevista a qualquer tempo. A coleta resultou em 27 entrevistas, sendo 15 gestores, seis profissionais e seis representantes do controle social. A amostra esgotou o quadro empírico da pesquisa, privilegiando os sujeitos loco-regionais, tidos em número suficiente, considerando que “na sua homogeneidade fundamental relativa aos atributos, o conjunto de informantes possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças”, esgotando, na escolha do local e grupo observado, “o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa” (MINAYO, 2004, p. 102).

O conteúdo das entrevistas foi reduzido a termo pela pesquisadora, preservando-se a literalidade e codificado em respeito ao anonimato. Na sequência, procedeu-se à Análise de Conteúdo, instrumento apto à análise de comunicações “que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (BARDIN, 1977, p. 42). Com as leituras do material, as temáticas foram se evidenciando em função das questões que haviam norteado as entrevistas. Foram construídas as categorias de análise, a partir do recorte do texto em unidades de registro por tema (critério semântico) e por frase ou parágrafo (critério linguístico), procurando fazê-lo de modo exaustivo (abrangendo todas as entrevistas), exclusivo (cada elemento compôs apenas uma categoria de análise), homogêneo (cada categoria abrigou as várias inferências de um único tema, para haver só uma dimensão na análise) e objetivo (na organização do material e nos critérios de análise), buscando, conforme Moraes (1999), pertinência (a perspectiva das questões norteadoras da tese nos elementos da mensagem), produtividade (as inferências, hipóteses novas, exatidão dos dados) e eficácia (a percepção dos resultados da pesquisa),

O procedimento resultou em oito categorias: Organização do SUS, Trabalho em Rede, Multidimensionalidade do fenômeno suicídio, Interesse pela temática do suicídio, Capacitação da equipe profissional, Frustração e impotência, Registro (notificação) e número (aumento ou diminuição) dos casos de suicídio e As políticas públicas em saúde e de combate ao suicídio, apresentadas a seguir.

5.1 Organização do SUS

Esta categoria trata da organização do SUS, na região e nos municípios objeto da pesquisa, abrangendo a infraestrutura em saúde, também os dilemas, pontos positivos e negativos do sistema, inclusive a regionalização e a adequação do COAP à política pública em saúde implantada pelo MS, em 2006 (PNPS, 2006).

Em 2006, a Portaria MS n. 399/2006 (BRASIL, 2006a), ao divulgar o Pacto pela Saúde, consolidou o SUS como política pública, atribuindo aos municípios, sem compartilhamento, a responsabilidade pela Atenção Básica (Portaria MS 399/2006, II Pacto em Defesa do SUS). A organização do SUS foi resumida por G15: [...] *o Serviço Único de Saúde ele está organizado especialmente tendo relação com os municípios e os municípios estabelecem também uma relação com o Estado, ou de dependência total ou de uma certa autonomia, vamos dizer assim* (G15).

O entrevistado refere-se à descentralização dos serviços em saúde da PNPS 2006, que permanece vigorando com o COAP, sob responsabilidade municipal dos serviços básicos em saúde, porque *A Atenção Básica é obrigação municipal* (C4).

Esta responsabilização remete aos recursos públicos em saúde. A análise de conteúdo demonstrou que os municípios investem em saúde pública, mais do que a Constituição Federal determina, que é 15% sobre o orçamento anual. O investimento municipal em saúde pública, em 2013, foi de 19,5% (G7), 21% (G3), 23% (G5) e 26% (C4) sobre o orçamento anual, e, mesmo assim [...] *a Atenção Básica poderia ser melhor [...] principalmente pelo fato da folha já não permitir mais contratações* (G5) e também porque *O Estado do Rio Grande do Sul não cumpre os 12%. A União também de uma forma efetiva não cumpre o percentual constitucional* (C4).

O Governo do Estado, ele é pior ainda, porque o Governo do Estado do Rio Grande do Sul, ele não aplica os 12% que seria obrigado por lei a aplicar em saúde. Então, qualquer percentual que venha do Governo do Estado sempre é com atraso e nós temos que trabalhar sempre com verbas próprias do Município até que aquela mísera (vou dizer assim) parte do Governo do Estado venha até o Município. É muito difícil o Governo do Estado (C3).

Mesmo assim, a destinação orçamentária para a saúde mental é insuficiente. *A verba que vem do Governo Federal é pouca e o Município também não destina uma verba maior para trabalhar com a saúde mental* (C3), sem rubrica orçamentária própria, todos os recursos são depositados no *Fundo Municipal de Saúde, então a gente não tem controle, assim essa*

verba pode ser utilizada para outros tipos de problema né, pagamento de exames, pagamento de hospitais (G8).

O relato evidenciou que as questões de saúde mental são tratadas inicialmente entre o MS e a SES e desta para os municípios:

[...] as Políticas Públicas Nacional da Saúde Mental ela acontece mais com a SES [...] a área técnica da Saúde Mental do Ministério da Saúde tem reuniões periódicas com a SES. A SES mantém conosco um Fórum de Coordenadores Regionais de Saúde Mental, que não tem uma data fixa, mas tem a tendência de se realizar-se de dois em dois meses (G9).

A partir de 2013, houve um incremento nas verbas federais e estadual aos municípios, permitindo investimentos no Núcleo de Apoio a Atenção Básica [...] *que poderá melhorar o nível de nosso serviço de saúde mental, mas não é o suficiente (G5)* e na ampliação do espaço físico [...] *a gente está construindo, principalmente este ano que passou [2013] que veio verbas do estado, onde a gente conseguiu verbas para Atenção Básica que a gente não recebia, específicas para a saúde mental (G6)*. Esta constatação vem também de outro entrevistado:

Acho que a gente esse ano [2013] teve pontos positivos nessa questão de receber um recurso específico para a Saúde Mental, que a gente não tinha até então né? Eu, pelo menos, desconhecia de algum recurso específico que viesse para trabalhar a Saúde Mental no Município. Então esse recurso, a contratação de profissionais foi o ponto positivo porque isso agregou então mais pessoas, mais valor, a gente está tendo mais tempo para pensar a Saúde Mental dentro do Município (G4).

Outro gestor dispôs que, em 2013, [...] *a gente pensou um pouco melhor as questões de Saúde Mental para estar incluindo no Plano [Plano Municipal de Saúde]. Eu acho que sim, em termos de serviços se melhorou muito, porque a gente está pensando para o ano que vem, a implantação de um CAPS I, microrregional, no município (G4).*

O incentivo financeiro da União e do estado abrangeu os hospitais. Em uma das referências em saúde mental, o recurso serviu ao aprimoramento da equipe: [...] *nós temos médico psiquiatra, temos médico assistente com formação na área da psiquiatria, nós temos a área de psicologia e do serviço social, inclusive enfermeiros também capacitados para dar conta de diversas demandas de saúde mental (G12)* e o atendimento hospitalar em saúde mental parece responder aos anseios da população.

O serviço hoje tem cada vez mais se aprimorado na saúde mental, e a gente conta com uma equipe multiprofissional especializada para a atenção à saúde mental e hoje o Hospital [...], com a crescente demanda que tem sobre a saúde mental e com os diferentes incentivos que são postos tanto pelo governo do estado quanto pelo

Ministério da Saúde, como hoje o Ministério da Saúde também tem oferecido incentivos, hoje o Hospital [...] já está conveniado com o Ministério da Saúde [e teremos] um espaço específico para a atenção à saúde mental (G12).

A pesquisa evidenciou também que a política pública de desinstitucionalização dos portadores de transtornos mentais repercutiu no atendimento aos internados.

Então o que acontecia antes era que nós tínhamos leitos separados para tratamento de álcool e drogas e para a psiquiatria. Então o MS agora, com as novas mudanças, com as novas legislações, instituiu incentivo para os hospitais pela primeira vez na área da saúde mental no hospital geral. Então a partir dessas novas legislações se passou a entender o leito de saúde mental como um todo e não apenas como álcool e drogas. Inclusive o tratamento antes acontecia, álcool e drogas numa ala fechada e o atendimento psiquiátrico em outros leitos com relação familiar, enfim, com o acompanhamento familiar (G9).

Percebe-se que as mudanças em virtude das políticas públicas em saúde se encontram em andamento, portanto, ainda sem resultados de médio e longo prazo que se possam observar, embora:

A saúde mental vamos dizer que ainda está engatinhando. As pessoas têm muita dificuldade em entender o que é saúde mental. Acha que saúde mental é loucura, e não é. Saúde mental é para todos. Então eu venho desenvolvendo um trabalho de mostrar para as pessoas que qualquer pessoa [pode precisar de serviços] da saúde mental. Que nem o grupo de redução de estresse e ansiedade, é aberto a qualquer pessoa, não precisa nenhum problema, nenhum transtorno para estar lá (G6).

O atendimento ambulatorial à saúde mental nos municípios é efetuado no âmbito da saúde em geral e [...] *preza prevenção, promoção e reabilitação, independente de ser saúde mental ou não (G1)*, o que, em saúde mental pode acarretar dificuldades para o profissional: [...] *não é que a gente não preste um atendimento de qualidade, mas de repente o conhecimento, as informações nos faltam (G3)*, embora a aspiração seja que [...] *todo mundo possa ocupar o serviço de saúde mental e que não seja apontado aquele é louco, aquele é doente. Não, não é isso né? (G6).*

Nos municípios de pequeno porte não há [...] *uma estrutura física para a saúde mental, então ela acontece dentro das ESF's (G4)* e os profissionais em saúde não dão à saúde mental a atenção necessária: [...] *a Saúde Mental é vista como uma coisa a parte, como uma coisa separada, é difícil incluir, parece que o Técnico está preocupado com seus curativos, com seus procedimentos, e os Enfermeiros... Já tem tantos Programas [...] e os Médicos ficam muito focados também nos atendimentos (G4)*, embora o gestor responsável pelo atendimento em saúde mental entenda que *Se é urgência aí eu atendo na hora (G4)* e os demais são agendados ou são atendidos para o recebimento de medicação, [...] *isso acontece muito, a*

gente tem um número bastante grande de psicofármacos [...], principalmente benzodiazepínicos, antidepressivos e ansiolíticos (G4).

Luzio e L'abbate (2009) alertam para os riscos do procedimento de medicalização na saúde mental, onde os profissionais devem evitar o acolhimento do usuário por tolerância e compaixão, apenas no intuito de suprir suas necessidades de psicofármacos, porque esta prática limita a autonomia do portador de doença mental.

Em um dos municípios pesquisados, o atendimento em saúde mental vale-se da infraestrutura dos outros setores da saúde, [...] *se precisa a gente tenta ocupar o que é da Assistência Social, mas a gente não tem essa infraestrutura de uma equipe de saúde mental (G6)* e, conseqüentemente, não há atendimento individual do usuário [...] *porque nós não temos como dar conta da demanda (P3)*. Para um dos gestores a infraestrutura é satisfatória:

Os municípios abaixo de 20.000 habitantes [...] eles têm Saúde Mental na Atenção Básica. O que isto significa? Que tem pelo menos um profissional responsável pela área de Saúde Mental ali, que promove ações intersetoriais, que tenta articular a rede, que é responsável pelas questões de avaliações de pacientes, que faz o encaminhamento, ele faz regulação, com a ajuda de outros enfim, outros profissionais da rede, mas tem pelo menos um profissional de Saúde Mental formado e qualificado para essas ações (G9).

O aparente conflito na fala de P3 e G9 não resiste a uma análise mais acurada ao recordar-se que os municípios de pequeno porte não possuem CAPS. As falas do profissional (P3) e do gestor (G9) são complementares no sentido de que, no respectivo município, o excesso de pacientes com transtorno mental não permite um atendimento individualizado, mesmo que na Atenção Básica haja um profissional qualificado para atendê-los, levando à conclusão de que a infraestrutura em saúde mental, na Saúde Básica não atende satisfatoriamente os usuários.

Para Luzio e L'abbate (2009), com o SUS, os municípios pequenos e médios passaram a contar com equipe de saúde mental em suas unidades básicas, mas esta circunstância não significou que estes municípios assumiram um projeto em saúde mental baseado nos critérios da Reforma Psiquiátrica. Para as autoras, a maioria desses municípios têm dificuldade em solucionar as questões de saúde assumidas em decorrência das políticas públicas do setor, optando, na saúde mental, pela via da internação psiquiátrica ou da medicação.

Os municípios pesquisados são de médio (Santa Cruz do Sul) e pequeno porte (Mato Leitão, Pantano Grande e Passo do Sobrado), sendo que as maiores dificuldades nos municípios estão na contratação de [...] *mão de obra e no pagamento de pessoal (G1)*, sendo que [...] *atualmente a equipe é pequena para dar conta das necessidades (G2)* ou [...] *é*

equipe, sou eu mesma (G6) e, além disso [...] muitas vezes as marcações de Média e Alta Complexidade, encaminhamentos cirúrgicos, isso tudo, eletivos, é uma dificuldade bastante grande (G1). Uma dificuldade especial foi detectada no trabalho dos médicos porque [...] eles acabam não ficando. Eles são nomeados, ficam alguns meses e se exoneram (G4). Então a situação se adequa dentro da realidade do sistema.

Como o serviço é pequenininho, não adianta apagar fogo, né? A ideia é prevenir o incêndio. Então nossa ideia é assim, quanto mais ações de prevenção, para prevenir, que não venha a gente ter que acompanhar muito, situações já acontecendo para que tu tenhas condições de lidar com elas (G6).

Neste sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) deve organizar a população usuária “em grupos familiares que habitam territórios de vida”, cabendo à APS conhecê-la profundamente. A população deve ser “segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de riscos e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas”. Trata-se da “gestão de base populacional”, o primeiro passo para “prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas necessidades” numa prestação de serviços em saúde com qualidade, que abrange num segundo momento, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), fora dos limites municipais (MENDES, 2012, p. 50).

Esta dinâmica que interage com a população, tende a resultar num excesso de responsabilidade, que se atribui aos Agentes Comunitários de Saúde. A Portaria 2.488/2011 (BRASIL, 2011e) que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica planejou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), para cobrir 100% da população, destacando que as Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) podem conter até 12 agentes e responsabilidade sobre, no máximo, 750 pessoas, com a supervisão de um enfermeiro; cabendo a estes agentes visitar as famílias do território referendado, detectar problemas físicos e mentais e avisar a equipe multiprofissional, observando que, em relação aos pacientes que apresentam baixo risco de cometimento de suicídio, “Nem todos os pacientes com pensamentos suicidas serão encaminhados aos serviços especializados, portanto esses pacientes com baixo risco não deverão ser a maioria nesses serviços” (BOTEGA; D’OLIVEIRA, 2006, p. 64). Para Kohlrausch *et al.* (2008), os Agentes Comunitários são os primeiros a constatar a ocorrência de comportamento suicida, o que pode sobrecarregá-los com atribuições que não lhes são específicas e com responsabilidades que devem ser divididas entre os membros da ESF.

A política pública de municipalização da rede básica em saúde trouxe inconvenientes aos municípios que mais investem na APS, porque usuários de outros municípios usufruem

dessa infraestrutura, onerando quem mais investe e desafogando o município de origem que não presta serviços básicos em saúde com qualidade. A consequência é que [...] *ai existe a transferência de responsabilidade dos municípios longínquos onde existe a dificuldade em promover a saúde, em ações de saúde, em políticas de ação e efetiva aquela forma da prática da ambulância, de mandar para os grandes centros* (C4). A pesquisa compreendeu que os prestadores de serviço contratados no município melhor aparelhado, optam por não atender usuários de outros municípios nas Unidades Básicas de Saúde, porque cada município deve responsabilizar-se pela oferta de serviços básicos em saúde a seus habitantes. O gestor que mais aplica em saúde básica, acaba tendo maiores problemas em seu município [...] *uma questão que eu preciso discutir com meus prestadores de serviço e com os meus vizinhos, de que não existe mais porta fechada, que para saúde não existe fronteira* (G7), porém no outro lado da questão, investir recursos públicos em saúde básica [...] *parece uma solução, mas não é, por que é um problema, porque cada vez mais o cidadão vai buscar uma forma de ser atendido e vai penalizar mais o município com o passar do tempo que tem a melhor infraestrutura* (G7).

A questão remete à regionalização, ponto forte da política pública em saúde instituída em 2006, presente nas Conferências e na legislação nacional, abrangendo agora o COAP, entendendo que o município se responsabiliza pela prestação de serviços básicos em saúde, deixando para o âmbito regional (portanto, abrangendo maior número de usuários) os serviços de média e alta complexidade. A regionalização continua capitaneando as políticas públicas em saúde no Brasil, como estruturante do SUS, visando resolutividade e integralidade dos serviços, em prol da descentralização e da construção das Regiões de Saúde (BRASIL, 2009f).

Os serviços em saúde mental são exemplo de regionalização na região pesquisada, sendo reconhecido que os hospitais [...] *do nosso entorno acabaram se especializando e isso é providencial [...], eles vão atender muito melhor* (G15). A referência hospitalar psiquiátrica é microrregional, regional e também estadual (nesta, o processo abrange duas ou mais CRS). No território da 13ª CRS, a referência estadual dá-se em parceria com a 3ª CRS, onde [...] *a gente conta com dois hospitais, um situado em Rio Grande que é o Hospital Psiquiátrico Vicença da Fontoura e o outro em Pelotas que é o Hospital Espírita de Pelotas, podendo utilizar-se de leitos em Porto Alegre, quando esgotadas [...], as possibilidades de internação na nossa Rede Regional* (G9). Nesse sentido, a regionalização se afirma no contexto do COAP.

Agora a questão da regionalização é muito mais forte porque nós estamos trabalhando o COAP. O COAP que é compromisso de ações regionais que todos os prefeitos vão assinar o documento [...]. Ele [o COAP] é fruto da regionalização, porque, o que que acontece, é um documento único onde todos os municípios acabam assumindo, cada um, diante dos recursos que tem, diante das possibilidades, assume certos serviços para a região (P2).

Os gestores municipais demonstram conhecer as disposições do COAP que devem implantar na sistemática da saúde pública: [...] *é o COAP né? Está em andamento [...] Está sendo organizado isso. Porque daí vem o PPA que é aquele Plano Plurianual que a gente faz 2014-2017. As ações têm que ser contidas no Plano Municipal de Saúde, e assim uma sequência (G3), sendo que [...] o Estado e o Município, a 13ª estão engajados nesta situação (P4).*

Um dos gestores viveu a experiência [...] *da Gestão Plena do Sistema no Município e transita agora pela implantação do COAP, constatando que [...] a visão da saúde, ela mudou, se aperfeiçoou e muitos gestores de repente não estão preparados para isso (G7), a saúde básica nos municípios já deve estar consolidada porque [...] cada coisa tem seu momento [a Gestão Plena] era o processo adequado para aquele momento. Hoje a visão é regionalizada. E aí entra a questão do COAP, que vai ser um contrato (G7). Estas mudanças trazem mais responsabilidade de fiscalização aos Conselhos Municipais de Saúde, sob o reconhecimento de que A nossa responsabilidade é muito grande porque o Conselho é deliberativo [...], nós temos que saber muito bem o que estamos fazendo porque somos responsáveis por aquilo que assinamos, aprovamos ou desaprovamos (C3), porque uma desaprovação pode resultar no [...] trancamento de repasse de recursos a nível federal e estadual (C4). A presença da sociedade civil nas questões de saúde é importante, embora não seja valorizada:*

Hoje o país parece que está meio desacreditado nessa questão participativa [...] esta forma organizativa, com a participação igualitária da gestão municipal, o nível municipal, o nível estadual e federal é uma forma perfeita, mas desde que tenha a participação popular (C4).

O COAP vem sendo construído nos municípios com o auxílio da 13ª CRS, na esperança de fortalecimento da saúde pública:

[Pelo COAP o município] aqui se compromete... né? Está contratando, está assinando, se compromete a fornecer tal serviço para quais os municípios. [...] Porque legalmente o COAP ele é reconhecido. Ele dá uma fundamentação legal, um amparo legal, porque nós tínhamos antes o Pacto, mas o Pacto ele não é reconhecido por um juiz, por exemplo, eu não reconheço esse instrumento né. Um pacto, o que que é um pacto? Ele não existe nas vias jurídicas (P2).

A organização do SUS passa, então, por esta readequação da política pública de saúde, com a implantação do COAP, sob o pressuposto de que os municípios estejam estruturados nos serviços básicos em saúde, pelos quais são responsáveis. Os Planos Anuais de Saúde não estão sendo efetuados pela maioria dos municípios: *A gente tem visto que Planos Anuais de Saúde, os municípios, alguns tem feito, não muitos tá? (P2)*. Já os Planos Municipais que fazem parte do COAP estão em fase de finalização: *Então se mapeia toda essa realidade, se traça item por item as metas e isso tudo já está pronto para ser enviado (G1)* e, em outro município *Está sendo elaborado o Plano Municipal de Saúde e junto com ele o Termo de Compromisso de Gestão (G7)*.

Estes Planos Municipais comporão o Plano Regional de Saúde, documento único onde os municípios se responsabilizarão pelos serviços em saúde que se dispuserem a oferecer no âmbito regional. Este Plano Regional de Saúde abrangerá os próximos 4 anos e será a maior expressão do COAP. A preocupação estatal é pela construção realista dos Planos Municipais, para que a região ofereça serviços em saúde, com qualidade.

[...] a gente está chamando os municípios para que eles façam este Plano de uma forma mais fundamentada, discutida com os seus técnicos, para que ele seja um plano real, porque nós tivemos até hoje, para vários municípios um plano como um instrumento burocrático, construído por que a lei assim o exigia, para receber repasses de recursos, para, enfim ele era, ele era necessário (P2).

A análise conduz à ilação de que a PNPS de 2006 ainda não trouxe resultados satisfatórios. Esta constatação se confirma com a redefinição da PNPS, efetuada pelo MS, no início de novembro de 2014, através da Portaria MS n. 2.446/2014 (BRASIL, 2014j).

Fica evidente que os planos construídos na vigência da PNPS 2006 não foram discutidos tecnicamente, nem foram fundamentados suficientemente. A esperança é que os avanços sejam retomados com o revigoramento da PNPS 2006 (BRASIL, 2014j), e que o COAP melhore a prestação dos serviços de saúde, se apresenta na intenção de que *[...] as pessoas consigam, a equipe de saúde e a comunidade consiga se enxergar nesse Plano, nesse Plano de Saúde [...]. Então isso é algo que se está procurando, que é um grande diferencial nesse Plano que a gente está construindo agora (P2)*.

É necessário, então, que a teoria projetada resulte numa prática efetiva em prol da saúde pública e mental, na qual se executem medidas de prevenção e de combate ao suicídio, cujos resultados possam se comprovar estatisticamente, numa real diminuição dos números absolutos e do coeficiente de mortalidade por suicídio no país.

5.2 Trabalho em rede

Nesta categoria, encontra-se a visão dos entrevistados sobre a prestação dos serviços em saúde, integrada entre municípios. Também se averigua se existe alguma política pública de combate ao suicídio implantada entre os municípios, ou seja, no sistema de rede, bem como o modo pelo qual os municípios, havendo esta conexão em rede regional, se organizam neste combate.

A PNPS de 2006 atribuiu aos municípios uma grande responsabilidade, na gestão em saúde pública com base no território, convencionada como Gestão Plena. Em razão desta configuração, surgiu com mais vitalidade a noção de regionalização, no sentido de que os recursos municipais se concentram na prestação dos serviços básicos em saúde, sendo que os serviços secundários e terciários, portanto de média e alta complexidade em saúde, são oferecidos no território de alguns dos municípios da rede, em caráter regional, surgindo daí as Redes de Atenção à Saúde (RAS), cuja estrutura operacional é composta pelos Pontos de Atenção Secundários e Terciários, distribuídos em municípios de uma ou mais de uma Região de Saúde. A RAS é “constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós” (MENDES, 2012, p. 51), cuja governança compreende o Sistema Logístico (Sistema de Acesso Regulado, Registro Eletrônico em Saúde, Sistemas de Transporte) e o Sistema de Apoio (Sistema de Diagnóstico e Terapêutico, de Assistência Farmacêutica, Teleassistência e Sistema de Informação em Saúde). O usuário adentra ao SUS pelas portas inicialmente disponibilizadas nos municípios, e, a depender da complexidade do caso, transita pelos demais Pontos de Atenção em Rede. Esta trama é temática, havendo Rede de Atenção às mulheres, ao idoso, para atendimento especializado de doenças cardiovasculares, renais, respiratórias e outras, numa estrutura horizontal que permite a solução de problemas comuns em saúde e compartilhamento de recursos entre gestores. Recentemente, vem se consolidando uma postura transversal, que combina os objetivos dos prestadores de serviços em saúde com uma organização estrutural de apoio logístico, sendo que a RAS parece adequar-se plenamente a esta transversalidade (MENDES, 2012).

O entrevistado G1 entende o sistema em rede.

A infraestrutura é todo um suporte de rede que é a base do SUS, de encaminhamentos. Então a gente tem isso, como fala assim em hospitais, então tem as Referências. Rio Pardo, Candelária, Santa Cruz, Venâncio e no caso das internações, o CAPS em Venâncio também, o atendimento infantil em Rio Pardo e as APAEs (G1).

O entrevistado toca em um ponto essencial à harmonização do sistema de rede, a interlocução entre os atores para beneficiar o maior número possível de usuários: [...] *a gente tem que estar conversando porque os meus problemas são do município vizinho muitas vezes também* (G1).

O gestor de um município de pequeno porte também compreende o conceito: *Nós não temos serviços especializados no Município de [...]. Então os pacientes mais graves, que necessitam desse apoio mais especializado são encaminhados, na maior parte para essas referências fora do Município* (G4), mas a visão de que *Em rede, é assim que funciona a estruturação do SUS* (G15) não parece, à primeira vista, ser compreendida por G6, que entende rede como a articulação dos serviços em saúde dentro do município. Ele expõe a

[...] dificuldade de fazer essas conexões da rede, de ter um lugar para sentar, para conversar, nós começamos há dois meses atrás, tentamos fazer isso uma vez por mês, a gente marca uma reunião para Conselho Tutelar, assistência, saúde, enfermagem, para poder sentar e conversar, mas ainda está engatinhando (G6).

Este posicionamento, numa interpretação superficial, se afigura inadequado à amplitude territorial do conceito de prestação de serviços de saúde em rede, mas se justifica porque dessa fala sobressai a dificuldade cotidiana de poder contar com os serviços que se prestam na rede regional, no momento em que estes serviços são necessários: *E claro, a rede que a gente precisa ocupar fora, tipo Psiquiatra, Neurologista, especialistas, não é de imediato, então a gente tem aquele tempo que tem que dar conta no Município, da situação* (G6). Esta ótica, então, não destoia da constatação empírica de que muito há que ser construído ainda, porque [...] *vamos passar por um período de muitas discussões e quebra de paradigmas. Eu não vejo outra alternativa que não é conseguir consensuar isso de que saúde não tem fronteira, de que é necessário trabalhar em conjunto* (G15).

Na fala de G6, percebeu-se que uma infraestrutura condizente com uma prestação de serviço em saúde básica no município é preocupação dos gestores. Esta preocupação foi reforçada por G8, que acresce a discussão com o elemento devastador do uso do crack por adolescentes e jovens, em todo território nacional: *Nesse momento a única coisa que a gente realmente está tentando fortalecer é o trabalho de Rede [Rede Municipal], porque sem a Rede a gente não consegue. E aí eu acho que uma coisa que está muito latente agora, que é a questão da dependência química, do usuário de crack* (G8).

Se perguntar na Saúde Mental: O que que realmente nesse momento está complicando? É a questão da dependência química, especialmente o crack. É o que a gente está focando e aí o que que a gente sente é a necessidade realmente de

trabalhar em Rede, e quando eu falo em Rede é entre Secretarias, é Desenvolvimento Social, é Habitação, é aquele usuário que está internado e não tem para onde ir porque já perdeu todos os vínculos. Como é que tu vais internar e tratar e dizer Ó, daqui tu vais para a rua. Então como é que tu vais estar trabalhando ele durante a internação para ver para onde é que ele pode ir... (G8)

Aqui a questão extrapola o campo da saúde pública, parece que há um descontentamento no sentido de que, mesmo investindo na qualidade do sistema de saúde, na sequência repete-se o círculo vicioso das mazelas sociais que diminuem as cores da fala esteticamente perfeita da [...] *experiência exitosa com os municípios que realmente cumprem com esse papel [de usar a rede regional, onde] eles conseguem fazer os contatos e são otimizados os tempos de levar pacientes, de alta, enfim tudo é cumprido. É uma associação excepcional, nossa equipe é muito comprometida (G9).*

Fato é que a rede regional para a prestação de serviços mais complexos em saúde é vital ao sistema. Mesmo com deficiências pontuais, o trabalho em rede regional [...] *é esse o cavalo encilhado do momento como se diz. Toda a lógica está sendo montada neste sentido, então nós temos é mais que seguir a lógica do sentido e conseguir dar uma melhor atenção para toda a população e fazer uma saúde de qualidade (G7).*

Especialmente na saúde mental, *Não tem porque fazermos sobreposição de serviço (G7), embora politicamente o gestor tenha dificuldade de explicar aos munícipes esta oferta regionalizada de serviços mais complexos, mas o certo é [...] que nós trabalhemos em conjunto, um auxiliando o outro em rede, porque para nós não ficarmos fazendo competição entre nós. Isso não vai somar nada e não vai levar a lugar nenhum (G7).*

Um exemplo salutar de dissolução de impasses é o evento criado pela 13ª CRS, há 17 anos, o Fórum Regional que serve [...] *para a gente poder trocar figurinhas de casos que são complicados (G8), em reuniões itinerantes em função da saúde mental.*

Sob a ótica da gestão hospitalar em saúde mental na região, a instalação de CAPS beneficiou o usuário, que complementa seu tratamento após a alta hospitalar, [...] *então hoje o Hospital tem a partir de seu potencial a parte da circulação na rede, a gente não está mais restrito somente com o cuidado hospitalar, mas com toda a parte de articulação da rede [...] possibilitando aos usuários a internação hospitalar, acessar esse dispositivo pós-alta (G12), que auxilia a implementação da rede regional em saúde mental: Às vezes os CAPS nos trazem notícias dos pacientes que foram, que voltaram, enfim a gente tenta (G14).*

A implantação do COAP tende à harmonização da prestação dos serviços em saúde entre os municípios da 13ª CRS, onde o município passará a oferecer um serviço de atenção básica com qualidade e a rede regional oferecerá os serviços de maior complexidade em

saúde. Isso não é demérito. Deslocar pacientes [...] faz parte desse arranjo de saúde pública. E a gente não vai ter condições de concentrar tudo num mesmo local [...]. É impossível [...], existem limitações (G15).

