

SMS - RJ / SUBPAV / SAP

Rua Afonso Cavalcanti, 455/8º andar
Cidade Nova
CEP: 20.211-110
Rio de Janeiro / RJ

www.rio.rj.gov.br/web/sms



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS



Coleção Guia de Referência Rápida

Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção

Versão Profissional

Rio de Janeiro, 1ª edição/2016

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS

Superintendência de Atenção Primária

Coleção Guia de Referência Rápida

Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção

Versão Profissional

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

1° edição

SMS/RJ
PCRJ © 2016

**Prefeito**

Eduardo Paes

Secretário Municipal de Saúde

Daniel Soranz

Subsecretário de Gestão Estratégica e Integração da Rede de Saúde

José Carlos Prado Jr.

Subsecretária de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde

Betina Durovni

Subsecretário de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência

Mario Celso da Gama Lima Jr

Superintendente de Atenção Primária em Saúde

Guilherme Wagner

Superintendente de Saúde Mental

Hugo Fagundes

Coordenação Técnica

Débora S. Teixeira

Fabiane Minozzo

Hélio Antônio Rocha

Lorena Gasparini Caran

Luara Lima

Colaboração

Camila Bahia

Cristina Alvim Castello Branco

Denise Arduini

Dilma Cupti

Hugo Fagundes

Jeanne de Souza Lima

Laura Sarmento

Marcello Queiroz

Marina Carvalho

Patrícia Mondarto

Rafaella Oliveira

Sandra Torturella Lobo

Silvana Caetano

Revisão Técnica

Carlos Estellita-Lins

Humberto Sauro Victorino Machado

Marcele Bocater Paulo de Paiva

Sandra Lucia Correia Lima Fortes

Diagramação

Victor Soares Rodrigues pereira

Índice

PARA COMPARTILHAR ATITUDES DE VALORIZAÇÃO DA VIDA

●	1. Introdução	5
	■ Cuidados centrados na pessoa	7
	■ Violências autoprovocadas e suicídio: definições	9
●	2. Cenário epidemiológico do suicídio e das tentativas notificadas	10
●	3. Mitos mais comuns sobre suicídio	14

AVALIAÇÃO: O QUE FAZER E QUANDO FAZER

●	4. Papel da APS na prevenção, avaliação e abordagem do risco de suicídio	16
	■ Abordagem de risco	17
	■ Fatores de risco e proteção para o suicídio	20
	■ Como abordar uma pessoa cujas atitudes ou discurso denunciam que há vontade de morrer?	23
	■ Depressão e risco de suicídio	23
	■ Avaliação do risco de suicídio	28
	■ Transtornos mentais graves e risco de suicídio	30

JÁ FAZENDO: LINHAS DE CUIDADO IMEDIATAS E PROLONGADAS

●	5. Tomada de decisão: internação, acompanhamento intensivo, tratamento com monitoramento	31
●	6. Internação	34
	■ Internação Domiciliar	35
	■ Acompanhamento intensivo	36
●	7. Tratamento medicamentoso	37

●	8. Abordagens terapêuticas para profissionais da atenção primária à saúde	46
■	Contrato	47
■	Uso de telefonemas na crise	47
■	Terapia de Resolução de Problemas	48
■	Intervenção Breve Interpessoal	50
■	Abordagem familiar	55
■	Grupos na APS para prevenção do suicídio e para familiares	58
●	9. Quando acontece um suicídio	60
●	10. O contexto da Promoção da Saúde na abordagem das violências autoprovocadas	62
■	Mediação de Conflitos	62
■	Núcleo de Promoção da Saúde da Solidariedade e Prevenção das Violências e Grupos Articuladores Regionais (GAR)	64
■	Programa de Saúde na Escola	65
■	Rede de Adolescentes e jovens promotores de saúde (RAP)	66
●	11. A rede de atenção psicossocial no cuidado às pessoas em risco de suicídio	68
■	Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)	70
■	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	75
■	Atenção de Urgência e Emergência	76
●	12. Notificação das Violências Autoprovocadas	77
●	ANEXO	80
●	Referências bibliográficas	84

1. Introdução

O suicídio é visto, frequentemente, como o resultado de um processo de decisão onde se consideram os aspectos positivos e negativos em estar vivo, chegando-se à conclusão que é melhor morrer. No entanto, estas situações são exceção ⁽¹⁾ pois, na maioria das vezes, ele está ligado a problemas de saúde mental ⁽²⁾ que, se diagnosticados e tratados apropriadamente, podem levar a uma diminuição das tentativas e mortes relacionadas a ele.

Trata-se de um ato cujo risco pode aparecer em diversos tipos de agravos de saúde mental ou relacionados a doenças físicas crônicas ou doenças terminais.

Sendo considerado um problema de saúde pública, o suicídio demanda a atenção de toda a sociedade ⁽³⁾. Frequentemente, a pessoa que pensa em se matar não busca o serviço de saúde mental. Ela tenta falar sobre estes pensamentos com seus parentes, conhecidos ou com profissionais de serviços de saúde, como os da Atenção Primária (AP). As pessoas que fazem uma tentativa, quando são atendidas em serviços de saúde, geralmente chegam ao pronto-atendimento, emergência ou centros de terapia intensiva, dependendo da gravidade clínica da investida.

A prevenção do suicídio abrange desde a oferta das condições mais adequadas para o atendimento e tratamento efetivo das pessoas em sofrimento psíquico até o controle ambiental dos fatores de risco. São elementos considerados essenciais para ações de prevenção do suicídio: o aumento da sensibilidade para percepção da presença do risco e a divulgação de informações apropriadas.

A abordagem do risco de suicídio e sua prevenção são de responsabilidade de todos os profissionais de saúde, não importando em qual nível de atenção trabalhem. No entanto, a Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa um papel privilegiado no cuidado e na articulação da rede de suporte da pessoa em risco e no apoio aos familiares e amigos. Ela parte de um entendimento ampliado do processo saúde-doença, de modo que coordena o cuidado, racionalizando o uso de tecnologias e recursos terapêuticos mais caros, estruturando o cuidado em diferentes níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), podendo também utilizar outros recursos da comunidade na construção do suporte necessário ⁽⁴⁾.

Diante do aumento das notificações de tentativas de suicídio e de óbitos por suicídio no Município do Rio de Janeiro, considerando a escassez de manuais sobre o tema no Brasil e a necessidade de orientar ações com base em evidências, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro produziu este guia de referência rápida.

Este guia tem como objetivo apoiar as equipes da Atenção Primária à Saúde e os Núcleos de Apoio de Saúde da Família nas ações de cuidado e prevenção do suicídio, propondo ações integrais, além de orientar as equipes em:

- 1) Identificar [pessoas em] risco de suicídio e avaliar [sua] gravidade;
- 2) Tomar decisão sobre a linha de cuidados que deve ser adotada (sustentada por evidência científica e princípio da integralidade);
- 3) Articular intervenções da rede durante o processo terapêutico (pautado na integralidade) buscando remissão de ideação e resolução dos agravos associados;
- 4) Ações de promoção e prevenção em saúde mental (articulando-se em rede; - permitindo registro, avaliação, pesquisa concomitante e sobretudo ulterior; - encarregando-se também desde a crise até estratégias de adesão a longo prazo).

O suicídio não é, por si só uma doença ou um transtorno mental, nem necessariamente a manifestação de um, mas muitos transtornos mentais estão frequentemente associados ao suicídio ⁽⁵⁾.

■ Cuidados centrados na pessoa

A Atenção Primária à Saúde contribui para a ampliação do acesso aos cuidados em saúde mental à população. É importante que haja inclusão da pessoa nas decisões clínicas e considerar sua história, favorecendo o acolhimento e o vínculo entre quem cuida e quem é cuidado. Desse modo, o manejo terapêutico precisa levar em conta as necessidades, as preferências e escolhas dessas pessoas.

O atendimento da pessoa com risco de suicídio exige cuidado na sua abordagem. O diálogo deve oferecer condições para que as pessoas em sofrimento, familiares e cuidadores se envolvam nas decisões terapêuticas.

A Medicina de Família e Comunidade tem como uma de suas referências o Método Clínico Centrado na Pessoa, que se contrapõe ao modelo biomédico tradicional, centrado na doença. Neste modelo procura-se compreender a perspectiva do indivíduo sobre seu processo de adoecimento dentro de uma avaliação integral do sujeito, incluído em sua família e comunidade.

Tomando como base os seis componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa⁽⁶⁾ é importante:

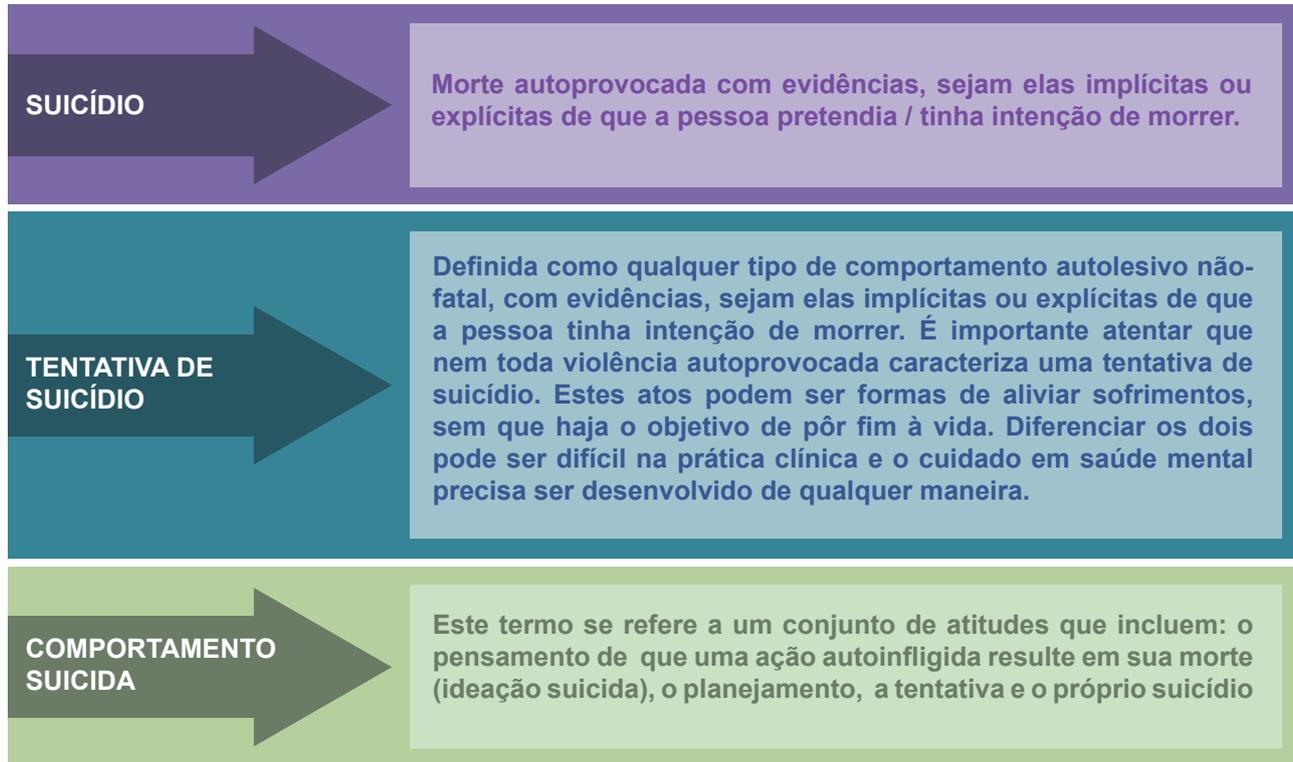
1. Explorar a doença e a experiência de adoecimento;
2. Entender a pessoa como um todo;
3. Elaborar um plano conjunto de manejo de problemas;
4. Incorporar prevenção e promoção de saúde;
5. Intensificar o relacionamento entre pessoa e o profissional de saúde (médico, enfermeiro, etc);
6. Ser realista.

Entende-se que estes princípios podem ser um recurso na abordagem de pessoas em risco de suicídio, na medida em que:

- ◆ Trabalha com a perspectiva do sujeito construída a partir de suas narrativas de experiência de adoecimento;
- ◆ Compreende a pessoa dentro de seu contexto físico, individual, familiar e comunitário auxiliando na compreensão e construção de estratégias de enfrentamento de crise;
- ◆ Constrói conjuntamente o projeto terapêutico singular para indivíduos com risco de suicídio;
- ◆ Tem consciência dos sentimentos que podem estar presentes durante os atendimentos, interfere na condução dos mesmos. Por exemplo: medo; raiva; desejo de se liberar do paciente (muitas vezes através de encaminhamentos); expectativas muito positivas que sobrecarregam a pessoa em crise; quando os profissionais não acreditam que o paciente será capaz, ou que seja possível evitar um desfecho fatal (contratransferência negativa). Há casos em que se aposta demais e noutros de menos.

