

Deysi Mendes Porto
Carmem Regina Delzivo
Larissa de Abreu Queiroz

Prevenção ao suicídio

Florianópolis
UFSC
2019

Deysi Mendes Porto
Carmem Regina Delziovo
Larissa de Abreu Queiroz

Prevenção ao suicídio

Florianópolis
UFSC
2019



Prevenção ao suicídio

GOVERNO FEDERAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação
na Saúde (SGTES)

Departamento de Gestão da Educação
na Saúde (DEGES)

Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)

Departamento de Ações Programáticas
Estratégicas – Dapes

Coordenação Geral de Ciclos da Vida

Coordenação de Saúde do Homem

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitor: Ubaldo Cesar Balthazar

Vice-Reitora: Alacoque Lorenzini Erdmann

Pró-Reitora de Pós-graduação: Cristiane Derani

Pró-Reitor de Pesquisa: Sebastião Roberto Soares

Pró-Reitor de Extensão: Rogério Cid Bastos

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor: Celso Spada

Vice-Diretor: Fabricio de Souza Neves

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento: Fabricio Menegon

Subchefe do Departamento: Lúcio José Botelho

EQUIPE TÉCNICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE/

COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE DO HOMEM

Francisco Norberto Moreira da Silva, Cicero Ayrton Brito Sampaio, Michelle Leite da Silva, Renata Gomes Soares, Patrícia Santana Santos, Mônica Guimarães Macau Lopes, Danilo Campus da Luz e Silva, Julianna Miwa Takarabe, Laura Segall Corrêa, Caroline Ludmila Bezerra Guerra

COLABORADORES DO COMITÊ NACIONAL DE PREVENÇÃO DE SUICÍDIO

Ana Luísa Lemos Serra, Caroline Maria Arantes de Moraes, Aglaêr Alves da Nóbrega, Marina Rios Amorim, Milene Tramansoli Resende, Denise Ribeiro Bueno, Fernando Pessoa de Albuquerque



Prevenção ao suicídio

Gestora Geral do Projeto

Sheila Rubia Lindner

Organização do Material

Sabrina Blasius Faust

Sheila Rubia Lindner

Equipe de Produção Editorial

Elza Berger Salema Coelho

Sabrina Blasius Faust

Equipe Executiva

Patrícia Dias de Castro

Autoria do Módulo

Deysi Mendes Porto

Larissa de Abreu Queiroz

Carmem Regina Delziovo

Revisão de Conteúdo

Carolina Carvalho Bolsoni

Deise Warmling

Nelson Junior Cardoso da Silva

Carlos Magno Neves

Assessoria Pedagógica

Márcia Regina Luz

Identidade Visual e Projeto Gráfico

Pedro Paulo Delpino

Diagramação e Esquemáticos

Laura Martins Rodrigues

Revisão de Língua Portuguesa e ABNT

Eduard Marquardt



Prevenção ao suicídio

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária:
Rosiane Maria – CRB 14/1588

P839p Porto, Deysi Mendes
Prevenção ao suicídio] / Deysi Mendes Porto, Carmem Regina Delzियो, Larissa de Abreu
Queiroz. -- Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2019.
48 p. : il. ; color.

Modo de acesso: <www.unasus.ufsc.br>

Conteúdo do módulo: Unidade 1: Suicídio como problema de saúde pública. –
Unidade 2: Instrumentos para a prevenção do suicídio na Atenção Primária à Saúde. –
Unidade 3: Estratégias de manejo da pessoa em situação de risco para o suicídio.

ISBN: **978-85-8267-147-4**

1. Suicídio. 2. Saúde do homem. 3. Atenção básica de saúde. I. UFSC. II. Curso Saúde do
Homem. III. Delzियो, Carmem Regina. IV. Queiroz, Larissa de Abreu. V. Título.

CDU: 179.7



Prevenção ao suicídio

APRESENTAÇÃO	7
UNIDADE 1 – Suicídio como problema de saúde pública	8
1.1 Epidemiologia	11
1.2 Potencial da Atenção Primária à Saúde na prevenção do suicídio	13
UNIDADE 2 – Instrumentos para a prevenção do suicídio na Atenção Primária à Saúde	17
2.1 Ações de prevenção contra o suicídio	18
2.2 Notificação de suicídio	23
UNIDADE 3 – Estratégias de manejo da pessoa em situação de risco para o suicídio	27
3.1 Identificando risco e sinais de alerta para o suicídio	28
3.2 Como investigar fatores de risco e proteção ao suicídio?	29
3.3 O que fazer se o risco de suicídio for identificado?	31
3.4 Seguimento: o cuidado longitudinal da pessoa em risco e após a tentativa do suicídio	34
3.5 Ações de posvenção	36
Recomendação de leituras complementares	40
CASO CLÍNICO	41
RESUMO DO CURSO	43
REFERÊNCIAS	44
MINICURRÍCULO DAS AUTORAS	48

APRESENTAÇÃO

Este curso busca instilar reflexões sobre o manejo na prevenção do comportamento suicida dos usuários da Atenção Primária à Saúde.

No Brasil, entre 2007 e 2016, foram registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) 106.374 óbitos por suicídio. Em 2016, a taxa chegou a 5,8 por 100 mil habitantes, com a notificação de 11.433 mortes por essa causa.

Atualmente, a OMS reconhece este fenômeno como um dos maiores problemas de saúde pública, daí a extrema importância no seu processo de prevenção.

O suicídio é um fenômeno complexo e de origem multifatorial, portanto é necessário que seja visto e compreendido em diferentes vieses na Atenção Primária à Saúde. Assim, tratamos nas unidades deste curso, propostas de abordagens para identificar a ideação suicida e de cuidado com os indivíduos que tentaram cometer o suicídio.

Esperamos que você consiga ampliar seu conhecimento e com isso desenvolver ações voltadas para a redução destas mortes precoces na sua comunidade.

Bons estudos!

OBJETIVOS DA APRENDIZAGEM

Ao final deste curso espera-se que o profissional seja capaz de identificar os fatores de risco e desenvolver estratégias de manejo sobre o comportamento suicida. Também, espera-se ampliar o seu repertório de recursos na prevenção do ato suicida e posvenção.

Carga horária recomendada
para estudo deste curso: 30h

UN1
**Suicídio como problema
de saúde pública**



UNIDADE 1

Suicídio como problema de saúde pública

Nesta unidade você compreenderá a relevância e a importância de trabalhar o comportamento suicida (comportamento suicida engloba: a ideação, os planos e o ato propriamente) como questão de saúde pública, e como você pode atuar na prevenção dos agravos à saúde por meio de um cuidado singular e longitudinal às pessoas que vivenciam esta situação.

Inicialmente, é necessário definirmos três conceitos importantes para compreensão deste curso. Primeiramente, o suicídio não é diagnóstico nem transtorno mental; é um comportamento. Tal comportamento é caracterizado pela ideação e o ato deliberado de autoaniquilação, ou seja, matar-se.

Outra situação evidenciada é a do comportamento de autoagressão, que envolve vários aspectos emocionais e que se manifesta com diferentes atos deliberados pelo indivíduo contra si mesmo.

Nesta situação o indivíduo utiliza diferentes recursos, como, por exemplo, envenenamentos e lesões autoinfligidas entre outros. Tal ato pode ou não ter a intenção ou um desfecho fatal.

Por fim, as ideações suicidas caracterizam-se por pensamentos de morte e podem ser acompanhadas de planos estruturados ou não, imediatos ou não, sendo uma situação que requer intervenção de saúde imediata.



Os fatores que estão por trás do ato suicida são múltiplos e multifacetados, e envolvem uma interação única de fatores biológicos, psicossociais e culturais para cada pessoa. O suicídio não é um evento que ocorre num vácuo, é a consequência final de todo um processo.

Sendo o suicídio o foco deste curso, é extremamente importante um resgate histórico sobre este ato.

Figura 1 – O comportamento suicida engloba a ideiação, os planos e o ato em si.



Fonte: Simon Wijers/Pixabay

Estudos demonstram que o suicídio era visto na Grécia antiga como uma ofensa ao estado, e o indivíduo com tal comportamento era rejeitado e conseqüentemente era enterrado em sítios comunitários (MINOIS, 2001).

Na Idade Média o suicídio era considerado um ato criminoso e até mesmo egoísta. Para aqueles

que o cometiam, o direito de ser enterrado no cemitério era recusado. Outra característica da época era que os bens do suicida eram confiscados e divididos entre os nobres e a coroa (MACDONALD; MURPHY, 1991).

Nos séculos XVII e XVIII os filósofos em sua maioria condenavam o suicídio, e alguns reconheciam uma importante conexão entre o suicídio e a melancolia ou outro distúrbio mental (MINOIS, 2001). Outro olhar histórico importante sobre o suicídio é a compreensão da maioria das religiões que consideram o suicídio como um pecado contra Deus. Em 1995, o papa João Paulo II trouxe a oposição da igreja em relação ao suicídio e também a outras situações, como a eutanásia e o aborto, vistos como crimes contra a vida, assim como o homicídio e o genocídio (TONDO; BALDESSARINI, 2001).

Para Carvalho et al. (2017), as pessoas na sociedade atual vivem com um sentimento de

fracasso por não obter a tão almejada sensação de felicidade. Vivem com a impressão de que alguma coisa está errada na sociedade. O mal-estar social resulta de alguma experiência instalada na consciência humana, como uma angústia, que faz viver como um andante sem rumo histórico. Dentre as opções de soluções para esse mal-estar social encontram-se, entre outras, o uso excessivo de medicamento, recurso às drogas e o suicídio, com a necessidade de libertar-se do sofrimento a todo custo.

A seguir, estes temas serão abordados a fim de instrumentalizar você para atuar na identificação de fatores de risco, de proteção e no cuidado às pessoas que estão vivenciando esta situação.

1.1 Epidemiologia

Estima-se que acontecem em torno de 800 mil mortes por ano por suicídio ao redor do mundo, com uma ocorrência a cada 40 segundos. A taxa é maior em homens, com 15 suicídios a cada 100 mil homens e 8 suicídios para cada 100 mil mulheres. As taxas são mais elevadas em pessoas com 70 anos de idade ou mais. Entre os jovens de 15 a 29 anos esta é a segunda causa principal de morte. Os métodos como enforcamento, autointoxicação e o uso de armas de fogo são os meios mais frequentemente utilizados para o suicídio (OPAS, 2014).