Ficou evidenciado, pela análise de conteúdo, que não existe na região uma estratégia de saúde pública especialmente integrada entre municípios e que seja específica ao combate dos altos índices de suicídio na região da 13ª CRS, o que abrange, portanto, os municípios de Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul. Perguntado sobre a existência de estratégias intermunicipais ou entre estado e municípios à prevenção do suicídio na região, G9 respondeu que *Não, não existe*, embora haja uma consciência coletiva de que [...] *tu tens que ter uma rede de apoio para poder ficar tranquilo para manejar o assunto [...] porque a partir do momento que a pessoa começa, foi atendida, está medicada e tudo, a tendência é que o risco diminua* (P5).

No atendimento às pessoas que tentam suicídio, constatou-se que os profissionais em saúde se esforçam na busca do melhor atendimento ao usuário do sistema (através dos CAPS, por exemplo) e aos pacientes de leitos psiquiátricos, mas a minoria não demonstrou sensibilidade para com o problema, talvez porque não haja um direcionamento eficaz das políticas públicas em saúde com a clara intenção de prevenir tentativas e suicídios, especialmente a partir das portas de entrada do SUS.

Certo é que não existe uma rede de amparo especialmente destinada a este usuário tão singular, pela qual ele transite e na qual obtenha efetivamente o cuidado que necessita: [...] *eu acho que falta sensibilização e muitas vezes também falta a rede, porque uma vez que eu pergunto para o paciente, se eu vejo que tem um risco, o que que eu vou fazer com ele a partir de agora? Porque às vezes tu não tens uma rede de apoio* (P5).

A eficiência no atendimento em saúde às tentativas de suicídio, como uma medida viável ao combate do agravo, não prescinde da rede. A malha regionalmente projetada pelo SUS para receber o usuário, deve ser instrumentalizada, dentro do caráter universal e abrangente do sistema, para acolher os que tentam matar-se, porque são vítimas enredadas na complexidade que o agravo representa. Mas um atendimento eficiente, nestes casos, decorre de aprendizado. A apropriação do conhecimento necessário para intervir nas tentativas de suicídio, deve fazer parte da grade curricular da formação acadêmica do profissional em saúde. Esta condição é imprescindível para compreender o fenômeno e a complexidade de seus fatores, é ponto de partida para o combate eficiente ao agravo.

Um exemplo da intervenção da academia, neste assunto, vem da iniciativa de pesquisadores renomados em estudar o suicídio nos Municípios de Candelária, Santa Cruz do

Sul, São Lourenço do Sul e Venâncio Aires, que resultou no Manual de Prevenção ao Suicídio no nível local, com orientações preventivas e de controle endereçadas aos profissionais das redes municipais de saúde (MOURA *et al.*, 2011). Esta iniciativa ainda repercute favoravelmente no território.

Aí nesse momento [2009] então nos foi colocado um trabalho, uma proposta de trabalho na verdade, onde nós começamos a pesquisar [...], que eram os municípios de maior índice da região [...]. Desse trabalho então surgiu esse Manual de Prevenção ao Suicídio, que o Núcleo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis do Estado buscou junto ao Ministério recursos e surgiu este manual [...] e agora então eu estou num momento mais de divulgação, de orientação e o objetivo agora seria mais sensibilizar as pessoas para poderem estar mais atentas aos sinais de risco (P5).

Aquele Manual continua sendo um instrumento importante de auxílio no combate ao suicídio, mesmo sem políticas públicas efetivas nesse sentido, [...] foram ações desenvolvidas [...] que a gente pegou como diretriz então do Manual do Ministério da Saúde (G4). G9 ratifica esse entendimento.

[Estratégia] Específica sobre suicídio não. A gente entende como uma Rede de Saúde Mental que se fortaleceu a partir desse Manual. Então é uma equipe [a 13ª CRS e os 13 municípios] que está mais preparada para lidar com a situação de tentativa de suicídio, de poder fazer um olhar técnico sobre isso, que antes não se sabia (G9).

Para G12, as ações de combate ao suicídio acontecem no cotidiano municipal e são reforçadas na rede regional. Estas intervenções têm efeito sobre o suicida, sua família e o entorno quando da tentativa e, posteriormente, na consciência de que o tratamento não é ocasional ou momentâneo, mas prolonga-se no tempo.

Com certeza sim, os reflexos são imediatos desde o momento da acolhida após a tentativa de suicídio, seja posterior ao momento, porque não adianta tratar naquele momento do incêndio que foi a tentativa e depois ficar a pessoa desassistida porque o suicídio é um sinal de alerta para o sofrimento, que é justamente este cuidado com a saúde mental que a gente tem que ter a longo prazo. Não é somente o uso medicamentoso ou aquela seção de psicoterapia, mas é um cuidado a longo prazo e extensivo a toda a rede (G12).

Outra circunstância importante evidenciada na análise das entrevistas foi que muitos tentadores não estão registrados no SUS, mas têm registros policiais de tentativa de suicídio. Neste caso, uma conexão em rede regional seria importante, não apenas na área da saúde pública e especialmente mental, mas na interlocução com outros setores sociais de âmbito regional.

Uma vez que a Segurança está sensibilizada, a Secretaria de Educação está sensibilizada, a saúde está sensibilizada, aumenta muito a chance de tu conseguires atender uma pessoa num momento desses. Por exemplo, aonde a pessoa mora não tem posto de saúde, mas de repente a escola conseguiu captar alguma coisa né? Então é essa a intenção. A EMATER, como trabalha com o pessoal do interior é um órgão muito importante que também pode estar atento (P5).

Um trânsito livre e menos hegemônico das informações que auxiliem no enfrentamento efetivo da questão do suicídio nas Regiões de Saúde, especialmente no RS, reconhecidamente o estado com os maiores índices de suicídio do país, podem evitar constatações como a de que *Uma dessas pessoas nunca tinha estado num sistema de saúde nenhum que eu pesquisei, mas ele tinha mais de 30 ocorrências policiais e no fim esta pessoa quando foi presa acabou se matando dentro da instituição prisional (P5).*

Então, fica a observação de que os responsáveis pelas políticas públicas no Brasil, em qualquer área da administração pública, tendem à implantação de ações isoladas que conduzem a que um mesmo assunto seja abordado por vários órgãos públicos com dispêndio de recursos e pouco ou nenhum resultado efetivo. Esta prática comum na esfera federal e estadual, “é a do trabalho setorial isolado que retira efetividade e eficiência dos programas públicos porque é feita de forma tematizada e fragmentada, sem uma articulação entre os diferentes setores” (MENDES, 2012, p. 178).

Nesse sentido, a organização da atenção à saúde deve valorar as iniciativas de combate ao suicídio, fazendo um trabalho visível e impactante, no intuito de mudar a forma como os administradores da saúde pública e os profissionais em saúde manejam a questão, objetivando “criar cultura, organização e mecanismos que promovam uma atenção segura e de alta qualidade”, melhorando o suporte organizacional em saúde, introduzindo “estratégias potentes destinadas a facilitar as mudanças sistêmicas amplas”, fortalecendo aberta e sistematicamente o “manejo dos erros e dos problemas de qualidade para melhorar a atenção à saúde” porque existem “falhas na comunicação e na coordenação da atenção à saúde [que] devem ser prevenidos por meio de acordos que facilitem a comunicação e os fluxos de informações e de pessoas” (MENDES, 2012, p. 141-142).

5.3 Multidimensionalidade do fenômeno suicídio

Nesta categoria, elencam-se circunstâncias aventadas pelos entrevistados, sobre as razões de cometimento do suicídio ou os motivos que conduzem ao ato fatal. Trata-se da

abordagem sobre fatores que podem conduzir à morte voluntária, cujo apontamento pode ajudar a entender que o suicídio é um fenômeno complexo, multidimensional e multifatorial, portanto, difícil de ser combatido, especialmente quando os pesquisadores se detêm na busca de motivos, de razões para o atentado à própria vida. Nesta categoria, também se averigua se os envolvidos com a saúde pública encaram o suicídio como uma questão de saúde coletiva.

Para a OMS, o suicídio é “um transtorno multidimensional, que resulta de uma interação complexa entre fatores ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos e biológicos” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000a, p. 3). A multicomplexidade das questões envolvidas torna difícil combater o agravo a partir das circunstâncias que influenciaram direta ou indiretamente na morte voluntária, que podem ser inúmeras e, por isso, impedem que se aponte um motivo que, especificadamente, seja o principal causador do suicídio.

Cassorla e Smeke (1994) pedem cautela nas pesquisas, para não reduzir o fenômeno à mera observação, pois o suicídio é um iceberg do qual se vislumbra uma mínima parte, permanecendo velados os componentes autodestrutivos que se encontram permanentemente em ação, as pulsões para a morte, como doença, desnutrição, acidentes, perda de emprego, o amplo leque do desrespeito, as alienações, questões de libido; enfim, situações individuais ou coletivas, internas ou externas que contribuem para o suicídio. Determina-se, então, que não existe um fator específico que se possa apontar como o deflagrador dos atos que conduzam ao suicídio. Até a própria omissão da vítima, na procura de cuidados, é fator contributivo:

É que geralmente o que tenta e não conseguiu sucesso na tentativa, ele é acompanhado pela equipe de saúde né? E a família dele também, até porque a gente vê quando é um risco maior a família sempre é chamada, é alertada do risco né? Então isso sim, eu acho que o grande problema tá nos casos que não chegam, que não chegam até a equipe de saúde. E geralmente são esses casos que têm sucesso na execução, são casos que não estão sendo atendidos pela equipe da saúde, como esses dois esse ano, eram casos que não estavam sendo atendidos, se a gente vai ver do ano passado e também dos outros anos, a maioria não tinha contato com a equipe de saúde (G4).

O exercício das funções dos entrevistados no campo da saúde pública lhes permite expressar com objetividade as circunstâncias que envolvem a questão do suicídio como [...] *um assunto que não é falado, mas todo mundo sabe que existe [...] tem muitos mitos, que traz um certo medo, traz insegurança, que tu não sabes como lidar (P5).*

Eis algumas das visões sobre o assunto entre os entrevistados:

[O suicídio é] Muito, muito complexo. Eu vejo o suicídio como uma dificuldade de enfrentamento de eventos de vida, aonde a pessoa se perde para enfrentar. Então se

eu estou bebendo é porque já tenho dificuldade de enfrentar. Então eu vejo dessa maneira assim, e é multifatorial, não é uma coisa só né? (G6).

Tem sempre uma motivação. Eu vejo assim, não é de livre e espontânea vontade. Acordar de manhã cedo e Bom, hoje eu vou me matar, sabe? Tem uma motivação, ou seja, uma motivação financeira ou de saúde, ou familiar ou pessoal. Eu não vejo de outra forma (P8).

Não sabemos exatamente a causa, o porquê dos suicídios, por isso a intervenção nossa é mais no sentido de conscientizar, de provar os casos de suicídio, Ah, a gente tem o uso exagerado de agrotóxico, o componente hereditário, genético, vamos supor. A gente debate isso, mas também como leigos no assunto também não sabemos assim dar então Ó, temos que fazer isso ou aquilo, mas sim, claro se discute em nível de Conselho [...] É um fator preocupante né? Eu pessoalmente, a gente procura ler, mas são coisas assim como eu te disse, estabelecer uma causa específica, Ocorre por causa disso, se sabe que é um somatório de fatores (C1).

Outras facetas surgidas da análise do conteúdo das entrevistas exemplificam a complexidade do assunto.

[...] eu acredito também que a questão do suicídio é muito complexa, porque não tem um estudo que determine a causa, não, é isso aqui que é a causa. Tem a questão do meio ambiente, questão de uso de defensivo agrícola, a questão da monocultura do fumo, está ligado isso aí. Existem estudos isolados. Pelo que eu tenho conhecimento, que eu leio, existem estudos isolados, mas não uma determinante (C4).

Ventilou-se a errônea compreensão de que expor o assunto induz ao suicídio, [...] *era um tema meio tabu, não se falava disso em função de medo até de que as pessoas fossem falar em suicídio, fossem dar ideias para as pessoas poderem cometer (G10).* A OMS aconselha que o tema seja abordado com o suicida num diálogo franco, honesto e autêntico, ouvindo-o atenta e calmamente, demonstrando empatia, aceitação, respeito, preocupação, cuidado e afeição (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000d, p. 14).

Outra situação detectada na análise de conteúdo foi o posicionamento geralmente sensacionalista da mídia [...] *quando a imprensa nos procura quer saber números, quer saber números, então quando a gente fala, a gente tenta fazer uma matéria de forma preventiva, alertando os sinais de risco, nunca alarmando a situação (P5).*

Sobre os meios de comunicação, a OMS entende que a mídia “Influencia fortemente as atitudes, crenças e comportamentos da comunidade” e que “algumas formas de noticiário e coberturas televisivas de suicídios associam-se a um excesso de suicídios estatisticamente significativo” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000c, p. 3-4).

A dimensão social do problema também foi enfocada pelos entrevistados. *Eu acredito que ele [o suicídio] é visto como um problema [...], problema de saúde coletiva (G6).* Outro depoimento foi no sentido de que *No suicídio, é bastante grande a demanda que a gente*

recebe de risco de suicídio e pacientes com pensamento de morte. É sim um problema de saúde pública (G11), devendo ser averiguado [...] questões que influenciam, em fatores culturais, de fatores financeiros, enfim o meio em que esse indivíduo vive. Todas as informações são importantes para compreender o sofrimento desse indivíduo, no seu momento de vida (G12).

Esta dimensão é evidenciada no cotidiano da gestão hospitalar e de atendentes:

A gente percebe isso claramente [que o suicídio é uma questão de saúde pública]. Se você fizer uma abordagem junto ao nosso Pronto Atendimento, eles vão te referir que diariamente, ou frequentemente estão envolvidos com esse tipo de situação. É uma situação peculiar na nossa região, de colonização alemã. Isso está bem estabelecido e por conta disso, por óbvio, é um problema de saúde pública sim (G15).

[Como profissional] eu vejo que o suicídio a tentativa de suicídio tem a ver com a saúde pública, tem a ver com depressão. Ninguém vai tentar se matar por livre, espontânea vontade. Tem algum problema, problema econômico, pessoal, problema de saúde, a pessoa está depressiva, tem problemas com a família, eu vejo uma questão de saúde pública sim (P8).

O relato de quem procura impedir uma tentativa de suicídio demonstra a dimensão coletiva do problema:

Foi feita toda a segurança para os profissionais subirem até lá e conseguir resgatar, conversando com ela, toda uma parte psicológica, mas não temos psiquiatra, não temos psicólogo dentro da [...], o que temos mais é a força de vontade e a garra de salvar as pessoas, porque [o suicídio] é um problema sério de saúde pública (P7).

Esta constatação também é da OMS, ao dispor que o suicídio, “Como um sério problema de saúde pública, este demanda nossa atenção, mas sua prevenção e controle, infelizmente, não são uma tarefa fácil” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000d, p. 3). Este posicionamento fez com que a WHO criasse, em 1999, o programa de prevenção Suicide Prevention Program (SUPRE), lançando, a partir de 2000, uma série de manuais para a prevenção ao suicídio, destinados a professores e educadores (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 200b), profissionais da saúde (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2000a), da mídia (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2000c) e outros.

Percebeu-se, na comunicação dos entrevistados, que casos configurados como tentativa são tratados sigilosamente, a pedido da família e com consenso do médico, [...] *acho que muitas vezes as tentativas de suicídio, elas são internadas em leitos clínicos, me parece que isso é uma questão que acontece por questões familiares, de médico de família e tal, acho que ainda tem muito isso (G13).* Esta atitude demonstra que muitas tentativas não fazem parte dos registros oficiais, ou seja, os casos são subnotificados. Também entre os fiscais da saúde

municipal, esta situação é ventilada: *Às vezes é comentado ou deixado em sigilo pela família quando a pessoa já está em problema e quando acontece o caso, aí vem e entra nos ouvidos do Conselho ou da Saúde (C2).*

Outra peculiaridade é que o suicídio é comum entre portadores de transtorno mental. Para a OMS, “estudos, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países subdesenvolvidos, revelam uma prevalência total de transtornos mentais de 80 a 100% em casos de suicídios com êxito letal”, ocorrendo em 6 a 15% dos depressivos e em 4 a 10% dos esquizofrênicos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000a, p. 4). Esta constatação se confirmou no conteúdo das entrevistas. *Acho que uma parcela significativa das pessoas que cometem suicídio elas possuem algum transtorno mental (G4), mais evidenciado na depressão. Eu acredito que há um atrelamento principalmente em relação à depressão que é uma doença silenciosa que acomete às vezes a pessoa ao nosso lado e a gente não percebe (G7).* Esta evidência também forma a convicção dos profissionais em saúde.

Normalmente o paciente independente de sexo e idade eles apresentam um transtorno mental. Para poder estar cometendo a tentativa de suicídio ele primeiro apresentou o transtorno mental, que muitas vezes para a família não é perceptível, mas esses pacientes apresentam primeiro um transtorno mental para depois a tentativa de suicídio (P4).

Esse desejo eu vejo como um problema psicológico, um desvio de função, é problema de cabeça, problema neurológico de repente, porque em sã consciência ninguém vai querer tirar sua vida, tem seus filhos, tem teus amigos, tem tua vida para viver. Se a pessoa fala isso que quer se matar, é porque tem algum problema que não está bem encaixado na cabecinha dela (P8).

Mas um dos gestores efetuou um contraponto substancial à tendência de associar o suicídio somente aos transtornos mentais:

O suicídio necessariamente não atrelado [às doenças mentais], mas ele é um sofrimento que qualquer um de nós está suscetível a acontecer, está suscetível a vivenciar, que é um episódio de sofrimento, esse sofrimento pode ser por um momento imediato de alguma situação, um episódio de desemprego, um episódio de uma perda de um filho, um choque muito grande que a pessoa pode ter vivenciado, ou decorrente de uma patologia, de um episódio depressivo, de outro transtorno, enfim, cada caso precisa ser avaliado (G12).

O suicídio também pode ser o resultado fatal [...] *do consumo de crack na região (G11), sendo que, em 2012, em um dos municípios [...] deve ter tido uns seis casos que me lembro assim, mas como eu disse, muitos ligados à questão da dependência química (G13).* Para um profissional em saúde, das internações de tentadores [...] *basicamente 50% é tentativa de suicídio e os outros 50% é relacionado ao uso de drogas (P6).*

Uma perspectiva diferenciada vem da observação sobre o comportamento da vítima, tranquilo ou como diz o entrevistado, em [...] *surto psicótico* (P7), querendo referir-se aos períodos de confusão mental, de *delirium* (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2013). A percepção vai no sentido de que a aparente tranquilidade da vítima não significa que ela abandonou a ideação suicida. Ao contrário, pela experiência profissional do entrevistado, nos períodos de calma deve-se redobrar a cautela, porque este estado de ânimo é meramente superficial, não raro o tentador objetiva transmitir tranquilidade às pessoas, desviando-os do intuito de cuidado e atenção sobre si. Tanto é assim que a OMS elucida que “Se o paciente encontra-se sob tratamento psiquiátrico, o risco é maior naqueles que tiveram alta recentemente do hospital” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000a, p. 11).

A narrativa de P7 é elucidativa.

[...] das situações que eu passei e depois de pegar um pouco da história da pessoa que quer cometer o suicídio, quando ela está em surto psicótico não é o risco tão maior que a gente percebe [...] tinha umas 200 pessoas procurando. Foi achado o chinelo dele à beira de um açude, só que ele estava em surto, então foi esvaziado 4 açudes [...] e ele não estava em nenhum dos açudes. Ele foi achado 28 Km mais para baixo dos açudes, sentado na barranca de um rio, onde era uma época de enchente, o rio estava fora da caixa de tão cheio que estava e ele estava numa ilha sentado, cheio de espinhos, todo machucado, sangrando, mais de 24 horas sentado naquele local. Foi achado ele e aí foi levado ele para casa, e aí se passou um tempo, levaram ele para consultar com um especialista, fazendo a medicação. Quando ele começou a sair do surto, ele tentou realmente e cometeu suicídio (P7).

O entrevistado alude ainda à interpretação das tentativas como um pedido de auxílio. [...] *mas então ela corta ali os pulsos, dá dois, três cortes, corta a barriga, sei lá, mas é para chamar a atenção, é um pedido de socorro. Não que ela queira se matar, mas é uma maneira de pedir ajuda* (P7). Ainda expõe a situação pela qual as pessoas não acreditam que a vítima venha a matar-se realmente. *Ah! Tu não vais te matar nada. Enquanto tu estavas louco [...] tu disseste, mas tu não te mataste, agora que tu estás ficando bem, agora tu não vais. É agora que acontece* (P7). O transtorno também pode ser [...] *um momento de desequilíbrio [...] que faz a pessoa acreditar que ela vai se livrar de tudo e uma fantasia que vai continuar viva, por mais louco que pareça isso* (G6). Esta alusão é a de que a vítima não deseja matar-se, vê no suicídio uma fuga a um sofrimento para si insuportável.

A fala de P7 se harmoniza com a literatura especializada no assunto: Dos três períodos de risco de suicídio entre esquizofrênicos, além do período de crise (quando o paciente “segue vozes de comando que mandam se matar”), os outros dois momentos são períodos “intercrise”, um deles se apresenta quando a vítima encontra-se aparentemente tranquila e o

outro acontece “logo após a alta de uma internação psiquiátrica”. Em ambos os casos, é grande o risco de nova tentativa (BOTEGA; D’OLIVEIRA, 2006, p. 22).

Em 2006, Gonçalves e Kapczinski (2008) pesquisaram 1.122 indivíduos do Município de Santa Cruz do Sul/RS e estimaram a prevalência de transtornos de humor, ansiedade e/ou somatização (THAS) em 38% ou 426 deles, o que auxilia no entendimento dos altos índices de suicídio nos últimos 10 anos, naquele município (4,66 vezes maior que a média nacional). A veiculação e a análise objetiva dessas informações podem resultar em políticas públicas para o setor, especialmente no diagnóstico precoce de transtornos mentais e no investimento no tratamento das doenças mentais, que podem ajudar no combate ao suicídio.

O gênero também influencia o cometimento. Mulheres tentam mais, homens matam-se mais (DURKHEIM, 2000). As mulheres [...] *são um pouco mais flexíveis do que os homens. Por exemplo, a mulher, se ela fica desempregada, ela vai fazer qualquer coisa, vai vender pano de prato, ela vai fazer um docinho pra vender, mas o homem quando tem uma grande perda assim, é muito mais difícil para ele* (P5).

Todos eles eram muito bem de vida e o que a gente viu mesmo foi assim a perda, a perda da virilidade, a perda da saúde, a perda... Vamos dizer, o idoso ele é o chefe de família, daqui a pouco ele precisa, um filho vai junto no centro para ele poder receber, daqui a pouco ele nem pode mais ir, tem que uma pessoa receber por ele. Essa questão a gente viu muito presente, a perda da... não eram pessoas pobres, mas a perda no geral (P5).

Das vítimas, [...] *a maioria aqui são homens, numa idade madura, de 35 a 60 anos por aí, por enforcamento. Disparadamente. Então é a maioria do interior, que trabalham na zona rural. Se chega para nós um perfil assim é imediata a atenção integral* (G10).

Outra circunstância é que o ato suicida pode ser deflagrado até por causa do inverno [...] *em razão da escuridão, do tempo chuvoso [...] e no final do ano também aumenta sensivelmente, porque no final do ano com o Natal, Natal é família, as pessoas às vezes perderam familiares ou filhos* (G8). Outro entrevistado mencionou também a morte voluntária em virtude da falta de vida social dos que [...] *trabalham na roça a semana inteira, aí o máximo que tem é beber na bodega* (P5).

O suicídio foi detectado entre monocultores de tabaco, em virtude de perda da safra, porque [...] *o dinheiro que rende o fumo é que tu vais te sustentar durante o ano. O que que acontece se vem como agora, granizo e coisa. Tu perdes todo aquele fumo, então como é que tu vais se sustentar durante o ano se tu perdeste tudo aquilo?* (G8), especialmente porque se trata de [...] *cultura familiar onde está envolvido pai, filhos, genro então, a família toda, numa*

cultura que exige o trabalho deles o tempo todo (G13) e que envolve [...] o sustento muitas vezes de duas, três famílias naquela chácara, de muitas vezes ser pai, filho, genro trabalhando em cima de uma pequena chácara e isso acaba [...] levando à tentativa de suicídio (P4).

O suicídio ocorre também porque a vítima nunca buscou o sistema de saúde. A OMS constata que “uma proporção substancial de pessoas que cometem o suicídio morrem sem nunca terem visto um profissional de saúde mental” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000a, p. 4). A pesquisa confirma a hipótese, conforme se observa na fala abaixo:

[O combate ao suicídio surte efeito] mas não como a gente gostaria porque nossos índices ainda são altos, mas o que é que a gente tem visto: que são altos em pessoas que não conseguiram chegar para o atendimento. Quando chega, a gente consegue evitar, mas têm pessoas que não, a gente vê que quanto mais do interior, menos informação e menos chegam até nós (G10).

Outra vertente é que, mesmo procurando o sistema de saúde, [...] *nem sempre o paciente quer continuar esse atendimento, [...] acham que estão bem e que não precisam (P1)*, mas o que surpreende é o [...] *grande número de pessoas que passaram nos últimos 30 dias pelo sistema de saúde, mas não foram identificados risco, isso também a gente viu (P5).*

Vários são os gatilhos que deflagram a morte anunciada ou voluntária. A observação de suicídio entre jovens colombianos levou Rosero e Villalobos (2011) à análise de fatores familiares, culturais, educacionais e econômicos e de elementos de risco e proteção contra o suicídio, concluindo pela necessidade de implementação de políticas públicas preventivas aliadas à educação sobre o assunto e à implementação de programas para ocupar o tempo dos jovens em atividades estratégicas, que lhes acresça competências e habilidades para lutar contra o fenômeno e alertar a população para os riscos.

Por seu turno, Minayo, Meneghel e Cavalcante (2012), concluíram que entre os idosos brasileiros, o suicídio é influenciado por fatores socioculturais e por enfermidades físicas e mentais graves. As autoras chamaram a atenção também para a falta de programas do MS de combate ao suicídio entre idosos, sendo um ponto interessante do estudo, a constatação não usual, de que no Brasil, os suicídios se concentram em municípios com menos de 100.000 habitantes. Na tese, dos quatro municípios pesquisados, três são de pequeno porte, Mato Leitão, Pantano Grande e Passo do Sobrado.

Para finalizar a abordagem dessa categoria, sublinha-se a experiência dos entrevistados com o fato de que o tentador nunca assume nem expõe sua tendência suicida, nunca confessa ter tentado suicídio. Esta evidência é narrada por um profissional com experiência no

atendimento a tentativas, nas quais a vítima normalmente narra que foi imprudente, que se feriu acidentalmente ou dá outras desculpas:

Nós os [...] atendemos diversas [tentativas de suicídio], e muitas vezes não se configura o suicídio ou a tentativa porque a pessoa que tentou se suicidar não diz Eu tentei me suicidar. Eu me arranhei a faca. Eu tomei medicação demais. Ou seja, não configurou o suicídio e nem a tentativa de suicídio [...]. Dificilmente uma pessoa vai dizer assim: Tentei me matar e não consegui. Ninguém vai dizer isso aí, pelo menos eu nunca vi isso nesses 22 anos. Pode até ter casos mas eu nunca vi [...] Sinceramente nestes 22 anos e em histórias que os colegas contam, eu nunca ouvi dizer assim: Eu tentei me matar. [...] Eu me arranhei, Eu caí, Eu tropecei, Eu me pendurei na janela porque eu ia limpar a janela (P8).

A atitude de negativa da vítima e de aquiescência da autoridade permite concluir que existe uma subnotificação dos casos de tentativa e de suicídio, inclusive em escala substancial, podendo comprometer os índices oficialmente veiculados pelo MS através do DATASUS.