Estes componentes funcionam como norteadores, não só na abordagem, mas também na construção de práticas de cuidado, tornando-o mais resolutivo e inclusivo. Leia mais no livro de Medicina Centrada na Pessoa ⁽⁶⁾.

■ Violências autoprovocadas e suicídio: definições



Fonte: Adaptado de WHO, 2014 ⁽³⁾, APA, 2010 ⁽⁷⁾.

2. Cenário epidemiológico do suicídio e das tentativas notificadas

No mundo:

- » O suicídio é a segunda principal causa de morte entre as pessoas entre 15 e 29 anos, no entanto, a incidência de suicídio em pessoas com 70 anos ou mais é elevada.
- » Em geral, homens cometem mais suicídio do que as mulheres, embora estas apresentem maior número de tentativas.
- » Estima-se que cerca de 90% dos indivíduos que puseram fim às suas vidas cometendo suicídio tinham algum transtorno mental e que, na época, 60% deles estavam deprimidos.
- » A quantidade de tentativas é de 10 a 20 vezes mais alta que a de mortes.
- » A ingestão de pesticidas, enforcamento e armas de fogo estão entre os métodos mais utilizados.
- » A redução da perda de vidas devido a suicídios tornou-se um objetivo internacional essencial em saúde mental. A meta de ação de Saúde Mental da OMS é a redução em 10% até 2020.

FONTE: Relatórios da OMS, 2012 ⁽⁶⁾; 2014 ⁽⁹⁾; 2015 ⁽¹⁰⁾; 2016 ⁽¹¹⁾.



Imagem cedida pelo Prof. Dr. Neury Botega, UNICAMP, adaptada mediante autorização pelo grupo de pesquisa PesqSui Fiocruz, Prof.Dr. Carlos Estellita-Lins

Em números aproximados, de cada 100 pessoas de uma comunidade urbana, 17 pensam em suicídio em algum momento da vida, 5 planejam e 3 realizam uma tentativa. Das três pessoas que realizam a tentativa, somente uma é atendida em pronto socorro ⁽¹²⁾.

Violência autoprovocada no município do Rio de Janeiro:

Houve um aumento expressivo na quantidade de notificações de violências autoprovocadas em relação ao total de notificações das demais violências (em 2010 foram 12 violências autoprovocadas de um total de 758 violências notificadas (2%) e no ano de 2015 foram 862 violências autoprovocadas de um total de 6.157 violências notificadas (14%).

No ano de 2015:

- » 65% foram mulheres;
- » 73% das notificações ocorreram entre os adultos e destes, a maior proporção na faixa etária entre 20 e 29 anos (25%);
- » 28 % com histórico de tentativa de suicídio anterior;
- » 67% foram por meio do uso de substância (pesticidas - chumbinho, medicamentos - e 11% por meio de perfuro-cortante;
- » A residência foi o local de ocorrência mais frequente (78 %) e a maioria dos casos foi notificada na própria Área Programática (AP) da residência.

FONTE: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – residentes MRJ, 2010 e 2015.

O Suicídio no Município do Rio de Janeiro

- » A proporção de mortes por suicídio tem apresentado aumento dentre as causas externas - 2,6% em 2010 (144 óbitos); 3,9% em 2014 (184 óbitos);
- » Desde 2010, a taxa de mortalidade por suicídio permanece em torno de 3,0 óbitos por mil habitantes;
- » O sexo masculino apresenta as maiores taxas de mortalidade: 5,6 óbitos por 100 mil homens em 2001 e 4,4 óbitos por 100 mil em 2014;
- » Observa-se aumento das taxas dentre as mulheres - 1,0 óbito por mil em 2000 para 1,6 óbitos por mil em 2014;
- » 74% das mortes por suicídio no ano de 2014 ocorreram em adultos, com destaque para a faixa etária entre 30 e 39 anos, ou seja, 25% do total de óbitos. Chama atenção os idosos (60 anos ou mais) com 19% do total;

FONTE: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) – residentes MRJ, 2000-14.

Conhecer os dados e o perfil apresentado pelo município do Rio de Janeiro ajuda a compreender a magnitude das violências autoprovocadas e dos suicídios: por um lado, são os homens adultos e idosos os mais encontrados nos dados de mortalidade, por outro, são as mulheres jovens que chamam mais atenção para as notificações de tentativa de suicídio. Vale lembrar a importância de um trabalho a ser feito na área da prevenção do suicídio, nos vários ciclos de vida, tendo em vista o perfil encontrado nas tentativas e suicídios.

Ainda são necessários avanços, mas já se observa um aumento no número de notificações, o que provavelmente traduz maior sensibilidade dos profissionais em comunicar os casos atendidos. É importante considerar o real aumento do número de casos de violência autoprovocada, apesar da subnotificação, tendo em vista o risco de morte, além do sofrimento individual e coletivo.

Saiba mais em <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/vigilancia-epidemiologica-dant>

3. Mitos mais comuns sobre suicídio

MITO 1. Se um profissional falar com o paciente sobre suicídio, o profissional está dando a ideia de suicídio à pessoa.	FALSO. Simplesmente perguntar aos pacientes se estes pensam em fazer-se mal, não causa comportamento suicida, ao contrário, protege. Na verdade, reconhecer que o estado emocional do indivíduo é real, e conversar sobre a situação induzida pelo stress são componentes necessários para a redução da ideação suicida. Uma entrevista de avaliação na suspeita de risco costuma produzir alívio emocional transitório e aumento da confiança na equipe.
MITO 2. As pessoas que falam sobre o suicídio não farão mal a si próprias, pois querem apenas chamar a atenção.	FALSO. Ao contrário do que se pensa, quando um indivíduo falar de ideação, de intenção ou de um plano suicida, deve ser levado a sério.
MITO 3. O suicídio é sempre impulsivo e acontece sem aviso.	FALSO. A maioria dos casos acontece de modo premeditado e as pessoas deram avisos de suas intenções anteriormente. A impulsividade pode e deve ser adequadamente avaliada por escalas clínicas e ocorre em adolescentes em sofrimento psíquico, abuso de álcool e estimulantes, transtorno de personalidade e transtorno bipolar do humor.
MITO 4. Os indivíduos suicidas querem mesmo morrer ou estão decididos a matar-se.	FALSO. A maioria das pessoas nesta situação experimenta sentimentos ambivalentes sobre o suicídio e ficam em dúvida se devem fazê-lo, considerando motivos para morrer e para viver. Muitas vezes já relataram ou deram pistas destes pensamentos a uma ou mais pessoas.

<p>MITO 5.</p> <p>Quando um indivíduo mostra sinais de melhoria ou sobrevive a uma tentativa de suicídio, está fora de perigo.</p>	<p>FALSO.</p> <p>Na verdade, um dos períodos mais perigosos é logo após a crise, ou quando a pessoa está no hospital, na sequência de uma tentativa. Deve-se atentar para a semana (e o mês) que se segue à alta do hospital, pois há perigo do paciente tentar novamente o autoextermínio ou fazer mal a si.</p>
<p>MITO 6.</p> <p>O suicídio é sempre hereditário.</p>	<p>FALSO.</p> <p>Nem todos os suicídios podem ser associados à hereditariedade, no entanto, a história familiar de suicídio é um fator de risco importante para o comportamento suicida, particularmente em famílias onde a depressão é comum.</p>
<p>MITO 7.</p> <p>Os indivíduos que tentam ou cometem suicídio têm sempre algum agravamento à saúde mental.</p>	<p>FALSO.</p> <p>O comportamento suicida indica que a pessoa enfrenta algum sofrimento emocional ou dificuldade. A presença do risco de suicídio não implica na existência de um agravamento à saúde mental. Apesar de frequente, esta associação não deve ser sobrestimada. A proporção relativa destas perturbações varia de lugar para lugar e há casos em que nenhuma perturbação mental foi detectada, e sim, situações outras de vulnerabilidade pessoal, econômica e/ou social.</p>
<p>MITO 8.</p> <p>O suicídio só acontece “àqueles outros tipos de pessoas,” não a nós.</p>	<p>FALSO.</p> <p>O suicídio pode acontecer a qualquer pessoas e encontra-se em todos os tipos de sistemas sociais e de famílias. Por isso, é fundamental investir em prevenção e identificar situações possíveis de vulnerabilidade, investindo em tratamentos precoces.</p>
<p>MITO 9.</p> <p>Após uma pessoa tentar cometer suicídio uma vez, nunca voltará a tentar novamente.</p>	<p>FALSO.</p> <p>As tentativas de suicídio são mais prevalentes quando há tentativas de suicídio anteriores, por isso as pessoas que efetuaram essas tentativas necessitam de avaliação cuidadosa, juntamente ao tratamento e acompanhamento regular através de contato telefônico, visita domiciliar ou estratégias de cuidado permanentes.</p>

FONTE: Adaptado de OMS, 2006 ⁽¹⁴⁾



ATENÇÃO! Nem todos os suicídios podem ser evitados, mas a maioria pode ser prevenida.

4. Papel da APS na prevenção, avaliação e abordagem do risco de suicídio

Como porta de entrada e contato preferencial do sujeito com o sistema de saúde, a Atenção Primária tem como objetivo realizar ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e de prover cuidado, garantindo acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção a pessoas e famílias residentes em sua área de atuação.

O suicídio extrapola os limites da psiquiatria e psicologia, de tal forma que os profissionais da Atenção Primária são essenciais para sua prevenção, objetivando a redução dos índices de tentativas e de suicídios consumados ⁽¹⁵⁾.

O suicídio constitui emergência médica, pois envolve em risco de morte. Em relação ao papel da APS na prevenção do suicídio é importante considerar ⁽¹⁶⁾:

Estudo internacional ⁽¹⁶⁾ que analisou 40 artigos científicos em 06 países (Reino Unido, Suécia, Canadá, Finlândia, Noruega e Estados Unidos) sobre contato com serviços de atenção primária e saúde mental por pessoas que cometeram suicídio, evidenciou que:

- » Dois terços dos que cometem suicídio comunicaram claramente essa intenção a parentes próximos ou amigos, na semana anterior.
- » 45% dos que morreram por suicídio foram atendidos por profissionais da APS no mês anterior a sua morte. Destes, 19% se consultaram com um profissional de saúde mental.
- » No ano anterior ao suicídio, 77% das pessoas foram atendidas em serviços de Atenção Primária, enquanto 32% delas foram atendidas em serviços de saúde mental.
- » Esses dados indicam o quanto são importantes ações de prevenção ao suicídio no âmbito da APS.

■ Abordagem de risco

FALAR SOBRE SUICÍDIO É O PRIMEIRO PASSO PARA PREVENÍ-LO

Conversar sobre suicídio é um tabu, mas ao contrário do que se pensa, perguntar sobre autoagressão ou suicídio **NÃO** provoca atos de autoagressão e suicídio. Falar direta e abertamente sobre ideação suicida e seus fatores de risco é a forma mais eficaz de abordar e manejar o risco de suicídio em adultos ⁽¹⁷⁾.

Nem sempre a pessoa expressa claramente seus pensamentos ou sentimentos relacionados ao suicídio, portanto, é necessário estar sensível para reconhecer que a vontade de morrer pode estar presente e abrir um espaço para o diálogo, permitindo que a pessoa fale sobre o que se passa com ela durante o atendimento, sem julgamentos ou interpretações.

Em geral, falar sobre o suicídio reduz a ansiedade associada aos pensamentos ou atos de autoagressão e ajuda a pessoa a se sentir compreendida e a aceitar ajuda. O suicídio é um assunto difícil de lidar. Muitos profissionais de saúde encontram as mesmas dificuldades que a população em geral, pois este tema é considerado um tabu.

Segue um caso como ilustração:

Claudete tem 62 anos e é viúva. Teve o diagnóstico de diabetes há 17 anos, passando a usar insulina há 2 anos. É também obesa, hipertensa e seus exames de sangue sempre estão alterados, com níveis de triglicéridos altos (acima de 300 mg/dL), assim como sua hemoglobina glicada, sempre acima de 9,5%. Durante o atendimento disse ser muito nervosa e por isso precisa tomar seu remédio tarja preta para dormir. A insônia começou depois que seu filho foi assassinado na comunidade onde mora, há 17 anos. Vizinhos vieram contar que o corpo do filho, que não tinha envolvimento com o tráfico, foi encontrado em um terreno baldio. Ela, então, viu o corpo do filho que fora espancado e depois morto a tiros. Depois disso, sua vida nunca mais foi a mesma, tendo esta perda interferindo no relacionamento com os outros 2 filhos e com o marido. Sente-se triste. No último mês teve um episódio de cetoacidose diabética e ficou em coma.