No Brasil, entre 2007 e 2016, foram registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) 106.374 óbitos por suicídio. A intoxicação exógena é o meio utilizado por mais da metade das tentativas de suicídio notificadas no país. Com relação aos óbitos, a intoxicação é a segunda causa, com 18%, ficando atrás das mortes por enforcamento, que atingem 60% do total. A taxa

média nacional de suicídio foi de 5,8 óbitos por 100 mil habitantes, com a notificação de 11.433 mortes por essa causa, em 2016 (BRASIL, 2018). O risco de suicídio no sexo masculino foi de 8,7/100 mil habitantes, sendo aproximadamente quatro vezes maior que o feminino (2,4/100 mil hab.). A ocorrência no nosso país também é maior em idosos com mais de 70 anos de idade, com 8,9 mortes para cada 100 mil habitantes entre os anos de 2011 a 2016. Entre as mulheres, a faixa etária mais acometida foi a de 50 a 59 anos (3,8/100 mil habitantes). A maior proporção dos suicídios ocorreu em solteiros, viúvos e divorciados com proporção semelhante entre os sexos (BRASIL, 2017).

Na comparação entre raça/cor, a maior incidência de suicídio foi na população indígena. A taxa de mortalidade entre os indígenas é quase três vezes maior (15,2) do que o registrado entre os brancos (5,9) e negros (4,7). Na população em geral, entre os jovens de 15 a 29 anos, o suicídio é maior entre os homens, cuja taxa é de 9 mortes

por 100 mil habitantes. Na população indígena, a faixa etária de 10 a 19 anos concentra 44,8% dos óbitos (BRASIL, 2017).

As taxas de suicídio também são elevadas em grupos mais vulneráveis que sofrem discriminação, como refugiados e migrantes, indígenas, lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexuais (LGBTI), e pessoas privadas de liberdade. No entanto, o fator de risco mais relevante é o histórico de tentativa pregressa.

Segundo o Boletim epidemiológico sobre Suicídio, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) para cada adulto que se suicida, possivelmente outros 20 tentam o suicídio. No Brasil, no que se refere às tentativas, 69% são registradas em mulheres e cerca de 1/3 tentou mais de uma vez. A população de raça/cor branca registrou o maior percentual de casos (53,2%). Os meios mais utilizados foram substâncias que provocaram envenenamento ou intoxicação. Alinhado ao movimento internacional de construção de estratégias de prevenção ao suicídio, o Brasil estabeleceu a Agenda de Ações

Estratégias para Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil, destacando populações vulneráveis que merecem atenção, conforme descrição do esquemático abaixo.

POPULAÇÕES VULNERÁVEIS
Pessoas que já realizaram tentativas de suicídio
Usuários de álcool e outras drogas
Populações residentes e internadas em instituições como clínicas, hospitais e presídios
Adolescentes moradores de rua
Gestantes
Vítimas de violência sexual
Trabalhadores rurais expostos a determinados agentes tóxicos e/ou com precárias condições de vida
Pessoas portadoras de doenças crônico-degenerativas (neoplasias, transtornos mentais e outros)
Pessoas portadoras de HIV e Aids
Populações jovens de etnias indígenas e de descendência negra

Veja ainda os principais fatores de risco para o suicídio (BRASIL, 2017):

FATORES DE RISCO	
transtornos mentais	depressão, alcoolismo e abuso ou dependência de outras substâncias, esquizofrenia
questões sociodemográficas	isolamento social
psicológicos	perdas recentes
condições clínicas incapacitantes	lesões desfigurantes, dor crônica e neoplasias malignas

Estima-se que as tentativas superem o número de suicídios consumados em pelo menos 10 vezes e, nesse sentido, as tentativas de suicídio devem ser encaradas com seriedade, como sinal de alerta, revelando a influência de fenômenos psicossociais complexos (SILVA et al., 2017).

A relação entre o comportamento suicida e transtornos mentais, em particular a depressão e o uso prejudicial de álcool, é fato. No entanto, suicídios também ocorrem em momentos de

crise, como um colapso na capacidade de lidar com os estresses da vida, tais como problemas financeiros, término de relacionamento ou dores crônicas e doenças. Além disso, o enfrentamento de conflitos, desastres, violência, abusos ou perdas e um senso de isolamento estão fortemente associados com o comportamento suicida.

Situações de desemprego, a perda recente do emprego e falências podem ser fatores de agra-

vamento das condições sociais e da situação de saúde da população, principalmente durante momentos de crises econômicas, podendo ser fonte de intenso sofrimento. Um estudo que teve por objetivo avaliar o efeito de eventos financeiros sobre a mortalidade, considerou indicadores de emprego e mortalidade de 26 países europeus, chegando à conclusão de que 1% de aumento no desemprego provoca o aumento de 0,79% nos casos de suicídio de menores de 65 anos (Stuckler et al., 2009; IPEA, 2016). Alguns ambientes e processos de trabalho também podem ser fator de grande sofrimento e adoecimento psíquico. Dessa forma, as questões de saúde mental e suicídio relacionados ao trabalho devem ser considerados e abordados.



Assista ao vídeo sobre o porquê as pessoas tentam ou cometem suicídio e como ele pode ser prevenido: <https://youtu.be/3_Q4QydMjFU>

O Ministério da Saúde estabeleceu uma Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil para atingir a meta da Organização Mundial da Saúde (OMS) de redução de 10% dos óbitos por suicídio até 2020. Entre as ações, destacam-se a capacitação e sensibilização de profissionais, orientação para a população e jornalistas, a expansão da rede de assistência à saúde mental nas áreas de maior risco e o monitoramento anual dos casos no país.

A análise das taxas de incidência e das características psicossociais dos envolvidos no ato, bem como a identificação dos fatores de risco, permite que essas estratégias estejam alinhadas às reais necessidades da comunidade, e que seja realizado acompanhamento por meio de programas de prevenção e tratamento adequados (RIBEIRO, 2018).

1.2 Potencial da Atenção Primária à Saúde na prevenção do suicídio

O suicídio passa a ser cada vez mais um marcador de qualidade de vida, como um indicador de mortes evitáveis. O reconhecimento da necessidade de atuar na prevenção, melhorando a saúde mental, está contemplado nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, especificamente na meta 3.4: “até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar” (ONU, 2015).

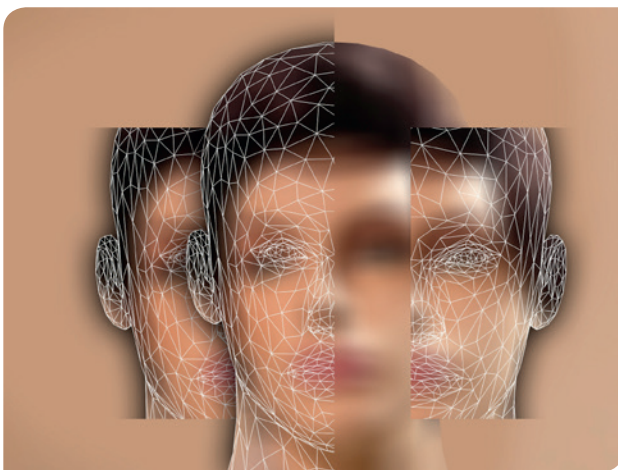


Para ler sobre a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, acesse: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>

Uma das formas de prevenir o suicídio é a identificação precoce e o tratamento efetivo de transtornos mentais por provedores de cuidados

de saúde. Busca-se ampliar, ou propriamente aumentar a disponibilidade de cuidados de saúde mental, o que pode influenciar de forma significativa na diminuição das taxas de suicídio (KUTCHER; CHEHIL, 2007).

Figura 2 – Melhorar a saúde mental: um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, segundo a ONU.



Fonte: Gerd Altmann/Pixabay

Nesse sentido, as equipes da Atenção Primária à Saúde são de grande importância na prevenção do suicídio, na medida em que estabelecem contato próximo com a comunidade, o que facilita

o vínculo entre população e sistema de saúde e possibilita acionar o apoio de familiares, amigos e organizações (OMS, 2000). Estes profissionais podem ser os primeiros a perceber os sinais de que uma pessoa está pensando em suicídio, e podem atuar conjuntamente com os psicólogos e psiquiatras das equipes de saúde mental nessa identificação, na atenção e nas ações de prevenção e posvenção (OMS, 2000).

As Unidades Básicas de Saúde são porta de entrada preferencial da rede de atenção à saúde e os profissionais que nelas atuam podem ser dispositivos-chave na busca e sensibilização de fontes de apoio na rede de saúde, e que também extrapolam este âmbito. É necessário que exista uma articulação entre os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a equipe de Atenção Primária à Saúde para o fortalecimento da prevenção do suicídio. Compreendendo que a pessoa com comportamento suicida deve ser atendida nos diferentes dispositivos da rede de atenção psicossocial, busca-se por meio desta

avaliação identificar as pessoas sob o risco de suicídio, proporcionando um manejo apropriado de segurança e a implementação de intervenções voltadas aos riscos que podem ser modificados.

Figura 3 – A forma mais efetiva de prevenção do suicídio é o fortalecimento dos vínculos.



Fonte: Gerd Altmann/Pixabay

Sabe-se que as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são responsáveis pelo acompanhamento mais intensivo dessas pessoas, pois lidam diariamente com pacientes em situação de crise e têm contato mais próximo com elas, o que de alguma forma facilita as intervenções. Entretanto, como o suicídio é uma questão complexa e multifatorial, necessita de

atenção prolongada em vários pontos da rede. Por isso, é tão importante aprimorar ações de saúde mental, articulando Atenção Primária à Saúde e serviços especializados em saúde mental, como, por exemplo, CAPS (RIBEIRO, 2018).

Figura 4 – Nos locais onde existem Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) o risco de suicídio é menor.



Fonte: filmful/Rawpixel

A articulação da Atenção Primária à Saúde com os serviços de Atenção Psicossocial também tem papel fundamental na prevenção do suicídio. Estudos do Ministério da Saúde apontam que

nos locais onde existem Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) o risco de suicídio reduz em até 14%. No entanto, a Atenção Primária à Saúde é um local estratégico de cuidado em saúde mental, na medida em que facilita o acesso das equipes aos usuários e vice e versa, possibilitando a construção do vínculo e da longitudinalidade da atenção (BRASIL, 2013).