Tratando dos óbitos por suicídio no RS, Zen (2012) comparou os dados dos sistemas oficiais do SIM e do SINAN no meio eletrônico, para estimar a ocorrência de subnotificação, concluindo que muitos óbitos não foram notificados ao SINAN, e recomendando que, nas averiguações sobre óbitos por suicídio, haja um cruzamento dos registros do SIM com os do SINAN, para maior confiabilidade dos resultados.

Os índices oficiais são consideráveis por si mesmos. A evidente subnotificação dos óbitos por suicídio faz do agravo não somente um problema de saúde pública (o que em si já encerra graves consequências), mas um fenômeno sobre o qual as autoridades públicas em saúde, dos três níveis de gestão, devem intervir com medidas urgentes de prevenção e de combate.

5.4 Interesse pela temática do suicídio

Esta categoria abrange a preocupação dos entrevistados para com o suicídio ou para a possibilidade de prevenir esse agravo. A busca é pela demonstração do quanto equipes, gestores e rede de saúde se preocupam com o enfrentamento do suicídio, demonstram interesse em aprender a lidar com o problema. Esta dinâmica permite antever a compreensão dos sujeitos sobre o agravo do suicídio, a consciência deles quanto aos altos índices de cometimento na região, se esse reconhecimento deu visibilidade à questão no território e como estes agentes traduzem na prática a Política Nacional de Prevenção ao Suicídio, se existem estratégias de combate implementadas nos municípios abordados, e, em caso

positivo, se tais estratégias colaboram para o desenvolvimento regional, auxiliando na diminuição das tentativas e do suicídio no território.

Os entrevistados demonstraram preocupação com a questão do suicídio, estando cientes do elevado número de casos em seus municípios e na região, alçando a questão ao nível de saúde pública e compreendendo que o problema deve ser tratado, inclusive coletivamente. A preocupação mais substancial veio dos profissionais em saúde que atendem os tentadores no cotidiano, enfermeiros de Postos de Saúde e das alas de saúde mental dos Hospitais de Referência e também os psicólogos da Rede Municipal de Saúde. Os Municípios de Mato Leitão, Pantano Grande e Passo do Sobrado têm menos de 20 mil habitantes e, portanto, não têm CAPS instalado, então o atendimento aos tentadores de suicídio ocorre nas Unidades Básicas de Saúde. O Município de Santa Cruz do Sul, o mais populoso entre os pesquisados, tem Centros de Atenção Psicossocial, sendo que os tentadores são atendidos no CAPS II que atua em saúde mental. Entre os gestores em saúde, os relatos vão no sentido de que [...] *nos preocupa muito esta situação de suicídio* (G3) e o desejo é [...] *que a gente pudesse estar trabalhando de uma forma mais eficiente nesta questão do suicídio* (G4) ou sem mais detalhes [...] *vem sendo implementado a questão da abordagem e do tratamento das situações de tentativa de suicídio* (G7).

A preocupação dos administradores municipais da saúde não é suficiente para que estabeleçam ações de enfrentamento ao agravo, nem há uma busca direta por soluções ou minimização do problema. Outras questões em saúde, mais visíveis aos gestores, devem ser prioritárias, recordando que, quando foram feitas as entrevistas, eles haviam assumido recentemente seus cargos de gestão. Mesmo assim, demonstraram que têm intenção de enfrentar o problema:

Como para nós essa situação da saúde mental é tudo muito novo com o NAAB, então a gente vem buscando primeiramente orientação nas escolas, educação permanente nas escolas não direcionada diretamente ao suicídio, mas assim algumas outras situações que possam no decorrer, acontecer. A gente está buscando [...]. Então, o nosso objetivo é aumentar, tentar direcionar isso num atendimento maior do que leva ao suicídio. Então pelo menos é um início, né? (G3).

Os gestores afirmaram seguir as diretrizes da Política Nacional de Saúde Pública e Mental, estando em fase da redação de seus Planos Municipais de Saúde. Desses planos municipais resultará um Plano Regional em Saúde, abrangendo os municípios que compõem a 13ª CRS, solidificando a regionalização e sua consequente descentralização e dando continuidade à PNPS 2006, com a implantação do COAP.

Na questão específica de violência, os gestores se referiram ao Projeto de Violência Doméstica, que em um dos municípios não se desenvolveu: *Deveria ser uma parceria de Brigada Militar, Delegacia, Conselho Tutelar; então quando acontece numa só das esferas a gente não tem muitas vezes como resolver o problema* (G1) enquanto que em outro o Projeto está em andamento: *A gente está capacitando mais profissionais das escolas, da assistência social, do Conselho Tutelar, da Brigada Militar. É um projeto intersectorial que a gente está desenvolvendo* (G2).

A Política Nacional de Combate ao Suicídio de 2006 não foi implantada nos municípios, não há neles um setor da saúde pública que trate especificamente do assunto ou um funcionário qualificado para tratar da temática em particular, à exceção de Santa Cruz do Sul que, pelo porte, possui o CAPS II para tratar dos pacientes que tentam suicídio. Nos demais *Todas as ações estão relacionadas e dentro disso existem usuários depressivos, com tendência ou não suicida, então é trabalhado como um todo* (G1), sendo que [...] *o tratamento é o mesmo para todos, para todos os usuários, mas claro que esses [os tentadores], em função do nível de exigência, de um cuidado mais intersectorial até, a gente tem esta estrutura bem organizada, bem envolvida no município* (G2). Um dos gestores informa que *Não foi nada ainda previsto em relação a isso, até porque assustadora mesmo [a questão de suicídio] está de um tempo para cá [...] e aí então tem que se criar estratégias para isso* (G1). Para outro, a falta de funcionários impede as ações: [...] *este é um dos pontos em que eu fico bem preocupada, eu sou gestora nova, desse ano [2013] e coloco novamente que encontrei um serviço em déficit neste sentido* (G5). Outros gestores demonstram conhecer a questão:

Nós temos profissionais [...] que participaram de todas as capacitações e Manuais de Prevenção do Suicídio. [...] em primeiro lugar a gente valoriza cada pensamento de suicídio, cada tentativa [...]. Então tu não podes fazer em nenhum momento desvalorizar qualquer fala de pensamento de morte que é a diferença. Então toda tentativa de suicídio, todo pensamento de morte que a pessoa tá tendo, ele vai ser atendido sem horário marcado, ele vai tá chegando no serviço, vai ter que ser acolhido, vai ter que ser escutado, então dessa maneira a gente consegue (G8).

Essa Portaria de 2006, que é essa Política de Prevenção do Suicídio a gente participou do lançamento, fomos convidados e desde então a gente vem num olhar digno, num projeto específico de prevenção do suicídio [porque] essa é nossa preocupação. Nós estamos numa cidade que tem altos índices de suicídio, numa região que tem altos índices, então a gente vem sempre pautando e discutindo isso (G10).

São executadas ações pontuais:

Em 2006 a gente começou a se preocupar com isso [...] teve várias capacitações de saúde, fizemos uma pesquisa [...] das falas que eles falam, tipo eu estou pensando

em bobagem, pensando em bobagem leia-se pensando em me matar. Assim encaminham para nós e a gente faz essas visitas [...] aos Postos de Saúde (G10).

Outro gestor informa que *Tenho um momento mensal com as Agentes de Saúde, Agentes Comunitárias de Saúde, onde a gente trabalha toda a questão do suicídio, o Manual do Suicídio com elas (G2)* ou mesmo os Agentes Comunitários de Saúde são esclarecidos

Para eles estarem sabendo na visita domiciliar, porque a gente vê que muitos desses pacientes às vezes com ideação suicida não chegam ao serviço de saúde, né? Então para eles estarem atentos nas visitas, na conversa com os familiares [porque] eu acho que a prevenção maior ainda é feita no Município (G4).

Este gestor relata a iniciativa municipal de combate ao suicídio.

Geralmente quando a pessoa tentou o suicídio aí a gente faz um acompanhamento mais intenso junto a essa pessoa. Ela é chamada a comparecer ao Serviço de Saúde dependendo da gravidade do caso até mais de duas vezes por semana ou semanal é feito esse acompanhamento. Depois conforme a gente vai percebendo que o risco vai diminuindo então a gente prevê um espaçamento maior mais como eu disse esse acompanhamento que vai desde... conforme o risco né? Intenso se o risco é alto, e conforme a gente vai vendo que o risco vai diminuindo então se continua o acompanhamento, mas mais espaçado no tempo (G4).

Os tentadores têm atendimento prioritário: [...] *o que que a gente não bota em espera: tentativa de suicídio ou ideação (o risco na verdade de suicídio), gestante a gente prioriza e psicóticos (G10)* e a estratégia municipal estabelecida é de prevenção: [...] *eu acredito muito na prevenção, eu aposto muito nisso, muito mesmo (G6)* havendo preocupação também quando o paciente não comparece ao tratamento:

Quando a pessoa não vem a gente informa a enfermagem, a gente tenta informar a assistência social. Geralmente essa pessoa, ela está na rede, ela vai no Posto de Saúde, ela vem no serviço da Psicologia, ela vai muitas vezes no Serviço de Assistência do CRAS. Então a gente faz um contato para não deixar essa pessoa assim, sumiu, não, se sumiu vamos ver o que aconteceu. Se faz uma busca ativa dessa pessoa (G6).

E se ele dá uma sumida, o que é que a gente faz? A gente traçou, isso foi uma ideia do Botega que é um estudioso do suicídio, numa das pesquisas dele [...] com aqueles que tinham contato telefônico assim. Então isso diminui bastante o suicídio daqueles que recebiam contato telefônico. Então isso a gente fez aqui, a gente tem um caderno, quando é um risco grave, uma pessoa que precisa de atenção a gente anota e de tempos em tempos a gente vai saber: Como é que está, está bem? Como está se sentindo? E esse paciente a gente vê que só o fato de receber um telefonema faz então... a gente reforça: Quando tu não tá bem tu vem para cá, a gente vai conversar contigo e tal. Isso também a gente acaba fazendo como prevenção, que é dar uma ligadinha de vez em quando para saber (G10).

Na abordagem inicial ao paciente, o profissional procura detectar eventual tendência suicida: *Então o profissional que recebe nesse acolhimento, se consegue perceber essa ideiação suicida, a gente até tem perguntas específicas mesmo sobre isso, mais as vezes não respondem, é mais por observação (G11)* e procura envolver os familiares: [...] *nos casos dos pacientes com risco de suicídio a gente prioriza chamar a família também para ajudar no resgate do paciente. Eu não saberia te dizer se tem uma estratégia que se usa assim, mas o atendimento é priorizado (G11)* e quando é necessário internação, [...] *assim que a gente vê que é extremamente grave, por exemplo, um suicídio que a gente não tem o que fazer, a gente interna clínico e espera leito na unidade de saúde mental (G14)*. O paciente é internado [...] *mas sempre com orientação de que quando sair do hospital retorna até aqui para continuar o tratamento (G11)*. A gravidade do problema leva um dos gestores, formado em Psicologia, a expor sua preocupação:

Eu, principalmente no meu trabalho da Psicologia, não consigo ver tratamento de uma situação de suicídio sem que a gente esteja abordando a situação de vida do paciente. O trabalho, a vinculação com a família, o meio social, que tipo de vida ele estava levando, até questões anteriores assim, há quanto tempo, as questões hereditárias, se têm outras situações na família ou não (G13).

Da entrevista com o representante da direção de um hospital de referência, formado em Assistência Social, resulta a preocupação com a ideiação suicida:

[...] a gente tenta conhecer bastante da vida do paciente e o que pode desencadear a depressão e a tentativa de suicídio, e a gente em reunião tenta trabalhar essas questões. Por exemplo, a gente estava conversando sobre um paciente que, por causa das dores a pessoa dizia que queria se matar, então a gente pensou vamos tentar de algum jeito, ver essas dores, como é que a gente consegue essas dores no corpo amenizar, e aí a gente tenta fazer um trabalho (G14).

O Coordenador em Saúde Mental de um dos hospitais de referência, alude à importância da presença da família durante o tratamento:

Sim, a família é fundamental nesse processo até para poder identificar porque muitas vezes a tentativa é vista como um fricote ou como uma forma de se chamar a atenção ou de demonstrar determinada carência. Então tem alguns mitos que cercam a questão do suicídio, então é importante tratar a família, de poder entender o que é uma ideiação suicida, o que é um risco suicida, de historicizar o porquê que a pessoa chegou nesse ponto de sofrimento (G12).

Os esforços pontuais ao combate do agravo são evidentes.

Nós temos encontros para quem utiliza os serviços do Hospital [...]. Nós temos encontros semanais com a família onde a gente realiza uma reunião de escuta dos familiares, eles nos trazerem o que que enfim estão vivenciando como seus

familiares, e da gente poder passar esse conhecimento técnico, de poder dar esse retorno para família na parte de orientação, na parte de suporte, e até mesmo também como um cuidado para a família junto ao seu familiar (G12).

A constatação vai no sentido de que, embora o número de tentativas seja alto na região, as internações não são compatíveis com as estatísticas: [...] *na nossa Regional a gente sabe que tem uma incidência de tentativas de suicídio que é maior que em outros lugares e a gente recebe poucos pacientes nesse sentido. Para esse gestor, Esses pacientes são tratados ambulatorialmente com eficiência ou [...] se eles não estão chegando, não estão sendo atendidos antes numa tentativa de suicídio (G13).*

No âmbito da sociedade civil se reconhece a gravidade do problema do suicídio: *Claro, evidentemente, é um grave problema da nossa região, inclusive do nosso Município. A gente bem sabe, conhece alguns casos que acontecem, que aconteceram aqui no Município (C1).* Para alguns o assunto é relevante mas não chega a ser oficial.

Em reuniões do Sindicato, em reuniões do Conselho assim, mas de forma informal, nós ficamos perguntando Qual é o problema que tem em [...]? Dizem que no Vale do Rio Pardo é a questão do plantio do tabaco, muito veneno e etc., só que em [...] não tem tabaco, então foge dessa mesma questão [...] mas a questão é porque? É uma causa geográfica? É um tipo de veneno que é usado na lavoura de soja aqui? É calcário, porque tem as indústrias de calcário à volta? Até agora não conseguimos que alguém da área da saúde, da Secretaria da Saúde, o Executivo enfim ou algum médico se interesse em debater esta questão do alto índice de suicídio em [...] (C3).

Para um dos Conselheiros, os altos índices de cometimento de suicídio são meras estatísticas e o assunto parece dizer respeito tão somente a outro setor da saúde.

Chega ao conhecimento [os altos índices de suicídio] através dos relatórios apresentados, os relatórios que estão no sistema de informatização do SUS. Hoje se tu tiveres um relatório de suicídio, tu podes ver as causas da morte. Mas especificamente políticas voltadas a isso aí, o Município trata as questões de uma forma dentro do Sistema da Saúde Mental do Município [...]. Então eu coloco assim: dentro da questão do suicídio, ainda não veio uma questão pontual, mas dentro desta questão, trata da Saúde Mental que está incluído, o suicídio está incluído na Saúde Mental, de uma forma ampla, de uma forma genérica, que é dentro da Saúde Mental do Município (C4).

Os maiores esforços para combater o agravo vêm dos que o enfrentam no dia a dia.

Muitas vezes quando o paciente for internado, a gente busca a família para ser acompanhada pela psicóloga e depois continuar com o paciente e a psicóloga [e se o paciente não comparece] a gente vai a busca deles. Vai procurar saber por que que não retornou, o que está acontecendo, se está se tratando em outro lugar (P1).

A angústia desse esforço solitário é ressaltada por uma atendente: *Eu fico sentida por não ter mais tempo para me dedicar a este assunto, mas todo o tempo que eu tenho, eu faço questão de estar sensibilizando as pessoas por onde eu passo (P5).*

O esforço de P5 é meritório, pois cada vida que se perde por suicídio, deflagra consequências inestimáveis, porém muito ainda há que ser feito. Conforme a WHO (2014f), para conter o agravo de maneira sistemática, o governo deve se comprometer claramente com a questão, planejando e desenvolvendo estratégias, como restringir meios de acesso, esclarecer o assunto à imprensa, direcionar ações para a redução do estigma, pedir o auxílio da sociedade civil para o enfrentamento da questão, ainda treinar profissionais da saúde para intervir nas fases críticas e nos momentos de aparente tranquilidade dos pacientes, conforme já foi disposto pelos diversos manuais de prevenção do suicídio.

A realidade sobre as circunstâncias que permeiam o suicídio na região é exposta por P3:

Na verdade não existe um trabalho preventivo, existe quando já chega mais um caso específico ou alguém relatando, que aí a gente vai tentar dar conta disso, mas não fazemos nada fora... preventivo, fora do serviço. Se vem um caso aqui em que alguém relata uma ideação ou passou por uma tentativa, aí se trabalha em cima disso, mas preventivo não é feito nada. E com a família também só nos casos que nos chega assim [...] A questão maior é que não existe um trabalho específico de trabalhar a prevenção, não é que eu não vejo a necessidade, eu acho que é necessário, mas acaba não acontecendo por diversas coisas, entre elas dificuldade de pessoal para isso (P3).

O contexto das entrevistas evidencia o esforço dos profissionais em saúde para enfrentar as tentativas e prevenir o suicídio, porém a inexistência de ações efetivas e substanciais do governo do estado para enfrentar o problema, contribui para que a situação se agrave. O combate ao suicídio deve ser assumido com responsabilidade pelos gestores estaduais, mediante uma intervenção planejada e conclusiva em todo o território do estado, pois o problema não é abordado com a importância e com a visibilidade que o assunto requer. A falta de estratégias estadual e municipais para conter o agravo não contribui para que o estado se desenvolva a contento, ao contrário, os esforços isolados não são suficientes para que o RS deixe de apresentar os maiores índices de suicídio no Brasil.

5.5 Capacitação da equipe profissional

Nesta categoria, encontram-se as falas sobre a capacitação da equipe para o enfrentamento dos casos de suicídio e como os municípios vêm se comprometendo ou não

com essa capacitação. Ainda se procura evidenciar a dinâmica de abordagem dos profissionais em saúde aos tentadores e familiares.

Para a OMS, a Equipe de Atenção Primária à Saúde é importante porque é a porta de entrada aos serviços em saúde e seus profissionais podem oferecer um cuidado continuado aos usuários, além disso, a equipe tem contato direto e goza da confiança da população, ligando-a à saúde. Também caso o sistema de atendimento à saúde mental não esteja suficientemente organizado, os profissionais da Atenção Primária são os primeiros a atender os necessitados. “Em resumo, os profissionais de saúde da atenção primária são disponíveis, acessíveis, detentores de conhecimento e comprometidos com a promoção de saúde” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000d, p. 5). Para Abreu *et al.* (2010), os profissionais locais da saúde, os mais próximos da população, são os mais habilitados a conduzir programas de prevenção ao suicídio, já que conhecem as circunstâncias da vida da vítima e os riscos presentes na comunidade, o que os capacita a desenvolver ações que identifiquem doenças mentais, tendências suicidas e auxiliem nas políticas públicas de prevenção.

Dentro das políticas públicas em saúde, a responsabilidade de capacitação da equipe é do município, no que se refere aos serviços básicos em saúde, sendo que estes já deveriam estar organizados nesses serviços, pois, desde 2012, cabe aos municípios: “Assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território” e também “Assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando as unidades próprias e as transferidas pelo estado ou pela União” (BRASIL, 2012a).

A Política Nacional de Atenção Básica fortaleceu a ESF e o PACS como prioridades municipais de qualificação com “especificidades loco-regionais” (BRASIL, 2011e) e ações de prevenção e proteção individual e coletiva, descentralizadas e capilares, concentradas em territórios abstratos (de planejamento) e concretos (geograficamente delimitados) e incidindo sobre populações definidas, visando atenção integral, sob o papel fundamental da regionalização integrativa das ações interdisciplinares e multiprofissionais. A Portaria MS n. 2.488/2011 (BRASIL, 2011e) prevê a responsabilidade do MS pela revisão periódica das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, inclusive na articulação curricular para formação de profissionais perfilados à Atenção Básica. Aos estados cabe transferir ao MS as informações municipais e apoiar os municípios na implantação da Atenção Básica e consolidação da Saúde da Família.

No Manual de Prevenção ao Suicídio, especialmente dirigido a profissionais das equipes de saúde mental, salienta-se a importância de que as equipes conheçam os estágios de desenvolvimento da intenção suicida, para detectá-la nos pacientes. Os estágios vão geralmente da “imaginação ou a contemplação da ideia suicida”, para “um plano de como se matar”, culminando com “uma ação destrutiva concreta”, sendo que nesta sequência encontram-se “uma multiplicidade de variáveis que nem sempre envolve planejamento” (BOTEGA; D’OLIVEIRA, 2006, p. 51).

O profissional em saúde capacitado ao atendimento de tentadores, entre tantas outras habilidades específicas, deve ser capaz de identificar as características que geralmente acompanham estes pacientes: ambivalência, impulsividade e rigidez ou constrição. A ambivalência caracteriza-se pela atitude concomitante do paciente de querer matar-se e querer viver. Este conflito é gerado pelos problemas que a vida apresenta ao paciente, cabendo ao profissional fomentar o desejo do paciente pela vida, porque o apoio emocional tende a aumentar este desejo e a diminuir o risco de suicídio. A impulsividade decorre de eventos negativos do cotidiano do paciente e dura minutos ou horas. O profissional deve ser apto a acalmar essas crises, pois “ganhando tempo, o profissional da saúde pode ajudar a diminuir o risco suicida”. Finalmente, a rigidez é o estado mental da constância do pensamento suicida como única saída para o sofrimento, no qual o paciente encontra-se impossibilitado de perceber outra saída para seus problemas que não seja a de matar-se. A maioria das vítimas comunica veladamente sua intenção de matar-se, então o profissional deve ser treinado para identificar as frases de alerta e atentar para a “regra dos 4D”, percebendo os sentimentos de “depressão, desesperança, desamparo e desespero” (BOTEGA; D’OLIVEIRA, 2006, p. 51-52).

A questão é tão complexa, que até o risco de suicídio tem fases na vida da vítima, podendo ser um risco baixo, médio e alto risco de matar-se. Em baixo risco, a vítima tem pensamentos suicidas como “gostaria de estar morto”, e o ideal é que um profissional treinado o faça externar as circunstâncias que colocam a vítima em risco, porque apenas ela pode desistir de cometer suicídio. Com risco médio, a decisão de matar-se não é imediata na vítima, sendo que o profissional deve focar a ambivalência, fortalecendo na vítima o desejo de viver e explorando com ela outras alternativas que não o suicídio. Nesta fase, a família é avisada e o paciente é encaminhado aos cuidados médicos. O paciente com alto risco tem plano e instrumento definidos para matar-se. Nesta fase, a vítima nunca deve ser deixada sozinha, os meios devem ser evitados (removendo remédios, facas, venenos, etc.), o apoio deve ser reafirmado e a família alertada de que se configura uma situação de emergência, devendo a

vítima ser encaminhada, preferencialmente, a um pronto socorro psiquiátrico (BOTEGA; D'OLIVEIRA, 2006, p. 63-67).

Barbosa, Macedo e Silveira (2011) sublinham, ainda, que os profissionais da saúde deveriam acompanhar os pacientes no período posterior às tentativas, tratando e orientando vítima e familiares, porque o intento de matar-se pode persistir até por uma década. Os autores concordam que falta capacitação dos profissionais para perceber sintomas depressivos e risco de suicídio; portanto, o tema deve ser discutido abertamente: o conhecimento aumenta as chances de prevenção.

Da análise, emergiu a circunstância de que os técnicos ambulatoriais não visitam os pacientes internados e essa falta é sentida principalmente pelos dependentes químicos que serão recebidos pelos Técnicos após a alta: [...] *acho que se tivesse essa vinculação maior a gente tinha mais chances de evitar essas questões de reinternações, de reincidências* (G13). Outra circunstância aventada foi o incentivo à capacitação das equipes.

Nós temos uma psicóloga que tem Especialização em dependência química. Eu e outros profissionais temos Especialização em Saúde Pública e os outros profissionais, os que são mais novos ainda não, mas a gente pretende fazer com que eles vão buscar isso também. A gente fez cursos de atualizações fora, isso aí. Os cursos de atualizações eu acho que todos têm (G11).

Sim, a gente tem uma equipe já consolidada digamos assim de profissionais que trabalham específico na saúde mental, com capacitações, com especializações, inclusive sou Especialista em Saúde Pública, tenho outros colegas que também têm especialização na área de dependência química, na atenção álcool e drogas, e assim cada profissional dentro de seu perfil tem procurado se aprimorar, se aperfeiçoar para qualificar o atendimento do usuário (G12).

Um ponto negativo da capacitação da equipe é abordado por G1: [...] *desde que surgiu a Especialização, ela trouxe com ela muitas situações assim isoladas, e isoladamente a gente não consegue trabalhar muito bem* (G1). Além do isolamento que o profissional assume, provocado pela capacitação, outra dificuldade é que os médicos não ficam muito tempo na saúde básica, são recém-formados que aguardam [...] *até conseguir passar numa residência, numa coisa melhor, então isso acaba atrapalhando também o funcionamento, a questão do acompanhamento dos casos* (G4).

Um dos gestores opina que o atendimento aos tentadores deve ser efetuado por profissionais especializados em saúde mental e tecnicamente treinados para essa finalidade.

Os profissionais que atendem os casos de tentativa de suicídio são profissionais especializados para a saúde mental, porque uma das principais patologias, digamos assim mais agravantes na saúde mental, é justamente o suicídio, é a tentativa, é o

risco, é a ideação suicida, então os profissionais têm que ter uma sensibilidade, um conhecimento mais técnico para poder atender especificamente esta clientela (G12).

Outro gestor se preocupa com a qualificação em saúde mental dirigida ao cuidado de tentadores: *Há a necessidade de uma linha de cuidado especial. Esse paciente não é um paciente de comportamento habitual, e por conta disso há a necessidade de um treinamento, que eu consideraria até especial para lidar com esse tipo de paciente (G15).* Um dos gestores tomou a iniciativa de reunir-se nos Postos de Saúde, para tratar com a equipe sobre saúde mental, e especialmente sobre o suicídio: *[...] já agendamos uma visita para cada Posto de Saúde para retomar, ir lá e conversar com a equipe onde a gente fala da saúde mental, da problemática do suicídio, da prevenção, a gente está sempre em alerta (G10).* Um terceiro reúne-se especialmente com os Agentes Comunitários de Saúde: *Esse trabalho específico do Manual foi feito no ano de 2011, mas eu tenho encontros [bimensais] com os Agentes Comunitários de Saúde onde a gente trabalha as questões de saúde mental, então é um tema que acaba sempre indo à tona né? (G4).*

Um gestor expõe que não existem estratégias especiais ao combate do suicídio na região, mas apenas iniciativas pontuais.

Nesse momento não. O que nós temos de estratégias é em relação à Educação Permanente. Na verdade acho que tudo trabalha. Nós temos a estratégia da Educação Permanente, onde a gente traz a demanda e a 13ª Regional realiza, como foi na questão dos enfermeiros, das capacitações, a gente tem parcerias em relação a estas coisas, mas na verdade, quando tu trabalhas tudo isso, consegue capacitar a equipe para trabalhar melhor (G8).

A estratégia de educação permanente ou continuada para as equipes de ESF, conformada em “atividades educacionais convencionais como cursos curtos, seminários, oficinas” recebe a crítica de centrar-se mais naqueles que as formulam, os “gerentes de programas de saúde que não têm uma boa formação em educação”, sendo “intervenções curtas e pontuais” que não abrangem as situações do cotidiano das equipes e resultam em “um enorme volume de recursos aplicado para baixos resultados educacionais”, acrescido ainda da “retirada constante dos profissionais de suas atividades de rotina nas suas unidades da ESF” (MENDES, 2012, p. 390).

O que a análise detectou é que as iniciativas de treinamento para combater os índices de suicídio são diferentes entre os municípios pesquisados. Alguns possuem ações efetivas e outros têm a intenção de promover ações nesse sentido. [sobre uma efetiva capacitação da equipe nas questões de suicídio] *Não. Ainda não, mas está na nossa análise, lá na situação do*

nosso Plano. É um dos tópicos mais relevantes e se tem metas para esse tipo de ação especificamente (G1).

Nos hospitais, os profissionais de saúde informam que os médicos lidam bem com pacientes com tendências suicidas,

Mas eu colocaria que a nossa equipe de enfermagem e de técnicos enfermeiros dentro da instituição, não está pronta para atender e lidar com esses pacientes hoje aqui dentro [embora os profissionais saibam que um surto é uma emergência], eu diria que nossas equipes hoje não estão preparadas para atender emergências psiquiátricas (P6).

A constatação de P7 é veemente:

E então a saúde pública ela está inserida lá no bairro, toda sociedade tem, qualquer cidade tem, só que se tu vai ver, até mesmo em grandes hospitais, num plantão de emergência as pessoas não sabem atender [...]. Ai a gente leva, vai conter essa pessoa, leva até o hospital, e chega no hospital e as pessoas [os profissionais em saúde] não sabem o que fazer (P7).