Quando questionada pelo novo médico da unidade sobre o motivo de não se cuidar, de não usar corretamente a insulina e seus outros medicamentos respondeu que preferia estar morta a continuar vivendo do jeito como está.



- ◆ **Como se dirigir a esta paciente?**
- ◆ **O que perguntar a ela?**
- ◆ **Como avaliá-la?**
- ◆ **Qual é o Projeto Terapêutico Singular para o caso?**

O caso ilustra, entre outras coisas, o indício de que falar sobre morte pelo médico, fez aparecer a posição dessa pessoa em relação à sua vida. Neste caso a dificuldade de adesão aos tratamentos se relacionava à vontade em morrer. É importante que o profissional de saúde reconheça no discurso do usuário possíveis “pistas” de que o pensamento de morrer ou de se matar pode estar presente. Em muitos casos, essas “pistas” podem aparecer a partir de relatos de comportamentos que indiquem uma relação frágil com a própria vida.

Relatos comuns de usuários com pensamentos suicidas:

“Eu ando pensando besteira.”

“Acho que minha família ficaria melhor se eu não estivesse aqui.”

“Eu sou um peso para os outros.”

“Estou com pensamentos ruins.”

“Era melhor que eu estivesse morto.”

“Eu não aguento mais.”

“As coisas não vão dar certo. Não vejo saída.”

“Eu preferia estar morto.”

Dizer que a pessoa “não deveria pensar assim pois é tão interessante, tão bela, tão inteligente, com emprego, com filhos tão lindos, com fé, tão rica, etc...”, não costuma ajuda-la. É preciso compreender o projeto de suicídio como um fato. Resulta de um conflito interior sério, que pode ser prolongado e até mesmo insolúvel. A pessoa fica fechada a conselhos e este tipo de atitude pretensamente confortadora frequentemente é interpretada pelo paciente como despreparo do interlocutor, que não compreenderia as forças com que tenta lidar e não se sentiria confortável com a gravidade da situação. É necessário dizer que existe tratamento e como será ofertado o plano terapêutico individualizado. Muitos autores recomendam um contrato de não-suicídio, renovado a cada encontro. À medida que os médicos e as equipes ganham experiência torna-se mais fácil dizer ao paciente que outros já estiveram daquele jeito – “existe tratamento para este problema de saúde e para qualquer agravo psiquiátrico”.

■ Fatores de risco e proteção para o suicídio

Conhecer as situações que atuam como fatores de risco para o suicídio pode auxiliar os profissionais de saúde na identificação de situações de risco e de crise. Como consequência, compreender os momentos de crise e dos fatores de proteção permite que os profissionais apoiem a pessoa e sua rede de apoio no enfrentamento de situações de risco, potencializando o uso de seus recursos na construção do projeto terapêutico singular.

FATORES DE RISCO

Fatores Sócio demográficos:

- Sexo masculino;
- Adultos jovens (19 a 49 anos) e idosos;
- Estados civis: viúvo, divorciado e solteiro (principalmente entre homens);
- Orientação homossexual ou bissexual;
- Ateus, protestantes tradicionais, católicos, judeus;
- Grupos étnicos minoritários.

Transtornos Mentais:

- Depressão, Transtorno afetivo bipolar, abuso/dependência de álcool e outras drogas, esquizofrenia, transtornos de personalidade (especialmente borderline);
- Comorbidade psiquiátrica (ocorrência de mais de um transtorno mental ao mesmo tempo);
- História familiar de doença mental;
- Falta de tratamento ativo e continuado em saúde mental;
- Ideação ou plano suicida;
- Tentativa de suicídio pregressa;
- História familiar de suicídio;

Fatores Psicossociais:

- Abuso físico ou sexual;
- Perda ou separação dos pais na infância;
- Instabilidade familiar;
- Ausência de apoio social;
- Isolamento social;
- Perda afetiva recente ou outro acontecimento estressante;
- Datas importantes (reações a aniversário);
- Desemprego
- Aposentadoria;
- Violência doméstica;
- Desesperança, desamparo;
- Ansiedade intensa;
- Vergonha, humilhação (bullying)
- Baixa autoestima;
- Desesperança;
- Traços de personalidade: impulsividade, agressividade, labilidade do humor, perfeccionismo;
- Rigidez cognitiva, pensamento dicotômico;
- Pouca flexibilidade para enfrentar adversidades.

Outros:

- Acesso a meios letais (armas de fogo, venenos);
- Doenças físicas incapacitantes, estigmatizantes, dolorosas e terminais;
- Estados confusionais orgânicos;
- Falta de adesão a tratamento, agravamento ou recorrência de doenças preexistentes;
- Relação terapêutica frágil ou instável;

FATORES DE PROTEÇÃO

Personalidade e Estilo Cognitivo:

- Flexibilidade cognitiva;
- Disposição para aconselhar-se em caso de decisões importantes;
- Disposição para buscar ajuda;
- Abertura para experiência de outrem;
- Habilidade para se comunicar;
- Capacidade para fazer uma boa avaliação da realidade;
- Habilidade para solucionar problemas da vida;

Estrutura Familiar:

- Bom relacionamento interpessoal;
- Senso de responsabilidade em relação à família;
- Presença de crianças pequenas em casa;
- Pais atenciosos e presentes;
- Apoio da família em situações de necessidade;

Fatores Socioculturais:

- Integração e bons relacionamentos em grupos sociais (colegas, amigos, vizinhos);
- Adesão a valores e normas socialmente compartilhados;
- Prática de uma religião e outras práticas coletivas (esportes, atividades culturais, artísticas)
- Rede social que oferece apoio prático e emocional;
- Estar empregado;
- Disponibilidade e acesso a serviços de saúde mental;

Outros:

- Gravidez, puerpério;
- Boa qualidade de vida;
- Regularidade do sono;
- Boa relação terapêutica.

FONTE: Extraído de Botega, 2015 ⁽¹⁸⁾

Fatores de Risco associados a outras especificidades ⁽¹⁹⁾

Destaca-se a importância de alguns fatores associados: problemas conjugais entre pais ou companheiros; mortes; separações; ambiente de moradia violento e que faltam comunicação e expressão de sentimentos; isolamento social; vivência de problemas mentais; convivência em espaço doméstico em que há abuso de álcool e drogas; castigos corporais em casa e na escola – ainda que seja com intuito de “educar”. Em geral, ações de prevenção e proteção destes tipos de violência neste ciclo de vida, visam dar lugar ao que a criança tem a dizer, aliado à escuta, suporte e às intervenções necessárias na família, na escola e na comunidade.

Vinculados à atividade laboral são conhecidos os casos de intoxicação por pesticida entre agricultores; por medicamentos entre médicos e estudantes de medicina ⁽²⁰⁾; por arma de fogo entre policiais e entre bancários por vários meios



Neste período etário, o suicídio e as tentativas crescem significativamente em relação ao período da infância, especialmente a partir dos 15 anos de idade. Os principais fatores de risco tanto para tentativas como para morte auto infligida são: sofrer violência física e abuso sexual; sofrer ameaças de colegas ou de outras pessoas; ter depressão; ter problemas de identidade de gênero; vivenciar um amor não correspondido; isolar-se socialmente; ter problemas de desempenho escolar e de comunicação com professores e colegas; sofrer frustração emocional, familiar, social e cultural; ter contato com casos de familiares, vizinhos e colegas que se mataram. Em geral, nas tentativas, a ingestão de medicamento é o meio mais utilizado e a idade de maior risco é de 14 anos.

Depressão grave, isolamento social, perda do sentido da vida, perdas familiares, presença de doenças graves e degenerativas, dificuldades econômicas, ociosidade e histórico de violências, são fatores de risco específicos para esse período de vida. É importante as equipes da ESF atentarem para idosos que moram sozinhos, não contam com rede de apoio social e que podem apresentar depressão, delírium, problemas relacionados ao uso de álcool ou outras condições relacionadas a risco de suicídio que podem ser tratadas. ⁽¹⁹⁾

■ Como abordar uma pessoa cujas atitudes ou discurso denunciam que há vontade de morrer?

Recomenda-se que no cuidado em saúde mental na APS de pessoas com depressão moderada a grave, com ideação suicida ou tentativas de suicídio recentes, seja realizada uma avaliação do risco de cometer suicídio. Esta avaliação é necessariamente uma atitude terapêutica que fortalece vínculos e estabelece responsabilidades e competências. A crise suicida ⁽¹⁸⁾ tem relação direta com o isolamento, silêncio e falta de suporte psicossocial, sendo assim, o acolhimento, o amparo, o respeito e o não julgamento são atitudes-chave para o manejo dessas situações. Verificar fatores de risco, de proteção, avaliar gravidade e mobilizar suporte psicossocial é indispensável para o encaminhamento das situações de crise psíquica que podem ameaçar a vida (emergência médica em senso estrito), como veremos no fluxo a seguir.

■ Depressão e risco de suicídio

Para avaliação da depressão moderada ou grave podem ser utilizadas as seguintes questões ⁽²¹⁾:

1. Nas duas últimas semanas você sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?
2. Nas duas últimas semanas você teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e prazer pelas coisas que lhe agradavam habitualmente?

Se houver pelo menos uma resposta “Sim”, faça as perguntas a seguir:

- A. Seu apetite mudou de forma significativa?
- B. Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade para pegar no sono, acordar no meio da noite, dormir demais)?
- C. Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se mais agitado ou incapaz de ficar quieto?
- D. Sentiu-se a maior parte do tempo cansado, sem energia, quase todos os dias?
- E. Sentiu-se sem valor ou com culpa, quase todos os dias?
- F. Teve dificuldade em tomar decisões, de se concentrar ou problemas de memória quase todos os dias?
- G. Teve por várias vezes pensamentos ruins, com seria melhor estar morto, ou fazer mal a si mesmo?

Se 'sim' em 1 ou 2 + 'sim' em qualquer um de A a G, há grande risco de depressão;
3 e 4 respostas positivas depressão leve;
5 a 7 respostas positivas depressão moderada;
Risco de suicídio, sintomas psicóticos ou 8 a 9 respostas positivas depressão grave.

SAIBA MAIS

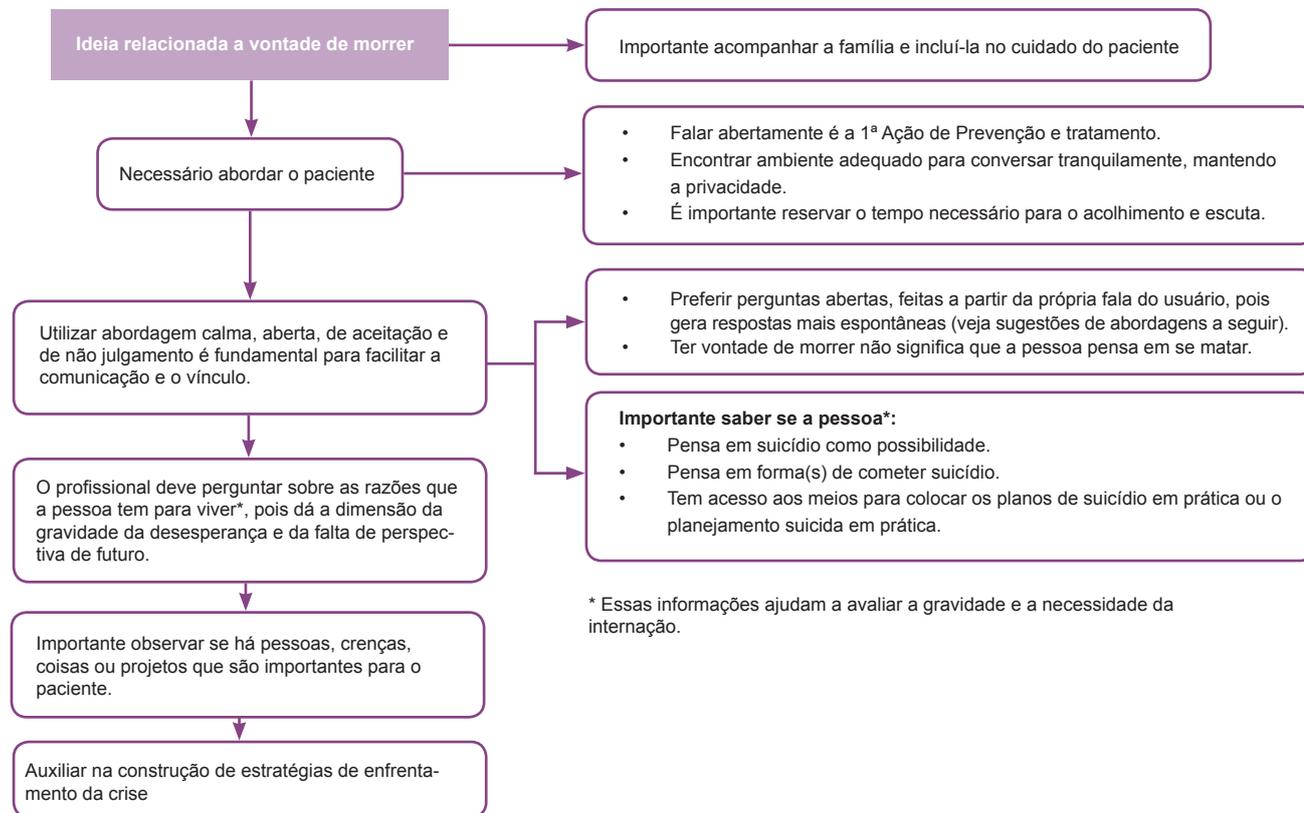
Para uma breve leitura sobre o diagnóstico e tratamento de depressão, recomenda-se o Guia de Referência Rápida de Depressão e o de Ansiedade, disponíveis na Plataforma SUBPAV nos links a seguir:

http://subpav.org/download/prot/APS_depressao_revisado_graf.pdf

http://subpav.org/download/prot/APS_ansiedade_final_completo.pdf

O Cartão Babel pode ser acessado no *Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental* ⁽²²⁾.