Dessa forma, tanto o trabalho dos profissionais da Atenção Primária à Saúde quanto da atenção especializada em saúde mental são de extrema importância para identificação e acolhimento da pessoa em risco de suicídio, visto que podem realizar escuta e avaliar as angústias e necessidades destes. Posteriormente, as equipes de Atenção Primária à Saúde podem dar os encaminhamentos que forem necessários e solicitar acompanhamento domiciliar com suporte dos Agentes Comunitários de Saúde, quando necessário (RIBEIRO, 2018). É importante também que as equipes de Atenção Primária à Saúde atuem para fortalecer políticas de redução do uso prejudicial de álcool e outras

drogas, ações que são relevantes para a prevenção do suicídio, bem como para orientar a qualidade das informações da mídia sobre o tema. Listamos, no quadro a seguir, algumas considerações importantes para que você possa intervir na prevenção do suicídio junto aos meios de comunicação.

ORIENTAÇÃO AOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO PARA PRÁTICAS RESPONSÁVEIS AO ABORDAR O SUICÍDIO

Evitar o sensacionalismo ou a romantização do suicídio.

Não apresentar o suicídio como uma solução para resolver problemas.

Nunca utilizar fotos de pessoas mortas por suicídio.

Não utilizar descrições explícitas do método empregado.

Ao fim de toda reportagem relacional ao tema, fornecer informações sobre onde buscar ajuda.

Esclarecer que falar sobre suicídio não deve ser evitado, pois ampliar o conhecimento sobre prevenção e reduzir o estigma é positivo. Mas os cuidados acima sempre devem ser tomados.



Prevenção ao suicídio

Nas práticas de saúde é relevante analisar os dados sobre suicídio e tentativas de suicídio. Isso significa avaliar a qualidade dos sistemas de vigilância existentes e identificar lacunas que existam na coleta de dados. A análise de barreiras à implementação da prevenção do suicídio e da consolidação de políticas é uma parte essencial, pois sem a identificação dos empecilhos, as estratégias podem não passar do papel para ação (OMS, 2012).

UN2
Instrumentos para a
prevenção do suicídio
na Atenção Primária à Saúde

UNIDADE 2

Instrumentos para a prevenção do suicídio na Atenção Primária à Saúde

Destaca-se a importância do reconhecimento dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde, das ações de prevenção do suicídio com esclarecimento à população, família e escolas, considerando-se a atuação no território das equipes de Atenção Primária à Saúde e, que a maioria dos casos de suicídio passaram por atendimento na unidade de saúde, nos meses anteriores ao óbito.

Nesta unidade, serão apresentados instrumentos para que os profissionais da Atenção Primária à Saúde possam realizar ações de prevenção do suicídio. E, para que estejam preparados para atuar no esclarecimento da população para a identificação de fatores de risco, na redução do estigma, facilitando o atendimento em tempo oportuno e a redução dos óbitos por essa causa.

2.1 Ações de prevenção contra o suicídio

A prevenção do suicídio envolve uma série de ações que vão desde proporcionar melhores condições de vida, passando pelo tratamento eficaz de transtornos mentais, até o controle de fatores de risco. Passa ainda pela informação e a mobilização da comunidade para as ações de prevenção, a identificação de pessoas em situação de vulnerabilidade, o comportamento suicida, para então se elaborar intervenções eficazes (OMS, 2000).

Assim, as ações de prevenção ao suicídio podem ser classificadas em universal, seletiva e específica (MRAZEK; HAGGERTY, 1994). Veja as definições a seguir.

A prevenção **universal** tem como objetivo reduzir a incidência de novos casos por meio de ações educativas; já a **seletiva** coloca foco nos grupos em situação de risco; por fim, a prevenção **específica** é direcionada a pessoas que manifestaram ideia suicida



Conhecer os fatores de proteção é um dos passos fundamentais para a prevenção do suicídio.

Dentre os fatores de proteção que reduzem o risco do suicídio, estão o apoio da família, de amigos e de outros relacionamentos significativos; as crenças religiosas, culturais, e étnicas; o envolvimento na comunidade; uma vida social satisfatória; a integração social como, por exemplo, através do trabalho e do uso construtivo do tempo de lazer e o acesso a serviços e cuidados de saúde mental (OMS, 2006).

Os fatores de proteção são definidos como aqueles fatores que diminuem a probabilidade de levar adiante o suicídio, mesmo quando vários fatores de risco estão presentes. É necessário ressaltar que nenhum fator de proteção ou risco pode independentemente definir ou evitar o evento suicida.

Familiares, amigos geralmente são muito preocupados com o bem-estar da pessoa, também podem se mostrar inseguros sobre como

comportar-se, o que dizer, sobre como podem de fato ajudar. Essas pessoas mais próximas devem receber orientação (psicoeducação) por parte dos profissionais de saúde envolvidos no tema e serem envolvidas nos processos de decisão sobre o acompanhamento necessário (KUTCHER; CHEHIL 2007).



Figura 5 – O apoio da família, de amigos e de outros relacionamentos estão entre os fatores de proteção que reduzem o risco de suicídio.



Fonte: filmful/Rawpixel

O trabalho integrado com o Programa de Saúde na Escola (PSE) pode atuar na prevenção do suicídio, orientando os professores a identificar estudantes potencialmente suicidas, e informar estudantes de como podem ser úteis para seus colegas com problemas. Também é importante a articulação de ações conjuntas – saúde educação, relacionadas à promoção de saúde e cultura de paz.



É mais provável que estudantes com ideação suicida peçam ajuda a um amigo do que ao professor ou orientador. Orientar estudantes para que identifiquem colegas em risco de tal comportamento pode contribuir para a redução do suicídio, oportunizando que recebam o atendimento que necessitam em tempo oportuno (OMS, 2006).

Em especial, a atenção deve ser dada aos adolescentes que apresentem fatores de risco como:

- automutilação,
- bullying ou situações estressoras,
- abuso de substâncias,
- vítimas de abuso sexual.

Entre crianças e adolescentes:

- mudanças bruscas de comportamento,
- isolamento social e abandono de atividades prazerosas,
- humor deprimido persistentemente,
- alteração do sono e apetite,
- queda do rendimento escolar,

- lesões inexplicadas (automutilação),
- mensagens com conteúdo de morte ou despedida nas mídias sociais não devem ser negligenciadas nunca.

Famílias, escolas e profissionais de saúde devem estar atentos e aptos a observar as transformações que apontam para condutas de risco.

Figura 6 – Automutilação, bullying ou situações estressoras: fatores relevantes.



Fonte: Natálie Šteyerová/Pixabay

As ações na comunidade que promovem a melhoria da saúde mental são úteis para a prevenção do suicídio. Um ponto que pode ser obstáculo às ações de prevenção é o estigma. As pessoas que tentaram suicídio em algum momento ou familiares e amigos próximos que perderam alguém por esse agravo podem enfrentar julgamentos negativos em suas comunidades, o que pode impedir ou dificultar a busca por ajuda e acesso aos serviços de saúde. Nesse sentido, o desenvolvimento de estratégias de prevenção do suicídio em si, é uma oportunidade para aumentar a informação sobre essa questão e reduzir o estigma (OMS, 2012).

Há diversos mitos a respeito do comportamento suicida que precisam ser trabalhados pela equipe de saúde na prevenção do suicídio (OMS, 2006). Vamos conhecer a seguir 10 mitos, que são frequentemente falados no senso comum, porém não são verdadeiros e precisam ser reconhecidos pelos profissionais de saúde.



Mito 1	As pessoas que falam sobre o suicídio não farão mal a si próprias, pois querem apenas chamar a atenção.	Isso é FALSO. Todas as precauções necessárias devem ser tomadas sempre que uma pessoa fale de ideação, de intenção ou de um plano suicida. Todas as ameaças devem ser levadas a sério.
Mito 2	O suicídio é sempre impulsivo e acontece sem aviso.	FALSO. O suicídio pode ter sido ponderado durante muito tempo, mesmo que o ato tenha sido em um momento de impulso. Muitas pessoas suicidas comunicam algum tipo de mensagem verbal ou comportamental sobre as suas ideias da intenção de cometer o ato.
Mito 3	As pessoas suicidas querem mesmo morrer ou estão decididos a cometer suicídio, portanto, não devemos intervir.	FALSO. A maioria das pessoas que pensa em suicídio quer acabar com o sofrimento ou angústia que sentem. Geralmente, compartilham os seus pensamentos com pelo menos uma pessoa ou procuram um serviço de saúde, características de ambivalência e não de certeza de se matar.
Mito 4	Quando uma pessoa mostra sinais de melhoria ou sobrevive a uma tentativa de suicídio, está fora de perigo.	FALSO. Na verdade, um dos períodos mais perigosos é imediatamente depois da crise, ou quando a pessoa está no hospital, na sequência de uma tentativa. A semana que se segue à alta hospitalar é um período em que a pessoa está particularmente fragilizada e ainda necessita cuidados e observação. O risco é maior, particularmente, no ano seguinte a uma tentativa.
Mito 5	O suicídio é sempre hereditário.	FALSO. Nem todos os suicídios podem ser associados à hereditariedade e estudos conclusivos são limitados. Uma história familiar de suicídio, no entanto, é um fator de risco importante para o comportamento suicida, particularmente em famílias onde a depressão e outros transtornos relacionados são comuns.



Mito 6	As pessoas que tentam ou cometem suicídio têm sempre alguma doença mental.	FALSO. Os comportamentos suicidas são altamente associados à depressão, abuso de substâncias, esquizofrenia e outros transtornos mentais, além de comportamentos destrutivos e agressivos. No entanto, a causa é complexa e multifatorial. Podem ocorrer casos onde não exista um transtorno prévio, tampouco ter um desse transtorno significa que a pessoa tentará suicídio. Mas reconhecer que essa associação é fundamental para profissionais de saúde.
Mito 7	Falar sobre suicídio dará ideia de suicídio à pessoa.	FALSO. Perguntar à pessoa se tem intenção de suicidar-se de maneira empática e adequada não fará mal. Na verdade, reconhecer que o estado emocional da pessoa é real, e ouvi-lo sem julgamento, aliviará a angústia e pode permitir a busca de outras soluções e o encaminhamento ao tratamento necessário.
Mito 8	O suicídio só acontece em determinados tipos de pessoas.	FALSO. O suicídio acontece a todos os tipos de pessoas e encontra-se em todos os tipos de sistemas sociais e de famílias.
Mito 9	Após uma pessoa tentar suicídio uma vez, nunca voltará a tentar novamente..	FALSO. Uma tentativa prévia é fator de risco isolado para uma nova tentativa. Não significa que o risco existirá para sempre, mas quem já tentou apresenta maior risco de nova tentativa que a população geral.
Mito 10	As crianças não cometem suicídio porque não entendem que a morte é final e são cognitivamente incapazes de se empenhar num ato suicida.	FALSO. As crianças cometem suicídio e, qualquer gesto, em qualquer idade, deve ser considerado muito seriamente. A letalidade do método deve ser levada em conta, de acordo com a idade. Mesmo que o método não seja potencialmente fatal, se a criança acredita que poderia morrer daquela forma, o risco deve ser avaliado.