Os profissionais em saúde têm consciência de que falta capacitação à equipe: *Não. Falta muito pra gente, assim. [A tentativa de suicídio] É sempre uma coisa nova, cada vez que acontece parece que falta alguma coisa né? Não é fácil de estar preparada para isso (P1). A realidade é que Muitas vezes a gente acha assim, Ah, as pessoas são psicólogas, assistentes sociais, sabem muito, né? Mas na verdade quando a gente vai ver, as pessoas não estão preparadas para este assunto (P5).*

A sociedade civil tem a mesma opinião. Sobre tentadores, *A maioria dos que eu conheci, não chegou à Rede Pública não, sabe? (C3), mas mesmo procurando o médico e expondo Olha, eu tô nervoso, eu tô depressivo, o profissional, sem maiores questionamentos, prescreve remédios. Então, essa pessoa saía do consultório, comprava o remédio, ficava tomando em casa, não melhorava... Eu vou... Como dizer? É isso... (C3).*

[...] é uma falta de preparo. Não vou dizer que seja desinteresse, né? Vamos chamar de falta de preparo, mas eu não vejo ninguém se preocupando, assim, descobrir o porquê desse alto índice de suicídio no Município [...] a meu ver não tem preparo nenhum, porque quando tu percebes que a pessoa está depressiva, ela fica meio que jogada à própria sorte né? E todo mundo sabe ao que que a depressão pode levar o ser humano (C3).

Nas entrelinhas, se percebe que o profissional luta para salvar vidas e que os pacientes também lutam a seu modo para salvar-se, então, ao se deparar com uma pessoa aparentemente saudável que tentou matar-se, o profissional não apresenta o sentimento de solidariedade que

normalmente o move. O profissional deve habilitar-se à percepção de que o suicida procura e precisa de ajuda, porque a vítima *Está fomentando a ideia dentro da cabecinha dela né? Quer dizer, Ninguém me ajudou... Morreu!* (P8).

Ao trabalhar com sua equipe de ESF, um dos gestores refere esta questão.

Porque as equipes que trabalham na de Unidade Básica, muitas vezes eles têm essa percepção que eu estava falando antes, Ah mais isso aí vocês estão dando muita bola pro fulano, porque o fulano não faz nada, ele não vai fazer, ele só fala que vai fazer. Então a gente tem todo esse trabalho junto com os EFS's, porque como é que tu vais avaliar realmente como é urgente aquele caso, o que que tu estás percebendo (G8).

Outro gestor complementa a abordagem: *A gente está capacitando principalmente o pessoal da Enfermagem e os Técnicos também, mesmo trabalhando eles têm dificuldade de entendimento né? A gente está fazendo um trabalho também de sensibilização dessas pessoas (G6).* Um profissional em saúde, mais atento, explica:

Muitas vezes a pessoa passa por Como é que é? Essa pessoa está sempre aqui incomodando o plantão, tá sempre incomodando. Mas muitas vezes essa pessoa até sofre alguma retaliação, alguma coisa assim, mas muitas vezes eu vi assim que os profissionais, eles não estão capacitados para entender este assunto porque no momento que tu entende que esta pessoa, que ela está tentando, que ela está te incomodando toda hora no plantão, ela está ali porque ela não está bem. A partir do momento que tu entendes que esta pessoa está pedindo, que é um pedido de socorro, muda tudo. Eu vejo assim que as pessoas não estão sensibilizadas para o assunto [...] Elas não estão vendo que a pessoa por trás disso tem um sofrimento (P5).

Machin (2009) aduz que há uma lacuna entre a formação acadêmica e a prática profissional no que se refere a pacientes tentadores, porque o profissional aprende que a doença é acidental, é um processo que se instala à revelia do paciente, não é deliberadamente provocada pelo paciente. Nesta deliberação, os suicidas não são doentes. Ainda na compreensão de médicos e enfermeiros, agredido e agressor nunca são a mesma pessoa. O conhecimento racional e objetivo na luta cotidiana contra doença e morte ajuda a salvar vidas e o comportamento suicida abala essa racionalidade. O profissional em saúde deve conscientizar-se de que o sofrimento dos suicidas vai além das dores físicas. Essa compreensão permite o entendimento e o atendimento às lesões autoprovocadas (MACHIN, 2009).

Ramos e Falcão (2011) consideram que o atendimento pelo clínico geral é o momento adequado para que o médico perceba tendências ao suicídio e encaminhe os pacientes à prevenção. Para tanto, a qualificação deve acontecer já na academia, mas, contrariamente, os

médicos reprovam o ato suicida, quando deveriam reconhecer cientificamente o fenômeno e intervir profissionalmente no combate.

Para Kohlrausch *et al.* (2008), o comportamento suicida abrange ideação, tentativa, risco, planificação e execução, evidenciando que 75% dos tentadores procuram a saúde no ano em que se matam e, destes, 45% o fazem no mês em que tiram a própria vida. Constatase, assim, que o sistema de saúde não responde adequadamente a estes apelos e que falta conscientização profissional, especialmente dos enfermeiros, que, estando próximos às vítimas, podem identificar o risco e ajudar na prevenção.

Outro aspecto da questão é a tendência de atribuir-se ao ACS um excesso de responsabilidade, inclusive de detectar risco de cometimento de suicídio, determinar o grau desse risco, e, sendo baixo, monitorar o paciente sem que este compareça ao sistema de saúde. O ACS não tem formação em saúde, é pessoa da comunidade, que serve de elo entre o usuário e o sistema. A este agente não devem ser atribuídas responsabilidades que não são de seu encargo e que extrapolam suas aptidões e habilidades, já que a atuação deles “constitui um grande diferencial porque cria as possibilidades de um relacionamento mais próximo entre a equipe de saúde, as pessoas usuárias e suas famílias e as organizações e movimentos sociais do território” (MENDES, 2012, p. 75). O que normalmente é desconsiderado pelos Planos Diretores de Regionalização é que o território sanitário fundamental das ESF tem dois níveis: o “território área de abrangência”, de responsabilidade de uma equipe de ESF, e o “território microárea”, de responsabilidade do ACS; sendo que, nesta disposição, haverá na ESF “tantos territórios de abrangência quantas são as equipes, porque a função de responsabilização é imputada a cada equipe em relação às famílias adscritas” (MENDES, 2012, p. 260) e não exclusiva ou prioritariamente ao ACS.

Os entrevistados reconhecem o trabalho e a responsabilidade dos ACS: *Como existe essa territorialização, cada uma pelo seu espaço, elas [as Agentes Comunitárias] têm todas as condições de visitar todos os municípios [...], avaliam a necessidade da visita da enfermeira, do médico, curativos, e todas as orientações possíveis (G1), inclusive participando de reuniões mensais em saúde para informar a população sobre toda a realidade da Saúde [então] A gente consegue mapear e até conhecer a realidade das pessoas (G1). As ACS [...] são potenciais divulgadoras daquilo que acontece e do que tenha por ser feito também (C1). Para G4,*

[...] muito mais do que o Redutor de Danos, a pessoa que iria atrás para identificar [risco de suicídio], para ver; seria o Agente Comunitário de Saúde [porque] é a

peessoa que chega na casa, que tá mais atento ao comportamento, principalmente das pessoas que não chegam [ao SUS] (G4).

Um dos gestores salientou que os pacientes ficam eventualmente constrangidos na presença de um médico, situação que não ocorre frente ao ACS: [...] *ele vendo no Agente de Saúde o salvador dele e a pessoa com quem ele realmente pode contar, então ele pode estar passando estas informações (G8).* Um Conselheiro adverte sobre as funções do ACS: *Não adianta chegar na família, perguntar se está tudo bem e anotar e tchau! Ela tem que realmente fazer a pesquisa na família, né [...] O Agente de Saúde é importante, só que às vezes, de repente, deixa a desejar por falta de capacitação (C2).*

As entrevistas referiram que os ACS são instruídos à abordagem das famílias em seu território de atuação, mas o assunto suicídio não é abordado constantemente.

Em relação a esta questão, um trabalho que a gente vem seguindo as Diretrizes do Ministério foi trabalhar com os Agentes Comunitários de Saúde o Manual do Ministério da Saúde de suicídio. Então esse foi feito um trabalho de mais de dois encontros com os Agentes Comunitários. [...] também a partir de uma pesquisa de Mestrado ou Doutorado [...]. Além das reuniões bimestrais de Saúde Mental com a Psicóloga, eles receberam esta capacitação para poder identificar os casos e para poder encaminhar pessoas né?, para onde levar... Então isso tudo foi trabalhado (G4).

Nossos Agentes Comunitários de Saúde têm mensalmente um treinamento, claro que ele aborda os diversos itens da saúde, mas já ao longo do tempo, digamos assim, já houveram várias reuniões e treinamentos abordando esse assunto [do suicídio]. Eu não saberia agora te precisar quando foi o último, mas normalmente de tempos em tempos há uma abordagem desse assunto junto aos Agentes Comunitários de Saúde. e principalmente focando os da área do interior, da região de [...], que junto com o lado de [...] têm um índice elevado de suicídio (G7).

Os entrevistados percebem a importância da atuação do ACS.

Porque no Posto de Saúde o Agente Comunitário, ele é linha de frente do trabalho, é ele que vai nos mandar essas pessoas, então eles têm que se sensibilizar, porque uma abordagem pode salvar uma vida, uma abordagem bem feita pode salvar como pode destruí-la (G6).

Um dos gestores adverte para que não haja uma responsabilização excessiva do ACS, e para isso é fundamental a capacitação destes agentes no tema do suicídio, para habilitá-los à identificação de sinais de risco nos usuários que abordam, e, em caso positivo, encaminhá-los à ESF, para atendimento. O trabalho tem que ser em parceria com a equipe de ESF, sendo que os ACS

[...] são nossos olhos dentro da comunidade [...] Não tem como tu fazer um trabalho na comunidade sem ter os Agentes de Saúde ali junto contigo [...] Só que tem que

cuidar para não fazer com que eles fiquem responsáveis, isso a gente trabalha também, que eles não fiquem responsáveis de estar marcando o exame [...] não, quem vai marcar é a família (G8).

Ainda sobre a atuação e responsabilização dos ACS, um dos gestores afirmou que eles não têm aptidão técnica suficiente nem treinamento adequado para cumprir suas funções.

Agora, dizer que teve uma capacitação no momento em que eles têm as reuniões mensais deles, que é o momento em que a gente pode estar pegando, que a gente está trabalhando com eles, não. Todas as capacitações de Saúde Mental que teve, na verdade não foram direcionadas aos Agentes de Saúde, tanto as que tiveram pelo Município quanto pelo Estado. Não teve nada que fosse direcionado a eles (G8).

Detecção de risco de suicídio não pode ser uma tarefa amadora. A atenção para o comportamento de risco em suicídio tem que ser tecnicamente aprendida e praticada, então a Equipe da ESF, de modo geral, tem que ser treinada para detectar o agravo, a partir do comportamento da vítima, porque não é uma tarefa facilmente perceptível. Nesse contexto, fica a certeza de que não pode ser atribuída exclusivamente ao ACS a responsabilidade de detectar, na população, o risco de suicídio e monitorar os casos de menor comprometimento, sem que contatem a Unidade Básica e os profissionais de saúde mental.

5.6 Frustração e impotência

Esta categoria mostra o sentimento, o estado emocional dos que se envolvem com os casos de tentativa e de suicídio no seu cotidiano. Observa-se, nesse espaço, a posição dos profissionais que atendem os casos e o que a experiência desse atendimento demonstra para quem não luta no dia a dia com a questão.

O dilema dos profissionais que lidam com tentativa e suicídio, no seu cotidiano laboral, os faz pensar na equipe, na necessidade de que a mídia visibilize eticamente o problema, que as vítimas saibam que existem alternativas ao suicídio. O sentimento dos profissionais experientes é de frustração, o enfrentamento do suicídio no seu cotidiano deixa transparecer a angústia na reflexão sobre o ato suicida e suas consequências para a família e para a sociedade. Embora sequer se aperceba do próprio sofrimento, o profissional se abate ao constatar essa realidade.

Acho que hoje em dia, eu fico pensando, quanto mais a gente buscar se aperfeiçoar, buscar uma pesquisa, investigar e tentar, a gente precisa botar isso mais na mídia, como saúde pública, e fazer algo para que as pessoas se deem conta de que hoje existe tratamento, porque a gente hoje é que vê o que mais se mata em [...] é o pessoal da zona rural, do interior, que tem pouco acesso. Talvez se essas pessoas

chegassem antes a um tratamento adequado, poderiam ter mudado de ideia, poderiam ter revertido a situação. Para cada suicídio cerca de 6 a 8 pessoas sofrem, muda a vida das pessoas ao redor. Fora a questão cultural do suicídio, a gente vê que culturalmente se tu tens um familiar que cometeu suicídio, um pai, um bisavô ou um avô, é mais fácil de geração que alguém vá fazer isso, vá cometer esse ato também, “Já que meu avô, meu pai fez, eu também posso fazer”. Então a gente tem que quebrar com essa onda, quebrar com esse paradigma e aí na nossa região não se explica muito, mais é uma das regiões com maior índice de suicídio no Rio Grande do Sul e dentro do Rio Grande do Sul, essa região aqui, a região do Vale do Rio Pardo [...] (G10).

Sobre os profissionais dos CAPS, Severo e Seminotti (2007) relembram a criação desses Centros no universo da Reforma Psiquiátrica, sendo que seus profissionais nem sempre se recordam que os Centros são substitutivos da internação manicomial. Nesse panorama, ocorrem sentimentos de impotência e adoecimento dos profissionais por causa da frustração da prática de seu trabalho, no esforço de tentar curar desordens psiquiátricas, visando a saúde mental de seus pacientes, dentro do que uma sociedade concebe como parâmetro de comportamento normal. As dificuldades referem-se a que os profissionais procuram cumprir o princípio da integralidade, mas se reservam no âmbito da profissão, encontrando dificuldade na disseminação de uma prática coletiva e na transposição do modelo assistencial da doença para o modelo de atenção integral, que exige não apenas a interação interdisciplinar e a transposição delas no cotidiano do atendimento (SEVERO; SEMINOTTI, 2007).

O temor na condução do caso abala o profissional, no trato com o suicida. O profissional receia que abordar a questão diretamente com a vítima, pode levá-la a nova tentativa. Esta percepção não condiz com a prática. *Com tudo isso que eu aprendi, foi que a gente deve perguntar para o paciente: Tu tens algum pensamento, tu tens alguma coisa? (P5).*

A melhor atitude é abordar a vítima e perguntar-lhe diretamente se tem pensamentos suicidas porque “falar a respeito de suicídio não coloca a idéia na cabeça das pessoas. De fato, elas ficarão muito agradecidas e aliviadas de poder falar abertamente sobre os assuntos e questões com as quais estão se debatendo” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000d, p. 17).

Mas a angústia do profissional em saúde vai além dessa abordagem inicial da vítima:

Isso é uma coisa que o profissional tem medo, acha que tá induzindo, mas aí tem a questão assim, Se eu perguntar e ele disser que sim, o que é que eu vou fazer com ele? Eu vou mandar ele para onde? Eu vou ficar com essa bucha na minha mão? Sozinha? Então as pessoas não estão sensibilizadas para entender o assunto e também têm medo de enfrentamento (P5).

Em várias fases e circunstâncias relacionadas às tentativas e ao suicídio se apresentam a angústia, a frustração e a impotência nos sentimentos do profissional em saúde que lida com este agravo, na constância de seu trabalho. A consciência de sua responsabilidade faz com que a preocupação abranja o ambiente de acolhimento da vítima.

O paciente tentador de suicídio com certeza ele é um paciente diferenciado. Acho que principalmente quando ele está com a ideação, digamos assim, na fase aguda, ele é um paciente que ele tem que ser tratado, como eu disse, como uma emergência qualquer. Como um paciente que corresse risco de vida, porque ele corre, porque ele está tentando contra a própria vida, né? Então acredito que ele tem que sim, ter um cuidado diferenciado, um local apropriado para ele ser acolhido (P6).

Mesmo no atendimento ambulatorial, a luta é para salvar a vida:

As maiores tentativas é por medicamento, que as pessoas usam o medicamento. Muitas vezes faz o lavado e resolve né. É um procedimento de lavagem gástrica que é feito no Posto de Saúde [...] Sim, tão logo assim que ela usou a medicação dá para fazer um lavado, mas se passou um período maior as vezes aí não adianta (P1).

No atendimento especializado, a preocupação antecipa-se à possibilidade de que o paciente não compareça ao atendimento: *De tu ires lá, porque uma coisa é tu dizeres para eles virem, mas se eles não vêm?* (G8) e de que o tratamento seja abrangente e de qualidade.

Não tem como tu atenderes o paciente sem tu teres uma percepção de todo o contexto dele. Às vezes o paciente está querendo se matar porque ele não tem a comida dentro de casa e ele não tem para dar para o filho, então vai ter que recorrer ao [auxílio] social, você vai ter que dar toda uma estrutura para ele (G8).

A busca pela qualidade na prestação de serviço em saúde, sob a percepção de que o tentador corre risco de vida, transita também pela busca de leito psiquiátrico, [...] *daí lá vou eu para o telefone tentar uma vaga e ali eu fico né? Vou procurando até que eu consigo (P1), mas se não houver vaga a gente tenta negociar, ver o que que vamos fazer, ou então procurar o familiar ou o responsável (P1).*

O exercício profissional em saúde é, por si mesmo, um labor penoso na luta pela vida, pelo restabelecimento da saúde de pessoas fragilizadas, que fazem dos profissionais o instrumento para continuar vivendo. Quando o labor envolve questões sobre suicídio, parece que a tarefa torna-se mais pesada ainda, e a situação revolta não apenas o profissional, mas também a família da vítima e a sociedade.

Teve algumas capacitações para a gente poder estar entendendo isso [a tentativa de suicídio], mas ainda tem um pouco de dificuldade porque tem muito tabu, tem muito preconceito. As pessoas ainda usam muito do tipo Quem fala não faz; Então quer se matar, se mata mesmo; Então agora vou te ensinar como é que se faz. Essa

sensibilização..., porque gera muita raiva, não só na família, na comunidade, como no próprio servidor de saúde. Os servidores da saúde que atendem direto casos de suicídio sentem muita raiva em relação àquele paciente, então isso é uma das coisas que a gente vem tentando sensibilizar e não é fácil (G6).

Um dos gestores tocou no ponto da vergonha da família, quando a internação compulsória é necessária. Sendo compulsória, a internação ocorre sem o consentimento do paciente, é fundamentada em Relatório Médico Psiquiátrico atestando a necessidade urgente da internação e precedida de ordem judicial. Concedida a ordem, os profissionais em saúde vão até a residência da vítima para levá-la para o hospital, acompanhados do Oficial de Justiça, que acompanha a diligência e, quando necessário, de policiais civis para auxiliar na remoção. Mesmo nestes casos graves de risco à vida, os familiares se preocupam com a vergonha de ter ambulância e viatura policial à frente da residência.

A gente até disponibiliza os atendimentos, mas não tem muita adesão. Até seguidamente é assim: Quando a gente recebe uma solicitação de ajuda para uma internação compulsória de alguém, a preocupação do familiar é dizer assim Ah, mas vem ambulância e a polícia, chegar na frente da minha casa. O que vão dizer disso? Eles, no mesmo tempo eles necessitam da ajuda, eles têm vergonha disso, então a gente tem que trabalhar isso (G3).

Até nestas circunstâncias, está presente o dissabor do profissional no entendimento de que os familiares pesam mais a opinião de terceiros do que os esforços para salvar a vida da vítima, que se não for amparada, vai tentar matar-se novamente.

Outro lado dessa mesma questão é o cuidado durante a internação, onde o que deveria ser a solução para um problema, transforma-se em mais uma dificuldade:

[...] porque eu acho assim [a capacitação] é interesse do município, do estado, da nação. Eu vejo dessa forma, tem verba para tantas coisas e agora qualificação? Ah! mais querem limpar os usuários de crack, limpar a rua, muito bonito isso, mas e vão levar para onde? É fácil tirar da rua, é uma ordem judicial, uma internação compulsória, o juiz assina e deu, mas vão levar para onde? Quem são as pessoas capacitadas para lidar com essa situação? [...] se você ver, vai ter informações de várias situações de pessoas que estão lá internadas e tentaram cometer suicídio dentro dessas instituições (P7).

A consciência é de que os profissionais em saúde mantêm-se à disposição e não poupam esforços no seu labor: *A porta sempre fica aberta, mais dificilmente as pessoas permanecem vindo, no suicídio e na dependência química as pessoas fogem muito” (G6).* O usuário de entorpecente e o suicida podem concentrar-se num mesmo paciente, mas não raro o profissional vê seus esforços escoar-se, cair no vazio quando o paciente abandona o

tratamento. A interrupção do tratamento por abandono, parece ser rotineira e o profissional inclui a família como corresponsável nessa circunstância.

Quando alguém tenta um suicídio, o que acontece? O suicídio. O que que a gente faz? Na tentativa o paciente vem, eu acolho, faço o atendimento e vejo os encaminhamentos que é necessário. A família tem abertura para vir conversar e ser orientada, mas as pessoas fogem muito ainda. Tem que trabalhar esse tema por que é coletivo. Se aquele paciente está assim, a família também tem uma responsabilidade nisso, né? (G6).

A interrupção do tratamento, pelas vítimas que tentaram suicídio, parece uma atitude rotineira aos profissionais da saúde. Uma das vertentes da questão é a de que o tentador de suicídio carrega uma marca, um estigma que pode não ser detectado pelos profissionais da saúde: a tentativa desacredita a vítima perante si mesma e os demais, ela sente-se um peso para a família, tem vergonha de abordar o assunto e de enfrentá-lo também frente aos profissionais da saúde. Esta situação, que certamente diminui a auto-estima, pode contribuir para a ‘fuga’ ao tratamento de saúde. Sartorius (2007) refere à fuga ao tratamento pelos pacientes com transtornos mentais, cujo paralelo com os tentadores pode ser estabelecido. O autor enfatiza que o estigma que os portadores de transtorno mental carregam, e que resulta em ‘fugas’ no tratamento, é fruto da discriminação, do preconceito e da desinformação, e é um dos principais obstáculos à prestação dos serviços em saúde a estes pacientes.

Para a WHO (2014f), o estigma que ronda particularmente os transtornos mentais e o suicídio, não apenas contribui para a fuga de pacientes do sistema de saúde, mas impede as pessoas de procurar ajuda. O enfrentamento deste tabu e a conscientização social deve fazer parte do esforço dos países, na prevenção do suicídio. Mais do que atribuir à vítima e à sua família uma ampla parcela de responsabilidade pela autoagressão à vida de um de seus membros, correto seria que a abordagem dos pacientes, pelos profissionais em saúde, não trouxesse consigo manifestação discriminatória ou preconceituosa. Uma atitude positiva desses profissionais pode evitar o abandono do tratamento pelo paciente que procurou a morte voluntária.

A revolta dos profissionais que enfrentam a luta cotidiana com o comportamento dos pacientes tentadores de suicídio é flagrante nos depoimentos colhidos nesta pesquisa. Trata-se dos sentimentos de impotência e frustração, frente aos esforços dispendidos para resguardar a vida e a sanidade da vítima, que, de algum modo, consegue driblar esta vigilância e intenso cuidado dos profissionais e dos familiares, vindo a matar-se.

E tem também aquele usuário que está dentro do [SUS] sistematicamente. Quer dizer, isso é uma coisa que as equipes [...] não são trabalhadas, de ele entender que ele vai perder o paciente em algum momento, ou melhor, que ele pode perder esse paciente em algum momento mesmo estando sistematicamente ali tratando, como já aconteceu: o paciente passar o dia no serviço, a família toda amarrada, toda orientada, a família super comprometida, mas é claro, o usuário tinha várias patologias, só que num momento de “A voz falou” e ele foi lá e se matou. E aí a família não pode ficar o tempo todo vigilante, vai no banheiro, vai... sabe, e aí chega um momento que... e nos dois casos que aconteceram, o paciente conseguiu, não é enganar, mas ele conseguiu como se ele estivesse bem, Ah pai, fica tranquilo pai, eu estou bem, eu só vou mais cedo para casa porque eu estou querendo dormir, e aí vai lá e se enforca (G8).

Em quaisquer circunstâncias referentes ao suicídio, os profissionais em saúde mantêm sua preocupação, inclusive sabendo que podem contribuir com outras ações, além da dedicação e responsabilidade que apresentam no cotidiano. *Existe estratégia específica, mas eu acho que ainda tem mais para fazer; dá para fazer mais [...], dá para fazer mais para tentar baixar esses índices de suicídio (G10).*

A veiculação do tema suicídio é tema constante para um dos profissionais:

Infelizmente não tenho tanto tempo como eu gostaria, como precisava, mais tudo que eu faço, onde eu vou fazer uma palestra, sempre tento abordar este tema de uma forma de prevenção [...] Claro que, como eu tenho muitas atribuições, então ainda falta, tem muita coisa que eu gostaria ainda de estar sensibilizando (P5).

A preocupação dos que fiscalizam a saúde pública municipal também se estende ao suicídio e ao reconhecimento do sofrimento dos familiares, abrangendo ainda o custo do erário público, [...] *para quem fica é terrível, o resíduo, a família, os filhos, a esposa. São situações que quando vê o próprio município muitas vezes é obrigado a intervir para ajudar [...], para o município, para todo mundo, é um encargo muito pesado isso (C1).*

O sentimento de frustração se estende aos que podem intervir com eficiência para combater o suicídio e nada fazem nesse sentido: [...] *porque às vezes quando acontece [um suicídio] com os meus, daí se eu sou uma pessoa influente, daí eu vou começar a dar valor. Enquanto esteja acontecendo com os outros, Ah, mais um, isso aí amanhã ou depois todo mundo esquece... (P7).*

O profissional que presta atendimento em saúde também merece cuidado. Um dos gestores relata o desapontamento sofrido por estes profissionais, especialmente os que compõem equipe de saúde mental, quando suas expectativas fracassam:

É, e aí tem que trabalhar as equipes, porque a sensação que dá de frustração para quem é da equipe de Saúde Mental é muito grande. Daí que entra a questão do cuidar do cuidador. Para a gente que está ali cuidando, e principalmente quando é um jovem, como foi esse caso que eu relatei, a gente se sente realmente muito

frustrado, porque parece que tu fracassaste e tu tens que trabalhar que não, que tem dez mil pacientes e que dois se mataram (G8).

Estes profissionais, denominados ‘cuidadores’ (CAMPOS, 2005), devem estabelecer estratégias individuais e recíprocas que os auxiliem no exercício de suas atividades de cuidado, pois o convívio profissional com o paciente pode resultar em estresse para este último, mesmo que a morte faça parte do seu dia a dia. A constante ameaça à vida e a inevitabilidade da morte podem ocasionar problemas de saúde aos cuidadores. Kovacs (2005) enfatiza que os profissionais em saúde não processam, não elaboram o luto na sua rotina de trabalho, e esta impossibilidade ocasiona graves consequências ao cuidador, atraindo, inclusive, a depressão, por causa da carga excessiva de sofrimento que estes profissionais são obrigados a suportar.

5.7 Registro (notificação) e número (aumento ou diminuição) dos casos de suicídio

Esta categoria trata de averiguar se os órgãos ligados à temática fazem o registro e a notificação das tentativas e dos suicídios nos municípios pesquisados e trata também da apropriação (ou não) pelos sujeitos, do número de ocorrências de tentativas e de suicídio, em seu território. A ciência ou não dos entrevistados, quanto à frequência da prática de tentativas e de suicídio no município, serve para avaliar o comprometimento deles com o tema, a preocupação que os gestores das questões municipais de saúde dedicam ao assunto. Ainda, esta categoria trata da subnotificação dos casos de tentativas e de suicídios.

A Portaria MS n. 1.271/2014 (BRASIL, 2014h) define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos, considerando agravo como “qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo”, inclusive em virtude de “lesão autoprovocada” (Portaria n. 1.271/2014, artigo 2º).

Um dos funcionários afeto aos serviços em saúde mental de um dos municípios pesquisados, demonstra que a notificação de tentativas e de suicídio vem ocorrendo, ao menos a partir de 2013:

Até o ano passado [2012] a maioria dos municípios não tinha conseguido implantar [o Programa de conscientização contra a violência] mais nós aqui conseguimos e não querendo me vangloriar, mas a gente conseguiu e tem um número bem expressivo na notificação, que pelo menos assim agora a gente conhece as pessoas, a gente sabe quem são elas [os tentadores de suicídio] (P5).

Os gestores municipais em saúde pública não souberam precisar, categoricamente, o número mensal de suicídios em seus municípios, e isto é compreensível, porque não cabe, mesmo ao gestor, saber matematicamente esses números:

Eu sei que teve casos esse ano [2013]. Acho que 1 ou 2 e algumas tentativas (G1).

Não tenho números assim, mas as tentativas assim também não são em número alto. Talvez 2,3 tentativas por mês, ou nem isso às vezes, né? (G2).

Eu creio que aumentou. A gente não tinha até agora em agosto [de 2013] nenhum suicídio e tivemos 2 em questão de dois dias. Um menino de 28 anos e um senhor de 60 e poucos. Inclusive nos preocupa muito porque não existe faixa etária e quando tu achas que a pessoa está bem, não tá (G3).

Então nesse ano [2013] nós tivemos 2 suicídios [...]. É geralmente essa média assim que a gente tem anual, 2 no máximo. Não sei, eu acho que no ano passado [2012] talvez a gente teve entre 2 e 4 (G4).