ABORDAGEM DE RISCO DE SUICÍDIO



FONTE: Baseado em Van der Molen e Lang, 2007 ⁽²³⁾

Recomenda-se que as perguntas feitas ao paciente estejam associadas à consulta clínica, consulta de enfermagem e outros atendimentos realizados na APS, ou seja, integrem o repertório de perguntas de uma entrevista clínica realizada pelos profissionais da APS. Lembrar que o processo de avaliação de risco pressupõe competência médica sendo importante trabalhar em equipe. O treinamento no exame psíquico e a utilização de instrumentos clínicos são considerados ferramentas fidedignas, podendo ser adotadas como ideal ou meta do grupo envolvido no processo compartilhado de cuidados e decisões. Existem instrumentos clínicos para avaliar transtornos mentais comuns (SRQ-20), para avaliar depressão (Inventário de Depressão de Beck) e para avaliar risco de suicídio (Sad-Persons; Beck-SIS-Escala de Intenção Suicida), entre outras ferramentas pertinentes (Razões para viver).

Questões sugeridas para uma abordagem adequada do risco de suicídio (em pessoas deprimidas):

- » Você tem vontade de morrer?
- » Pensa que a vida não vale a pena?
- » Você vem tendo pensamentos de se machucar, não se tratar (ficar doente)?
- » Você já pensou em se matar? Está pensando hoje? Agora?
- » Como você tem lidado com estes pensamentos?
- » Você chegou a pensar numa forma de se matar?
- » Me fala sobre esta forma em que você pensou (cabe aqui ponderar sobre acesso e letalidade do meio)
- » O que te impede de seguir com este plano?
- » Você chegou a tentar suicídio anteriormente em outro momento da sua vida? Há quanto tempo atrás? (conversar sobre isto longamente)
- » Você está bebendo/usando bebida alcoólica? Usando alguma outra droga?
- » Aconteceu alguma mudança na sua vida recentemente?
- » Você tem pessoas com quem você pode contar? Da família? Amigos?
- » Você tem planos para o futuro?
- » Quais motivos você tem para viver? Você consegue me dizer outros? (pedindo e avaliando a força de cada motivo junto com o paciente)

Importante observar:

- Ter planos de suicídio e acesso às formas de cometê-lo significa risco maior.
- Qualquer tentativa de autoexterminio nos últimos 06 meses tem alto poder preditivo (portanto aumenta a gravidade).

■ Avaliação do risco de suicídio (5, 17, 18, 24, 25, 26, 27)

A realização do diagnóstico de doenças clínicas e de transtornos mentais, assim como avaliar a crise emocional do momento em que há o risco de suicídio são passos fundamentais.

Portanto, é importante avaliar se há presença de ideação suicida, planejamento do suicídio, acesso à forma como planejou, se houve tentativas anteriores, se usa de modo problemático álcool ou outras drogas (veja também o guia de Álcool e outras Drogas no link http://subpav.org/download/prot/destaque/GuiaAD_reunidoCOMCAPACLARA.pdf), se considera que tem razões para viver ou se tomou providências após sua morte.

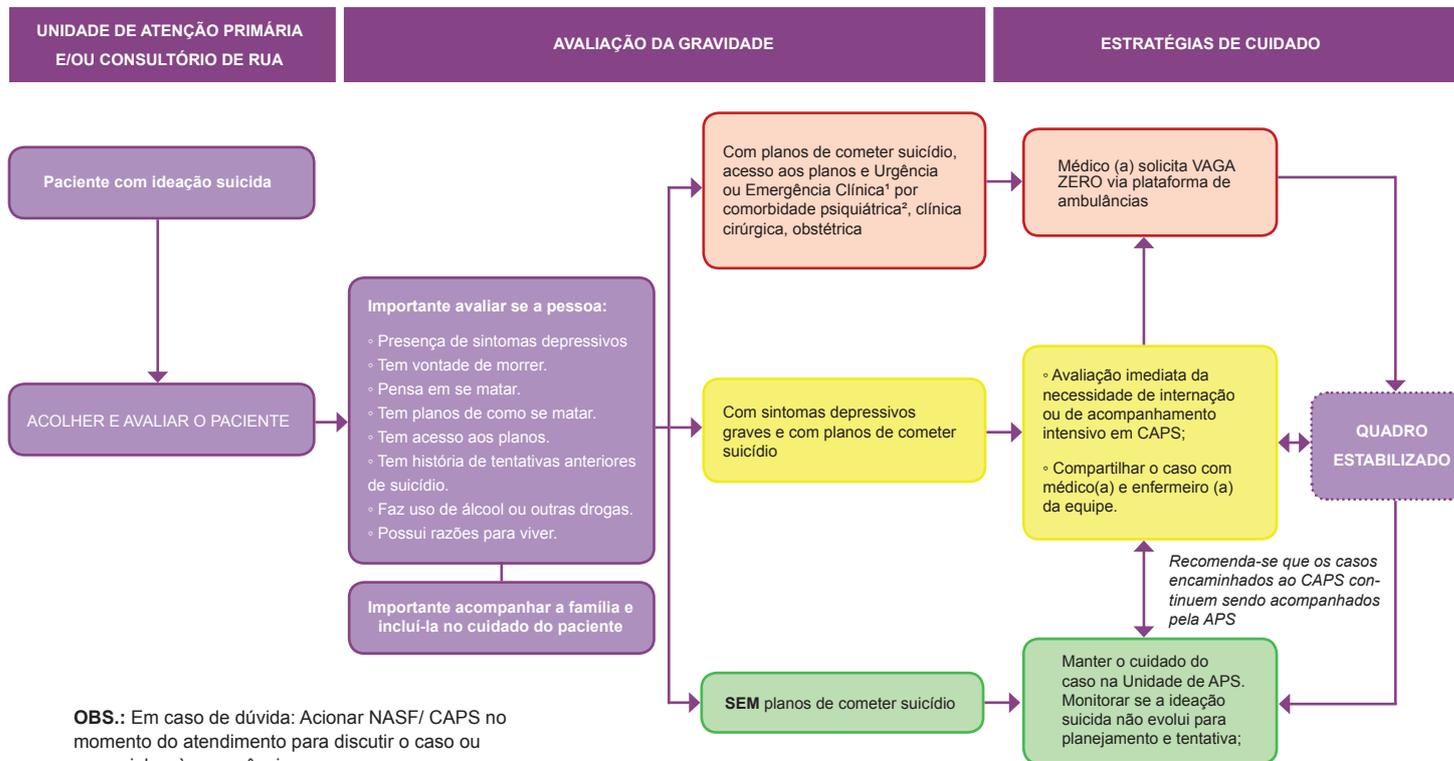
Considera-se que quadros depressivos com risco de suicídio, dependendo da gravidade, podem ser preferencialmente tratados na própria atenção primária.

No entanto, aqueles pacientes que apresentam sintomas psicóticos (pensamentos, sensações e experiências fora da realidade) serão manejados prioritariamente pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), mantendo parte de seu cuidado na APS. Esse fluxo será descrito com detalhes a seguir.

ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

Paciente com histórico de tentativa prévia, apresentando ideação suicida frequente e persistente (o pensamento está presente por muito tempo), com planejamento e acesso à forma como planejou. Impulsividade, rigidez do propósito de se matar, desespero, delírium, alucinações, abuso/dependência de álcool ou drogas são fatores agravantes.	ALTO
Paciente com histórico de tentativa prévia, apresentando ideação suicida frequente e persistente (o pensamento está presente por muito tempo), sem planejamento. Ausência de impulsividade ou abuso/dependência de álcool ou drogas.	MODERADO
Paciente sem histórico de tentativa prévia, apresentando ideação suicida, sem planejamento.	BAIXO

AValiação DO RISCO DE SUICÍDIO



OBS.: Em caso de dúvida: Acionar NASF/ CAPS no momento do atendimento para discutir o caso ou encaminhar à emergência.

¹ Paciente com ideação suicida e sinais de: Envenenamento, intoxicação ou abstinência de drogas, *Delirium* – confusão mental, desorientação, flutuação da consciência, da atenção, podendo haver alucinações.

² Paciente com ideação suicida, sem sinais de *delirium*, intoxicação ou abstinência de drogas, mas COM SINTOMAS PSICÓTICOS: pensamento desorganizado (fala confusa), alucinações auditivas, ideias delirantes (fora da realidade) de cunho místico, persecutório (entre outras).

■ Transtornos mentais graves e risco de suicídio

Quadros depressivos podem ser graves e incapacitantes. Apesar disso o termo Transtorno Mental Grave é mais frequentemente usado quando a pessoa apresenta um transtorno psicótico, que é um outro agravo associado ao desfecho suicídio. Estes quadros psiquiátricos frequentemente exigem acompanhamento continuado por serviço de saúde mental especializado e geralmente envolvem grande sofrimento da pessoa e seus familiares. O diagnóstico e tratamento precoce utilizando neurolépticos e psicoterapia melhora a carga de doença e o prognóstico (trata-se de transtorno prevalente em adolescentes do sexo masculino). O risco de suicídio na esquizofrenia não se correlaciona diretamente com quadros depressivos comorbidos e não pode ser avaliado com a mesma racionalidade diagnóstica.

Estes transtornos são caracterizados por diversas rupturas: com a realidade, com laços sociais e com sua própria história. Observa-se grande dificuldade de responder às exigências da vida cotidiana – relações interpessoais, trabalho e autocuidado. Este afastamento é descrito em psicopatologia como um prejuízo progressivo da afetividade (embotamento afetivo) que se expressa no desinteresse e retraimento do mundo da vida (sintomas negativos).

Pacientes com qualquer transtorno psicótico tem problemas clínicos e é importante que mantenham o acompanhamento com sua equipe de saúde da família. Aqueles tratados com neurolépticos de segunda geração maior risco de apresentar síndrome metabólica, diabetes e infarto agudo do miocárdio. O profissional deve estar atento e procurar suporte das equipes do NASF e dos CAPS nos casos em que o paciente corre o risco eminente de realizar atos contra si (autoagressão ou autoexterminio). Os CAPS são responsáveis pela intervenção de crise em tempo hábil, adequada e dotada de efetividade.