2.2 Notificação de suicídio

Conhecer a frequência de suicídio e das tentativas de suicídio em uma determinada área, bem como os fatores que contribuem para essa incidência, auxilia na identificação das populações mais vulneráveis. Estas são informações de grande importância na prevenção desse agravo.

Igualmente, é importante conhecer os métodos mais comumente usados e seus prováveis motivos, bem como avaliar a disponibilidade, uso e qualidade dos serviços para os que tentam suicídio, percebendo as lacunas existentes no sistema de saúde e de encaminhamento para outros setores (OMS, 2012).

A notificação de tentativa de suicídio, portanto, pode ser uma estratégia para o conhecimento destas informações.

Os casos de tentativa de suicídio são de notificação compulsória e imediata à vigilância epidemiológica do município. Esta deve ser realizada pelo profissional de saúde (enfermeiro,

médico, psicólogo, assistente social entre outros) que prestar o primeiro atendimento à pessoa que tentou o suicídio, em até 24 (vinte e quatro) horas após o atendimento, pelo meio de notificação mais rápido disponível (BRASIL, 2014).

É importante apontar que a comunicação dos casos de tentativas de suicídio deve ser também realizada aos Conselhos Tutelares quando envolverem crianças e adolescentes, em conformidade com o Estatuto da Criança e do Adolescente, e ao Conselho do Idoso ou ao Ministério Público, no caso de pessoas com 60 anos ou mais, de acordo com o Estatuto do Idoso e Lei nº 12.461/2011 (BRASIL, 2017).



A **notificação** corresponde ao processo de informar o caso à vigilância epidemiológica do município para a tomada de ações de saúde. Já a **comunicação** diz respeito ao ato de informar o caso aos órgãos de direitos e de proteção para a tomada das medidas protetivas (BRASIL, 2017).

Além de gerar informações para que sejam formuladas políticas públicas e estratégias para enfrentar esta questão, a notificação e a comunicação podem acionar profissionais de vários setores – educação, segurança pública, assistência social – para que seja possível aplicar as medidas de prevenção de forma articulada e eficaz (BRASIL, 2017).

Figura 7 – A notificação e a comunicação podem acionar profissionais de vários setores.



Fonte: waldryano/Pixabay

Na tentativa de suicídio, suspeita ou confirmada, deve ser preenchida a ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, que deverá ser digitada no Sistema de Agravos de Notificação (SINAN). O campo 53 desta ficha pergunta se a violência ocorreu outras vezes, e o campo 54 pergunta se a violência foi autoprovocada.

Nos casos de tentativa de suicídio por intoxicação exógena, duas fichas de notificação do SINAN deverão ser preenchidas: a da violência interpessoal e autoprovocada e a de intoxicação exógena.

A ficha de notificação de intoxicação exógena define os **casos suspeitos** que deverão ser notificados – todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas e alimentos e bebidas), apresente sinais e sintomas clínicos de intoxicação ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis.



Acesse a Ficha de Notificação em:

<http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/via/violencia_v5.pdf>

Você também pode acessar as instruções para o preenchimento desta ficha em:

<http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/via/DIC_DADOS_NET_Violencias_v5.pdf>

Quando a tentativa de suicídio ou suicídio ocorrer por intoxicação exógena, esta também tem ficha de notificação obrigatória, determinada pela Portaria nº. 1.271/2014 do Ministério da Saúde, nos casos suspeitos ou confirmados. O instrutivo para o preenchimento da ficha de notificação está disponível em:

<http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/ioxog/DIC_DADOS_Intoxicacao_Exogena_v5.pdf>

Já os **casos confirmados** caracterizam-se pelas alterações em exames laboratoriais que indiquem a intoxicação ou pela comprovação à exposição a substâncias químicas juntamente com manifestações clínicas na pessoa que sejam compatíveis com intoxicação. Outro tipo de caso confirmado é o clínico epidemiológico, o qual caracteriza-se por indivíduo com quadro clínico compatível e relacionado no tempo e no espaço com outros casos confirmados, eventos ambientais ou laborais que envolvam substâncias químicas. No caso de óbito, a confirmação será realizada por exame médico legal (CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2015).

Na maioria dos casos, a confirmação de intoxicação exógena não necessita de comprovação laboratorial, visto que nem sempre há exames específicos para sua determinação. Dessa forma, é imprescindível que o profissional de saúde esteja atento para estabelecer diagnóstico de intoxicação por meio donexo clínico epidemiológico, ou seja, pela história de exposição acompanhada

de sintomas clínicos (CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2015).



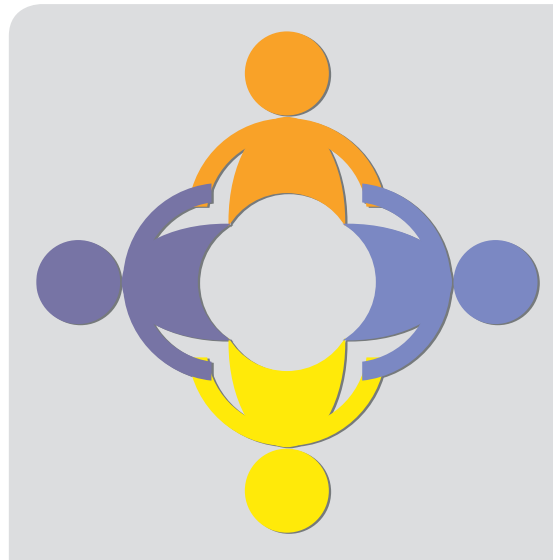
Para o atendimento das pessoas com intoxicações os profissionais da saúde contam com um serviço de Disque-Intoxicação, criado pela ANVISA, que atende pelo número 0800-722-6001. A ligação é gratuita e a pessoa é atendida por uma das 36 unidades da Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica. Procure conhecer o centro de informações toxicológicas de seu estado e o telefone deste serviço. Acesse o portal em: <http://portal.anvisa.gov.br/disqueintoxicacao>

Notificação como disparadora do cuidado e geradora de informação

A comunicação entre as equipes de Atenção Primária à Saúde vigilância epidemiológica, serviços hospitalares e ambulatoriais, deve promover o acompanhamento das pessoas que

tentaram suicídio ou que tenham potencial risco para este.

Figura 8 – Comunicação entre equipes.



Fonte: Pixabay

A notificação pelos profissionais dos serviços da tentativa de suicídio, além da importância epidemiológica, deve servir para acionar a rede de cuidado considerando a necessidade de tomada rápida de decisão, como o encaminhamento e

vinculação da pessoa 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.



Após uma tentativa notificada, se a unidade de saúde estiver ciente da situação e a pessoa não procurar o atendimento indicado, o contato deve ser realizado por busca ativa.

A vigilância das tentativas de suicídio tem como objetivo articular e integrar os serviços de urgência e emergência com a rede de Atenção Primária à Saúde para realizar cuidado longitudinal no âmbito das políticas de assistência social e da proteção e garantia dos direitos humanos. Para isso, os fluxos de referência e contrarreferência devem estar configurados em rede, envolvendo os serviços de saúde, assistência social, educação, conselhos tutelares, conselhos de direitos, de



Prevenção ao suicídio

proteção, de justiça, além de organizações governamentais, não governamentais e setor privado. A notificação representa um instrumento que possibilita a organização da gestão e dos serviços de atendimento e proteção integral dessas pessoas (BRASIL, 2016).

É necessário definir estratégias de acompanhamento dos casos, e de suporte aos profissionais, tanto para a notificação quanto para a atenção em rede (BRASIL, 2016). Importante lembrar que é imprescindível a sensibilização e capacitação dos profissionais para atuarem na identificação e acompanhamento das pessoas em risco ou que tentaram suicídio, e também suas famílias (RIBEIRO, 2018).

Os profissionais precisam conhecer as medidas de prevenção contra o suicídio e atuar identificando precocemente as pessoas em risco, procurando reduzir as mortes por esta causa.

UN3
Estratégias de manejo
da pessoa em situação de
risco para o suicídio

UNIDADE 3

Estratégias de manejo da pessoa em situação de risco para o suicídio

As estratégias de manejo da pessoa em situação de risco para o suicídio incluem identificação de sinais de alerta, a partir destes, intervenção para minimizar este desfecho. Traremos para você, a seguir, ações possíveis para diminuir os impactos sofridos e para evitar novas mortes ou tentativas pelas pessoas em situação de risco.

3.1 Identificando risco e sinais de alerta para o suicídio

Qualquer pessoa que esteja falando sobre suicídio, cometeu automutilação, apresente transtorno mental, dor crônica ou sofrimento emocional agudo precisa ser avaliada para risco de suicídio. Nesses casos, avalie pensamentos, planos e atos de autoagressão durante avaliação inicial e periodicamente, em seguida, conforme o

caso. Cuide do estado mental e do desconforto emocional da pessoa. Se há ideias ou planos, investigue o quanto são estruturados, se há uma data, local ou método. A disponibilidade do método e de afastá-lo precisará ser considerada. A capacidade de controle de impulsividade e o suporte social também são importantes.

As situações de risco precisam de atenção diferenciada da equipe de saúde, dependendo de como se apresentam. Por exemplo, considere as duas situações a seguir: uma pessoa sofrendo por uma perda recente (sem planejamento e com familiares presentes) e outra com depressão recorrente (em um momento de estresse importante, com planejamento e acesso a meio letal). Ambos estão em risco e precisam atenção da equipe de saúde, mas as necessidades são diferentes.

A identificação de fatores de risco e de proteção auxiliará na tomada de decisão. Como profissional da Atenção Primária à Saúde, você pode não estar familiarizado com os fatores de risco e proteção, mas você saberá reconhecê-los!