Nesse ano em que eu estou atuando [2013] eu já tenho assim em torno de 10 a 12. É um alto índice de tentativa de suicídio (G5).

Nossa cidade é uma cidade pequena, a gente tem em torno de 10 mil habitantes e temos muitos casos de suicídio, muitos casos de tentativa também. Este ano [2013], não tenho certeza para te dar o dado correto, mas acredito que neste ano já foram 10 suicídios num município de 10 mil habitantes, e inúmeras tentativas (G6).

Confesso que a parte estatística a gente por enquanto não está conseguindo fazer. Mas com certeza mais de um por mês chega (G11).

Até esse ano [2013] eu fiquei bem assustada porque teve uma semana ali que teve 2 suicídios esse ano. Fiquei até curiosa para saber como está o índice este ano porque estou até achando que este ano teve um aumento (G14).

Os entrevistados esclareceram que, a partir de 2013, algum recurso público foi alocado, especialmente à saúde mental, e este fato contribuiu para dar visibilidade aos casos de suicídio no município:

Acredito que aumentou porque toda essa divulgação do trabalho da saúde mental faz com que as pessoas procurem mais. Antigamente as pessoas até faziam e ficava velado. Acredito que tenha aumentado. Não que [antes] acontecesse menos, mas que [agora] as pessoas procuram mais o serviço de saúde, por maiores esclarecimentos, para mais ajuda, o interior tem muito suicídio por enforcamento, muito suicídio no interior por arma de fogo (G6).

[...] pelo que a gente percebe existe uma tendência de redução, fruto eu acho principalmente da questão do acesso, da questão da expansão do atendimento em saúde mental, que começou a alertar as pessoas para isso, então hoje as famílias, as pessoas, elas começam a ver Ah o fulano ele está meio..., tá mal, ele tá... E aí acaba tendo uma procura pelo serviço de saúde, o que [...] na minha opinião favorece para que se consiga uma redução dos índices (G7).

Para Santos *et al.* (2014), a evidente subnotificação dos casos de suicídio compromete a exatidão dos dados oficialmente veiculados. Os autores compararam os registros decorrentes

de suicídio por intoxicação endógena entre 2006 e 2008 nos bancos de dados do SIM (alimentado com informações contidas nas Certidões de Óbito), do SINAN (com informações das Fichas de Notificação de Violência) e do Centro de Controle de Intoxicação de Niterói (CCIn-Niterói). No CCIn, 68,8% dos registros, entre os 948 encontrados, foram efetuados por profissionais de saúde, porém, apenas 2,6% deles foram reportados ao SIM, representando uma subnotificação de 61,3% dos casos, agravada também porque muitas vítimas não procuram atendimento no sistema de saúde, comprometendo ainda mais a consistência do perfil epidemiológico do agravo. A conclusão foi no sentido de que os registros oficiais não são suficientemente confiáveis para embasar a implantação de políticas públicas de monitoramento e combate ao suicídio.

Conforme o DATASUS (BRASIL, 2012d), entre 2010 e 2012, foram registradas, no RS, 3.259 mortes por lesão autoprovocada (Categorias X-60 a X-84 da CID-10). Encontram-se, entre elas, os óbitos ocorridos em Mato Leitão (três), Pantano Grande (oito) e Passo do Sobrado (quatro), municípios de pequeno porte, e em Santa Cruz do Sul (80 casos), município de médio porte. Em números absolutos, o Município de Santa Cruz do Sul teve seu registro superado, entre 2010 e 2012, somente por Porto Alegre (261 casos) e Caxias do Sul (122 casos). Todos os municípios do RS notificaram óbitos por suicídio junto ao SIM, entre 2010 e 2012 (BRASIL, 2012d), confirmando a gravidade da questão, mesmo com a provável subnotificação dos agravos e dos casos que não chegam até a saúde pública.

Barros (1991) descreve que, independentemente da fonte, os dados sobre suicídio no Brasil indicam que a Região Sul apresenta a maior mortalidade por este agravo, enfatizando ainda que a subnotificação pode ocorrer, entre outras hipóteses, pela marca sinistra desse tipo de morte, pela dificuldade no estabelecimento da *causa mortis* e pela baixa qualidade das estatísticas.

Observa-se, ainda, que o gênero exerce influência nos resultados, sendo predominante o suicídio entre homens na primeira tentativa e as tentativas inexitosas entre mulheres (CASSORLA, 1991), embora a complexidade desse fenômeno somente possa ser apreendida “a partir da focalização do indivíduo inserido no grupo social ao qual ele pertence e estabelece um intercâmbio” (DIAS, 1991, p. 92).

Evidenciando a subnotificação da mortalidade por suicídio, Meneghel *et al.* (2004) apresentaram um estudo sobre os coeficientes de mortalidade por suicídio no RS, no período entre 1980 e 1999, conformando-os entre os maiores do país (de 9/100.000 em 1980 para 11/100.000 em 1999) e com predominância sobre a população masculina (passando de 14 para 20/100.000 no mesmo período) com um aumento de três para cinco vezes a razão entre

os gêneros. Para os autores, o suicídio é um problema de saúde coletiva no estado, sendo que os estressores sociais e a falta de integração social contribuem para o comportamento suicida. Estresse e falta de interação parecem refletir especialmente o panorama da vida nas metrópoles e nos municípios de grande porte, porém, como constatado pela análise do SIM, o agravo, entre 2010 e 2012, ocorreu em todos os municípios do RS. Para os autores, a etnia, as raízes culturais, as crises e até os fatores climáticos do RS, são apontados como elementos que possivelmente contribuam para o agravo.

O estudo suicidológico de Bando *et al.* (2012) apontou a Região Sul como a de maior incidência de suicídio entre as regiões brasileiras, quando analisaram, entre 2006 e 2008, o aspecto econômico (áreas rica-média-pobre) de três territórios: o país (27 estados e 558 micro-regiões), o Estado de São Paulo (645 municípios) e a cidade de São Paulo (96 bairros), contemplando, portanto, municípios de pequeno, médio e grande porte, referindo o suicídio no Brasil (98.904 casos, sendo 78.723 homens), no Estado (21.066 casos, sendo 16.945 homens) e na cidade de São Paulo (5.589 casos, sendo 4.283 homens), concluindo que, no Brasil e na cidade de São Paulo, o risco relativo de suicídio foi maior nas regiões mais ricas e, no Estado de São Paulo, as áreas mais ricas foram associadas aos menores coeficientes de mortalidade por suicídio.

No território brasileiro, os autores identificaram espaços com altos índices de suicídio, de até 12,7/100.000 (foram 73 microrregiões, abrangendo todo o RS e parte de Santa Catarina, Paraná e Mato Grosso do Sul) e espaços com baixos índices de suicídio, de 4,1/100.000 (os Estados do Rio de Janeiro e do Espírito Santo e parte dos Estados de São Paulo, Minas Gerais e Bahia). Este estudo demonstra que os índices de suicídio variam de região para região, independentemente do porte dos municípios, estando presente dos menores aos maiores municípios brasileiros.

Estas são as bases pelas quais o suicídio, inclusive no RS, deve ser abordado mais em função do agravo enquanto problema de saúde pública e de sua influência sobre a população, do que em função do porte do município em que se instale, já que este infortúnio está presente nos municípios de pequeno, médio e grande porte.

O presente trabalho tratou da questão suicidológica a partir de 2006, ano em que o MS passou a se preocupar mais com o suicídio no Brasil, lançando sua política pública em saúde e também seu plano de contenção dos índices do agravo. Mesmo com tais iniciativas, a análise dos resultados demonstrou que os números, a partir de 2006, não diminuíram substancialmente, como se esperava face à campanha nacionalmente deflagrada nesse sentido: *Eu acho que aumentou* [os casos de suicídio a partir de 2006]. *Tem aumentado, embora eu*

não tenha uma estatística bem definida sobre isso (G11). Na área da gestão hospitalar a constatação foi a mesma.

Eu acredito que nós tenhamos uma demanda de 40 a 45 usuários mês, nós poderíamos pontuar de 5 a 10 pacientes que têm histórico de tentativa de suicídio [...]. A gente observa que os índices [a partir de 2006] aumentaram de suicídio, embora isso seja muito agravante, muito preocupante, mas houve um aumento sim do número de tentativas de suicídio. Por isso há uma movimentação bem maior para intensificar ações de prevenção ao suicídio (G12).

No que se refere à correspondência dos números de tentativa e suicídio notificados compulsoriamente e das tentativas e suicídios ocorridos nos municípios, a análise de conteúdo alcançou essa averiguação mais profunda. Inicialmente, foi constatado que algumas tentativas chegam ao conhecimento da saúde pública municipal com atraso, [...] *muitas vezes as tentativas, elas não chegam na hora. Elas vão chegar meses depois (G6)*. O mero atraso na comunicação de tentativas não é tão preocupante frente à constatação de que existem casos de tentativa que sequer chegam ao conhecimento da autoridade pública. *Na semana retrasada eu soube de uma adolescente que tentou suicídio e que quase veio a óbito, mas isso não chegou para o serviço de saúde mental. A família tomou providências antes, porque tem muita vergonha também né? (G6)*.

Um representante da sociedade civil chegou à mesma constatação: *Olha, casos [de suicídio] tiveram. Agora se realmente veio até a Secretaria, não sei [...]. Isso de repente pode acontecer que a família, às vezes acha que não é preciso [notificar o caso] (C2)*.

Um dos gestores averiguou as tentativas em seu município, em 2006, constatando que ocorreram mais tentativas do que o oficialmente notificado: [...] *são números diferentes, o que fala a verdade e o que vai como registro oficial (G10)*. A partir daí a investigação abrangeu os suicídios.

Nós começamos a pensar em Atestado de Óbito depois de 2006. [...] então entra lá na Vigilância Sanitária do Estado e lá qualquer um pode acessar os índices, inclusive de suicídio [...]. Deveria estar lá, só que se tu fores lá hoje e olhar, “bom vou pegar o computador e ver como está [...] no suicídio”, não corresponde aos índices que a gente vê, em função disso achou baixo, algo está errado. Então nós fomos lá nos Atestados, aí é que a gente começou a ter contato com os óbitos mesmo, pedimos autorização e tal, e começamos a gerar os óbitos para ver se correspondia ao que é registrado (G10).

A investigação de G10 e sua equipe constatou a existência de Atestados de Óbito com a causa mortis suicídio: *A gente trabalha com os índices no sentido de Bom, foi atestado, a família disse realmente que estava, não teve mais como... É suicídio. E então no Atestado aparece suicídio (G10)*.

Então o que que acontece: a gente tem baixo índice de registro de suicídio, eu acho que isso deve acontecer em todos os lugares, eu imagino. É claro que o que a gente viu nos Atestados de Óbito era o que estava realmente suicídio, então tem lá uma parte para morte por suicídio (G10).

A análise da *causa mortis* dos Atestados de Óbito levou G10 e sua equipe a uma constatação ainda mais surpreendente: muitas mortes atestadas como em virtude de acidente, atropelamento, por exemplo, podem ocultar a prática de suicídio, porque é impossível constatar, com certeza, a real causa da morte.

Existem aquelas mortes que a gente imagina que possam ser suicídio, mas é que nem o médico pode atestar. Um acidente, um atropelamento, quem vai saber? A gente que trabalha com saúde mental sabe que às vezes a pessoa provoca a sua morte (G10).

Em outro município, a constatação não foi diferente:

Nós temos na Vigilância Epidemiológica, nós temos o registro [...], mas a gente sabe que tem muitos relatos mascarados, às vezes a pessoa sofre um acidente, mas na verdade foi um suicídio, mas está como acidente. Então muitos dos casos que a gente vê como registro ali, eu digo que é além do que está registrado, com certeza (G8).

Ao ser perguntado sobre o aumento ou diminuição do número de suicídios a partir de 2006 e sobre eventual subnotificação, o profissional em saúde responsável pela notificação compulsória, em um dos municípios pesquisados, respondeu:

Acho que vem aumentando, mas às vezes a gente nem fica sabendo para fazer a notificação [...]. Assim, se for a óbito, a família muitas vezes tenta abafar, ou se o médico é conhecido não vai para o IML. Aquelas coisas assim... Eu acredito que [exista uma subnotificação] sim (P1).

A subnotificação de suicídios foi detectada por Pritchard e Hean (2008), quando pesquisaram esse fenômeno entre adolescentes e adultos jovens (entre 18 e 38 anos de idade), concluindo que, na América Latina, os números podem ser maiores do que os oficialmente registrados, porque os casos podem ocultar-se sob outras denominações (tais como intoxicação ou afogamento).

No RS, as subnotificações dos óbitos decorrentes de suicídio foram constatadas, sendo que a falta de registro varia de região para região, dependendo também da cultura da população (MENEGHEL *et al.*, 2004).

O consumo de álcool, a dependência de drogas e os transtornos mentais contribuem para o aumento das estatísticas de tentativas e de suicídios. Em um dos hospitais de

referência, foi constatado que, no primeiro semestre de 2013, a maioria das internações por uso de álcool e drogas foi masculina; sendo que, por problemas psiquiátricos, foi feminina.

Quadro 12 - Internações entre janeiro e junho de 2013 em hospital regional, por gênero e motivação

Motivo da internação	Meses Gênero	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Total
		Álcool e drogas	Homens	13	12	13	10	15
	Mulheres	1	3	1	3	2	4	14
Motivos psiquiátricos	Homens	2	3	4	2	3	2	16
	Mulheres	17	9	15	14	18	10	83

Fonte: Relatório hospitalar referente ao primeiro semestre de 2013 em Hospital Psiquiátrico Regional.

O entrevistado que permitiu o acesso aos dados acima é gestor de hospital de referência, com leitos para dependentes de álcool e de drogas e também para pacientes psiquiátricos, e descreveu que a situação espelhada no quadro 12 não é fato isolado. A ampla maioria de internações masculinas, por dependência de álcool e drogas, e de internações femininas, por problemas psiquiátricos, é usual. *Persiste. Se for olhar, nossa internação por álcool e drogas, 77 homens e 14 mulheres, a situação se inverte [...]. Isso a gente observa de outros relatórios também. Então não foi uma coisa desse mês (G14).*

Cabe considerar que a restrição de acesso aos meios de cometimento do suicídio pode ser uma estratégia de prevenção, também quando a vítima é dependente de álcool, caso se implante medidas de restrição à propaganda, exposição, venda ou ingestão de bebidas alcoólicas em determinados estabelecimentos ou a partir de determinada hora, nos moldes do que ocorre atualmente com a restrição o fumo em recintos fechados.

Encerrando a abordagem deste item, afirma-se que a subnotificação dos casos de suicídio no Brasil é uma realidade e que este sub-registro compromete o planejamento, implantação e execução de políticas públicas preventivas e de combate. Tentativas e suicídios ocorrem em municípios de todos os portes, então a constância desse fenômeno não depende do número de habitantes nem do índice de desenvolvimento dos lugares.

A circunstância de que o agravo pode ocorrer em qualquer lugar compromete, inclusive, as estatísticas da WHO em nível mundial, porque se concentram nos países com população a partir de 300.000 habitantes, conforme consta da publicação sobre suicídio veiculada pela WHO em setembro de 2014, para marcar o dia 10 como dia internacional de combate ao suicídio. O Anexo 1 desta publicação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014f), apresenta, por idade, os índices de suicídio e a qualidade do registro de óbito por suicídio em 172 países, que, independentemente da localização ou da renda, foram escolhidos por contar com 300.000 habitantes ou mais, o que para a WHO assegura a compatibilidade dos dados

entre os países, padronizando as categorias, definições e métodos; portanto, a metodologia adotada não contempla países com menos de 300.000 habitantes, o que não significa que neles os índices de suicídio sejam baixos ou inexistentes, concluindo-se daí que a dimensão mundial do agravo é maior do que a veiculada pela WHO.

Voltando ao território nacional, a subnotificação dos casos de suicídio também é evidente, porque os indicadores de medição do MS, para municípios brasileiros com menos de 20.000 habitantes, não existem ou não estão padronizados. Os dados constantes de certidões de Óbito são monitorados pelo SIM, sob responsabilidade das SVS das três esferas de gestão, a quem cabe gerir estes dados e vigiar os casos de violência autoprovocada, entre eles o suicídio. Tratando da Gestão 2011-2013, a SVS do MS descreveu que, entre os desafios do SIM, encontra-se “Alcançar maior integração entre a vigilância e a atenção em saúde; maior profissionalização da vigilância; e maior qualificação das equipes para análise e uso das informações” (BRASIL, 2013f, p. 34), e ainda: “Encontrar soluções para definir os indicadores dos municípios pequenos. Em torno de 3.900 municípios brasileiros têm menos de 20 mil habitantes, o que pode distorcer os resultados de alguns indicadores e, assim, a análise da situação de saúde local”.

Estando ‘distorcidos’ os indicadores de mortalidade dos municípios brasileiros com até 20.000 habitantes, significa dizer que os municípios com menos de 20.000 habitantes no RS, estão sem monitoramento confiável dos indicadores em saúde pública e, conseqüentemente, sem a vigilância e prevenção da ocorrência de suicídio em seus territórios.

Conforme o IBGE (2014c), com referência a 1º de junho, em 2014, dos 486 municípios do RS, 390 tem menos de 20.000 habitantes. Evidentemente, a falta de vigilância sobre o agravo e de intervenção consciente e responsável para preveni-lo e combatê-lo em 390 municípios do RS, contribui para que o Estado permaneça como a unidade da federação que apresenta os maiores índices de suicídio no Brasil.

5.8 As políticas públicas em saúde e de combate ao suicídio

Neste espaço, é analisado se as políticas públicas em saúde nos municípios observam as normas do governo federal, representado pelo MS, bem como se algumas dessas políticas têm relação direta com o combate ao suicídio e às tentativas nos municípios pesquisados. Apresenta-se também uma circunstância detectada, na análise pela persistência do tema, junto ao discurso dos entrevistados, que é a consequência das políticas partidárias sobre a continuidade ou descontinuidade das políticas públicas municipais em saúde.

Destaca-se, inicialmente, a questão da adequação das políticas públicas municipais aos ditames do governo federal, representado pelo MS, e a política nacional de saúde, inclusive quanto à implantação do COAP de 2011, dando continuidade à PNPS 2006.

Ficou evidenciado que o suicídio no território investigado, é tratado no âmbito da saúde mental. Nesse contexto, a saúde mental no município mais populoso da pesquisa, Santa Cruz do Sul, tem atendimento especializado junto aos CAPS. Nos demais municípios, os portadores de transtornos mentais são atendidos no âmbito do SUS de modo geral, não havendo, até o momento, instalação física ou pessoal especializado ao atendimento exclusivo às questões de doença mental, embora, como já investigado, existam obras em andamento e planejamento para a contratação de profissionais para atuação específica em saúde mental, como resultado do aporte de verbas à saúde mental nos municípios, a partir de 2013.

Um dos profissionais que trabalha com saúde mental resume o atendimento a estes usuários especiais, cujo depoimento se adequa às ocorrências nos municípios de pequeno porte de Mato Leitão, Pantano Grande e Passo do Sobrado.

A gente na verdade atende a demanda que nos chega, não prioriza, apesar de atendermos mais a dependência química, não temos uma priorização de atendimento [...]. Sim, até por a gente ser credenciado ao Serviço Único de Saúde nós devemos manter as normativas e todas as normas regulamentares da União (P4).

No decorrer desse trabalho, ficaram estabelecidas as dinâmicas de combate aos elevados índices de tentativas e suicídios na região, levadas a efeito pela SES-RS, em conjunto com a 13ª CRS, ou promovidas por iniciativa própria da 13ª CRS. A partir de 2006, ano do incremento das políticas públicas de combate ao suicídio no território nacional, vários eventos vêm se produzindo, especialmente no Rio Grande do Sul (2006), com a finalidade de combater o número de suicídios e tentativas ocorridas no Estado. Para celebrar o Dia Mundial de Combate ao Suicídio, 10 de setembro, a SES-RS passou a promover eventos anuais focados nas políticas públicas de saúde mental, com palestras sobre suicídio, a exemplo do Fórum Estadual de Prevenção da Violência e do Seminário Anual de Prevenção do Suicídio (RIO GRANDE DO SUL, 2010b). Uma das iniciativas mais relevantes ocorreu em maio de 2009, com o lançamento do Projeto de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio (que oferece, periodicamente, oficinas de combate ao suicídio no Estado), ocasião em que os Municípios de Candelária, Venâncio Aires e São Lourenço do Sul aderiram ao Programa de Prevenção da Violência (PPV), resultando na redução substancial do agravo naqueles municípios (RIO GRANDE DO SUL, 2009a) e no Manual de Prevenção ao Suicídio (RIO

GRANDE DO SUL, 2010a). Ainda, [...] a área técnica da Saúde Mental do Ministério da Saúde tem reuniões periódicas com a SES. A SES mantém conosco um Fórum de Coordenadores Regionais de Saúde Mental, que não tem uma data fixa, mas tem a tendência de se realizar de dois em dois meses (G9).

Um dos gestores, salientando as atividades no âmbito federal e estadual, explica que até 2008, *A questão do suicídio nunca foi tratada conosco, nada sobre prevenção [...] em nenhum momento se tratou a questão de como prevenir o suicídio, de como realmente a política tinha que se organizar a partir disso* (G9), e que a partir de 2009 o tema ganhou relevo no cenário regional:

Começou em 2009 e aí houve uma iteração sistemática com o grupo técnico, em alguns momentos inclusive com capacitação da região. Nós tivemos o 4º Encontro do Suicídio, aconteceram sete encontros de suicídio no RS. Inicialmente através que o Estado manteve com a Estácio de Sá e esse 4º Encontro então aconteceu aqui na região com um grupo bem grande. Vieram inclusive de outros municípios. Foi além da nossa Regional. Era uma proposta regional, mas outras pessoas acabaram pedindo para participar, porque esse tema é realmente instigante, enfim (G9).

No âmbito regional, o destaque é o Fórum de Saúde Mental, mensal e itinerante entre os municípios que compõem a 13ª CRS, e também o evento anual para usuários e familiares.

A Coordenadoria da Saúde Mental aqui na nossa região da 13ª Coordenadoria realiza encontros mensais com equipes dos municípios através do Fórum de Saúde Mental e ali é o espaço de pactuação, de negociação técnica e de gestão, aonde a gente decide as ações a realizar. [A 13ª CRS realiza] um evento anual aberto aos usuários e familiares, de Saúde Mental. Uma vez por ano a gente realiza um encontro para 600, 700 pessoas, uma grande maioria das pessoas são usuários e familiares. [...] Então esse evento acontece normalmente em comemoração à luta antimanicomial em maio (G9).

Outras iniciativas ocorrem a pedido dos municípios, mesmo que não haja estratégia especialmente dirigida ao combate do suicídio e das tentativas na região: [estratégias] *Implantada não, ainda não* (G3). Outro gestor esclareceu:

Nesse momento não [há estratégia de combate ao suicídio]. O que nós temos de estratégias é em relação à Educação Permanente. Na verdade acho que tudo trabalha. Nós temos a estratégia da Educação Permanente, onde a gente traz a demanda e a 13ª Regional realiza, como foi na questão dos enfermeiros, das capacitações, a gente tem parcerias em relação a estas coisas, mas na verdade, quando tu trabalhas tudo isso, consegue capacitar a equipe para trabalhar melhor (G8).

Quanto aos Planos Municipais de Saúde que darão base ao Plano Regional de Saúde em cumprimento às ordenações do COAP, em vários momentos desse trabalho ficou comprovado

que eles estão em fase de finalização. Um dos gestores municipais, ao ser perguntado se o Plano Municipal de Saúde contempla o agravo do suicídio, respondeu:

Colocamos sim. Nós usamos porque foi feito um levantamento e é para isso o Plano. A gente colocou e depois por área, separado, e um deles é o da Saúde Mental e é o suicídio. Então a gente tem o suicídio, a obesidade e hipertensão como pontos a mais centrar, e câncer, principalmente o de pele, é um número muito elevado (G1).

Outro gestor municipal descreve que não incluiu o suicídio em seu planejamento municipal:

Diretamente não assim um programa direto que trabalhe o tema suicídio, até porque ainda as famílias não aderem muito aos acolhimentos. [...] Eu acredito que não tenha um trabalho formado, atitudes só para prevenir. A prevenção que a gente faz é como um todo, não um programa direto para o suicídio, isso não (G6).

Uma circunstância foi abordada com mais frequência pelos entrevistados. Trata-se da preocupação com as políticas públicas em saúde e o sistema político partidário nacional de realização de eleições de quatro em quatro anos no território brasileiro. A questão gira em torno da ingerência político partidária sobre o governo municipal, trata da continuidade ou descontinuidade da condução dos programas de saúde pública e mental, em virtude das eleições aos cargos políticos e da rotatividade dos ocupantes desses cargos e seu respectivo *staff*.

É sabido que as eleições, no Brasil, ocorrem de quatro em quatro anos. Ao final de 2012, foram realizadas eleições municipais, portanto foram preenchidos os cargos de Prefeito Municipal e da Câmara de Vereadores, com mandato de 2013 até 2016. Ao final de 2014, realizam-se eleições para Presidente e Senadores da República e para Deputados Federais, também para Governador de Estado e Deputados Estaduais, cujos mandatos de 2015 a 2018.

Na verdade, a cada dois anos ocorrem eleições no Brasil, fazendo o campo das políticas partidárias ficar constantemente em ebulição. O prefeito assume em 2013 e aloca seu *staff*. Em 2014 se realizam eleições federais com a participação direta dos prefeitos, porque do resultado delas depende a consecução (ou não) dos programas de governo municipal em planejamento ou recentemente implantados. Nesta arquitetura, o processo político partidário interfere sobremaneira na condução das políticas públicas municipais, trazendo prejuízos especialmente na área da saúde pública, porque o principal gestor do SUS é o município. As consequências prejudiciais dessa dança político partidária foi enfatizada pelos entrevistados, demonstrando que ocorre grave prejuízo com a ciranda política de alta rotatividade nos cargos da saúde pública municipal, causada pelas eleições político partidárias.

Um dos gestores aborda a dificuldade:

Nossos momentos mais difíceis são nas trocas de gestão municipal, quando acontece as eleições, entra nova equipe, quando demitem pessoas que têm vínculos com os usuários e os usuários passam a não fazer uso de medicamentos e entram em crise e as situações mais graves, em alguns momentos os municípios dão acesso ao Hospital Psiquiátrico (G9).

Os percalços são inúmeros no âmbito da saúde pública e mental, em virtude da transição do cargo de Prefeito, por causa da renovação da equipe que responde pela saúde municipal. A provação não reside, necessariamente, quando o novo Prefeito e o Secretário Municipal de Saúde assumem seus cargos, são cargos políticos de pouca repercussão negativa no andamento dos serviços em saúde. O dano ocorre, porque os cargos de confiança estabelecidos por esta nova conjuntura, interrompem ou encerram ações e serviços em andamento no município, substituídos por novos planos. Se as estratégias em saúde, com resultados positivos, encontradas em execução no município, tivessem continuidade, e se os membros das equipes em atuação na saúde permanecessem em seus postos, transtornos e prejuízos seriam evitados.

Um dos profissionais em saúde explica:

O que que a gente percebe assim, uma dificuldade que nós temos no caso, não é a transição do Prefeito e do Secretário, mas acaba trocando toda a equipe. Toda a equipe acaba trocando, então o que que nós fazemos. Nós conversamos, nós capacitamos uma equipe e quando entra outro Prefeito e outro Secretário toda essa equipe acaba se desmanchando e eles acabam trazendo outras pessoas e o impacto maior é no Município (P2).

Este profissional pormenoriza as ocorrências que prejudicam o andamento das políticas públicas em saúde no âmbito municipal, causadas pela temporariedade do exercício das funções pelos responsáveis pela saúde, abordando ainda os benefícios que resultam, quando a equipe de trabalho está constituída de longa data, com a experiência amparada pela segurança do concurso público e, conseqüentemente, pela efetividade da função.

Então toda vez que troca de partido, sai grupo, entra outro grupo, se tem uma troca de toda a equipe, são pessoas leigas da saúde e para você começar a entender toda a complexidade da área da saúde, são tantas ações, tantas linhas, que você pode estar há 30 anos no SUS, você não vai conhecer todas as áreas, mas você já vai saber, depois de um ou dois anos você começa a entender a complexidade de todas as questões. Nós temos um fato agora, por exemplo, que entraram pessoas na equipe lá que são gestores da equipe e que não eram da área da saúde e isso nos traz uma dificuldade muito grande, para nós aqui trabalharmos, agora para fazer o Plano, por exemplo, essas pessoas não fazem ideia do que que é um Plano de Expansão (P2).

Percebe-se, então, o quanto é prejudicial, para a população, o ciclo contínuo, praticamente ininterrupto, do processo eleitoral brasileiro, tanto pela troca de gestores e profissionais em saúde, quanto pelo rompimento do vínculo de confiança entre o profissional e o paciente, ficando este a mercê dos novos rumos pelos quais será conduzido, face à complexidade do campo de atuação do SUS.

Este problema é sentido também junto ao Conselho Municipal de Saúde, quando ocorre alteração no cargo de Prefeito Municipal.