5. Tomada de decisão: internação, acompanhamento intensivo, tratamento com monitoramento

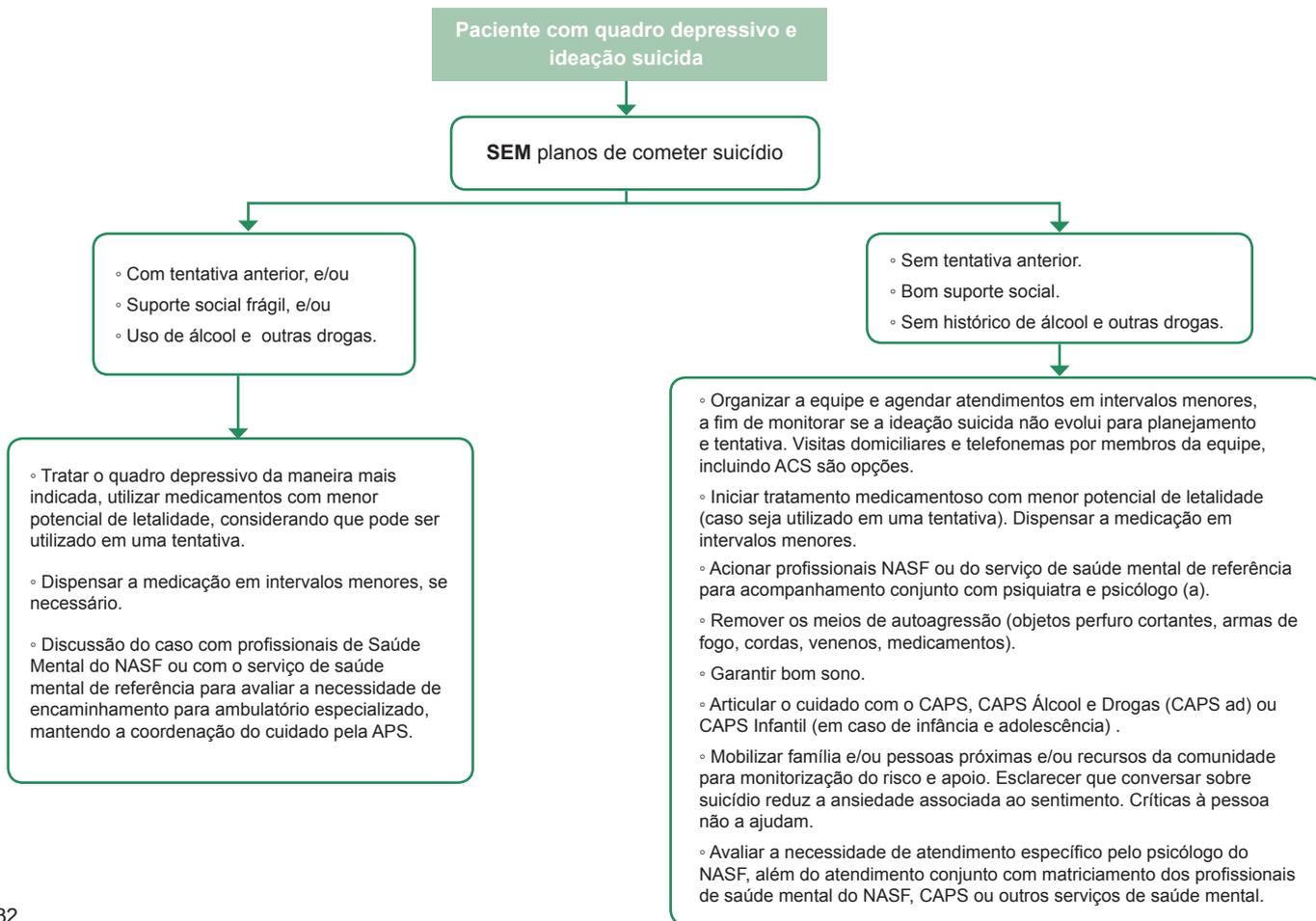
Querer abordar e estratificar a gravidade do risco de suicídio se faz necessário. Tentativas anteriores e a presença de um transtorno mental são os dois fatores de risco mais importantes. A pessoa que somente apresenta ideação suicida geralmente tem um risco menos grave. Realizar um planejamento de como fazê-lo e providenciar estes meios são outros critérios de gravidade, conduzindo o raciocínio para a perspectiva de possível internação. Contextualizar o momento que a pessoa vive, identificando possíveis motivos para crise psíquica atual, assim como identificar, junto à pessoa, se ela considera ter motivos ou razões para viver e qual o peso destas razões em sua vida também é importante na avaliação. Verificar e acionar a rede de suporte social para participar do processo. Busca-se a comunicação com a concordância do usuário, mas pode haver situações de risco iminente de morte, relacionado ao risco imediato de suicídio, onde a ruptura do sigilo na relação profissional-paciente é justificada, dentro das providências para proteção da vida do paciente.

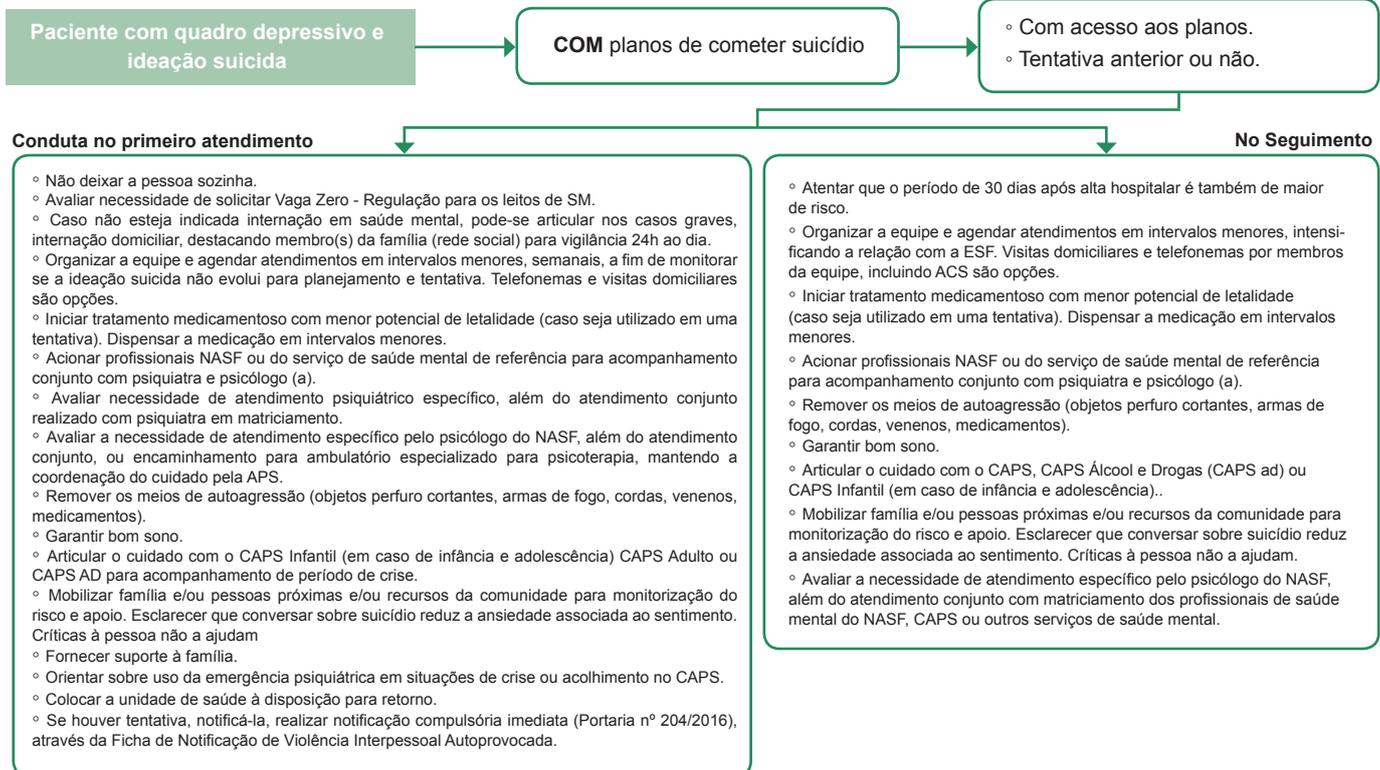
Organizamos conjuntos de ações a serem tomadas pela equipe da ESF, de acordo com a gravidade do risco de suicídio, organizada em fluxogramas.

Quando Pensar em solicitar Vaga Zero?

- Impossibilidade de realizar avaliação precisa e/ou acompanhamento ambulatorial satisfatório.
- Pessoa com ideação, planos e acesso aos planos, especialmente se for imediato e de modo violento.
- Necessidade de período mais longo de avaliação do paciente.
- Ausência de suporte social.
- Determinação, rigidez em realizar os planos.
- Casos graves com família disfuncional ou sem condições de fornecer suporte.
- Pessoa trazida por terceiros que não colabora na avaliação.
- Agitação Psicomotora.

Importante acionar um profissional de saúde mental do NASF e/ou equipes de saúde mental dos CAPS para discutir em conjunto a melhor condução do caso, sempre que possível ou houver dúvida.





ATENÇÃO! Quando houver tentativa de suicídio, realizar notificação compulsória imediata (Portaria nº 204/ 2016), através da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal Autoprovocada, disponível no link http://subpav.org/download/sinan/Ficha_Viol-5.1-Final_15.06.15.pdf

6. Internação

Como visto nos fluxogramas, em casos onde junto ao quadro depressivo, somam-se complicações clínicas, cirúrgicas, obstétricas ou mesmo psiquiátricas como: intoxicação ou abstinência de substâncias (inclusive álcool e medicamentos) e sintomas psicóticos, faz-se necessário a remoção de ambulância e uma avaliação que inclua determinar a necessidade de internação psiquiátrica. No caso em que a pessoa apresenta ideação, planejamento e acesso aos planos, a avaliação da necessidade de internação é imperativa. O histórico de tentativas anteriores, abuso ou dependência de substâncias, impulsividade ou rigidez no propósito de se matar, desesperança, falta de suporte social e a falta de razões para viver são elementos que sinalizam a necessidade de internação.

Esta é uma questão delicada, pois, na prática, o ambiente de internação hospitalar, onde a pessoa deprimida com risco de suicídio convive com pessoas vivenciando outras crises pode ser deletéria em casos onde o risco que justifique a internação hospitalar é fronteiro. Soma-se a isso, indisponibilidade de vagas, a pessoa ou sua família recusam internação hospitalar e se comprometem a cuidar dela no período de crise, entre outros fatores que não possibilitam a permanência no hospital e a equipe da ESF pode se ver com a responsabilidade de cuidar de casos mais graves.

Assumir sozinho casos que não são de seu nível de complexidade não é indicado, assim como o encaminhamento não significa deixar de se responsabilizar pelo cuidado, mas sim compartilhá-lo.

O contato com a emergência, a fim de disponibilizar a internação, se ela não foi possível é um primeiro cuidado.

Acionar os Centros de Atenção Psicossocial da cidade (CAPS) pode auxiliar de várias formas:

- » Os CAPS podem fazer frequente acompanhamento, até mesmo diário, em regime intensivo em períodos de crise.
- » Quando o paciente apresenta sintomas psicóticos (delírios, alucinações, pensamento desorganizado, entre outros), a avaliação e o acompanhamento pelos CAPS se faz indicada.
- » Alguns CAPS do Rio de Janeiro são CAPS III, e, portanto, fazem acolhimento noturno, de modo que a pessoa em crise pode pernoitar no serviço de saúde e contar com acompanhamento da equipe.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) do paciente pode ser construído, dependendo dos recursos disponíveis na Área Programática, entre CAPS, ESF e ambulatório, alternando espaços de atendimento, de acordo com projeto desenhado. Passado o período de crise e risco, o PTS é refeito e é decidido se a indicação de acompanhamento é na ESF com apoio do NASF, em serviço de atenção secundária ou se é mantido no próprio CAPS.

■ Internação Domiciliar

Em casos graves, não sendo indicado ou possível, uma opção é a permanência da pessoa em risco em casa, sob vigilância da família. É importante conversar com sinceridade sobre os riscos e o desgaste que este tipo de cuidado gera, assim como, a angústia que pode representar para a pessoa ter parte de sua liberdade restrita: permanecer a maior parte do tempo em casa, não sair sozinha, não ficar com porta trancas, não ficar responsável pela própria medicação.

- » É preciso construir uma organização familiar para isso, ou mesmo destacar um membro da família para isso. Afastar do trabalho, fornecendo atestado médico, tanto paciente quanto o cuidador, pode ser necessário.
- » Criar ambiente seguro, protetor, se possível um quarto separado e tranquilo.
- » Remover meios de autoagressão, incluindo: cordas, fios, objetos perfuro-cortantes, álcool, medicamentos, drogas, inseticidas, venenos e outras substâncias.
- » Garantir bom sono e auxiliar no controle da impulsividade com o uso de medicações.
- » Estimular que a pessoa faça alguma(s) atividade(s) que ela tenha interesse, mas respeitar o limite do que ela consegue realizar.
- » Informar e esclarecer dúvidas ao paciente e sua família, especialmente quem administra a medicação.
- » Dar suporte também à família.
- » Reavaliar semanalmente as ações empreendidas anteriormente, alterando e repactuando o PTS.

■ Acompanhamento intensivo

A pessoa em risco grave, em internação domiciliar precisará de monitoramento não só da família, mas também da equipe de saúde. Os antidepressivos geralmente demoram em torno de 4 semanas para que seus efeitos terapêuticos sejam sentidos. Acionar a rede de saúde mental, dando acesso à psicoterapia, construir intervenções terapêuticas junto à pessoa e sua rede de apoio serão ações importantes, assim como garantir bom sono e alívio de sintomas de ansiedade, se presentes.