3.2 Como investigar fatores de risco e proteção ao suicídio?

Qualquer pessoa que manifeste sinais de comportamento suicida deve passar por uma avaliação para identificação do risco suicida. Essa avaliação pode e deve ser realizada por qualquer profissional de nível superior da Atenção Primária da Saúde. Por vezes, algumas pessoas que pensam sobre suicídio podem relutar em revelar seus pensamentos suicidas; também podem ser arredios em revelar pensamentos suicidas a um profissional com o qual possui uma relação terapêutica. Assim, é preciso uma abordagem acolhedora, abrangente e clara.

Figura 9 – A abordagem profissional precisa ser acolhedora e abrangente.



Fonte: filmful/Pixabay

Ao deparar-se com alguém em risco de autoagressão, pode surgir a dúvida: se eu perguntar, não estarei dando ideia ou induzindo? A dúvida é tão comum que é citada como parte dos “mitos” relacionados ao tema. Perguntar sobre autoagressão não provoca atos de autoagressão ou suicídio. Pelo contrário, reduz a ansiedade associada aos pensamentos ou atos de autoagressão e pode ajudar a pessoa a sentir-se compreendida.

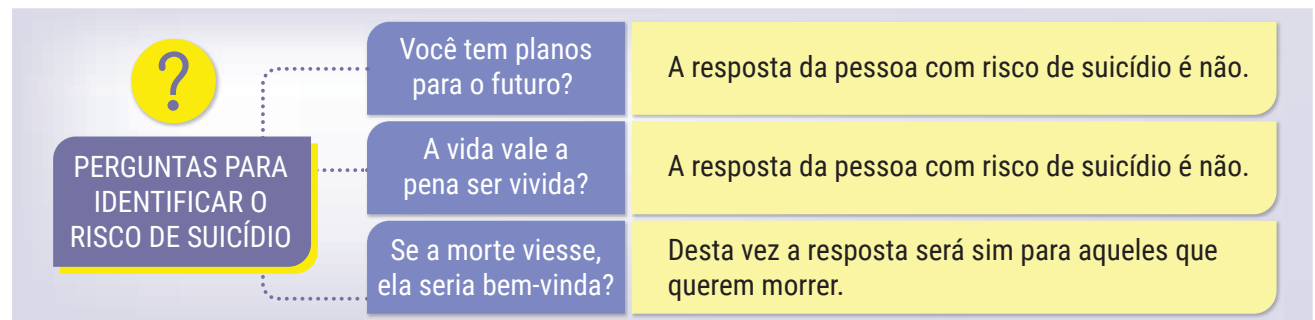
Para que seja possível conversar sobre autoagressão, é importante que haja vínculo entre profissional e usuário, com uma abordagem empática, objetiva e sem julgamentos. O atendimento contínuo, que possibilite o acompanhamento do

caso, é um dos grandes potenciais da Atenção Primária à Saúde nesta questão.

Além de perguntar se há intenção de suicídio – e havendo –, pergunte qual o método pensado e se ele é acessível à pessoa. Quais são as razões para se autoagredir e quais a impediriam. Assim você poderá identificar:

- Se há ou não ideia suicida.
- Se há planejamento e acesso aos meios.
- Quais são os fatores de risco.
- Quais são os fatores de proteção.

A Associação Brasileira de Psiquiatria aponta que, para identificar risco de suicídio, seis perguntas são fundamentais, sendo que três delas são gerais para todas as pessoas:



Se a pessoa respondeu como foi referido, o profissional de saúde fará estas próximas perguntas:

PERGUNTAS PARA IDENTIFICAR O RISCO DE SUICÍDIO



Você está pensando em se machucar/ se ferir/fazer mal a você/em morrer?

Você tem algum plano específico para morrer/se matar/tirar sua vida?

Você fez alguma tentativa de suicídio recentemente?

Questões adicionais

O processo não termina com a confirmação das ideias suicidas. Ele continua com questões adicionais para avaliar a frequência e a severidade da ideação, bem como a possibilidade real de suicídio. É importante saber se a pessoa possui algum plano suicida e os meios para praticá-lo.

Para o raciocínio clínico, a Associação Brasileira de Psiquiatria (2014) aponta que ainda é importante esclarecer alguns pontos:

- Há meios acessíveis para cometer suicídio? (Armas, altura do andar onde reside, remédios ou inseticidas).
- Qual a letalidade do plano e a concepção da letalidade pela pessoa? Qual a probabilidade de resgate/como foi o resgate?
- Alguma preparação foi feita? (Carta, testamento ou acúmulo de comprimidos).
- Quão próximo a pessoa esteve de completar o suicídio?
- A pessoa praticou anteriormente o ato suicida ou já tentou?
- A pessoa tem habilidade de controlar seus impulsos?
- Há fatores estressantes recentes que tenham piorado as habilidades de lidar com as dificuldades ou de participar no plano de tratamento?
- Há fatores protetores? Quais os motivos para a pessoa se manter viva? Qual a visão sobre o futuro?

Fonte: Associação Brasileira de Psiquiatria. Suicídio: informando para prevenir, 2014.

Estas informações são um meio de avaliação do risco suicida. No entanto, ainda não existem classificações precisas e objetivas do risco

de suicídio, pois diante da complexidade do comportamento humano, as previsões de certeza são impossíveis.

3.3 O que fazer se o risco de suicídio for identificado?

Identificando o risco, é preciso tomar alguns cuidados. Se ainda não estiver, leve a pessoa para um ambiente seguro e jamais a deixe só. Uma pessoa de confiança pode ser acionada se a pessoa estiver desacompanhada. Em geral, há aceitação por parte da pessoa de que alguém seja contatado. Caso contrário, é importante explicar a obrigação enquanto profissional de saúde de proteger e zelar pelo seu bem-estar e que precisará para isso chamar alguém que possa auxiliar nesse momento.

Uma alternativa de prevenção pode ser pelo estabelecimento de um contrato de não suicídio com a pessoa. O profissional de saúde pode formular por escrito o contrato de que segundo o qual ele não causará danos a si mesmo por um determinado período. Por exemplo, a pessoa escreve:

“Eu não causarei danos a mim mesmo entre agora e a hora do nosso atendimento”.

Quando o curto período deste contrato passar, um novo contrato poderá ser realizado. Este recurso pode ajudar na prevenção do suicídio (KNOLL, 2011).

O sigilo deve ser preservado tanto quanto possível, nem sempre sendo necessário revelar diretamente fatos ou motivos relacionados à ideia suicida. No entanto, nas situações de risco para o suicídio o profissional está autorizado, por lei, a quebrar o sigilo, e deve fazê-lo, fornecendo todas as informações necessárias para o cuidado em rede nesse momento. Nas situações de risco de suicídio, tome as seguintes iniciativas:

- Não deixe a pessoa só.
- Supervisione e nomeie um membro da equipe ou da família para acompanhar e garantir o cuidado com segurança.
- Cuide do estado mental e do desconforto emocional.
- Ofereça e ative apoio psicossocial

- Remova os meios de autoagressão do ambiente e certifique-se que a pessoa não possua algum. Se a pessoa estiver extremamente agitada, estratégias de cuidado precisam ser tomadas para evitar que se machuque. No caso de porte de arma, solicite a entrega e jamais tente retirá-la a força, garantindo a segurança da pessoa e da equipe sempre.

- Solicite apoio de profissional da equipe do NASF (psiquiatra, psicólogo, se houver).

- Articule o contato com a Rede de Urgência e Emergência, para se necessário encaminhar para um serviço de internação.

- Mantenha contato e acompanhamento longitudinal. Mesmo encaminhando para outro ponto de atenção da rede a responsabilidade do acompanhamento permanece com a equipe de atenção básica.

Se há história de ideias ou planos de autoagressão no último mês, ou um ato de autoagressão no último ano, mas o risco iminente de autoagressão/suicídio não estiver presente, acompanhe:



- Ofereça e ative apoio psicossocial.
- Solicite apoio de profissional da equipe do NASF (psiquiatra, psicólogo, se houver).
- Mantenha contato e acompanhamento longitudinal.

Saiba como oferecer e ativar o apoio psicossocial:

- Ouça sem julgamento, proporcionando apoio à pessoa.
- Examine com ela razões e maneiras para continuar a viver.
- Focalize os pontos fortes da pessoa, levando-a a falar sobre como resolveu problemas anteriores.
- Aconselhe a pessoa e seus cuidadores a restringir o acesso aos meios de autoagressão (p. ex. pesticidas e outras substâncias tóxicas, medicamentos, armas de fogo).
- Reconheça e aceite os sentimentos da pessoa. Seja um ouvinte ativo.

- Tente oferecer esperança e lembre-a de que o que está sentindo é temporário.
- Fique com ela, não a deixe sozinha. Se necessário, procure-a.
- Demonstre amor e incentivo. Segure-a, abrace-a, toque-a. Permita que chore e que expresse sua raiva.
- Ajude a procurar ajuda.
- Mobilize familiares, amigos e outras pessoas próximas ou recursos da comunidade para garantir o monitoramento da pessoa em risco de suicídio enquanto persistir o risco.
- Informe os cuidadores que podem se sentir decepcionados com a pessoa, mas que é importante evitar demonstrar hostilidade ou criticá-la.
- Informe os cuidadores e outros familiares que perguntar sobre suicídio em geral reduz a ansiedade associada ao sentimento; a pessoa pode se sentir aliviada e mais compreendida.

- Cuidadores de pessoas com risco de autoagressão geralmente passam por um intenso estresse. Proporcione apoio emocional a esses cuidadores/familiares, caso necessitem.
- Utilize ao máximo o apoio social a partir dos recursos comunitários disponíveis. Estes incluem os recursos informais, tais como familiares, amigos, conhecidos e líderes religiosos, e os recursos formais, como Equipes Multiprofissionais Especializadas em Saúde Mental e Centros de Atenção Psicossocial, se estiverem disponíveis.

Grupos de apoio podem auxiliar, fornecendo suporte e apoio social necessário. Organizações que promovam atividades de grupos podem reforçar a autoestima, estimular a socialização e a recolocação profissional quando necessário. Serão importantes para manutenção da saúde mental. Fazer e sentir-se parte de um grupo tem grande impacto na prevenção, e o profissional deve incentivar a busca pelos grupos existentes no



território, além das iniciativas da própria equipe de Atenção Primária à Saúde.

Figura 10 – Fazer e sentir-se parte de um grupo tem grande impacto na prevenção.



Fonte: Hebi B./Pixabay

É importante que o profissional da Atenção Primária à Saúde conheça os recursos disponíveis e os pontos da rede de atenção que existem no seu município ou região, para, se necessário, fazer o encaminhamento.