Mudança de equipe sempre tem um problema sério e aí como troca de Prefeito, aí quando o Conselho ainda ele foi constituído e eles não podem mexer em quem está ali representando, é muito difícil da gente trabalhar. Travam tudo da pior forma possível, para quê? Para que o governo possa indicar lá as pessoas que segundo eles, eles têm confiança [...]. Eu vejo, a maior dificuldade nos Conselhos são os representantes dos governos, de todos os níveis (C3).

A explanação desse Conselheiro permite visualizar que as dificuldades motivadas pela transição de cargos públicos, em virtude de eleição político partidária, também se refletem nos Conselhos Estaduais e Federal de Saúde.

Outra circunstância afeta à mesma questão foi trazida por G8, quando alude ao entrosamento do gestor com a equipe de trabalho e entre os membros das equipes, cuja atitude resulta em benefícios para os municípios. Trata-se de que [...] *a gente tem um gestor que tem empatia com nossa causa [...]* e as equipes são comprometidas com o trabalho. *Então eu acho que o ponto positivo é essa articulação tanto das equipes como da gestão (G8).*

Uma articulação positiva entre as equipes de trabalho ocorre com a continuidade da prestação dos serviços públicos, portanto, sem a ruptura comumente ocasionada pela política partidária. Esta constância na prestação de serviços advém do preenchimento dos cargos públicos através de concurso, onde a contratação seja permanente e crie um vínculo efetivo, de permanência entre o funcionário e a administração pública.

Os danos causados à administração pública com a troca de cargos pela ruptura político partidária são reflexos da falta de contratação de funcionários municipais por concurso público. O concurso público é o instrumento ideal de contratação de servidores administrativos em todos os níveis de gestão, é amparado constitucionalmente e trata-se de um processo democrático, pelo qual o mais preparado assume o cargo em virtude dos conhecimentos que demonstra possuir. O que ocorre é que normalmente a Administração Pública já têm comprometido a totalidade ou a maior parte dos recursos públicos de que

dispõe, e, assim, não tem condições de comprometer o erário público com a contratação de servidores.

A permanência dos funcionários nos seus cargos, numa trajetória de carreira é, então, importante para a consecução das políticas públicas municipais, especialmente nas questões de saúde pública e mental. Esta afirmação é corroborada por um dos gestores:

[...] é uma equipe bem comprometida e o núcleo dela, a maioria dos técnicos que temos aqui são também antigos, então é uma equipe que não tem muita troca, são todos concursados e trabalham aqui há muito tempo. Isso acho que facilita muito atender a demanda, as discussões, a gente tem objetivos, é uma equipe que começou do início, provocou muita mudança na saúde mental, na história da saúde mental da cidade. Eu acho que é um [...] que tem história, que mudou o paradigma de atendimento. [...] então nós é que abrimos, demos um jeito de atender à saúde mental. Então essa equipe se fortaleceu e veio sabendo muito o que quer, onde quer chegar (G10).

O exemplo descrito por G10, não é comum na administração pública por causa da temporariedade da permanência dos agentes em seus cargos. Esta é uma característica prejudicial ao andamento das políticas públicas em saúde, resultante do método pelo qual ocorrem as eleições político-partidárias no Brasil, a cada biênio.

Esta conjuntura faz surgir iniciativas solitárias que, embora não tragam solução abrangente ao suicídio na região, contribuem para o enfrentamento do agravo e para a conscientização de parcela da população, a respeito da gravidade da questão:

Fico feliz porque onde eu passo eu tenho tentado conversar com as pessoas. A gente tem ido, quando dão oportunidade, para o jornal, tem feito uma reportagem, tem falado sobre o assunto [o suicídio] no rádio, que eram coisas que não se fazia antes, era um assunto vedado, ninguém tocava nesse assunto (P5).

A preocupação de P5 em contribuir para o enfrentamento do suicídio, na região do Vale do Rio Pardo, o faz assumir mais uma boa prática digna de nota. Trata-se das providências simples e eficazes que podem ser observadas pelos profissionais que trabalham com os dados das notificações compulsórias de doenças e agravos. No caso específico das tentativas de suicídio, o procedimento adotado por P5 contribui para a diminuição dos números de mortes voluntárias:

E também depois que eu notifico, eu passo esses nomes para o CAPS, para que eles possam ter esse conhecimento. O CAPS tem uma demanda muito grande e a gente ainda está tentando se organizar, mas pelo menos a gente já consegue ver quem são esses pacientes e no caso eu estou passando para eles, então já consegue ver se é paciente deles, já consegue chamar para consulta ou se é paciente novo eles já estão se organizando para atender essa demanda né? (P5).

A análise das entrevistas e dos documentos demonstrou a inexistência de estratégias ou programas de saúde pública, regionais ou municipais, que efetivamente combatam as tentativas e o suicídio. As iniciativas do governo do RS se mostram ineficazes e, nos municípios, são inexistentes, à exceção da determinação solitária de alguns gestores e funcionários em saúde de combater, por conta própria, o agravo, num esforço meritório, mas que não conduz à necessária redução substancial e urgente dos índices de suicídio, que persistem elevados, mesmo que os gestores municipais tenham demonstrado ter ciência da gravidade do suicídio enquanto problema de saúde pública e coletiva e do alto coeficiente de mortalidade por suicídio, em seus municípios e na região.

O SUS encontra-se relativamente organizado na região abrangida pela pesquisa. Os portadores de transtornos mentais são atendidos nas ESF's, havendo da parte dos profissionais, um esforço visível no sentido de propiciar atendimento de qualidade, havendo também uma razoável estrutura operacional na RAS, que abrangem hospitais de referência e procuram atender os casos de média e alta complexidade. Para combater o suicídio, a RAS deve conveniar-se com outros órgãos públicos, porque a pesquisa evidenciou que muitos tentadores não chegam até o SUS, mas têm registros policiais em razão de tentativas de suicídio, bem como foi constatado que iniciativas isoladas sobre um mesmo assunto, por vários órgãos públicos, geram dispêndio de recursos e pouco resultado prático.

Embora o Governo do Estado e a União não destinem aos municípios os recursos em saúde compatíveis com a ordem constitucional, em 2013 incrementaram verbas à saúde mental, estando os municípios reparando ou construindo instalações para atendimento nessa área. Em 2013, os municípios de Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul investiram, em saúde pública, mais recursos do que a Constituição Federal determina, mas, mesmo assim, faltam profissionais em saúde e não há possibilidade de novas contratações pelo comprometimento do orçamento.

As políticas públicas em saúde estão em fase de readequação, mediante as disposições do COAP de 2011 e da redefinição da PNPS de 2014. Os municípios, com o auxílio da 13ª CRS, ultimam seus Planos Municipais de Saúde para compor o Plano Regional de Saúde. A política pública de municipalização onera os municípios que mais investem em saúde básica, porque os demais municípios usufruem dessa infraestrutura, onerando ainda mais o sistema.

A regionalização permanece como ponto forte das políticas públicas em saúde, em todos os níveis, entendendo pela prestação regional de serviços de média e alta complexidade, o que propicia atendimento a um maior número de usuários do sistema.

A PNPS de 2006, até o momento, não apresentou resultados suficientemente satisfatórios, os planos construídos no período serviram à captação de recursos públicos e não para construir uma saúde com qualidade. A instrumentalização mais atual da PNPS 2006, o COAP de 2011, encontra-se em implantação, portanto não está ainda solidificado, não existindo resultados nesse sentido.

Não existem políticas públicas de combate ao suicídio na região pesquisada, permanecendo o Manual de Prevenção ao Suicídio, como instrumento que auxilia os raros profissionais que se dedicam ao combate solitário desse agravo, em ações pontuais.

Embora a percepção seja de que o suicídio é um problema de saúde coletiva, não existe um combate efetivo ao agravo, devendo o fenômeno ser melhor observado entre os portadores de transtornos mentais, onde a incidência de suicídio é preocupante.

O suicídio é um fenômeno complexo difícil de combater, porque tem componentes autodestrutivos que não são aparentes ou de fácil constatação. Ainda é considerado um tabu, as famílias têm medo e vergonha de expor essa questão, sendo que, ainda hoje, se constata subnotificação dos casos de tentativas e mesmo de suicídios.

Os profissionais em saúde mental devem preparar-se para tratar os tentadores de suicídio, sabendo que a cautela deve ser redobrada nos períodos que o paciente apresenta-se tranquilo, e especialmente após a alta hospitalar, porque nestas ocasiões a incidência de suicídios é alta. O profissional deve reconhecer também que as tentativas são o modo pelo qual a vítima pede socorro e que estas atitudes são interpretadas erroneamente pelos que convivem com o tentador, não ouvindo nem acatando com seriedade estes apelos do suicida. Muitos suicidas devem ser alcançados, porque estão fora do SUS ou abandonam o tratamento, ou mesmo não foram identificados como portadores de risco grave de cometimento pelos profissionais do sistema de saúde. O problema deve ser averiguado, inclusive quando a vítima informa que houve um acidente consigo e não uma tentativa de automutilar-se ou matar-se.

Os gestores municipais em saúde manifestam preocupação com o assunto, procurando ações pontuais de enfrentamento ao agravo, mas não à promoção de ações efetivas de combate ou minimização do problema. A Política Nacional de Combate ao Suicídio de 2006 não foi implantada nos municípios, nem há neles espaço físico ou atenção específica para o suicídio, à exceção de Santa Cruz do Sul, que atende a questão através do CAPS. A inexistência de iniciativas concretas de combate ao suicídio, contribui para que os números de tentativas e suicídios permaneçam elevados no RS.

A maior preocupação com o suicídio foi constatada entre os profissionais que lidam com a questão em seu labor diário, seja nos Postos de Saúde, nos CAPS ou nas RAS,

demonstrando angústia, frustração e impotência ao deparar-se com este fenômeno, sem que percebam que também sofrem consequências físicas e psicológicas por causa desses sentimentos.

Na condução das políticas públicas, ficou evidenciado que o processo político partidário conduz à troca das equipes em saúde nos municípios, quando um novo prefeito assume o executivo, e esta situação ocasiona transtornos e prejuízo ao andamento dos serviços em saúde, inviabilizando a implantação ou continuidade de programas de governo ou de políticas públicas em saúde no âmbito municipal.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Investigar o suicídio mostrou-se um exercício complexo, pela gama de fatores envolvidos, pelo nível de influência que estes fatores exercem sobre o tema e pela disparidade da forma como a questão é ou não é equacionada social e politicamente.

Como objetivos desse trabalho, foram elencadas algumas disposições cuja resposta foi se vislumbrando no curso da pesquisa. Nesse desiderato, o trabalho analisou a Política Nacional de Promoção de Saúde e de Saúde Mental de 2006, com vistas à Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio, partindo da comprovação de que o RS ostenta os maiores coeficientes de mortalidade por suicídio do território nacional e, nele, os Municípios de Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul apresentam os maiores índices entre os municípios rio-grandenses, quando considerados todos os municípios, inclusive aqueles com menos de 20.000 habitantes.

Essa constatação permitiu a construção das questões norteadoras que permearam o trabalho. Com base nelas, buscou-se demonstrar como o suicídio é apropriado pelas autoridades em saúde, bem como de que modo a 13ª CRS do RS e os Municípios de Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul traduzem na prática a Política Nacional de Prevenção ao Suicídio e se organizam no enfrentamento do problema. Também se investigou se o número do agravo vem diminuindo (ou não), em virtude das ações de enfrentamento do problema.

Perseguindo estes objetivos, intentou-se também contribuir para o desvelamento da questão social, na qual o suicídio se insere. Nesse tópico, a pesquisa buscou o referencial teórico nacional e internacional, demonstrando a atualidade do tema na determinação dos pesquisadores em estudá-lo, elevando o suicídio ao patamar de problema de saúde pública global, que preocupa alguns governos no mundo e prejudica a sociedade de modo geral. A importância do combate ao suicídio, no âmbito mundial, ficou evidente no esforço da OMS em dar a conhecer a questão, através de um relatório recente que busca elucidar o maior número de pessoas e auxiliar na prevenção do suicídio no planeta. A pesquisa também apresentou a ótica de entrevistados que trabalham a saúde pública no território, buscando averiguar como o agravo é registrado e qual a contribuição financeira do estado à organização dos serviços em saúde mental, nos municípios abrangidos. Assim, foi levada a efeito a revisão da literatura, a compilação e análise dos dados de campo e a apresentação dos resultados.

A pesquisa esclareceu que os coeficientes de mortalidade por suicídio no Estado do Rio Grande do Sul permanecem elevados, mesmo com o fomento dos Conselhos Municipais de

Saúde (que não tratam oficialmente da questão), com a periodicidade das Conferências Estaduais em Saúde e em Saúde Mental e realização itinerante do Fórum Regional Permanente em Saúde Mental do VRP, promovido pela 13ª CRS. Esta constatação demonstra que as investidas estaduais e regionais de combate ao suicídio não foram suficientes, até o momento, para diminuir os índices do agravo. É certo também que o elevado índice de suicídio nos municípios de Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul contribui para a elevação do índice estadual do agravo e do consequente posicionamento do RS no âmbito nacional. Neste aspecto, considera-se que o suicídio não é combatido enquanto estratégia de política em saúde pública e mental, nos municípios pesquisados, tanto pela precariedade (ou falta de) de repasse das verbas estaduais e federais quanto pela amplitude de outras questões em saúde consideradas de abordagem prioritária pelos gestores municipais. Entre estas prioridades, portanto o suicídio não está presente.

Evidenciou-se a complexidade do fenômeno suicídio, que, entre outras circunstâncias, envolve questões sociais e familiares (o tabu que permeia o agravo, a repercussão do agravo na família e na comunidade e a evasão dos pacientes que precisam de cuidados em saúde neste âmbito) e diz respeito diretamente às políticas públicas em saúde.

Entre outras circunstâncias, as eleições político partidárias bienais influenciam e comprometem o andamento dos projetos e das práticas em saúde, contribuindo para comprometer o empenho dos gestores em ações e serviços em saúde de prevenção e de combate e comprometendo a apropriação dos conhecimentos necessários aos profissionais de saúde para entender o agravo e as intenções e atitudes do paciente.

Também ficou estabelecido que a subnotificação dos casos de tentativas e de suicídio é uma realidade nacional, independentemente da proporção do território, sendo mais evidente nos municípios com menos de 20.000 habitantes, o que contribui para que o RS seja a unidade federativa com os maiores coeficientes de mortalidade por suicídio no Brasil.

O suicídio, por estas e outras circunstâncias, deve ser combatido no âmbito regional, espaço resistente, organizado e apropriado pela comunidade, não tão grande que impeça a obtenção de resultados concretos e não tão pequeno que deixe de apresentar forças capazes de alterar a qualidade de vida da população, com a almejada diminuição dos coeficientes de mortalidade por suicídio.

Este combate deve partir da premissa de que o suicídio é uma questão complexa, multidimensional, que deve ser abordada com cientificidade e rigor. Uma visão científica do fenômeno trará método e organização suficiente para a prevenção e o combate às tentativas e aos suicídios, até mesmo porque a questão envolve uma gama de fatores complexos,

impossíveis de serem detectados em sua completude e de serem mensurados ou combatidos sem a habilidade, disciplina e conhecimento próprio da ciência.

Também não é possível que se obtenha um esclarecimento rigoroso e exaustivo das causas condutoras ou que possam conduzir à morte voluntária. Perseguir esse intento é desperdiçar um tempo precioso. Sequer há um público especialmente adequado para ser instruído sobre o assunto, pois o desconhecimento é comum entre os profissionais da saúde, gestores, políticos, professores, líderes religiosos, formadores de opinião, em todos os níveis. Nesse rumo, não apenas o âmbito da saúde pública e privada deve munir-se de conhecimento adequado para tratar do assunto, como também não deve ser a única responsável por uma eventual estratégia que intente diminuir o número de suicídios no território.

O suicídio permeia a sociedade, não escolhe ricos nem pobres, nem gênero nem faixa etária, sequer saudáveis ou doentes. Compreender esta multidimensionalidade pode trazer bons resultados. O assunto deve ser apropriado pelos vários segmentos da sociedade organizada, entre eles a área da saúde (onde os profissionais precisam aprender, ainda na academia, que o suicida é um doente, cuja dor é maior do que sua vontade de viver), a comunicação (a mídia precisa respeitar as vítimas e as famílias de suicidas, abordando o assunto com rigor e ética), os governos (que abordam superficial e isoladamente o tema, sem resultados práticos, sem percepção da gravidade do problema, cuja apropriação pode resultar na diminuição dos índices do agravo), também os líderes comunitários devem apropriar-se da dinâmica desse agravo, abordá-lo em sua área de atuação e organizar debates e outras representações sociais que permitam o conhecimento generalizado sobre o problema e o modo de combatê-lo.

Não basta criar políticas públicas como a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio de 2006, nem regular o assunto pela legislação, pois tais circunstâncias são meras definições operacionais, a realidade sobre este fenômeno permanece inalterada, quando as políticas públicas e leis não são efetivamente aplicadas, viabilizadas em benefício da população.

No âmbito da saúde pública, o agravo deve ser combatido prioritariamente como questão de saúde mental. A abordagem inicial deve ocorrer pela atuação dos Agentes Comunitários de Saúde e dos profissionais que prestam serviços nas Unidades Básicas de Saúde. Estes profissionais devem ser valorizados em sua atuação pela importância estratégica que apresentam, bem como devem ser esclarecidos e conscientizados sobre a gravidade do problema e capacitados ao enfrentamento. Uma capacitação consciente e eficiente é o que qualifica o desenvolvimento.

A conscientização e sensibilização dos representantes do estado, municípios e instituições que contribuíram para esta pesquisa, embora meritorias e particularmente substanciais, são solitárias, portanto insuficientes para interferir positivamente contra o agravo.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Kelly Piacheski de et al. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 195-200, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a24.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2013.
- AGNES, Clarice; HELFER, Inácio. **Normas para apresentação de trabalhos acadêmicos**. 1. ed. atual. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2013.
- AGUIAR, Zenaide Neto. Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde: breve história da política de saúde no Brasil. In: _____ (Org.). **SUS: Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011. p. 15-40.
- ALDRICH, Rosalie Shemanski; CEREL, Julie. The development of effective message content for suicide intervention: theory of planned behavior. **The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention - Crisis**, Boston, v. 30, n. 4, p. 174-179, 2009. Disponível em: <<http://bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-19933062>>. Acesso em: 01 set. 2013.
- ALMEIDA, Paulo Roberto de. **Sobre políticas de governo e políticas de Estado**: distinções necessárias. Instituto Millenium, 27 nov. 2013. Disponível em: <<http://www.imil.org.br/artigos/sobre-politicas-de-governo-e-politicas-de-estado-distincoes-necessarias/>>. Acesso em: 06 jun. 2014.
- ARCOVERDE, Renata Lopes; SOARES, Lara Sá Leitão de Castro. Funções neuropsicológicas associadas a condutas autolesivas: revisão integrativa de literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 293-300, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722012000200011>. Acesso em: 28 ago. 2013.
- AREOSA, Silvia Virgínia Coutinho; CUNHA, Ana Zoé Schilling da. Como anda a saúde no Corede do Vale do Rio Pardo. In: NARA, Elpídio Oscar Benites et al. (Org.). **O Corede do Vale do Rio Pardo**: caracterização socioeconômica e ambiental de suas regiões. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2007. p. 27-81.
- ARRAIS, Tadeu Alencar. A cidade e a região/a cidade-região: reconhecer processos, construir políticas. **Cadernos Metrôpoles**, n. 20, p. 81-91, 2008.
- AZEVEDO, Ana Karina Silva; DUTRA, Elza Maria do Socorro. Relação amorosa e tentativa de suicídio na adolescência: uma questão de (des)amor. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 18, n. 1, p. 20-29, jun. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsa.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672012000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 set. 2013.
- AUGUSTINE, Saint, Bishop of Hipona (354-430). De civitate Dei contra Paganos. In: **Nicéia e Pais Pós-Nicéia**: coleção de escritos por teólogos cristãos clássicos medievais. Buffalo, NY: Christian Literature Publishing, 1887. The City of God Against the Pagans. Primeira Série, v. 2 revisado e editado, 2009. Disponível em: <<http://www.newadvent.org/fathers/120101.htm>>. Acesso em: 21 ago. 2014.

BACELLAR, Anita; ROCHA, Joana Simielli Xavier; FLOR, Maira de Souza. Abordagem centrada na pessoa e políticas públicas de saúde brasileiras do século XXI: uma aproximação possível. **Revista do NUFEN**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 127-140, jun. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912012000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2013.

BANDO, Daniel Hideki et al. Suicide rates and income in Sao Paulo and Brazil: a temporal and spatial epidemiologic analysis from 1996 to 2008. **BioMedic Center Psychiatry - BMC Psychiatry**, Londres, v. 12, p. 127-134, ago. 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/127>>. Acesso em: 08 abr. 2013.

BARBOSA, Fabiana de Oliveira; MACEDO, Paula Costa Mosca; SILVEIRA, Rosa Maria Carvalho da. Depressão e o suicídio. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar - SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 233-243, jun. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 jul. 2013.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1997.

_____. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2007.

BARROS, José D'Assunção. História, espaço e tempo: interações necessárias. **Varia História**, Belo Horizonte, v. 22, n. 36, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-87752006000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul. 2014.

BARROS, Marilisa B. A. As mortes por suicídio no Brasil. In: CASSORLA, Roosevelt M. S. (Org.). **Do suicídio: estudos brasileiros**. Campinas: [s. n.], 1991. p. 41-59.

BASSAN, Dilani Silveira; SIEDENBERG, Dieter Rugard. A região do Vale do Rio Pardo: origem e formação. **Redes**, Santa Cruz do Sul, v. 8, n. 3, p. 235-251, set./dez. 2003.

BASTOS, Rogério Lustosa. **Suicídio: estudo psicossocial**. Rio de Janeiro: E-papers, 2006. Disponível em: <<http://books.google.com.br/books?id=L2NTu4-hKTgC&pg=PT6&lpg=PT6&dq=BASTOS,+Rogério+Lustosa.+Suicídio:+estudo+psicossocial.+Rio+de+Janeiro:+e-papers,+2006&source=bl&ots=060VXfidvR&sig=3FYWB49w9YHAhyh2tS-vsAxorOg&hl=pt-BR&sa=X&ei=k33zU8zCFKfksASx5oHgAw&ved=0CBwQ6AEwAA#v=onepage&q=BASTOS%2C%20Rog%2C%20Rio%20Lustosa.%20Suic%2C%20ADdio%20estudo%20psicossocial.%20Rio%20de%20Janeiro%20e-papers%2C%202006&f=false>>. Acesso em: 19 ago. 2014.

BENKO, Georges. **A ciência regional**. Oeiras: Celta, 1999.

BERTOLETE, José Manoel; MELLO-SANTOS, Carolina de; BOTEAGA, Neury José. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000600005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. 2013.

BÍBLIA. **Bíblia Sagrada**. São Paulo: Editora Ave Maria, 2011.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE - BVS. **Áreas temáticas BVS MS: saúde mental**. 2014. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/legislacao.php>>. Acesso em: 29 jun. 2014.

BLANCHARD, Olivier. **Macroeconomia: teoria e política econômica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

BOBBIO, Norberto. **Estado, governo, sociedade: para uma teoria geral da política**. 8. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

BOISIER, Sergio. El desarrollo territorial a partir de la construccion de capital sinergetico. **Redes**, Santa Cruz do Sul, v. 4, n. 1, p. 61-78, jan./abr. 1999.

_____. Em busca do esquivo desenvolvimento regional: entre a caixa preta e o projeto político. **Planejamento e Políticas Públicas**, Rio de Janeiro, n. 13, p. 111-143, jun. 1996.

BOTEGA, Neury José (Coord.). **Comportamento suicida: conhecer para prevenir** dirigido para profissionais de imprensa: orientações sobre como abordar o suicídio na imprensa: preservando o direito à informação e colaborando para a prevenção. São Paulo: ABP Editora, 2009a. Disponível em: <http://www.abpbrasil.org.br/arquivos/CartilhaSuicidio_2009_light.pdf>. Acesso em: 19 set. 2012.

_____. (Coord.). **Manual dirigido a profissionais da Saúde da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manu_prevencao240111.pdf>. Acesso em: 19 set. 2012.

BOTEGA, Neury José; D'OLIVEIRA, Carlos Felipe Almeida (Orgs.). **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf>. Acesso em: 27 out. 2012.

BRANDÃO, Carlos Antônio. **Visões teóricas sobre desenvolvimento regional e a questão das escalas (mundial, nacional, subnacional e local) nas políticas regionais contemporâneas**. Curso Territorialidade e Políticas Públicas no Brasil. Brasília: ENAP, 2011. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/55553470/Visoes-teoricas-sobre-desenvolvimento-regional>>. Acesso em: 7 out. 2011.

BRANDT, Daiana. Capital social + local = políticas públicas efetivas, eficazes e eficientes? **Revista do Direito**, Santa Cruz do Sul, n. 24, jul./dez. 2005, p. 7-29.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Controladoria-Geral da União. **Portal da transparência: governo federal**. 2014a. Disponível em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br/>>. Acesso em: 23 dez. 2014.

_____. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 jun. 2011a, p. 1.

_____. Decreto n. 8.065, de 7 de agosto de 2013. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 8 ago. 2013a.

_____. Decreto n. 8.243, de 23 de maio de 2014. Institui a Política Nacional de Participação Social - PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social - SNPS, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 maio 2014b.

_____. Lei n. 1.920, de 25 de julho de 1953. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Rio de Janeiro, 29 jul. 1953. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L1920.htm>. Acesso em: 17 jun. 2014.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 nov. 1990a, p. 1.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

_____. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 9 abr. 2001a.

_____. Lei n. 12.466, de 24 de agosto de 2011. Acrescenta os artigos 14-A e 14-B à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre as Comissões Intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e suas respectivas composições, e dar outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 ago. 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde**. 10. ed. Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/v01_y98.htm>. Acesso em: 2 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução MS/CIT n. 1/2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 7 dez. 2011c, Seção I, p. 40.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução MS/CIT n. 4, de 19 de julho de 2012. Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 2012a, Seção I, p. 54.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**: relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. **A Declaração de óbito**: documento necessário e importante. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986. Saúde como Direito; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; Financiamento Setorial. **Relatório**. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1986. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 21 de jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1., 1987. Economia, sociedade e estado; reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; cidadania e doença mental. 1987. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relato_final.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2., 1992. Rede de atenção em saúde mental. Transformação e cumprimento de leis. Direito à atenção e direito à cidadania. 1992. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde. 1992. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3., 2001. Cuidar, sim. Excluir, não: efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL INTERSETORIAL, 4., 2010. Saúde Mental, direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios. 2010. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS n. 453, de 10 de maio de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 6 jun. 2012b, Seção 1, p. 138.

_____. Ministério da Saúde. **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde**. Brasília: MS, 2011d. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contrato_organizativo_acao_publica_saude.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Glossário do Ministério da Saúde**: projeto de terminologia em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_ms.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio**. MS, ENPS, 2012c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=25605>. Acesso em: 04 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Informações do DATASUS (MS/SVS/CGIAE)**. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM - 2010-2012. 2012d. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10rs.def>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação básica da saúde mental**. [criado a 25 de abril de 2014]. MS, 2014d. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/802-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/11-saude-mental/12319-legislacao-saude-mental>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Leitos de saúde mental em hospital geral**. [criado em 7 de maio de 2014]. MS, 2014e. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/12-saude-mental/12612-leitos-hg>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Política de Saúde Mental**. Programa de Volta para Casa. [Criado em 7 maio 2014]. MS, 2014f. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/12-saude-mental/12585-programa-de-volta-para-casa>>. Acesso em: 27 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Mais sobre os serviços disponíveis em saúde mental** [criado a 6 de setembro de 2013]. MS, 2013b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/conte-com-a-agente/leia-mais-conte-com-a-agente/284-mais-sobre-os-servicos-disponiveis-em-saude-mental>>. Acesso em: 10 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada**: Portaria GM/MS nº 1271/2014 e SINAN versão 5.0. [2014g]. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/notificacao-de-violencia-interpessoal-autoprovocada>>. Acesso em: 6 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Saúde pública em alerta: No Brasil, mortes por depressão crescem mais de 700% em 16 anos mostram dados do DATASUS**. 2012e. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/512-saude-publica-em-alerta-no-brasil-mortes-por-depressao-crescem-mais-de-700-em-16-anos-mostram-dados-do-datasus>>. Acesso em: 1 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece Normas e Procedimentos Reguladores do Processo de Descentralização da Gestão das Ações e Serviços de Saúde, Através da Norma Operacional Básica. NOB-SUS 01/1993. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 maio 1993, Seção I, p. 6.961-6.965.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 2.023, de 1996. Estabelece a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1996. NOB-SUS/1996. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 6 nov. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de reorganização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 20-E, 29 jan. 2001b, Seção I, p. 23.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 251, de 31 de janeiro de 2002. Estabelece as diretrizes e normas para a regulamentação da Assistência Hospitalar em Psiquiatria no Sistema Único de Saúde-SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 4 fev. 2002b, Seção I, p. 52.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 40-E, 28 fev. 2002c, Seção I, p. 52.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS - 2004. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 jan. 2004b, Seção I, p. 24.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 2.607, de 10 de dezembro de 2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde 2004. PNS 2004. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 dez. 2004c, p. 69. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PNS.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 ago. 2006a, Seção I, p. 65.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui diretrizes nacionais para prevenção do suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 ago. 2006b, Seção I, p. 65.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 3.332, de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do sistema de planejamento do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 dez. 2006c, Seção I, p. 608.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 4 ago. de 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os sistemas de informações em saúde sob gestão da secretaria de vigilância em saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 fev. 2009b, Seção I, p. 37.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 2.048 de 3 de setembro de 2009. Regulamenta a Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2009c, Seção I, p. 61.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 2.226, de 18 de setembro de 2009. Institui, no âmbito da política nacional de atenção básica, o plano nacional de implantação de unidades básicas de saúde para equipes de saúde da família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 set. 2009d, Seção I, p. 654

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 2.644, de 28 de outubro de 2009. Estabelece novo Reagrupamento de Classes para os Hospitais Psiquiátricos, Reajusta os Respectivos Incrementos e cria incentivo para Internação de Curta Duração nos Hospitais Psiquiátricos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 out. 2009e, Seção I, p. 124.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 3.462, de 11 de novembro de 2010. Estabelece critérios para alimentação dos bancos de dados nacionais dos sistemas de informação da atenção à saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 nov. 2010b, Seção I, p. 50.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 2010c, Seção I, p. 88.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 out. 2011e, p. 48.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 dez. 2011f, p. 230.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 373 de 5 de março de 2012. Prorroga o prazo de entrada em vigor da Portaria MS n. 2.048, de 3 de setembro de 2009. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 6 mar. 2012f, Seção I, p. 94.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 1.580, de 19 de julho de 2012. Afasta a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, de que trata a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, para fins de repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios e revoga Portarias. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 jul. 2012g.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 1.378, de 09 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 set. 2013c, Seção I, p. 48.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 9 jun. 2014h, Seção I, p. 67.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 nov. 2014j.