No primeiro mês de tratamento, seja após a internação hospitalar, seja em internação domiciliar nos casos graves, é recomendado um acompanhamento mais intensivo, onde a equipe tenha contato mais frequente com a pessoa em risco, seja em atendimento ambulatorial, seja por telefonemas, seja em visita domiciliar (VD). Uma consulta semanal na psicologia mais um atendimento na unidade já constituem dois atendimentos na semana. Se um dos membros da equipe, em seu dia de VD, passar na casa do usuário ou ligar, já se constitui 3 contatos semanais da equipe de saúde no período de crise. Acionar os profissionais de saúde mental do NASF para participar destes atendimentos conjuntamente é prioritário, assim, como dito anteriormente: reavaliar semanalmente as ações empreendidas anteriormente, alterando e repactuando o PTS.

7. Tratamento medicamentoso

Quando é realizado o diagnóstico de Depressão, deve-se estar atento ao fato dos antidepressivos demorarem aproximadamente quatro semanas para iniciar seu efeito terapêutico desejado. Ao contrário dos efeitos terapêuticos, os efeitos adversos geralmente surgem no início do tratamento e tendem a desaparecer com o uso contínuo da medicação. Caso isso não ocorra, é necessário mudar o antidepressivo. No início do tratamento, a psicoterapia e as intervenções terapêuticas para crise serão importantes, assim como controle da insônia e de sintomas de ansiedade e impulsividade, utilizando medicamentos, se necessário.

Os quadros a seguir abordam o uso de antidepressivos, estabilizadores do humor e antipsicóticos em linhas gerais.

A insônia também está relacionada com maior risco de suicídio. Podem ser usados benzodiazepínicos não somente para insônia, mas também para controle de sintomas de ansiedade, até que o antidepressivo tenha o efeito esperado. Para melhora do sono, antidepressivos com efeitos sedativos ou antipsicóticos em baixas doses, que também podem diminuir a impulsividade no início do tratamento para depois serem retirados, podem ser opções. Sempre que houver dúvida, pode-se solicitar apoio do psiquiatra do NASF ou CAPS de referência ⁽²⁸⁾.



IMPORTANTE SABER

- Antidepressivos Tricíclicos e Lítio tem maior risco de letalidade quando usados em tentativas de suicídio que outras medicações
- Benzodiazepínicos associados a álcool e/ ou outras substâncias depressoras do SNC têm maior risco de letalidade.
- Em caso de risco de suicídio, o fornecimento da medicação deve ser feito em intervalos de tempo menores (semanalmente, por exemplo). Qualquer medicamento não pode ficar ao alcance do paciente, mesmo analgésicos, anti-inflamatórios, anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, etc.

Um responsável para cuidar dos remédios precisa ser designado. Se não houver uma pessoa disponível, pode ser necessário realizar Tratamento Diretamente Observado (DOT).

- O lítio é uma medicação protetora, diminuindo o risco de suicídio, embora, se usado em uma tentativa, tem mais chance de ser letal ⁽³³⁾.
- A clozapina, apesar de ser mais frequentemente utilizada na esquizofrenia refratária, tem efeito protetor maior quando compara aos outros antipsicóticos no que se refere ao risco de suicídio⁽²⁹⁾.
- Casos graves de risco de suicídio, que na prática clínica mais frequentemente estão ligados a depressão grave, transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia, transtornos de personalidade, abuso e dependência de substâncias ou mesmo a mais de um destes problemas de saúde mental associados, sejam acompanhados por especialistas e que a Atenção Primária participe do cuidado.

Feito o diagnóstico de depressão, deve-se iniciar o tratamento necessário: medicamentoso e/ou não medicamentoso. O tratamento medicamentoso está indicado nos casos moderados a graves de depressão.

Quando são prescritos antidepressivos a pessoas deprimidas com ideação suicida, a equipe deve permanecer atenta especialmente nas primeiras semanas do tratamento. Conforme o medicamento faça efeito, pode melhorar o ânimo, a energia e a capacidade de colocar planejamentos em prática antes de melhorar o humor deprimido e os pensamentos suicidas. No início da melhora, a tentativa de suicídio pode acontecer.

Em crianças, adolescentes e adultos jovens a vigilância no início do tratamento deve ser ainda maior devido ao risco de suicídio que pode estar relacionado à depressão e ao uso de antidepressivos. Nestes casos o NASF e/ou CAPs/CAPSi devem ser acionados. Os CAPs são responsáveis pelo cuidado em saúde mental em situações de crise.



ATENÇÃO!

- » O período de maior risco de suicídio pode não ser quando a pessoa está gravemente deprimida, mas quando começa a melhorar.
- » Na presença de dor crônica ou de doenças clínicas que contribuam para os sintomas depressivos e para a ideação suicida, é fundamental o bom manejo das comorbidades.

O quadro a seguir resume as características dos antidepressivos mais comuns e dos medicamentos disponíveis na rede de saúde pública na cidade do Rio de Janeiro.

Medicamento	Classe	Doses mais comumente usadas em Adultos	Efeitos Adversos Comuns	Monitorização Laboratorial	Periodicidade	Contraindicações
Haloperidol ¹	Antipsicóticos de Primeira Geração	Inicial: 3mg. Média: 10 a 15mg (Quadros Agudos) Máxima: 15 a 20mg	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Acatisia ◦ Distonia ◦ Hiperkinesia ◦ Parkinsonismo ◦ Sonolência ◦ Tremor ◦ Sintomas Extrapiramidais ◦ Ganho de Peso 	De acordo com necessidade clínica	De acordo com necessidade clínica	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Alergia ao fármaco ◦ Depressão grave do SNC ◦ Doença de Parkinson
Risperidona ¹	Antipsicóticos de Segunda Geração	Inicial: 2mg, 1 a 2 vezes ao dia. Pode ser aumentada a cada 2 dias. Média: 4 a 6mg Máxima: 8mg	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Bradicinesia ◦ Acatisia ◦ Distonia Outros Sintomas: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Extrapiramidas, especialmente com doses maiores que 6mg/dia ◦ Hiperprolactinemia 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Glicemia ◦ Colesterol Total e Frações ◦ Triglicérides ◦ Nível sérico de prolactina 	Perfil metabólico na visita inicial e semestralmente Prolactina caso haja sinais clínicos	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Alergia ao fármaco ◦ Gravidez e lactação ◦ Insuficiência renal ou hepática grave
Olanzapina ²	Antipsicóticos de Segunda Geração	Inicial: 5mg Máxima: 10 a 20mg	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Ganho de peso ◦ Dislipidemia ◦ Hiperglicemia ◦ Síndrome Metabólica 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Glicemia ◦ Colesterol Total e Frações ◦ Triglicérides 	Na visita inicial Semestral	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Hipersensibilidade à olanzapina ou componentes da fórmula ◦ C.I. Relativas ligadas a efeitos anticolinérgicos e metabólicos
Quetiapina ²	Antipsicóticos de Segunda Geração	Inicial: 50 a 100mg/dia. Aumentos de 100mg/dia. Máxima: 400 a 800mg	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Ganho de peso ◦ Dislipidemia ◦ Hiperglicemia ◦ Síndrome Metabólica ◦ Hipotensão Ortostática ◦ Sedação 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Glicemia ◦ Colesterol Total e Frações ◦ Triglicérides 	Na visita inicial Semestral	Hipersensibilidade ao medicamento

Clozapina ²	Antipsicóticos de Segunda Geração	<p>Inicial: 25mg Aumentar 25mg a cada 2 dias, em média, até atingir a dose terapêutica de 200 a 500mg/dia.</p> <p>Máxima: 800mg</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Sedação ◦ Sialorreia ◦ Tontura ◦ Ganho de peso ◦ Taquicardia ◦ Constipação intestinal ◦ Agranulocitose 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Hemograma ◦ Glicemia ◦ Colesterol Total e Frações ◦ Triglicerídeos 	<p>Hemograma na visita inicial, semanalmente por 6 meses e mensalmente após 6 meses Perfil metabólico na visita inicial e semestralmente</p> <p>QUALQUER SINAL DE INFECÇÃO DEVE SER AVALIADO POIS PODE ESTAR RELACIONADO AO MEDICAMENTO E LEVAR À SUSPENSÃO DO MESMO.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Hipersensibilidade ao medicamento ◦ Leucócitos < 3500/mm³ e/ou neutrófilos < 2000/mm³ ◦ Epilepsia não controlada ◦ Doenças mieloproliferativas ◦ Uso de agentes imunossupressores ◦ História de granulocitopenia/agranulocitose com clozapina ◦ Depressão do SNC Óleo paralítico ◦ Doença hepática ou cardíaca grave
------------------------	-----------------------------------	---	--	---	--	---

FONTES: Cordioli, 2011⁽³⁰⁾; Zanetti, 2012⁽³¹⁾; Gardner, 2010⁽³²⁾; Schatzberg, 2017⁽³³⁾

¹Disponível na rede da APS

²Disponível na Rede Pública através da Farmácia Estadual de Medicamentos Especiais

Medicamento	Classe	Doses mais comumente usadas em Adultos	Efeitos Adversos Comuns	Monitorização Laboratorial	Periodicidade	Contraindicações
Imipramina¹	Antidepressivos Tricíclicos	Dose inicial 25mg. As doses variam de 75 a 300mg ao dia, sendo a dose média 150mg. Deve-se aumentar 25mg em intervalos de dois ou três dias. Pode ser administrado uma vez ao dia.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Boca Seca ◦ Constipação Intestinal ◦ Tontura ◦ Hipotensão Postural ◦ Sedação ◦ Visão Borrada ◦ Retenção Urinária 	De acordo com necessidade clínica	De acordo com necessidade clínica	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Distúrbios de condução cardíaca (Em pacientes com doença cardiovascular considerar a realização de ECG antes de iniciar ADT) ◦ Glaucoma de ângulo fechado ◦ Infarto agudo do miocárdio recente (3 a 4 semanas) ◦ Depressão bipolar sem uso de estabilizador do humor ◦ Retenção urinária ◦ Prostatismo ◦ Íleo paralítico ◦ Hipersensibilidade conhecida ao fármaco
Clomipramina¹	Antidepressivos Tricíclicos	Doses terapêuticas da clomipramina variam entre 75 e 250mg ao dia. Aumentar fração de dose a cada semana titulando para cima até resposta com dose máxima (50 mg de imipramina até 300mg em 7 Semanas).	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Boca Seca ◦ Constipação Intestinal ◦ Tontura ◦ Hipotensão Postural ◦ Sedação ◦ Visão Borrada ◦ Retenção Urinária 	De acordo com necessidade clínica	De acordo com necessidade clínica	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Distúrbios de condução cardíaca (Em pacientes com doença cardiovascular considerar a realização de ECG antes de iniciar ADT) ◦ Glaucoma de ângulo fechado ◦ Infarto agudo do miocárdio recente (3 a 4 semanas) ◦ Depressão bipolar sem uso de estabilizador do humor ◦ Retenção urinária ◦ Prostatismo ◦ Íleo paralítico ◦ Hipersensibilidade conhecida ao fármaco

Nortriptilina¹	Antidepressivos Tricíclicos	Dose inicial 25mg 50 a 150mg ao dia (doses de 30 a 50mg para idosos e adolescentes são recomendáveis) Traz menos ganho de peso e efeitos cardiovasculares que os outros ADT	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Boca Seca ◦ Constipação Intestinal ◦ Tontura ◦ Hipotensão Postural ◦ Sedação ◦ Visão Borrada ◦ Retenção Urinária 	De acordo com necessidade clínica	De acordo com necessidade clínica	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Distúrbios de condução cardíaca (Em pacientes com doença cardiovascular considerar a realização de ECG antes de iniciar ADT) ◦ Glaucoma de ângulo fechado ◦ Infarto agudo do miocárdio recente (3 a 4 semanas) ◦ Depressão bipolar sem uso de estabilizador do humor ◦ Retenção urinária ◦ Prostatismo ◦ Íleo paralítico ◦ Hipersensibilidade conhecida ao fármaco
Amitriptilina¹	Antidepressivos Tricíclicos	Dose inicial 25mg. As doses variam de 75 a 300mg ao dia, sendo a dose média 150mg. Deve-se aumentar 25mg em intervalos de dois ou três dias. Pode ser administrado uma vez ao dia.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Boca Seca ◦ Constipação Intestinal ◦ Tontura ◦ Hipotensão Postural ◦ Sedação ◦ Visão Borrada ◦ Retenção Urinária 	De acordo com necessidade clínica	De acordo com necessidade clínica	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Distúrbios de condução cardíaca (Em pacientes com doença cardiovascular considerar a realização de ECG antes de iniciar ADT) ◦ Glaucoma de ângulo fechado ◦ Infarto agudo do miocárdio recente (3 a 4 semanas) ◦ Depressão bipolar sem uso de estabilizador do humor ◦ Retenção urinária ◦ Prostatismo ◦ Íleo paralítico ◦ Hipersensibilidade conhecida ao fármaco