Veja no quadro a seguir onde as pessoas podem buscar ajuda e divulgue no seu local de trabalho.

Onde buscar ajuda para prevenir o suicídio?

📍 CAPS e Unidades Básicas de Saúde (Saúde da família, Postos e Centros de Saúde)

🏥 UPA 24h, SAMU 192, Pronto Socorro, Hospitais

🗣️ Centro de Valorização da Vida – ☎️ 188 (ligação gratuita)

Centro de Valorização da Vida (CVV)

O CVV realiza apoio emocional e prevenção do suicídio, atendendo voluntária e gratuitamente todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo, por telefone, e-mail, chat e Voip 24 horas todos os dias.

A ligação para o CVV em parceria com o SUS, por meio do número ☎️188, são **gratuitas** a partir de qualquer linha telefônica fixa ou celular.

Também é possível acessar www.cvv.org.br para chat, Skype, e-mail e mais informações sobre ligação gratuita.

Fonte: Ministério da Saúde

A equipe, conhecendo o território, pode discutir e articular com a rede intersetorial para ampliar as ações de prevenção e de cuidado. Podem ser grupos de apoio a mulheres vítimas de violência, coletivos LGBT, parcerias a escola, organizações que promovem cursos técnicos que ajudam pessoas a se reinserirem no mercado de trabalho, enfim, descobrir como encaminhar a pessoa para uma rede existente que atue nos determinantes relacionados à sua ideação e/ou tentativa.

Além da avaliação e do manejo das condições prioritárias, os profissionais da saúde podem desenvolver ações para a prevenção do suicídio (MI-GAP - OMS):

- Restrinja o acesso aos meios de autoagressão (tais como pesticidas, armas de fogo, lugares altos e abertos).
- Envolver ativamente a comunidade para encontrar meios locais viáveis para implementar intervenções populacionais para reduzir o acesso aos meios de suicídio.



- Estabeleça uma colaboração entre o setor da saúde e outros setores relevantes.
- Desenvolva políticas para reduzir o consumo nocivo de álcool como um componente da prevenção do suicídio, principalmente em populações com alta prevalência de uso de bebidas alcoólicas.

3.4 Seguimento: o cuidado longitudinal da pessoa em risco e após a tentativa do suicídio

A detecção e o tratamento adequado de pessoas acometidas por transtornos mentais, notadamente a depressão, a partir do atendimento em serviços gerais de saúde parece ser a forma mais efetiva de prevenir o suicídio (BERTOLOTE, 2005; BEAUTRAIS, 2004). No Brasil esta estratégia foi encampada pelo Ministério da Saúde e consta da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio.

O adequado manejo dos casos de transtorno bipolar, depressão, transtornos psicóticos

(por exemplo, a esquizofrenia) e transtornos de personalidade (principalmente narcisista e borderline) são fundamentais no seguimento das pessoas que têm estas condições e tentaram suicídio e também para prevenção deste.

Para este adequado manejo você poderá articular o atendimento com os pontos de atenção da rede psicossocial entre eles os Centros de Atenção Psicossocial, as equipes multiprofissionais de saúde mental e os profissionais de saúde mental que compõem a equipe do NASF.

Nas primeiras semanas do tratamento com antidepressivos pode ocorrer piora da ansiedade ou ideação suicida, mas no caso de pessoas com risco de suicídio, em especial os adolescentes, essa orientação precisa ser reforçada.

A supervisão e o manejo da ansiedade costumam ser suficientes, mas no caso de agitação intensa, pessoa e familiares devem estar orientados a suspender a medicação e procurar atendimento médico imediatamente.

Figura 11 – No caso de adolescentes, a orientação precisa ser reforçada.



Fonte: Mohamed Hassan/Pixabay

Nos casos de diagnóstico e prescrição adequada, com cuidado nas orientações, esses riscos são superados e o benefício vem com a remissão do quadro; menores casos de recaída são superiores. O tratamento medicamentoso busca a remissão completa dos sintomas e pode requerer ajuste da dose ou troca da medicação inicial. Assim, é importante que o tratamento farmacológico seja reavaliado em cerca de quatro semanas, de

acordo com o plano de seguimento devido ao risco de suicídio.

A maior parte dos antidepressivos levará pelo menos esse tempo para surtir efeitos. Como o contato deverá ser mais próximo, para acompanhamento do risco e demais intervenções psicossociais, a pessoa pode ser tranquilizada se estiver angustiada com a falta inicial de resposta ou para orientação de manejo dos efeitos colaterais.

Após atingir a remissão, a manutenção do tratamento deve ser continuada por seis meses a um ano após um primeiro episódio. Deve ser estendida em casos de depressão recorrente (mais episódios).

Nos casos de risco de suicídio, impulsividade e dependência de substâncias, o tratamento deste último é necessário, e pode requerer serviços especializados em saúde mental. Sensibilizar a pessoa, encaminhá-la para serviços que realizam a desintoxicação, se estiver intoxicada e fornecer o tratamento especializado serão importantes

em conjunto com as estratégias adequadas ao risco atual de suicídio.

Em casos de psicose, principalmente no início da doença, quando há crítica da gravidade ou em casos de alucinações auditivas de comando (dizendo que a pessoa deva suicidar-se, por exemplo) o risco é aumentado. Iniciar o tratamento adequado precocemente, questionar a ideação e manejar se o risco for identificado, previne o suicídio.



A inclusão social, manutenção do estudo e trabalho devem ser incentivadas. Nesse sentido, é importante que a equipe de saúde faça orientação para as escolas e os ambientes de trabalho, reduzindo o estigma e o receio de que essas pessoas não seriam confiáveis, disponibilizando a estes setores a segurança do contato com a rede de saúde se houver necessidade no seguimento da pessoa com ideação suicida.

Nos casos de tentativa de suicídio ou risco iminente com agitação, é necessário fazer o contato com a Rede de Urgência e Emergência (RUE). Em casos de autoagressão com ferimentos e intoxicação que necessitem cuidados hospitalares imediatos ou na agitação psicomotora grave, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) deve ser acionado.

Assim, os princípios básicos no manejo da pessoa com comportamento suicida são a **Segurança, Apoio e Intervenção direcionada**.

A primeira tarefa é proteger a pessoa contra danos. Nesse primeiro momento a pessoa deve ser atendida no local adequado às suas necessidades clínicas, ainda que o serviço hospitalar não conte com atendimento psicossocial especializado. Intoxicações podem necessitar monitoramento e até atendimento em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) pela situação clínica. O nível de risco de suicídio da pessoa deve ser revisado no mínimo diariamente e decisões sobre o projeto terapêutico singular

do paciente-devem ser tomadas com base nesta revisão do risco de suicídio. Após a estabilização, a avaliação psicossocial deve ser planejada e a pessoa não deve sair de um atendimento por tentativa de suicídio sem avaliação adequada e seguimento planejado. A notificação de tentativa de suicídio para a vigilância epidemiológica deve ser realizada.

As pessoas que necessitem ou estejam em seguimento especializado devem ser acompanhadas pela equipe de Atenção Primária à Saúde, seja para manutenção dos cuidados gerais de saúde ou para manutenção de tratamento psiquiátrico.

Estratégias simples, como contatos telefônicos regulares após tentativa de suicídio podem reduzir as taxas de nova tentativa. Recomenda-se que se mantenha um contato regular (por telefone, visitas domiciliares), mais frequente no início (ou seja, semanalmente, nos primeiros 2 meses) e menos frequentemente à medida em que a pessoa melhorar (1 vez a cada 2 a 4 semanas).

Pode-se manter contatos mais frequentes ou prolongados, se necessário. O contato deve acompanhar a pessoa enquanto persistir o risco e avaliar os pensamentos e os planos suicidas (OMS, MI-GAP).

Em muitos casos será necessário o apoio da família ou outras pessoas importantes. Nesses casos a segurança da pessoa com risco potencial de suicídio toma a precedência sobre a confidencialidade. Família e amigos geralmente mostram-se muito preocupados com a condição da pessoa e também desconfortáveis com o seu comportamento. Mostram-se inseguros sobre como comportar-se, o que fazer e o que não fazer. A família e os amigos devem ser orientados para que possam ser envolvidos na terapêutica.

No caso de a pessoa cometer o suicídio, pessoas próximas serão diretamente afetadas e podem necessitar auxílio imediato ou posterior. A equipe de saúde, familiares e amigos podem necessitar apoio. Nestas situações as ações denominadas de posvenção tornam-se importantes, considerando

o alto número de suicídios e o número de pessoas afetadas diretamente por cada óbito.



Conheça o Manual de Intervenções em Transtornos Mentais para a Atenção Básica acessando o link a seguir, nas páginas 131 a 139 fica o tópico "Atenção ao suicídio":
<<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49096/9789275719572-por.pdf>>

3.5 Ações de posvenção

Por vezes, mesmo com as melhores intervenções e dos melhores cuidados prestados, a pessoa cometerá o suicídio. O nosso papel como cuidadores não finaliza aí. Não podemos esquecer que o suicídio não ocorre num vácuo. Logo após a morte, existem outros – família, amigos e a própria comunidade – que precisam de apoio. Assim, além das estratégias envolvendo a prevenção do suicídio, é preciso atentar à posvenção.

O termo *postvention* foi criado pelo psicólogo americano Edwin Shneidman e define as atividades que ocorrem após decorrido o suicídio ou que têm como objetivo diminuir os impactos sofridos pelos enlutados e evitar novas mortes ou tentativas (MULLER, 2017).

O luto do suicídio é um processo de adaptação pelo qual a família, amigos e outras pessoas próximas passam após a morte do sujeito que se suicidou. As pessoas que passam por este processo são descritos como “sobreviventes do suicídio”: quando ocorre uma morte por suicídio, muitas pessoas sofrem seus efeitos. Estudos mostram que a cada morte por suicídio cerca de 60 pessoas são intimamente afetadas; nesse sentido, é muito importante identificar quem são estas pessoas e realizar o acompanhamento e auxílio a estas (MULLER, 2017).

Antes de se suicidar a pessoa passa por um processo de ambivalência que gera sofrimento psíquico. Após o ocorrido, aqueles que ficam passam a sentir, assim como aqueles que se

mataram, ambivalência naquilo que sentem e pensam. Isso significa que, além de lidar com os próprios sentimentos (culpa, pena, julgamento), com o estigma, os familiares e amigos próximos acabam tendo de lidar também com os sentimentos da pessoa que se matou (FUKUMITSU et al., 2015).