_____. Ministério da Saúde. **Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA):** Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2011 (IDB-2011). Índice matriz A (Indicadores demográficos), subitem A.1 (população total). Índice Matriz C (Indicadores de mortalidade), subitem C.9 (Taxa de mortalidade específica por causas externas - números absolutos e taxa de mortalidade específica por suicídio nos Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul entre 2006 e 2010). 2011g. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/c09.def>>. Acesso em: 1 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Legis:** Sistema de Legislação da Saúde. 2005-2014. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 29 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS, 2013:** mais sobre os serviços disponíveis em saúde mental [criado a 6 de setembro de 2013]. MS, 2013d. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/conte-com-a-agente/leia-mais-conte-com-a-agente/284-mais-sobre-os-servicos-disponiveis-em-saude-mental>>. Acesso em: 10 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Consolidação do Modelo Territorial de Atenção, Intersetorialidade, Drogas & Vulnerabilidade. Formação e Produção de Conhecimento para a Saúde Mental Pública. Relatório de Gestão 2007-2010.** Brasília: MS, 2011h. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteras_reforma_psiquiatica.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013e. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS.** Brasília: MS, 2010d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental em Dados,** Brasília, v. 6, n. 9, jul. 2011i. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/pdfs/Saude_Mental_em_Dados_9.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. **Ficha de notificação/investigação individual: violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/ficha_notificacao_violencia_domestica.pdf>. Acesso em: 20 de jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Inovações e desafios: vigilância em saúde, gestão 2011-2013.** Brasília, Ministério da Saúde, 2013f.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), 2006.** Brasília: MS, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde: Viva 2013. **Viva 2009 a 2011: Vigilância de Violências e Acidentes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013g.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios.** 3. ed. 2009f. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/sus-3edicao-completo-190911.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

_____. Ministério da Saúde. **SISPACTO**: aplicativo do pacto pela Saúde. Planilha de Pactuação Municipal de Metas para 2013. MS, 2013h. Disponível em: <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/pactuação_2013_consulta.asp>. Acesso em: 21 nov. 2013.

BRUNHARI, Marcos Vinicius; DARRIBA, Vinicius Anciães. Não te matarás: suicídio, prevenção e psicanálise. **Estudos de Psicanálise**, Aracajú, n. 34, p.63-70, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.circulopsicanalitico-se.com.br/naotemataras.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2013.

BRYAN, Craig J.; STEINER-PAPPALARDO, Nicole; RUDD, M. David. Exposure to a mnemonic interferes with recall of suicide warning signs in a community-based suicide prevention program. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, New Jersey, v. 39, n. 2, p. 194-203, abr. 2009. Disponível em: <<http://bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-19527160#>>. Acesso em: 01 set. 2013.

CANE, Eric D. Suicide prevention is a winnable battle. **American Journal of Public Health**, v. 102, n. 1, p. 1-6, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.biomedsearch.com/nih/Suicide-Prevention-Winnable-Battle/22390580.html>>. Acesso em: 03 set. 2013.

CAMPOS, E. P. **Quem cuida do cuidador**: uma proposta para os profissionais de saúde. Petrópolis: Vozes, 2005.

CARVALHO, Cláudia Ferreira de. Fatores essenciais à Saúde no Brasil. In: UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS. Núcleo de Extensão Comunitária. **Ação Comunitária**. São Paulo: Loyola, 1999. p. 99-101.

CASSORLA, Roosevelt M. S. Considerações sobre o suicídio. In: _____ (Org.). **Do suicídio**: Estudos brasileiros. Campinas: Papyrus, 1991.

_____. A leste do éden: loucura, feitiço e suicídio. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 147-157, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvosalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-41X2010000200016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 1 set. 2013.

_____. Suicídio e adolescência: incidência, histórico e fatores suicidógenos. **Acta psiquiátrica Psicológica América Latina**, v. 25, p. 288-295, 1979.

CASSORLA, Roosevelt M. S.; SMEKE, Elizabeth L. M. Autodestruição humana. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 10, Supl. 1, p. 61-73, 1994. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 2 abr. 2013.

CAVALHEIRO, Maria Eloisa. Governança e governabilidade: análise da conjuntura nacional e o desenvolvimento. In: CONGRESSO DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL, 2005, Novo Hamburgo. **Anais...** ARAÚJO, Margarete Panerai; BALDISSERA, Rudimar (Org.), Novo Hamburgo, Feevale, 2006, p. 60-71.

CENTRO DE CONVIVÊNCIA É DE LEI. Organização da Sociedade Civil sem fins econômicos que atua desde 1998 na promoção da Redução de Danos sociais e à saúde associados ao uso de drogas. Endereço eletrônico, 2014. Disponível em: <<http://edelei.org/reducao-de-danos/>>. Acesso em: 31 jul. 2014.

CIANCIARULLO, Tamara Iwanow; CORNETTA, Vitória Kedy (Orgs.). **Saúde, desenvolvimento e globalização: um desafio para os gestores do terceiro milênio**. São Paulo: Ícone, 2002.

CIDADE-BRASIL. **Mesorregião do Centro Oriental Rio-grandense**. 2012-2014. Disponível em: <<http://www.cidade-brasil.com.br/mesorregiao-do-centro-oriental-rio-grandense.html>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

CISVALE. Consórcio Intermunicipal de Serviços do Vale do Rio Pardo. **Endereço eletrônico oficial do Consórcio**. CISVALE, 2014. Disponível em: <<http://www.cisvalerp.com.br/o-consorcio.php>>. Acesso em: 5 dez. 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Portal do CONASEMS**. Disponível em: <<http://portal.conasems.org.br/index.php/estatuto-o-conasems>>. Acesso em: 24 jun. 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Disponível em: <http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=45&Itemid=7>. Acesso em: 24 jun. 2014.

CORNETTA, Vitória Kedy. Recursos humanos em saúde: reflexões e desafios. In: CIANCIARULLO, Tamara Iwanow; CORNETTA, Vitória Kedy (Orgs.). **Saúde, desenvolvimento e globalização: um desafio para os gestores do terceiro milênio**. São Paulo: Ícone, 2002. p. 321-336.

CORONEL, Márcia Keller; WERLANG, Blanca Susana Guevara. Resolução de problemas em homicidas e tentadores de suicídio. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 61, n. 134, p. 103-116, jun. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432011000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 3 abr. 2013.

CORRÊA, Roberto Lobato. **Estudos sobre a rede urbana**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

_____. Região: a tradição geográfica. In: _____. **Trajetórias geográficas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997. p. 183-196.

CORREIO BRASILIENSE. Agência Brasil. **Manifestantes pedem humanização de assistência durante marcha por reforma psiquiátrica**. Brasília, 30 set. 2009. Disponível em: <http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/brasil/2009/09/30/interna_brasil,145423/index.shtml>. Acesso em 27 de jul. 2014.

COUTINHO, Alberto Henrique Soares de Azeredo. Suicídio e laço social. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 32, n. 59, p. 61-70, jun. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952010000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 abr. 2013.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Alma Ata, Cazaquistão, URSS, 6-12 set. 1978. Disponível em: <<http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2014.

DEL MATTO FARIA, Flávio. A questão do suicídio na teoria de D. W. Winnicott. **Winnicott e-prints**, São Paulo, v. 2, n. 1, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2007000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 3 abr. 2013.

DESVIAT, Manuel. Panorama internacional de la reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4615-4622, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300010&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 02 abr. 2013.

DIAS, Maria Luiza. O suicida e suas mensagens de adeus. In: CASSORLA, Roosevelt M. S. (Org.). **Do suicídio**: estudos brasileiros. São Paulo: Papirus, 1991. p. 89-106.

D'OLIVEIRA, Carlos Felipe Almeida. **Perfil epidemiológico dos suicídios**: Brasil e Regiões 1996-2002 - tentativa suicídio Brasil 2003. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/suicidios.pdf>>. Acesso em: 4 jun. 2012.

_____. **Sobre a prevenção do suicídio**. 19 abr. 2014. Disponível em: <<http://www.rebraps.com.br/>>. Acesso em: 31 ago. 2014.

DUARTE, Sílvia Louzada; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. Reforma psiquiátrica: trajetória de redução dos leitos psiquiátricos no Brasil. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 13, n. 1, p. 39-54, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>>. Acesso em: 03 maio 2014.

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

DUTRA, Elza. Pensando o suicídio sob a ótica fenomenológica hermenêutica: algumas considerações. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 17, n. 2, p. 152-157, dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672011000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 3 abr. 2013.

ENDLICH, Ângela Maria. Perspectivas sobre o urbano e o rural. In: SPOSITO, Maria E. B. (Org.). **Cidade e campo**: relações e contradições entre urbano e rural. São Paulo: Expressão Popular, 2006. p.11-31.

ETGES, Virginia Elisabeta. Desenvolvimento regional sustentável: o território como paradigma. **Redes**, Santa Cruz do Sul, v. 10, 2005, p. 47-55.

_____. A região no contexto da globalização: o caso do Vale do Rio Pardo. In: VOGT, Olgário; SILVEIRA, Rogério. **Vale do Rio Pardo: (re)conhecendo a região**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2001. p. 351-365.

FARIAS, Gisela. Muerte voluntaria y etica. **Trivum**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, jun. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-48912012000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 abr. 2013.

FERREIRA, Débora Pimenta. Indicadores em saúde: construção e uso. In: CIANCIARULLO, Tamara Ivanow; CORNETTA, Vitória Kedi (Org.). **Saúde, desenvolvimento e globalização: um desafio para os gestores do terceiro milênio**. São Paulo, Ícone, 2002. p. 259-270.

FERREIRA NETO, João Leite. **Psicologia, políticas públicas e o SUS**. São Paulo: Escuta, 2011.

FIOCRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. **História da saúde pública no Brasil**. 2014. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/historico-da-saude/>>. Acesso em: 17 jun. 2014.

FLORES, Murilo. **A identidade cultural do território como base de estratégias de desenvolvimento: uma visão do estado da arte**. 2006. Disponível em: <http://www.fidamerica.org/admin/docdescargas/centrodoc/centrodoc_236.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2014.

FOUNTOULAKIS, Konstantinos N.; GONDA, Xenia; RIHMER, Zoltán. Suicide prevention programs through community intervention. **Journal of Affective Disorders**, Bethesda, v. 130, n. 1, p. 10-16, abr. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20599277>>. Acesso em: 15 jul. 2013.

FRÉMONT, Armand. **La région espace vécu**. Paris: Presses Universitaires de France, 1976.

GAIOVICZ, Elaine Fabiane; PAIM, Robson Olivino; DALL'IGNA, Sirlene Fagundes. Região e desenvolvimento territorial: interlocuções entre um conceito e um tema nos estudos da geografia. **Visão Global**, Joaçaba, v. 12, n. 2, jul./dez., 2009, p. 155-174.

GALVÃO, Vanessa Almira Brito de Medeiros; DIMENSTEIN, Magda. O protocolo de notificação da violência: entre o risco e a vulnerabilidade. **Mental**, Barbacena, v. 7, n. 13, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272009000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 abr. 2013.

GEDDS, P. **Cidades em evolução**. São Paulo: Papyrus, 1994.

GOLDNEY, Robert D.; FISHER, Laura J. Have broad-based community and professional education programs influenced mental health literacy and treatment seeking of those with major depression and suicidal ideation? **Suicide and Life-Threatening Behavior**, New Jersey, v. 38, n. 2, p. 129-142, abr. 2008. Disponível em: <<http://bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-18444772>>. Acesso em: 01 set. 2013.

GOMES, Gislane. Os fenômenos como teias de relações. In: DESAULNIERS, Julieta Beatriz Ramos (Org.). **Fenômeno**: uma teia complexa de relações. Porto Alegre: EDIPUCS, 2000. p. 101-112.

GÓMEZ, José Maria. Entre potencialidades e limites, temores e esperanças: notas sobre a sociedade civil e a globalização. In: GARCIA, Joana; LAN-DIM, Leilah; DAHMER, Tatiana. **Sociedade & políticas**: novos debates entre ONGs e universidade. Rio de Janeiro: Revan, 2003. p. 11-25.

GONÇALVES, Daniel Maffasioli; KAPCZINSKI, Flávio. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 2043-2053, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000700019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jun. 2013.

GONÇALVES, Ludmilla R. C.; GONÇALVES, Eduardo; OLIVEIRA JÚNIOR, Lourival Batista de. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. **Nova Economia**, Belo Horizonte, n. 21, v. 2, p. 281-316, maio-ago. 2011.

GRAVSETH, Hans Magne et al. Suicide in young Norwegians in a life course perspective: population-based cohort study. **Journal of Epidemiology & Community Health**, Reino Unido, v. 64, n. 5, p. 407-412, 2010. Disponível em: <<http://jech.bmj.com/content/64/5/407>>. Acesso em: 31 ago. 2013.

GUIA Socioeconômico do Vale do Rio Pardo e Centro-Serra, 2014. Santa Cruz do Sul: Grupo de Comunicações Gazeta do Sul, 2014.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 11. ed. Rio de Janeiro, DP&A, 2006.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 1996.

HAYES, Steven C.; PISTORELLO, Jacqueline; BIGLAN, Anthony. Terapia de Aceitação e Compromisso: modelo, dados e extensão para a prevenção do suicídio. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 10, n. 1, jun. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452008000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 3 abr. 2013.

HEGERL, Ulrich et al. Optimizing suicide prevention programs and their implementation in Europe (OSPI Europe): an evidence-based multi-level approach. **BioMedCentral Public Health - BMC**, v. 9, p. 428, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2787518/?tool=pubmed>>. Acesso em: 01 set. 2013.

HUSSERL, Edmund. **A idéia da fenomenologia**. Lisboa: edições 70, 2000.

IBGE. **Censo 2010**. Dados estatísticos sobre municípios do Estado do Rio Grande do Sul. IBGE, 2010a. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=43&search=rio-grande-do-sul>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

_____. **Cidades:** Santa Cruz do Sul: morbidades hospitalares, 2012. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=431680&idtema=114&search=rio-grande-do-sul|santa-cruz-do-sul|morbidades-hospitalares-2012>>. Acesso em: 11 ago. 2014.

_____. Diretoria de Geociências. Coordenação de Geografia. **Redes e fluxos do território:** gestão do território 2014. Rio de Janeiro: IBGE, 2014a. Disponível em: <http://geofp.ibge.gov.br/redes_e_fluxos_do_territorio/gestao_do_territorio/gestao_do_territorio_2014.pdf>. Acesso em: 26 maio 2014.

_____. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Série estudos e pesquisas:** tábuas abreviadas de mortalidade por sexo e idade 2010. Tábuas Construídas 2010. Taxa de mortalidade. Atualizada em 13 fev. 2014b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rs&tema=tabuas_mortalid_2010>. Acesso em: 1 ago. 2014.

_____. **Endereço eletrônico oficial.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 26 maio 2014.

_____. **Estados:** IDHM e população dos estados brasileiros em 2010. 2010b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/>>. Acesso em: 2 set. 2014.

_____. **Estados:** Rio Grande do Sul. IBGE, 2014c. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rs>>. Acesso em: 1 ago. 2014.

_____. **Estados:** Rio Grande do Sul: censo demográfico 2010: pessoas com deficiência. IBGE, 2010c. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rs&tema=censodemog2010_defic.>. Disponível em: 1 ago. 2014.

_____. **Estimativa da população dos municípios do Rio Grande do Sul.** IBGE, 2014d. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

_____. **Indicadores sociais mínimos:** conceitos. IBGE, 2014e. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>>. Acesso em: 11 ago. 2014.

_____. **Países:** Índia. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/paisesat/main.php?fips=IN>>. Acesso em: 25 ago. 2014.

_____. **População.** 2010d. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=608&z=cd&o=5&i=P>>. Acesso em: 23 ago. 2014.

_____. **Séries históricas e estatísticas:** taxa de mortalidade específica: unidades da Federação: 2005 a 2009: série estatística do IBGE. 2014f. Disponível em: <<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=MS11>>. Acesso em: 31 ago. 2014.

JUHNKE, Gerald A. et al. Escala: el suicidio para ayudar a orientadores a evaluar este riesgo en estudiantes mexicanos 2012. **Revista Mexicana de Orientación Educativa**, México, v. 9, n. 22, p. 42-45, jan.-jun. 2012. Disponível em: <<http://www.remo.ws/REVISTAS/remo-22.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2013.

KLIMES-DOUGAN, Bonnie et al. Suicide prevention with adolescents: considering potential benefits and untoward effects of public service announcements. **The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention - Crisis**, Boston, v. 30, n. 3, p. 128-135, 2009. Disponível em: <<http://bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-19767268>>. Acesso em: 01 set. 2013.

KLIMES-DOUGAN, Bonnie; LEE, Steven; YUAN, Chih. Suicide prevention public service announcements: perceptions of young adults. **The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention - Crisis**, Canadá, v. 31, n. 5, p. 247-254, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21134844>>. Acesso em: 03 set. 2013.

KOHLRAUSCH, Eglê et al. Atendimento ao comportamento suicida: concepções de enfermeiras de unidades de saúde. **Ciências e cuidados de saúde**, Maringá, v. 7, n. 4, p. 468-475, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=535550&indexSearch=ID>>. Acesso em: 23 abr. 2013.

KOVACS, Maria Julia. Educação para a morte. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 25, n. 3, set. 2005, p. 484-497. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932005000300012&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 dez. 2014.

LELOUP, Jean-Ives. **Cuidar do ser**. São Paulo: Vozes, 1993.

LENCIONE, Sandra. Região e geografia: a noção de região no pensamento geográfico. In: CARLOS, Ana Fani. **Novos caminhos da geografia**. São Paulo: Contexto, 2001. p. 187-204.

LEFEBVRE, Henry. **O direito à cidade**. São Paulo: Ed. Moraes, 1990.

LÉVINAS, Emmanuel. **Descobrimo a existência com Husserl e Heidegger**. 2. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 1967.

LIN, Heng-Ching et al. Seasonality and climatic associations with violent and nonviolent suicide: a population-based study. **International Journal of Experimental and Clinical Research in Biological Psychiatry, Pharmacopsychiatry, Biological Psychology, Pharmacopsychology and Pharmacoelectroencephalography - Neuropsychobiology**, v. 57, n. 1-2, p. 32-37, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.karger.com/Article/Pdf/129664>>. Acesso em: 01 set. 2013.

LIRA, Antônio Carlos Onofre de. Sistemas e tecnologia de informação para a gestão em saúde. In: CIANCIARULLO, Tamara Ivanow; CORNETTA, Vitória Kedi (Org.). **Saúde, desenvolvimento e globalização: um desafio para os gestores do terceiro milênio**. São Paulo, Ícone, 2002. p. 247-258.

LOBO, Fernanda Senna; LIMA, Isis Fernanda dos Santos; ACIOLI, Karen Lédiane Bemfica Oliveira. Pacto pela saúde. In: AGUIAR, Zenaide Neto (Org.). **SUS: Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011. p. 97-114.

LUCHESI, Cipriano et al. **Fazer universidade: uma proposta metodológica**. 17. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

LUZIO, Cristina Amélia; L'ABBATE, Solange. A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, fev. 2009, p. 105-116. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100016&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 dez. 2014.

MACHIN, Rosana. Nem doente, nem vítima: o atendimento às "lesões autoprovocadas" nas emergências. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1741-1750, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 abr. 2013.

MANZINI, Eduardo José. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. In: MARQUEZINE, M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE, S. (Orgs.). **Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial**. Londrina: Eduel, 2003. p.11-25.

MASCARENHAS, Marcio Denis Medeiros et al. Epidemiologia das causas externas no Brasil: morbidade por acidentes e violências no período de 2000 a 2010. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011a. p. 203-223. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2010.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2014.

_____ et al. Epidemiologia das causas externas no Brasil: mortalidade por acidentes e violências no período de 2000 a 2009. In: BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2010: Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011b. p. 225-248. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_11_saude_brasil_2010.pdf>. Acesso em: 8 set. 2012.

MATO LEITÃO. **Endereço eletrônico institucional do Município de Mato Leitão, 2014**. A Prefeitura Municipal de Mato Leitão apresenta informações gerais sobre o Município. Disponível em: <<http://www.matoleitao-rs.com.br>>. Acesso em: 29 maio 2014.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito municipal brasileiro**. 5. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1985.

MELEIRO, Alexandrina. **Psiquiatra afirma que as políticas nacionais de prevenção do suicídio “não saíram do papel”**. Entrevistadora: Aline Leal Valcarengi. Entrevista veiculada a 10 set. 2012. Disponível em: <<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2012-09-10/psiquiatra-afirma-que-politicas-nacionais-de-prevencao-do-suicidio-“nao-sairam-do-papel”>>. Acesso em: 28 ago. 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O Cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde**: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

MENEGHEL, Stela Nazareth et al. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, dez. 2004, p. 804-810. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000600008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 dez. 2014.

MERHY, Emerson Elias; MALTA, Deborah Carvalho; SANTOS, Fausto Pereira dos. Desafio para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: FREESE, Eduardo (Org.). **Municípios**: a gestão da mudança em saúde. Recife: UFPE, 2004. p. 45-76.

MILNER, Allison; DE LEO, Diego. A Investigação e prevenção de suicídio em países da Ásia e do Pacífico. **Boletim da Organização Mundial de Saúde**, n. 88, p. 795-796, 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/10/09-070821/en/>>. Acesso em: 21 ago. 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

_____. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Revista Saúde Pública**, v. 4, n. 44, p. 750-757, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400020&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 7 abr. 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 14, 2009. p. 1641-1649.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; MENEGHEL, Stela Nazareth; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. Suicídio de homens idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2665-2674, out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 ago. 2013.

MOLOCK, Sherry Davis et al. Developing suicide prevention programs for African American youth in African American churches. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, New Jersey, v. 38, n. 3, p. 323-333, jun. 2008. Disponível em: <<http://bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-18611131>>. Acesso em: 01 set. 2013.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, mar. 1999.

MOTOHASHI, Yutaka. Suicide in Japan. **The Lancet**, v. 379, n. 9823, p. 1282-1283, abr. 2012. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)61130-6/fulltext#article_upsell](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61130-6/fulltext#article_upsell)>. Acesso em: 31 ago. 2013.

MOURA, Anna Tereza Miranda Soares et al. (Org.). **Prevenção do suicídio no nível local: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram**. Porto Alegre: CORAG, 2011.

NEGRI, Barjas. **A política de saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites**. Brasília: Editora MS, 2002.

NORDENTOFT, Merete. Crucial elements in suicide prevention strategies. **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**, Philadelphia, v. 35, n. 1, p. 848-853, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0278584610004690>>. Acesso em: 31 ago. 2013.

OLIVEIRA, Cátia Cristina de (Coord.). Ministério da Saúde. Prevenção de Violências e Culturas da Paz. Temático v. III. **Painel de Indicadores do SUS**, n. 5. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2008.

OLIVEIRA, Luciana Vargas Netto; LIMA, Jandir Ferrera. Política Nacional de Desenvolvimento Regional: um processo em construção. In: ETGES, Virgínia Elisabeta; AREND, Silvio César (Orgs.). **CEPAL: leituras sobre o desenvolvimento latino-americano**. Santa Cruz do Sul, EDUNISC, 2012. p. 163-193.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Proclamada pela Resolução n. 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm>. Acesso em: 16 jun. 2014.

_____. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Atlas de desenvolvimento humano no Brasil**: atlas Brasil 2013. [s. l.]: ONU, 2013a. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/o_atlas_>. Acesso em: 09 jun. 2014.

_____. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Desenvolvimento humano e IDH**: atlas de desenvolvimento humano dos municípios. [s. l.]: ONU, 2013b. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2013.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Atlas2013>. Acesso em: 09 jun. 2014.

_____. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **PNUD analisa o impacto do IDHM na gestão pública brasileira**. 24 abr. 2014. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/Noticia.aspx?id=3844>>. Acesso em: 30 jun. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio**: um manual para médicos clínicos gerais. Tradução de Juliano dos Santos Souza, Neury José Botega. Genebra: OMS, 2000a.

_____. **Prevenção do suicídio**: um manual para professores e educadores. Tradução de Sabrina Stefanello, Neury José Botega. Genebra: OMS, 2000b.

_____. **Prevenção do suicídio**: um manual para profissionais da mídia. Tradução de Juliano dos Santos Souza, Neury José Botega. Genebra: OMS, 2000c.

_____. **Prevenção do suicídio**: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Tradução de Janaína Phillipe Cecconi, Sabrina Stefanello, Neury José Botega. Genebra: OMS, 2000d.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Guía de Intervención mhGAP**: para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Ginebra: OMS, 2011. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067_spa.pdf?ua=1>. Acesso em: 23 ago. 2014.

PAES, Rômulo. **Rômulo Paes**: depoimento [30 jun. 2014]. Entrevista concedida ao Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD. Série de Vídeos “Atlas Brasil 2013 - Desenvolvimento Humano em Debate”. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/Noticia.aspx?id=3905>>. Acesso em: 30 jun. 2014.

PAMPLONA, Leonardo de Moura Perdigão. Políticas públicas territoriais: uma nova visão sobre o desenvolvimento. In: Premio Celso Furtado de Desenvolvimento Regional, 2012. **Relatório Técnico**. Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2012, p. 75-81.

PANTANO GRANDE. **Decreto n. 362, de 2 de janeiro de 2013**. Decreta Situação de Emergência na Saúde Municipal. Disponível em: <<http://www.pantanogrande.rs.gov.br/transparencyportal/20131127164526.pdf>>. Acesso em: 7 set. 2014.

_____. **Decreto n. 412, de 2 de janeiro de 2014a**. Homologa o Plano Municipal de Saúde para 2014/2017. Disponível em <<http://www.pantanogrande.rs.gov.br/transparencyportal/20150114110856.pdf>>. Acesso em: 7 set. 2014.

_____. **Endereço eletrônico institucional do Município de Pantano Grande, 2014b**. A Prefeitura Municipal de Pantano Grande apresenta informações gerais sobre o Município. Disponível em: <<http://www.pantanogrande.rs.gov.br>>. Acesso em: 09 jun. 2014.

PASSO DO SOBRADO. **Endereço eletrônico institucional do Município de Passo do Sobrado, 2014**. A Prefeitura Municipal de Passo do Sobrado apresenta informações gerais sobre o Município. Disponível em: <<http://www.passodosobrado.rs.gov.br>>. Acesso em: 09 jun. 2014.

PECQUEUR, Bernard. A guinada territorial da economia global. **Política & Sociedade**, Florianópolis, v. 8, n. 14, p. 79-106, abr. 2009. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/politica/issue/view/1189/showToc>>. Acesso em: 12 mar. 2012.

PRITCHARD, Colin; HEAN, Sarah. Suicide and undetermined deaths among youths and young adults in Latin America: comparison with the 10 major developed countries--a source of hidden suicides? **The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention - Crisis**, Boston, v. 29, n. 3, p. 145-153, 2008. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br/index.php?option=com_pmetabusca&mn=88&smn=88&type=m&metalib=aHR0cDovL2NhcnVzLW1ldGFsaWJwbHVzLmhvc3RlZC5leGxpYnJpc2dyb3VwLmNvbS9wcm90aWJyYXJ5L2xpYndiYi9hY3Rpb24vc2VhcmNoLmRvP3ZpZD1DQVBFUw==&mn=88&smn=89>. Acesso em: 28 ago. 2013.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (Coord.). **Guia para a municipalização dos objetivos do milênio**: referências para a adaptação de indicadores e metas à realidade local. São Paulo: [s.n.], 2009.