Fluoxetina¹	Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina	Inicial: 10 a 20mg Máxima: 40mg Não há evidências que doses mais altas sejam eficazes	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Náuseas ◦ Cefaleia ◦ Diminuição do apetite ◦ Dor abdominal ◦ Insônia ◦ Ansiedade 	De acordo com necessidade clínica	De acordo com necessidade clínica	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Uso concomitante ou nos últimos 14 dias de IMAOs. ◦ Uso concomitante de tioridazina.
Sertralina²	Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina	Inicial: 25 a 50mg Média: 100mg/dia Máxima: 200mg	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Boca seca ◦ Cefaleia ◦ Náuseas ◦ Sonolência ◦ Tontura ◦ Retardo na ejaculação 	De acordo com necessidade clínica	De acordo com necessidade clínica	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Uso concomitante ou nos últimos 14 dias de IMAOs. ◦ Uso concomitante de pimozida ◦ Hipersensibilidade conhecida ao fármaco
Paroxetina²	Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina	Inicial: 10 a 20mg Máxima: 60mg	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Boca seca ◦ Cefaleia ◦ Náuseas ◦ Sonolência ◦ Tontura ◦ Retardo na ejaculação ◦ Diminuição da libido 	De acordo com necessidade clínica	De acordo com necessidade clínica	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Uso concomitante ou nos últimos 14 dias de IMAOs. ◦ Uso concomitante de tioridazina ou pimozida
Citalopram²	Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina	Inicial: 20mg Máxima: 60mg	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Náuseas ◦ Insônia ◦ Tontura ◦ Retardo na ejaculação 	De acordo com necessidade clínica	De acordo com necessidade clínica	Uso concomitante ou nos últimos 14 dias de IMAOs.
Escitalopram²	Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina	Inicial: 5 a 10mg/dia Máxima: 20mg	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Diminuição ou aumento do apetite ◦ Náuseas ◦ Disfunção erétil ◦ Anorgasmia ◦ Diminuição da libido 	De acordo com necessidade clínica	De acordo com necessidade clínica	Uso concomitante ou nos últimos 14 dias de IMAOs.

Bupropiona ²	Inibidores Seletivos da Recaptação de Noradrenalina e Dopamina	Inicial: 150mg Máxima: 450mg	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Cefaleia ◦ Insônia ◦ Boca seca ◦ Tremor ◦ Náusea ◦ Perda de peso ◦ Inquietação 	De acordo com necessidade clínica	De acordo com necessidade clínica	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Uso concomitante ou nos últimos 14 dias de IMAOs. ◦ Bulimia e anorexia ◦ Traumatismo craniano ◦ Pacientes em fase de descontinuação de álcool ou benzodiazepínicos ◦ Tumores cerebrais
Venlafaxina ²	Inibidores Seletivos da Recaptação de Noradrenalina	De liberação imediata: 75mg, em 2 ou 3 tomadas, com dose máxima de 375mg. De liberação prolongada (XR): uma tomada/dia, com dose máxima de 225mg	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Náusea ◦ Insônia ◦ Tremor ◦ Boca seca ◦ Disfunção sexual 	Monitorar pressão arterial	Rotina dos atendimentos clínicos	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Uso concomitante ou nos últimos 14 dias de IMAOs.

FONTES: Cordioli, 2011⁽³⁰⁾; Zanetti, 2012⁽³¹⁾; Gardner, 2010⁽³²⁾; Schatzberg, 2017⁽³³⁾

¹Disponível na rede da APS

²Pessoas em acompanhamento em serviços privados podem chegar às unidades em uso destes medicamentos

Medicamento	Classe	Doses	Níveis Séricos	Efeitos Adversos Comuns	Monitorização Laboratorial	Periodicidade	Contraindicações
Lítio ¹	Estabilizadores de Humor	Inicial: 300mg, podendo ser aumentado para 600mg no 2º dia e a 900mg no 3º dia Varição da dose: geralmente entre 900 e 2.100mg, avaliada de acordo com a litemia	0,5 – 1,2 mEq/L Acima de 1,2 é tóxico Na fase de manutenção de tratamento é recomendada litemia entre 0,6 e 1,0 mEq/L	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Acne ◦ Aumento do apetite ◦ Edema ◦ Ganho de peso ◦ Polipsia ◦ Poliúria ◦ Tremores finos ◦ Diminuição da memória 	TSH, T4 Livre Ureia, Creatinina Litemia	Visita inicial Semestral	Insuficiência renal grave Bradycardia sinusal Arritmias ventriculares graves Insuficiência Cardíaca Congestiva Gravidez
Carbamazepina ¹	Anticonvulsivantes/ Estabilizadores de Humor	Inicial: 200mg, com aumento de 200mg a cada 2 dias Média: 1.000 a 1.200mg/dia Máxima: 1.600mg/dia	8 – 12 µg/mL	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Sonolência ◦ Náuseas ◦ Vômitos ◦ Vertigens ◦ Visão turva ◦ Ataxia ◦ Agranulocitose ◦ Elevação de enzimas hepáticas 	Hemograma Enzimas hepáticas	Visita inicial Trimestral	Doenças hematopoiéticas Insuficiência hepática Histórico de depressão da medula óssea, agranulocitose por clozapina ou alergia a ADTs Primeiro trimestre de gravidez Uso concomitante ou nos últimos 14 dias de IMAOs. Uso concomitante de nefazodona
Ácido Valpróico ¹	Anticonvulsivantes/ Estabilizadores de Humor	Inicial: 250mg, podendo ser aumentado 250mg a cada 2 dias Máxima: 60mg/kg	45 – 125 µg/mL	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Náuseas ◦ Vômitos ◦ Sedação ◦ Dispepsia ◦ Diarreia ◦ Leucopenia ◦ Alopecia ◦ Elevação de enzimas hepáticas ◦ Discrasias Sanguíneas ◦ Hiperamonemia 	Hemograma Enzimas hepáticas Amônia sérica	Visita inicial Trimestral Indicação clínica	Insuficiência Hepática grave Doenças do ciclo da uréia Gravidez Hipersensibilidade ao fármaco

Cordioli, 2011⁽³⁰⁾; Zanetti, 2012⁽³¹⁾; Gardner, 2010⁽³²⁾; Schatzberg, 2017⁽³³⁾

¹Disponível na rede da APS

8. Abordagens terapêuticas para profissionais da atenção primária à saúde

Além das ações citadas anteriormente, a construção de um projeto terapêutico singular (PTS) que envolva um acompanhamento mais frequente, pode integrar ações comunitárias, do serviço da APS e dos serviços especializados. A pessoa em risco pode, em uma mesma semana, ir à psicoterapia, ao CAPS, à consulta com a equipe da saúde da família, à consulta conjunta realizada entre equipe da ESF e equipe NASF (ou RAPS) ou participar de atividade na comunidade. A frequência dependerá da gravidade do risco de suicídio e das condições propostas no PTS.

Intervenção breve, terapia de resolução de problemas, telefonemas periódicos e visitas domiciliares são estratégias utilizadas na prevenção do suicídio ^(34,35,36).

Além disso, proporcionar e ativar o apoio psicossocial é de fundamental importância, sendo que uma das estratégias consiste em mobilizar familiares, amigos e outras pessoas próximas ou recursos da comunidade para garantir a monitoração do indivíduo enquanto persistir o risco ⁽²⁷⁾.

Cuidadores e familiares de pessoas com risco de autoagressão, geralmente, passam por um intenso estresse. Oferecer apoio emocional e atendimento a esses cuidadores/familiares, caso necessitem, é importante. Neste sentido, neste guia são discutidos a abordagem familiar e os grupos de suporte para familiares ⁽²⁷⁾.

■ Contrato ⁽³⁷⁾

Estabelecer um “contrato de não-suicídio” é uma técnica útil na prevenção do suicídio. Outras pessoas próximas ao paciente podem ser incluídas na negociação de tal contrato. A negociação deve promover a discussão de vários aspectos relevantes. Na maioria das vezes o paciente respeita as promessas que fazem ao médico. O estabelecimento de um contrato só é válido quando os pacientes têm controle sobre suas ações. Na ausência de doença psiquiátrica ou ideação suicida severas, o médico pode iniciar e providenciar tratamento farmacológico, geralmente com antidepressivos e terapia psicológica (cognitivo-comportamental). A maioria das pessoas beneficiam-se de contatos seguidos; estes devem ser estruturados de modo a preencher necessidades individuais. Exceto pelo tratamento de doenças subjacentes, poucas pessoas requerem suporte por mais de dois ou três meses e o foco do apoio deve ser no fornecimento de esperança, no encorajamento da independência e na ajuda que o paciente necessita para aprender a lidar com maneiras diferentes de lidar com os fatores estressores da vida.

Ainda que seja estabelecido um contrato terapêutico, ele não representa uma garantia de que a pessoa não realizará uma tentativa. Ele pode ser um elemento utilizado pelo paciente como referência de quando pedir ajuda, ao sentir que não tem mais condições de cumprir com o que pactuou. Caso ocorra uma tentativa, paciente, família e equipe de saúde terão que lidar com ela e com sentimentos envolvidos neste contexto (decepção, frustração, raiva, impotência, piedade, entre outros). Estar atento aos próprios sentimentos no decorrer do acompanhamento é importante para se manter no cuidado, lidando com suas próprias emoções e auxiliando a pessoa e sua rede de apoio a lidarem com as suas. Neste contexto, o trabalho em equipe fornece suporte importante para os profissionais, sendo potencializado por membros da equipe de saúde mental que participam do processo terapêutico. O compartilhamento do cuidado destes usuários tende a diminuir sobrecarga envolvida no processo de trabalho.

■ Uso de telefonemas na crise

Uma estratégia simples que pode ser utilizada no plano de cuidado de pessoas em risco de suicídio, complementando outras atividades terapêuticas, é a realização de telefonemas pelos profissionais de saúde. A abordagem, mesmo à distância, complementando e conversando sobre os assuntos abordados nos encontros presenciais contribuem para o suporte social do indivíduo em risco ^(34,35).

O profissional combina o dia e horário em que ligará para o paciente. Em um dos artigos citados acima, na intervenção eram utilizados dois telefonemas por semana dentro de uma estratégia de intervenção breve. O paciente também deve ser orientado a ligar sempre que houver piora do quadro ou a entrar em contato em períodos mais curtos, e nestes casos, a equipe deverá se organizar para receber os telefonemas.

■ Terapia de Resolução de Problemas (38,39)

Frequentemente, as pessoas chegam narrando várias dificuldades nos atendimentos, um conjunto de situações de angústia com as quais se sente impotente. É um desafio para o profissional que acolhe a pessoa em sofrimento ajudá-la a organizar seus pensamentos e pensar em estratégias práticas para o enfrentamento de seus problemas.

A Terapia de Resolução de Problemas é uma intervenção desenvolvida especificamente para o cenário da Atenção Primária, a fim de reduzir sintomas depressivos e ansiosos, auxiliando profissionais a apoiar pessoas no enfrentamento de situações de estresse. São recomendados de quatro a seis encontros com duração de aproximadamente 30 minutos.

Esta técnica indica quando o problema do paciente pode ser determinado de modo preciso e podem ser elaboradas metas objetivas e realistas para solucionar a questão. Para usuários com transtornos de personalidade e transtornos mentais graves esta intervenção terapêutica tende a ser pouco eficaz.

ANTES DE INICIAR:

- Explicar o método;
- Conversar sobre a rotina de atendimentos, frequência e duração das sessões;
- Estabelecer o contrato terapêutico.

Primeiro Passo: Definindo o problema	Estimulado pelo profissional, explorar o momento que a pessoa enfrenta, refletindo sobre que dificuldades enfrenta. A pessoa então elabora uma lista de problemas que o incomoda, de forma clara e concreta: onde e quando ocorre, quem está envolvido neste problema. Se um problema escolhido for complexo, devem ser divididos em problemas menores. Em seguida, o paciente deve escolher um dos problemas para solucionar.
Segundo Passo: Estabelecendo Metas Realistas para a Resolução do Problema	É importante que a meta não seja imposta pelo profissional, mas que este estimule o paciente a construir uma meta que seja possível de ser implementada, questionando planos considerados inalcançáveis. Estabelecer uma meta objetiva, clara e possível de ser alcançada. Metas irreais produzem frustração.