Figura 12 – Escutar sem julgamento, crítica ou preconceito.



Fonte: Serena Wong/Pixabay

A perda de um ente querido pelo suicídio é muitas vezes chocante, dolorosa e inesperada. A tristeza que se segue após o falecimento pode ser intensa

e, como o luto é um processo individual e único, não há prazo determinado para sua finalização. Nesse sentido, é importante compreender que os familiares necessitam ser auxiliados na sua tentativa de se adaptarem à vida sem o seu ente querido e, para tanto, é indicado que sejam escutados atentamente sem julgamento, críticas ou preconceitos.

Por conta do estigma, é comum que essas pessoas não compartilhem sua história, e tenham sentimentos que vão desde raiva, vergonha, descrença, desespero até estresse, depressão, culpa, solidão e medo (AAS, 2004). As pessoas ainda precisam lidar com a sensação de que algo poderia ter sido feito para evitar a morte por suicídio, o que ilustra a peculiaridade dessa situação (OPAS, 2011).

É comum que pessoas apresentem atitudes negativas sobre a morte por suicídio, baseadas em crenças culturais, religiosas e sociais. Veem como uma questão moral e não como um problema de saúde. Esse preconceito, além de



reprimir o compartilhamento da história por quem está sofrendo por medo do julgamento, ainda faz com que muitas vezes a família esconda a real causa da morte (OPAS, 2011).

Por isso, é necessário compreender que a família não deve ser vista somente como rede de vigilância e suporte, mas também como um grupo que necessita de atenção e que é profundamente impactado com a carga de violência e desgaste emocional que o suicídio representa (MULLER, 2017). Algumas ações importantes podem auxiliar os chamados “sobreviventes do suicídio”, e são bastante úteis para os profissionais de saúde:

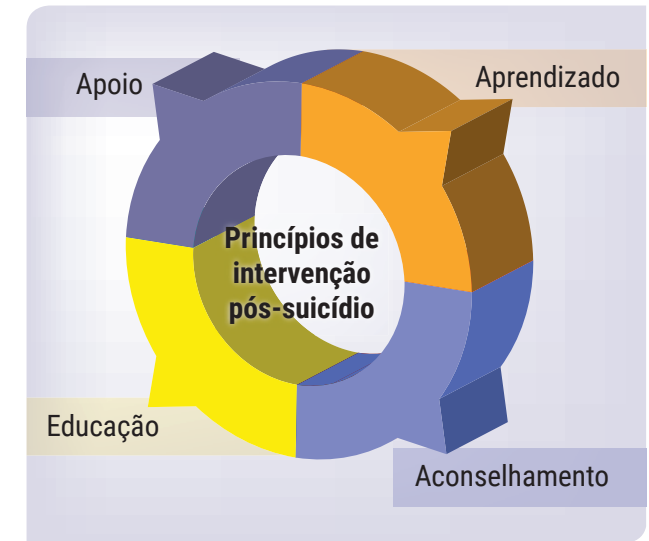
- Oferecer um espaço de escuta, que algumas vezes precisa ser particular, e questioná-los a respeito do que precisam. Deixar a pessoa que está sofrendo falar no seu próprio ritmo é extremamente importante.
- Falar mais de uma vez sobre o que aconteceu é importante parte da diminuição do sofrimento. Saber disso pode ajudar o profissional a compreender que, muitas

vezes, é necessário ouvir mais de uma vez a mesma história (AAS, 2004).

- Outro ponto relevante é utilizar o nome da pessoa que faleceu em vez de “ele” ou “ela”. Isso a humaniza e dá conforto para quem está sofrendo sua perda. Da mesma forma, é importante lembrar que a empatia do ouvinte se diferencia de querer tirar a dor de quem está em sofrimento; ou seja, não se deve dizer como a pessoa deve agir ou que ela deve se sentir melhor agora (AAS, 2004).

Os quatro princípios de intervenção pós-suicídio são: **Apoio, Aprendizado, Aconselhamento e Educação**.

Uma das principais estratégias para a prevenção são os grupos de apoio à família, também chamados de Grupos de Suporte Mútuo para enlutados. Esses espaços ofertam escuta, acolhimento e informação aos familiares que são diretamente afetados na morte por suicídio (MULLER, 2017).



Os grupos de apoio são úteis para os participantes expressarem seus sentimentos, contar sua história e compartilhar com outros que tiveram um evento similar. Podem auxiliar no processo de cura (AAS, 2004).

Há muito poder de cura no compartilhamento do sofrimento e de experiências comuns, pois isso ajuda a quebrar o sentimento de estar isolado ao oferecer um espaço que mostra que as pessoas não estão sozinhas em suas jornadas (OPAS, 2011).

As redes de apoio encontradas na comunidade também se configuram como importantes no compartilhamento de experiências e podem ser de amizade, familiares, grupos religiosos ou espirituais e não necessariamente precisam ser grupos específicos sobre suicídio. Estas redes podem dar suporte tanto no momento logo após o suicídio com as questões práticas relacionadas ao funeral, depoimentos à polícia, se necessário, bem como outras decisões e oferecer apoio no momento de contar para pessoas próximas sobre a morte (OPAS, 2011).

Assim como na prevenção, na posvenção o trabalho em equipe e a atuação multidisciplinar são bases para manejar de maneira adequada as questões relacionadas ao suicídio nos dispositivos de saúde, tendo em vista a complexidade desse fenômeno. Os profissionais devem se comunicar e articular suas ações de forma integrada, aproveitando a diversidade de saberes e práticas em saúde mental que cada área tem como contribuição (MULLER, 2017).

Figura 13 – Na posvenção o trabalho em equipe e a atuação multidisciplinar são bases para o manejo de questões relacionadas ao suicídio.



Fonte: Pixabay

É importante compartilhar os casos atendidos para ampliar as possibilidades de intervenção, ou seja, priorizar o trabalho em rede com atenção para o diagnóstico, para humanização no atendimento, atenção às peculiaridades de cada pessoa atendida, estimular o envolvimento da família no tratamento e também apoiá-la nas suas necessidades (MULLER, 2017).

Outro fator relevante é aprender com a morte de qualquer pessoa, qualquer que seja a causa; muitas instituições hospitalares desenvolvem as “sessões de mortalidade”: oportunizam revisar de modo objetivo os casos fatais, e são realizadas como um exercício de aprendizado, sendo conduzidas de uma forma não julgadora e sim de apoio. O desenvolvimento deste grupo deve ser realizado por um profissional experiente em grupo e em suicídio (KUTCHER; CHEHIL, 2007). Procure também conhecer se na sua área de abrangência existe algum grupo que possa dar suporte às pessoas que tiveram um amigo ou familiar que suicidou-se. Este pode ser um importante ponto de apoio incorporado à rede de atenção.



Para saber um pouco mais sobre posvenção, leia este artigo de Karina Okajima Fukumitsu, que é estudiosa no assunto. Acesse: <https://jornal.usp.br/artigos/posvencao-uma-intervencao-dolorida-porem-necessaria/>

Nos casos de óbito por suicídio, as famílias ou a própria equipe de saúde podem ter dificuldades em reconhecer esta situação. A busca da adequada identificação, com investigação pelos órgãos responsáveis e com o registro do suicídio na declaração de óbito é importante para dar visibilidade a esta situação no país. No entanto, lembrando que assim como no caso da notificação, para além das questões epidemiológicas e legais estão os cuidados necessários com as pessoas envolvidas na situação.

Recomendação de leituras complementares



Suicídio: saber, agir e prevenir.

Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/campanhas/Prevencao_do_suicidio_2017/folheto_Suicidio_PublicoGeral_150x210.pdf>.

Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020. Disponível em: <https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf>.

MI-mhGAP 2.0: Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde.

Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49096/9789275719572-por.pdf>>.

Cartilha Suicídio: informando para prevenir.

Disponível em: <<http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index9/?numero=14>>.

Instruções para o preenchimento

Ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada.

Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/via/DIC_DADOS_NET_Violencias_v5.pdf>.



CASO CLÍNICO

Nas próximas páginas você acompanhará um caso clínico, proposto pelos autores do módulo, com ações, orientações e cuidado da equipe de saúde após uma tentativa de suicídio.

Convidamos você para a leitura, com objetivo de visualizar um caso que é fictício, mas que pode ajudar a compreender casos reais e identificar as possibilidades de formação de uma rede de apoio, de um atendimento interdisciplinar e multiprofissional.

Maria Clara, 19 anos, solteira, desempregada, reside com a mãe e vai à Unidade Básica de Saúde (UBS) acompanhada da genitora, solicitando atendimento após tentativa de suicídio.

Ao serem atendidas pela enfermeira do serviço, informam que há dois dias a jovem ingeriu medicação com a intenção de tirar a própria vida e, após ser encontrada em casa pela mãe, não recebeu nenhum atendimento médico ou de

qualquer outro profissional e serviço da rede de saúde do município.

Ao exame, Maria Clara apresenta-se lúcida e orientada, com humor deprimido, pensamentos predominantemente negativos e de menos valia, sem delírios ou alucinações. Ela refere manter a ideia suicida. A enfermeira observa cicatrizes em punhos e Maria Clara confirma ter episódios de automutilação há alguns meses. Queixa-se de conflitos familiares, sente-se incompreendida, refere que a mãe está com depressão e é bastante agressiva verbalmente com ela, porém não realiza tratamento regularmente; ora toma as medicações prescritas pelo médico da Unidade Básica de Saúde, ora não. A enfermeira verificou os sinais vitais, que estavam estáveis e procurou ouvir a jovem sem julgá-la, explicando que existem profissionais e serviços de saúde disponíveis para auxiliá-la.

Após o relato da jovem e sua acompanhante, a enfermeira realizou notificação da tentativa de suicídio à vigilância epidemiológica do

município por meio do preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada, conforme orientações da Portaria GM/MS N° 1.271/2014.

A enfermeira orientou, também, a respeito da importância do atendimento médico após a tentativa de suicídio, o qual deve ocorrer no pronto-socorro do município ou por meio do acionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a depender da situação. No caso, Maria Clara está bem no momento e já havia passado o período de risco relacionado às medicações ingeridas, mas todo paciente que ingeriu substância ou feriu-se gravemente deve ser levado a um dos pontos da Rede de Urgência e Emergência para avaliação imediata. Algumas substâncias podem levar horas ou dias para trazer graves consequências e o risco não deve ser negligenciado. Maria Clara passou por avaliação médica, estando estável. Ambos os profissionais concordaram quanto à necessidade do seguimento especializado.