RABAGO, Horacio Garcia et al. Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. **Revista de Salud Publica**, Bogotá, v. 12, n. 5, p. 713-721, out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0124-00642010000500002&script=sci_arttext>. Acesso em: 28 ago. 2013.

RADÜNZ, Roberto. A organização cultural dos alemães no Vale do Rio Pardo. In: VOGT, Olgário Paulo; SILVEIRA, Rogério (Orgs.). **Vale do Rio Pardo**: (re)conhecendo a região. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2001. p. 147-163.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1993.

ROJAS Yerko. Self-directed and interpersonal male violence in adolescence and young adulthood: a 30-year follow up of a Stockholm cohort. **Sociology of Health & Illness**, Hoboken, v. 34, n. 1, p. 16-30, jan. 2012. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-21592142>>. Acesso em: 31 ago. 2013.

RAMBO, Anelise; RÜCKERT, Aldomar. O Sistema Territorial de Claude Raffestin: para pensar o Desenvolvimento Territorial. In: ENCONTRO ESTADUAL DE GEOGRAFIA, 28., 2008, Bento Gonçalves, RS. **Anais...** Bento Gonçalves, 2008. Disponível em: <<http://agb-portoalegre.webnode.com.br/search/?text=Rambo&x=24&y=14.pdf>>. Acesso em: 5 maio 2011.

RAMOS, Isadora Nunes Barbosa; FALCÃO, Eliane Brígida Moraes. Suicídio: um tema pouco conhecido na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 507-516, out./dez. 2011. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-613508>>. Acesso em: 13 jul. 2013.

RAMOS, Marília Patta. O perfil da região. In: _____ et al. (Org.). **O Corede do Vale do Rio Pardo**: caracterização socioeconômica e ambiental de suas regiões. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2007. p. 17-26.

REBOLI, Karla Garcia; KRÜGER, Tânia Regina. Participação e saúde mental: as Conferências Nacionais de Saúde Mental. In: CONGRESSO CATARINENSE DE ASSISTENTES SOCIAIS. **Anais...** Florianópolis, 2013.

REDE BRASILEIRA DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO. **Taxas de suicídios no Brasil e em alguns países** 11 dez. 2013. Disponível em: <<http://www.rebraps.com.br/2013/12/artigos-taxas-de-suicidios-no-brasil-e.html>>. Acesso em: 23 ago. 2014.

REUNIÃO REALIZADA NA SEDE DA 13ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE, 12 de setembro de 2013, Santa Cruz do Sul. **A Secretaria Estadual de Saúde, através dos representantes do Grupo de Trabalho, Planejamento, Monitoramento e Avaliação (GTPMA) para a implantação da nova política pública em saúde do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP)**. Santa Cruz do Sul, 2013.

REVISTA ASSEDISA/RS. Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais da Saúde. Porto Alegre: Comunicar Brasil, v. 2, n. 2, jun. 2011.

REVISTA COSEMS/RS. Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Comunicar Brasil, v. 2, n. 4, nov. 2012.

_____. Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Comunicar Brasil, v. 4, n. 6, dez. 2013.

RIO GRANDE DO SUL. **Atlas Socioeconômico do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: SEPLAG-RS, 2014a. Disponível em: <<http://www.scp.rs.gov.br/atlas>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

_____. Santa Cruz do Sul. **Caps RS, 2014**. 2014b. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/capsriograndedosul.php>>. Acesso em: 11 ago. 2014.

_____. Conselho Regional de Desenvolvimento Vale do Rio Pardo. **Consulta Popular**. 2014c. Disponível em: <http://www.consultapopular.rs.gov.br/coredes.asp?cod_corede=20>. Acesso em: 15 jul. 2014.

_____. Constituição (1989). **Constituição do Estado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Assembleia Legislativa, 1989.

_____. Decreto n. 17.868, de 26 de abril de 1966. Da nova estrutura a Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde, fixa a respectiva lotação de cargos de provimento efetivo e em comissão e de funções gratificadas, e da outras providencias. **Diário Oficial [do] Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, n. 244, 12 maio 1966, p. 1.

_____. Decreto n. 20.578 de 1º de outubro de 1970. Aprova o Regulamento do Conselho Estadual de Saúde, criado pelo artigo 1º do Decreto n. 17.868, de 26 de abril de 1966. **Diário Oficial [do] Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, n. 69, 2 out. 1970, p. 2.

_____. Decreto n. 22.692, de 10 de outubro de 1973. Aprova o Regulamento do Conselho Estadual de Saúde. **Diário Oficial [do] Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, n. 75, 10 out. 1973, p. 3.

_____. Decreto n. 44.050 de 05 de outubro de 2005. Aprova o Regimento Interno da Secretaria da Saúde. **Diário Oficial [do] Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 6 out. 2005.

_____. 13ª Coordenadoria Regional da Saúde. **Planilha de Pactuação de Indicadores 2013-2015**. Acompanhamento pela 13ª CRS da saúde nos municípios de seu território. Santa Cruz do Sul: [s. n.], 2013a.

_____. 13ª Coordenadoria Regional da Saúde. **Plano de Ação Regional**. Rede de Atenção Psicossocial de 2012 até 2015. Santa Cruz do Sul: [s. n.], 2013b.

_____. Fundação de Economia e Estatística (FEE). **Endereço eletrônico oficial**. 2011a. Disponível em: <<http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/capa/index.php>>. Acesso em: 9 set. 2011.

_____. Lei n. 10.283, de 17 de outubro de 1994 - Dispõe sobre a criação, estruturação e funcionamento dos Conselhos Regionais de Desenvolvimento. **Diário Oficial [do] Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, n. 197, 18 out. 1994. p. 1.

_____. Lei n. 10.097, de 31 de janeiro de 1994. Cria o Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e estabelece outras providências. **Diário Oficial [do] Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, n. 22, 1º fev. de 1994, p. 3.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. **CEVS/RS, 2014**. 2014d. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/lista/180/Centro_Estadual_de_Vigilância_em_Saúde>. Acesso em: 7 ago. 2014.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINANNET**. Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências. Lesão Autoprovocada por Ano e Município de Notificação. Período de 2010 até 2014. Municípios de Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul. 2014e. Disponível em: <<http://200.198.173.165/scripts/tabcgi.exe?snet/violencianet>>. Acesso em: 1 dez. 2014.

_____. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Vigilância Epidemiológica. **Núcleo de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis**. 2014f. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/483/?Núcleo_de_Vigilância_das_Doenças_e_Agravos_Não_Transmissíveis>. Acesso em: 5 ago. 2014.

_____. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Vigilância Epidemiológica. **Violência Doméstica, Sexual e outras**. 2014g. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/6115/?Violência_Doméstica%2C_Sexual_e_outras>. Acesso em: 8 ago. 2014.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Coordenadorias Regionais da Saúde**: Divisão dos municípios pelas Coordenadorias Regionais de Saúde. 2012a. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/lista/104/Coordenadorias_Regionalis>. Acesso em: 17 nov. 2012.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Coordenadorias Regionais. **Divisão dos municípios pelas Coordenadorias Regionais de Saúde**. 2014h. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/lista/104/Coordenadorias_Regionais>. Acesso em: 1 dez. 2014.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Endereço eletrônico oficial**. 2014i. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br>>. Acesso em: 31 jul. 2014.

_____. Secretaria Estadual da Saúde. **Estado elabora manual de prevenção ao suicídio**. Porto Alegre: SES, 2010a. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/4865/?Estado_elabora_manual_de_prevencao_ao_suicidio>. Acesso em: 8 ago. 2014.

_____. Secretaria Estadual da Saúde. Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão. **Plano Estadual de Saúde: 2012-2015**. Porto Alegre, 2013c. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1382374302_PES%202012-2015%20FINAL.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2014.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Núcleo de Informação à Saúde - NIS/DAT/CEVS/SES-RS. **Base de dados de óbitos**. Relatório Oficial 2011, atualizado até agosto de 2012. Coeficiente de mortalidade por suicídios/100 mil habitantes nas Coordenadorias Regionais de Saúde e respectivos municípios. Planilha 44. 2012b. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/lista/251/2011_-_Mortalidade_geral>. Acesso em: 27 abr. 2013.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Núcleo de Informação à Saúde - NIS/DAT/CEVS/SES-RS. **Base de dados de óbitos**. Relatório Oficial 2012, atualizado até julho de 2013. Base de dados com óbitos de residentes no RS e ocorrido no RS. Microsoft Excel. Tabela n. 137962208753. 2013d. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br>>. Acesso em: 27 ago. 2013.

_____. Secretaria Estadual da Saúde. **Oficina Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: SES, 2009a. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/3419/>>. Acesso em: 8 ago. 2014.

_____. Secretaria Estadual da Saúde. **Palestra discute a prevenção do suicídio no Dia Mundial de Saúde Mental**. Porto Alegre: SES, 2006. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/2304/?Palestra_discute_a_prevencao_do_suicidio_no_Dia_Mundial_de_Saude_Mental>. Acesso em: 8 ago. 2014.

_____. Secretaria Estadual da Saúde. **Programa de Prevenção da Violência apresenta ações e resultados em fórum**. Porto Alegre: SES 2010b. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/4630/?Programa_de_Prevencao_da_Violencia_apresenta_acoes_e_resultados_em_forum>. Acesso em: 8 ago. 2014.

_____. Secretaria Estadual da Saúde. **Projeto de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio do RS será lançado nesta segunda-feira**. Porto Alegre: SES, 2009b. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/3415/?Projeto_de_Promocao_da_Vida_e_Prevencao_do_Suicidio_do_RS_será_lançado_nesta_segunda-feira>. Acesso em: 8 ago. 2014.

_____. Secretaria Estadual da Saúde. **Promoção da vida e prevenção do suicídio são temas de seminário**. SES/RS, 2013e. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/7261/?Promoção_da_vida_e_prevenção_do_suicídio_são_temas_de_seminário>. Acesso em: 8 ago. 2014.

_____. Secretaria Estadual da Saúde. **4º Seminário de Prevenção do Suicídio teve a participação de 29 municípios**. Porto Alegre: SES, 2011b. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/5368/?4º_Seminário_de_Prevenção_do_Suicídio_teve_a_participação_de_29_municípios>. Acesso em 8 ago. 2014.

_____. Secretaria Estadual da Saúde. **Resolução CIB n. 618 de 24 de outubro de 2012**. Tornou obrigatória a investigação do óbito de menores até 5 anos de idade. 2012c. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1351606222_cibr618_12.pdf>.

_____. Secretaria Estadual da Saúde. **Secretaria promove capacitação sobre suicídio a profissionais da saúde do RS**. Porto Alegre: SES, 2012d. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/6733/?Secretaria_promove_capacitação_sobre_suicídio_a_profissionais_da_saúde_do_RS>. Acesso em: 8 ago. 2014.

_____. Secretaria Estadual da Saúde. **Secretaria promove seminário sobre prevenção ao suicídio**. SES/RS, 2013f. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/7699/?Seminário_sobre_prevenção_do_suicídio_e_promoção_da_vida_ocorre_nesta_quarta-feira>. Acesso em 8 ago. 2014.

ROCHA, Marcio Arthoni Souto da; BORIS, Georges Daniel Janja Bloc; MOREIRA, Virginia. A experiência suicida numa perspectiva humanista-fenomenológica. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 18, n. 1, p. 69-78, jun. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672012000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 3 abr. 2013.

ROSETO, Dayra Elizabeh Ojeda; VILLALOBOS, Fredy Hernán Galvis. Elementos para una política pública desde la percepción del suicidio en nariño. **Revista Colombiana de Psicología**, Bogotá, v. 20, n. 1, p. 5773, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/14414/23397>>. Acesso em: 31 ago. 2013.

SACK, R. D. **Human territoriality: its theory and history**. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

SANTA CRUZ DO SUL. **Endereço eletrônico institucional do Município de Santa Cruz do Sul, 2014**. A Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul apresenta informações gerais sobre o Município. Disponível em: <<http://www.santacruz.rs.gov.br>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

SANTANA, Ana Lucia. Suicídio. **InfoEscola**. 24 out. 2007. Disponível em: <<http://.infoescola.com/sociologia/suicídio>>. Acesso em: 03 jul. 2012.

SANTOS, Lenir. Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP). **Blog direito sanitário: saúde e cidadania da Biblioteca Virtual em Saúde**. Artigo veiculado em 13 de dezembro de 2013. Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2013/12/27/contrato-organizativo-de-acao-publica-coap/>>. Acesso em: 3 dez. 2014.

SANTOS, Milton. **Metamorfoses do espaço habitado**. São Paulo: Hucitec, 1988.

_____. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 4. ed. São Paulo: USP, 2006.

_____. Território e dinheiros. In: **Território e territórios**. Niterói: Programa de Pós Graduação em Geografia – PPGEO-UFF/AGB, 2002.

SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. 6. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

SANTOS, Simone Agadir et al. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2064-2074, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000900020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 abr. 2013.

_____. Tentativas e suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro, Brasil: análise das informações através do *linkage* probabilístico. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, maio 2014, p. 1057-1066. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000501057&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 dez. 2014.

SARTORIUS, Norman. Stigma and mental health. **The Lancet**, v. 370, n. 9590, p. 810-811, set. 2007. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61245-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61245-8/fulltext)>. Acesso em: 12 dez. 2014.

SENA-FERREIRA, Neci et al. Fatores de risco relacionados com suicídios em Palmas (TO), Brasil, 2006-2009, investigados por meio de autópsia psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 115-126, jan. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000100115&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez. 2014.

SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS. **Políticas públicas: definir o objetivo, os programas que serão desenvolvidos e as metas a serem alcançadas ajuda na elaboração das linhas de ação a serem aplicadas**. SEBRAE, 2014. Disponível em: <<http://www.sebrae.com.br/sites/PortalSebrae/artigos/Formulacao-de-politicas-publicas>>. Disponível em: 31 jul. 2014.

SEVERO, Silvani Botlender; SEMINOTTI, Nedio. O sujeito e a coletividade: um caminho transdialógico na saúde coletiva. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 18, n. 4, dez. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51772007000400004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 3 abr. 2013.

SHAH, Ajit; BHANDARKAR, Ritesh; BHATIA, Gurleen. The relationship between general population suicide rates and mental health funding, service provision and national policy: a cross-national study. *International Journal of Social Psychiatry*, Londres, n. 56, v. 4, p. 448-453, jul. 2010. Disponível em: <<http://isp.sagepub.com/content/56/4/448>>. Acesso em: 31 ago. 2013.

SIEDENBERG, Dieter R.; ALLEBRANDT, Sérgio L. Fundamentos do planejamento. In: SIEDENBERG, Dieter R (Org.). **Fundamentos e técnicas de planejamento estratégico local/regional**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2010. p. 29-48.

SILVA, Liliane M. A; COUTO, Luís Flavio. A questão do suicídio: algumas possibilidades de discussão em Durkheim e na Psicanálise. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 61, n. 3, dez. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672009000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 abr. 2013.

SILVEIRA, Maria Laura. O Brasil: território e sociedade no início do século 21, a história de um livro. *ACTA Geográfica*, ed. esp. Cidades na Amazônia Brasileira, p.151-163, 2011.

SILVEIRA, Rogério Leandro Lima da. Repensando a região: o planejamento estratégico e participativo no Vale do Rio Pardo - RS. *Redes*, Santa Cruz do Sul, v. 7, n. 2, p. 167-196, maio/ago. 2002.

SINDITABACO. **Representante dos interesses comuns da indústria do tabaco**. Disponível em: <<http://sinditabaco.com.br/sobre-o-setor/perfis-do-produtor-e-da-industria/#>>. Acesso em: 14 jul. 2014.

SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão. A questão cidade-campo: perspectivas a partir da cidade. In: SPOSITO, Maria E. B. (Org.). **Cidade e campo: relações e contradições entre urbano e rural**. São Paulo: Expressão Popular, 2006. p. 111-130.

TSAI, Ai et al. Patient suicides in psychiatric residencies and post-vention responses: a national survey of psychiatry chief residents and program directors. *Academic Psychiatry*, Arlington, v. 36, n. 1, p. 34-38, jan. 2012. Disponível em: <<http://bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-2236243>>. Acesso em: 31 ago. 2013.

TSAI, Wen-Pei et al. The effects of the Suicide Awareness Program in enhancing community volunteers awareness of suicide warning signs. *Archives of Psychiatric Nursing*, Philadelphia, v. 24, n. 1, p. 63-68, fev. 2010. Disponível em: <[http://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417\(09\)00018-1/abstract](http://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417(09)00018-1/abstract)>. Acesso em: 31 ago. 2013.

VALLADOLID, Martín Nizama. Suicídio. *Revista Peruana de Epidemiología - RPE*, v. 15, n. 2, ago. 2011. Disponível em: <http://rpe.epiredperu.net/rpe_ediciones/2011_V15_N02/2AR_Vol15_No2_2011_Suicídio.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2013.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; GONTIJO, Eliane Costa Dias Macedo; LIMA, Lúcia Abelha. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 175-187, jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez. 2014.

VILLALOBOS, Fredy Hernán Galvis. Validez y fiabilidad del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa - PANSI, en estudiantes colombianos. **Universitas Psychologica**, Bogotá, v. 9, n. 2, p. 509-520, ago. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672009000200017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 set. 2013.

YIP, Paul S. F. Towards evidence-based suicide prevention programs. **The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention - Crisis**, Boston, v. 32, n. 3, p. 117-120, 2011. Disponível em: <<http://psycontent.metapress.com/content/637p7p2055716376/fulltext.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2013.

YIP, Paul S. F. et al. Means restriction for suicide prevention. **The Lancet**, Londres, v. 379, n. 9834, p. 2393-2399, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/search/results?searchTerm=Means+restriction+for+suicide+prevention&fieldName=AllFields&journalFromWhichSearchStarted=>>>. Acesso em: 14 jul. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Countries**. 2014a. Disponível em: <<http://www.who.int/countries/en>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

_____. **Depression nearly tripled in Japan over last decade**: WKC public health forum. 2014b. Disponível em: <http://www.who.int/kobe_centre/mediacentre/forum/20110304_social_inequity/en/>. Acesso em: 20 ago. 2014.

_____. **Description and sources of data**, 2014c. Disponível em: <<http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms/help/desc.htm>>. Acesso em: 23 ago. 2014.

_____. **Endereço eletrônico oficial da entidade**. 2014d. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

_____. **Health topics: suicide**. 2014e. Disponível em: <<http://www.who.int/topics/suicide/en/>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

_____. Department of Mental Health and Substance Abuse. **Intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings**: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). Genebra: WHO, 2010. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 23 ago. 2014.

_____. **Preventing suicide: a global imperative**. Luxembourg: World Health Organization, 2014f. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 28 out. 2014.

_____. **Preventing suicide**: a resource for prison officers. Genebra: World Health Organization, 2000.

_____. **Publications on suicide prevention**. 2014g. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/resources/suicide/en/>. Acesso em: 23 ago. 2014.

_____. **Questions and answers on suicide**. 2014h. Disponível em: <<http://www.who.int/features/qa/24/en/>>. Acesso em: 21 ago. 2014.

_____. **Saúde pública**: ação de saúde pública para a prevenção de suicídio - uma estrutura. Genebra: WHO, 2012a. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/documento-suic%C3%ADdio-traduzido.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2014.

_____. **Self harm and suicide**: evidence-based recommendations for management of self harm and suicide in non-specialized health settings. 2012b. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/suicide/en/>. Acesso em: 2 dez. 2014.

WOYCIEKOSKI, Carla. STENERT, Fernanda. HUTZ, Claudio Simon. Determinantes do bem-estar subjetivo. **Psico**, v. 43, n. 3, p. 281-288, jul./set. 2012.

ZANCHI, Marco Túlio; ZUGNO, Paulo Luiz. **Sociologia da saúde**. 3. ed. Caxias do Sul: EDUCS, 2012.

ZEN, Nátali Leorato. **Comparativo dos dados de suicídio no Rio Grande do Sul nos sistemas de informação nacionais**. 2012. 29f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão em Saúde UAB) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Administração, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/67747/000871480.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

APENDICE A - Roteiro Prévio à Entrevista com Gestores em Saúde

1. Qual a arrecadação anual do Município? Qual a fonte desta arrecadação? Quanto desta arrecadação o Município destina à saúde pública e à saúde mental? Quanto foi aplicado de receita pública às questões de saúde no Município em 2012 e qual a previsão de aplicação para 2013 e 2014?
2. Qual a infraestrutura material e de recursos humanos municipais (hospital, ambulatório, postos de urgência e emergência, ambulâncias, profissionais da área como médicos e enfermeiros e atendentes, agentes municipais de saúde, etc.) há na área de Saúde Pública e Mental?
3. Quais os principais pontos positivos da infraestrutura material e humana em saúde no Município? Quais as maiores dificuldades e problemas enfrentados neste aspecto?
4. Como o Município está se organizando para o processo de transição entre o Pacto pela Saúde de 2006 e o novo processo operacional do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP)?
5. Neste Município já foi elaborado o Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM), a Programação Anual da Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) para 2013? E para 2014?
6. Com relação ao período de 2014 - 2017, este Município já deu início à elaboração do Plano Plurianual (PPA), Plano de Saúde (PS) e Plano Diretor de Regionalização (PDR)?
7. Como este Município intervém nas questões de saúde pública e mental?
8. Quantos agentes de saúde pública o Município possui? São concursados ou temporários? Quais as atividades que exercem?
9. As diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde estabelecidas pelo Governo Federal para o enfrentamento do comportamento suicida estão sendo praticadas neste Município?
10. Como o Município trata (dimensiona) o fenômeno de tentativa e de suicídio em seu território? Quais as estratégias e ações municipais de prevenção e combate a este agravo?
11. O Município possui registros oficiais sobre tentativas e suicídios em seu território? Desde quando? Como estes registros ocorrem?
12. Quantas tentativas e quantos suicídios ocorreram no município a cada ano, desde 2008?
13. As tentativas e os suicídios ocorridos neste Município fazem parte da Lista de Notificação Compulsória do MS? Estes agravos são notificados à Secretaria de Vigilância em Saúde do MS e à Secretaria Estadual de Saúde? De que forma e com que frequência?
14. Os agentes municipais da saúde possuem treinamento específico para lidar com os casos de tentativa e de suicídio no Município? Quais estratégias específicas para este agravo são efetuadas pelos agentes municipais da saúde?
15. A Secretaria Municipal de Saúde e seus agentes consideram as características particulares da vítima e sua família no tratamento das tentativas de suicídio?
16. Os pacientes vítimas de suicídio e suas famílias possuem acompanhamento continuado pelos agentes da saúde após o primeiro contato com a saúde pública municipal?
17. Este Município efetua consórcios intermunicipais de saúde pública e mental? Explique.
18. Existem estratégias intermunicipais ou entre o Estado e os municípios, implantadas para prevenir as tentativas e combater o suicídio na região?
19. O número de tentativas e de suicídios neste Município vêm diminuindo com a implantação de ações de enfrentamento do fenômeno?
20. Deseja fazer algum comentário, esclarecimento ou consideração?

APÊNDICE B - Roteiro Prévio à Entrevista com Profissionais em Saúde

1. Qual a infraestrutura material e de recursos humanos desta instituição na área de saúde pública e mental?
2. Quais os principais pontos positivos da infraestrutura material e humana em saúde pública desta instituição? Quais as maiores dificuldades e problemas enfrentados neste aspecto?
3. Quais ações e serviços de saúde pública e mental são priorizados nesta instituição?
4. Os serviços e ações em saúde pública e mental efetivados nesta instituição e exercidos por seus profissionais guardam relação com a Política Nacional de Promoção de Saúde do Governo Federal?
5. Esta instituição e seus profissionais da saúde são especializados para tratar as questões de saúde pública? E as questões de saúde mental?
6. Nesta instituição o suicídio é reconhecido como problema de saúde coletiva?
7. Quais as estratégias de prevenção e combate ao suicídio estão atualmente sendo exercidas nesta instituição? Estas estratégias surtem efeito sobre o suicida, sua família e o entorno? Quais?
8. O serviço de saúde prestado às pessoas que tentaram suicídio é especializado? Os atendimentos a potenciais suicidas e seus familiares têm continuidade nesta ou em outras instituições?
9. Esta instituição e seus profissionais (ou alguns deles) estão aptos a lidar com a prevenção de tentativas e combate a suicídios?
10. Esta instituição e os profissionais da área de saúde que aqui prestam serviços possuem ferramentas apropriadas para enfrentar os casos de suicídio com estratégias específicas para a questão?
11. Entre suas funções encontra-se a de tratar direta ou indiretamente as questões de suicídio? E os pacientes e familiares? Como este tratamento ocorre?
12. Descreva a dinâmica de abordagem, prestação de serviço e encaminhamento dos pacientes que tentam suicídio.
13. As circunstâncias pessoais (como motivo, estado civil, profissão, transtornos mentais) dos pacientes que tentam suicídio são levadas em consideração quando do atendimento a estas pessoas?
14. Esta instituição possui registro das ocorrências de tentativas e suicídios? Os casos de tentativas e suicídios são notificados às autoridades? Como isso ocorre?
15. Quantos casos de tentativa de suicídios são atendidos nesta instituição mensalmente?
16. Houve aumento ou diminuição das tentativas e dos suicídios de 2006 até o momento? Em sua opinião, a que se pode atribuir este fator?
17. Deseja fazer algum comentário, esclarecimento ou consideração?

APÊNDICE C - Roteiro Prévio à Entrevista com Conselheiros Municipais de Saúde

1. Indique a composição deste CMS (nome e formação profissional dos componentes, cargos/funções exercidas e organização que representa), salientando a representação governamental (Federal, Estadual, Municipal), de profissionais da saúde e de usuários do sistema público de saúde;
2. Quais as principais atribuições deste CMS?
3. Este CMS participa como órgão deliberativo em outras organizações? Quais?
4. As ações em saúde pública e mental sobre as quais este CMS intervém guardam relação com a Política Nacional de Promoção de Saúde do Governo Federal?
5. Cite as principais ações em saúde pública e mental propostas por este CMS em 2013; Quais delas foram implantadas pelas autoridades públicas responsáveis pela saúde?
6. Quanto (em valores ou porcentagem) da arrecadação municipal foi aplicada em saúde pública e mental em 2012 e em 2013? Qual a previsão de aplicação para 2014 e 2015?
7. Descreva a infraestrutura material e humana em saúde (ambulatórios, postos, equipamentos, médicos, enfermeiros, agentes comunitários, etc.) do município de abrangência deste CMS e cite quais os principais pontos positivos e pontos negativos (dificuldades, etc.);
8. Como este CMS e seu município organizam a transição entre o Pacto pela Saúde de 2006 e o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP)?
9. O CMS teve participação no Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM), Programação Anual da Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG) 2013-2014?
10. Para 2014-2017, o município já iniciou o Plano Municipal de Saúde? Qual a interferência deste CMS neste Plano?
11. Este CMS discute questões suicidológicas ocorridas em seu município? Este CMS e seu município tratam o suicídio como problema de saúde coletiva? O município implementa ou implementou estratégias e ações de prevenção e combate a este agravo?
12. Este CMS conhece e adota as diretrizes da Política Nacional de Prevenção ao Suicídio? Estas diretrizes são aplicadas no município ao qual este CMS pertence? Existem estratégias intermunicipais ou Estado/Município implantadas para prevenir tentativas e combater o suicídio na região?
13. Quantas tentativas e quantos suicídios ocorreram no município a cada ano, desde 2008? Estes números compõem a Lista de Notificação Compulsória de agravos? Tentativas e suicídios vêm diminuindo ou aumentando no transcurso do tempo? Por quê?
14. Deseja fazer algum comentário, esclarecimento ou consideração?

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUICÍDIO: POLÍTICAS E AÇÕES DE ENFRENTAMENTO A PARTIR DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA (2006) NO VALE DO RIO PARDO

A pesquisa objetiva compreender e analisar as políticas públicas de enfrentamento do suicídio nos Municípios de Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado e Santa Cruz do Sul (RS), todos pertencentes à 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e com altos índices de suicídio. Serão entrevistados o Coordenador da 13ª CRS, os gestores, instituições (como hospitais públicos e CAPS) e profissionais (ou agentes públicos) municipais da saúde, com o propósito de identificar as políticas públicas implantadas pela 13ª CRS e pelos municípios mencionados, nas questões de saúde pública e mental, especialmente dirigidas ao combate ao suicídio em suas regiões. Não haverá riscos ou desconfortos aos entrevistados. As informações orais dos entrevistados serão gravadas em sua totalidade e descartadas após sua análise, cuja circunstância foi previamente científica aos entrevistados, que com a mesma concordam. Espera-se que os resultados possam auxiliar no entendimento do fenômeno do suicídio na região do Vale do Rio Pardo e os mesmos serão devolvidos à 13ª CRS e aos gestores municipais da saúde em forma de artigo, bem como todos serão convidados para a apresentação pública da tese no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste Projeto de Pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento ou coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido.

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento ou de meus subordinados, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo;
- da garantia de que eu não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente Projeto de Pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- de que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é IRENE MARIA BRZEZINSKI DIANIN, fone (44) 9922-9912.

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do Projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: (51) 3717-7680.

Local e data

Assinatura do entrevistado
Nome/Cargo:
CPF/CNPJ:

Assinatura da responsável pela obtenção do presente consentimento
Irene Maria Brzezinski Dianin
CPF: 350.419.359-04

ANEXO A - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa da UNISC