Posteriormente, a enfermeira entra em contato com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município, relatando a situação por telefone à psicóloga do local e solicitando apoio do serviço de saúde mental no tratamento de Maria Clara.

Informa Maria Clara e sua mãe que serão atendidas também pelo CAPS, que dispõe de tratamento especializado em seu município e orienta a genitora para que mantenha a supervisão constante de Maria Clara, restringindo o acesso a medicamentos e outros objetos que podem ser utilizados para autoagressão. Foi reforçada a orientação de que havendo nova tentativa ou agravamento do quadro, devem procurar atendimento de urgência.

Na mesma semana, é realizado o atendimento de Maria Clara pela psicóloga do CAPS, e ainda refere estar deprimida e com pensamentos de morte, mas sem ideação suicida ou planos estruturados. A psicóloga sugere que ela frequente um dos grupos terapêuticos que ocorrerá no dia seguinte. A profissional elabora conjuntamente com a

equipe de saúde e a jovem um Projeto Terapêutico Singular com frequência de duas vezes na semana, incluindo atividades de psicoterapia individual e atividades em grupo supervisionado. Além disso, é realizado agendamento de consulta psiquiátrica para a mesma semana, com encaixe nas vagas emergenciais. A mãe comprometeu-se a realizar seu tratamento de forma regular, conforme solicitação da equipe do CAPS, entendendo a importância do seu tratamento para a saúde mental de sua filha.

A psicóloga retorna à enfermeira da Atenção primária à saúde as condutas que foram realizadas pela equipe do CAPS e ambas acordam manter contato periódico até estabilização do quadro de Maria Clara. A enfermeira concorda com a importância da adesão ao tratamento para depressão da mãe na Unidade Básica de Saúde, agenda atendimento e aciona a equipe do NASF para acompanhamento do caso.

RESUMO DO CURSO

Apresentamos neste curso os fatores de risco, as possibilidades de intervenção e os recursos para prevenção do suicídio. Para desenvolver estas ações, é importante o conhecimento dos fatores de risco para sua identificação precoce.

Tratamos dos fatores de proteção, os quais são definidos como aqueles que diminuem a probabilidade de levar adiante o suicídio, mesmo quando vários fatores de risco estão presentes. Apontamos também alguns mitos sobre o suicídio e ações que você como profissional da saúde pode desenvolver em articulação com os serviços de Atenção Psicossocial.

Destacamos que os casos de tentativa de suicídio são de notificação compulsória e imediata à

vigilância epidemiológica do município; esta deve ser realizada pelo profissional de saúde que prestar o primeiro atendimento à pessoa que tentou o suicídio em até 24 horas após o atendimento pelo meio mais rápido disponível (BRASIL, 2014).

Foram elencadas algumas ações importantes de posvenção, as quais têm como objetivo diminuir os impactos sofridos pelos enlutados e evitar novas mortes ou tentativas.

Por fim, o caso clínico trouxe a possibilidade de dar visibilidade para a teoria com orientações sobre alguns caminhos possíveis para formação de uma rede de atendimento.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ASSOCIATION OF SUICIDOLOGY. **Helping Survivors of Suicide:** What Can You Do? Prevention. 2004. Disponível em: <http://www.suicidology.org/portals/14/docs/survivors/loss%20survivors/hepling-survivors-of-suicide_what-can-you-do.pdf>. Acesso em 23 fev. 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio:** informando para prevenir. 2014. Disponível em <https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf>. Acesso em 17 fev. 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Suicídio: informando para prevenir. Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. Brasília: CFM/ABP, 2014. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf>. Acesso em 23 fev. 2019.

BEAUTRAIS, A. L. National strategies for the reduction and prevention of suicide. **Crisis**, v. 26, n. 1, p. 1-3, 2005.

BERTOLETE, J. M. Suicide prevention: at what level does it work? **World Psychiatry**, v. 3, n. 3, p. 147-151, 2004.

BRASIL. **Agencia Saúde.** Novos dados reforçam a importância da prevenção do suicídio. 2018. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44404-novos-dados-reforcam-a-importancia-da-prevencao-do-suicidio>>. Acesso em 05/06/2019.

BRASIL. Portaria nº 2.542, de 22 de dezembro de 2005. Institui Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2542_22_12_2005.html>. Acesso em 23 fev. 2019.



Prevenção ao suicídio

BRASIL. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de Saúde Mental. Organização: Carlos Felipe D'Oliveira e Neury José Botega. Brasil, 2006. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf>. Acesso em 23 fev. 2019.

BRASIL. Portaria nº 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. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html>. Acesso em 23 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes brasileiras para um plano nacional de prevenção do suicídio. Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva**: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico] 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio, saber agir e prevenir. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Notificação de violência interpessoal/autoprovocada. Portaria GM/MS nº 1271/2014 e SINAN versão 5.0 20 de novembro de 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/acidentes-e-violencias/41893-notificacao-de-violencia-interpessoal-autoprovocada-portaria-gm-ms-n-1271-2014-e-sinan-versao-5-0>>. Acesso em 23 fev. 2019.

BRASIL. Portaria nº 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. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>. Acesso em 23 fev. 2019.

CARVALHO, K. et. al. **Suicídio**: o último estágio da dor humana. Repositório digital UNIVAG. 2017. Disponível em: <<http://www.repositoriodigital.univag.com.br/index.php/Psico/article/view/93>>. Acesso em 23 fev. 2019.

CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. Nota informativa: notificação de intoxicação exógena por agrotóxicos no Sinan. Porto Alegre, 2015. Disponível em: <<https://cevs-admin.rs.gov.br/upload/arquivos/201801/16132954-nota-informativa-intox-exog-agrotoxico.pdf>>. Acesso em 23 fev. 2019.

FLEISCHMANN, A. et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. **Bull. World Health Organ**, v. 86, n. 9, p. 703-709, 2008.

FUKUMITSU, K. et al. Posvenção: uma nova perspectiva para o suicídio. **Revista Brasileira de Psicologia**, v. 2, n. 2. Salvador, 2015.

HEGERL, U. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. **Psychological Medicine**, v. 36, n. 9, p. 1225-1233, 2006.

HEGERL, U. et al. The 'European Alliance Against Depression (EAAD)': a multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. **World J. Biol. Psychiatry**, v. 9, n. 1, p. 51-58, 2008.

KUTCHER, S.; CHEHIL, S. **Manejo do risco de suicídio**. S/I: Lundbeck Institute, 2007.

MRAZEK, P. J.; HAGGERTY, R. J. **Reducing risks for mental disorders**: Frontiers for preventive intervention research. Washington, DC: National Academy Press, 1994.

MULLER, S. A.; PEREIRA, G.; ZANON, R. B. Estratégias de prevenção e posvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Rev. Psicol. IMED**, Passo Fundo, v. 9, n. 2, p. 6-23, dez. 2017. Disponível em: <<https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/1686>>. Acesso em 23 fev. 2019.

OMS. **Prevenção ao suicídio**: um recurso para conselheiros. Genebra, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf>. Acesso em 23 fev. 2019.

OPAS. **Hope and Healing After Suicide**: A practical guide for people who have lost someone to suicide in Ontario. Centre for Addiction and Mental Health. Canadá, 2011. Disponível em: <<https://www.camh.ca/-/media/files/guides-and-publications/hope-and-healing-en.pdf>>. Acesso em 23 fev. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção do suicídio**: um manual para profissionais da saúde em Atenção Primária. Geneva: Organização Mundial de Saúde, 2000. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf>. Acesso em 23 fev. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Saúde pública ação para a prevenção de suicídio: uma estrutura. 2012. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/documento-suic%C3%ADdio-traduzido.pdf>>. Acesso em 23 fev. 2019.



Prevenção ao suicídio

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, DC: OPS, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf?sequence=1>. Acesso em 23 fev. 2019.

RIBEIRO, N. M. et al. Análise da tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. **Texto & Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 2, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180002110016>>. Acesso em 23 fev. 2019.

SILVA, M. M. A. Perfil do Inquérito de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 26, n. 1, jan.-mar. 2017.

SILVA, N. K. N. et al. Ações do enfermeiro na atenção básica para prevenção do suicídio. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v. 13, n. 2, p. 71-77, abr.-jun. 2017. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v13n2/03.pdf>>. Acesso em 23 fev. 2019.

SOUSA, S. P. O. et al. Conhecimento sobre doenças e agravos de notificação compulsória entre profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Teresina, estado do Piauí, Brasil - 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 465-474, set. 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000300012&lng=en&nrm=isso>. Acesso em 23 fev. 2019.

STUCKLER, D.; BASU, S.; SUHRCKE, M.; MCKEE, M. **The health implications of financial crisis: a review of the evidence.** *Ulster Med J.*, v. 78, n. 3, p. 142-5, 2009.

VIEIRA, F. S. Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas? Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, ago. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Manual mhGAP de Intervenções para Transtornos Mentais, Neurológicos e por Uso de Álcool e outras Drogas para a Rede de Atenção Básica à Saúde.** World Health Organization, 2010. Disponível em: <https://www.who.int/mental_health/publications/IG_portuguese.pdf>. Acesso em 23 fev. 2019.



MINICURRÍCULO DAS AUTORAS

Carmem Regina Delzivo

Possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (1985), graduação em Licenciatura Em Enfermagem pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (1985), mestrado em Ciências da Saúde Humana pela Universidade do Contestado (2003) e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (2015). Atua na Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Tem experiência na área de Saúde Pública, com ênfase em Gestão, atuando principalmente nos seguintes temas: políticas de saúde, atenção primária à saúde, regulação, redes de atenção à saúde, saúde da mulher, da criança, vigilância da violência e do óbito materno, infantil e fetal e violência.

Deysi Mendes Porto

Graduação em Medicina pela Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL); residência Médica em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq-SC); preceptora do Programa de Residência Médica em Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina; psiquiatra contratada da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina; Coordenadora Estadual de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina.

Larissa de Abreu Queiroz

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (2013), Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (2015) e Especialista em Gestalt Terapia pelo Comunidade Gestáltica Clínica e Escola de Psicoterapia, Florianópolis, SC (2016). Cursando Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina. Orientadora de Trabalhos de Conclusão do Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica do Programa Mais Médicos. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Dependência Química, Álcool e outras drogas da Universidade Federal de Santa Catarina. Psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) do município de Içara, Santa Catarina.