<p>Terceiro Passo: Gerando Várias Soluções e Alternativas para o Problema</p>	<p>Estimular que o usuário pense em vários tipos de soluções para o problema, sem julgamentos, mesmo que pareçam absurdos ou impossíveis. É importante que as soluções partam da pessoa. A tendência é: mais soluções, mais variedade e mais qualidade de ideias surgirão. Sempre incluir as possibilidades mais extremadas de solução dentre as alternativas, para permitir uma visualização e entendimento mais completo das várias soluções possíveis.</p>
<p>Quarto Passo: Implementando diretrizes para a tomada de decisão</p>	<p>Pesar os prós e contras de cada solução. Considerar a viabilidade, a capacidade de resolução do conflito, o grau de satisfação que trará e a relação custo-benefício.</p>
<p>Quinto Passo: Escolhendo e Implementando a(s) solução(ões).</p>	<p>As soluções construídas são relevantes e farão a pessoa atingir seu objetivo? São viáveis? O indivíduo conseguirá trilhar os passos para efetuar as ações pensadas? Dividir a ação em pequenas tarefas realistas ajudar. Escrever estas tarefas e estabelecer prazos também.</p>
<p>Sexto Passo: Avaliando o resultado</p>	<p>Avaliar cuidadosamente as tarefas que foram combinadas? O que deu certo? O que não deu certo? Valorizar os progressos e ganhos. <i>Se houver dificuldade, verificar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tarefa pouco definida? • São metas pouco realistas? • Surgiram novos obstáculos? • O paciente não cumpriu suas tarefas? <p>Retornar para um passo anterior, se necessário ou encerrar o processo, caso tenha sido atingido o objetivo.</p>

■ Intervenção Breve Interpessoal

Dentre os vários modelos de intervenção psicossocial em formato breve, destaca-se a Intervenção Interpessoal (IIP) como ferramenta de suporte a pessoas em situações de sofrimento mental agudo, como são os casos de risco de suicídio. A intervenção breve Interpessoal tem como principal objetivo oferecer atenção para a remissão dos sintomas, através da melhora do funcionamento interpessoal nas suas relações familiares e outros suportes sociais ⁽⁴⁰⁾. É uma estratégia de cuidado estruturada, de curta duração, com foco no aqui e agora e centralizada em uma situação problema específica ou foco.

A intervenção breve segue um ciclo de 3 fases (inicial, intermediária e final) e pode ser concluída em 8 a 12 sessões através da abordagem individual (consulta com equipe AP) ou com grupos de usuários na própria Clínica da Família.

1º passo da Intervenção Interpessoal

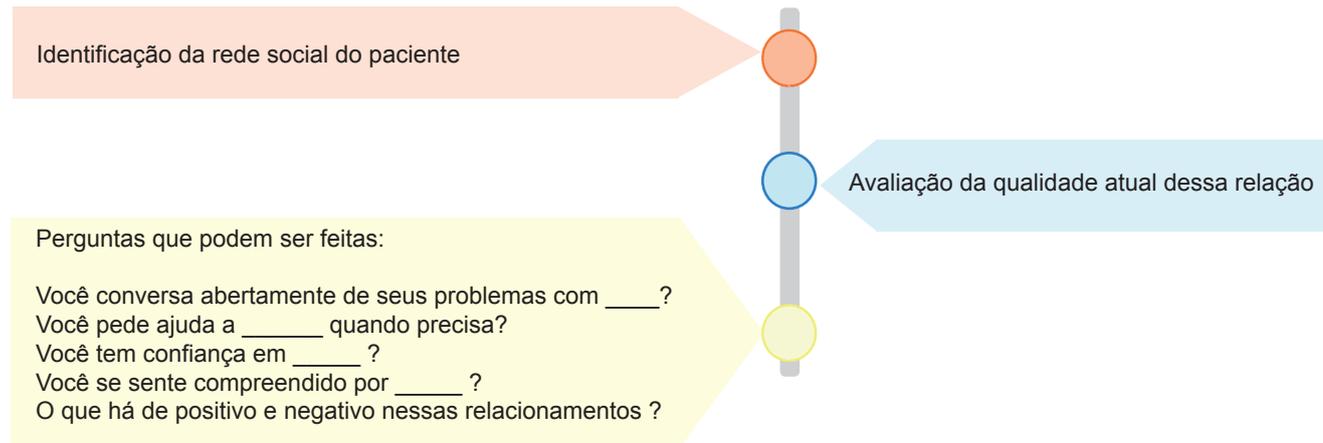
- » Conhecer o problema, compreendendo a situação de sofrimento da pessoa, identificando os sintomas.
- » Oferecer algumas informações ao usuário.
- » Compreender como estão as relações sociais do usuário, ou seja, sua família, amigos, vizinhos e todos aqueles que a pessoa identifica como fazendo parte da sua rede.

As perguntas devem se voltar ao entendimento do que está acontecendo com ele agora e para o histórico do seu sofrimento:

- » Quando você começou a se sentir assim?
- » No momento em que começou a sentir-se assim, o que estava acontecendo na sua vida?
- » Você se lembra e gostaria de falar sobre alguma coisa específica que aconteceu ?

Para que se crie uma relação de confiança com a pessoa em sofrimento, é muito importante a postura do profissional. Ele deve mostrar empatia, escuta compreensiva e respeito ao usuário, além de apresentar postura ativa no sentido de encorajar o paciente durante todo o processo.

Vimos no caso da Claudete que seu sofrimento estava diretamente associado à morte do seu filho, e também o quanto que essa perda interferiu na relação com o marido e os outros filhos, por isso a importância de conhecer como estão as relações pessoais do paciente (ver pág. 17).



A partir da compreensão do contexto interpessoal do usuário, é possível definir uma situação problema que, no geral, se categoriza em 4 opções: luto patológico, transição de papéis, disputas interpessoais ou isolamento. Mas, o que significa cada uma delas?

LUTO PATOLÓGICO	Diferente do processo normal de luto que é uma reação natural que todos nós temos quando perdemos alguém importante em nossas vidas, o luto patológico caracteriza-se pelo sofrimento intenso e duradouro que não é superado naturalmente. Esse sofrimento impede a pessoa de lembrar e falar sobre o seu ente querido, contar sua história anterior ao evento e traz efeitos importantes de evitação (não aceita nada que possa recordar a pessoa) e paralisia vital (não tem energia, nem vontade de empreender novos projetos de vida).
TRANSIÇÃO DE PAPÉIS	Opta-se pelo foco na transição de papéis quando a situação problema se concentra na mudança de funções e responsabilidades, como por exemplo, uma nova condição social (viuvez, separação etc), de saúde (doenças crônicas ou limitações físicas) ou situacionais (perda de emprego, imigração etc). A transição de uma situação conhecida para outra, que implica em perda ou restrições, podem levar as pessoas a sentimentos de insatisfação, desânimo e incapacidade.
DISPUTAS INTERPESSOAIS	Este foco está relacionado à situação de conflito entre a pessoa e uma outra próxima e significativa. Os conflitos se apresentam de diversas formas, como os declaramente hostis e agressivos, assim como outros discretos ou sutis. As disputas interpessoais não resolvidas causam distúrbios na sua capacidade de vínculo, o que tomam as pessoas mais vulneráveis a problemas de relacionamento.
ISOLAMENTO	Este foco prioriza as situações importantes de isolamento devido ao empobrecimento ou ausência de relações significativas. Dependendo das características de personalidade, algumas pessoas passam por situações repentinas (ou progressivas) que podem provocar conflitos e o afastamento das suas relações próximas. A sensação de incompreensão alimenta sentimentos de tristeza ou raiva, diminuindo sua capacidade de se relacionar, produzindo assim um isolamento ainda maior.

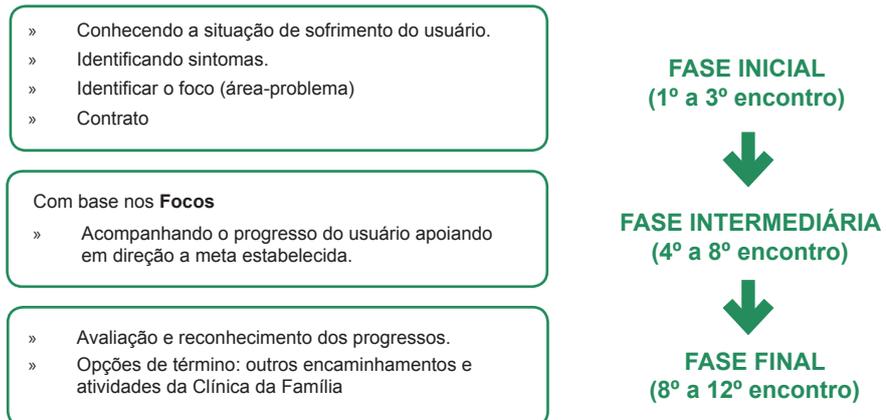
Como se pode ver, a Intervenção Interpessoal vai priorizar a melhora na capacidade relacional do usuário, identificando situações-problema como uma direção de cuidado, por onde a pessoa em sofrimento, e o profissional que a acompanha, caminham juntos nas buscas por sua melhora.

Mas onde se pretende chegar? Qual seria o objetivo de uma intervenção breve?

Na **FASE INTERMEDIÁRIA** e após a compreensão da situação atual que está passando o usuário e a definição do foco como direção de cuidado, o profissional define com a pessoa uma meta de curto prazo, algo que seja significativo em termos da recuperação de sua funcionalidade interpessoal e, ao mesmo tempo, algo concreto e possível de ser alcançado transcurso de tempo até a intervenção. A meta poder ser, por exemplo, conseguir sair de casa (para um caso de isolamento grave), conseguir evitar situações de conflitos (cujo foco é a disputa interpessoal), ou retomar pequenas atividades.

Quando acompanhamos casos de pessoas em situações de intenso sofrimento, sabemos que, por vezes, realizar coisas simples demanda um esforço enorme, por isso as metas devem ser modestas, de modo a não corrermos o risco de produzir sensações de impotência, caso elas não sejam alcançadas. Vale destacar que a meta não é objetivo em si da intervenção, mas uma conquista funcional importante no percurso de sua melhora.

Estrutura da Intervenção Interpessoal breve (IIP) Modelo de 12 encontros



Fonte: Adaptado de PROVE, 2012 ⁽⁴¹⁾

Na **FASE FINAL** da intervenção realiza-se a avaliação do processo, em relação ao antes e depois, perguntando a pessoa como ela se viu no processo, e também lembrando como se deu o momento inicial e sua evolução até o final. A meta estabelecida deve ser revisitada, de modo que os avanços conquistados sejam recursos do usuário para seguir na sua caminhada; e a atenção pode continuar em outros serviços da unidade ou com outros encaminhamentos. É normal nas intervenções breves que a pessoa lamente que o ciclo se feche, dizendo que sentirá falta etc., mas esse ciclo específico deve ser de fato encerrado. Na Atenção Primária o encerramento do ciclo breve da intervenção não significa o fim do acompanhamento, pois a pessoa continuará a ser um usuário no serviço, não é verdade!?

Capacitações sobre Intervenção Interpessoal Breve para situações de violência e saúde mental, com os profissionais das equipes de APS, têm sido desenvolvidas pelos apoiadores de saúde mental e de NASF das Coordenadorias Gerais de Atenção Primária. Acesse os apoiadores de sua área para mais informações.

■ Abordagem familiar

A Orientação Familiar é um dos atributos derivados da APS, que coloca a família e suas relações como parte do trabalho das equipes.

Acolher e atender as famílias sem julgamentos de valor, sem preconceito, é fundamental para a construção do vínculo e da confiança e vê-las como participantes corresponsáveis pelo tratamento é essencial para o cuidado em saúde. Nas questões relacionadas às pessoas em risco de suicídio, é preciso lidar com os sentimentos de medo, vergonha e raiva que frequentemente estão associados a estas situações.

Famílias de pessoas com risco de suicídio

A abordagem das famílias de pessoas com comportamento suicida ou risco de suicídio auxilia na avaliação da situação de risco, ajuda na construção do vínculo e pode ser uma estratégia importante na elaboração do plano terapêutico. Ao lidar com as famílias, o profissional deve ajudar a desmistificar os mitos relacionados ao tema. As famílias devem ter espaço para falar abertamente sobre suas expectativas e dúvidas.

Inicialmente, a abordagem familiar apode ajudar a compreender os padrões de adoecimento e história familiar. Neste sentido, é importante reiterar que o risco de suicídio aumenta entre aqueles com história familiar de suicídio ou de tentativa de suicídio ⁽³⁵⁾. Além disso, a consulta familiar pode trazer informações a respeito de situações de violência, uso e abuso de álcool e outras drogas, também como doenças crônicas e conflitos familiares.

Ainda, a compreensão por parte da equipe de saúde do momento do ciclo de vida em que pessoa se encontra é importante na avaliação dos riscos envolvidos. O isolamento e falta de apoio social são fatores de risco para suicídio ⁽²⁶⁾. A morte ou adoecimento de pessoas próximas, tais como cônjuges, também aumenta o risco de comportamento suicida, particularmente em pessoas idosas ⁽¹⁶⁾.

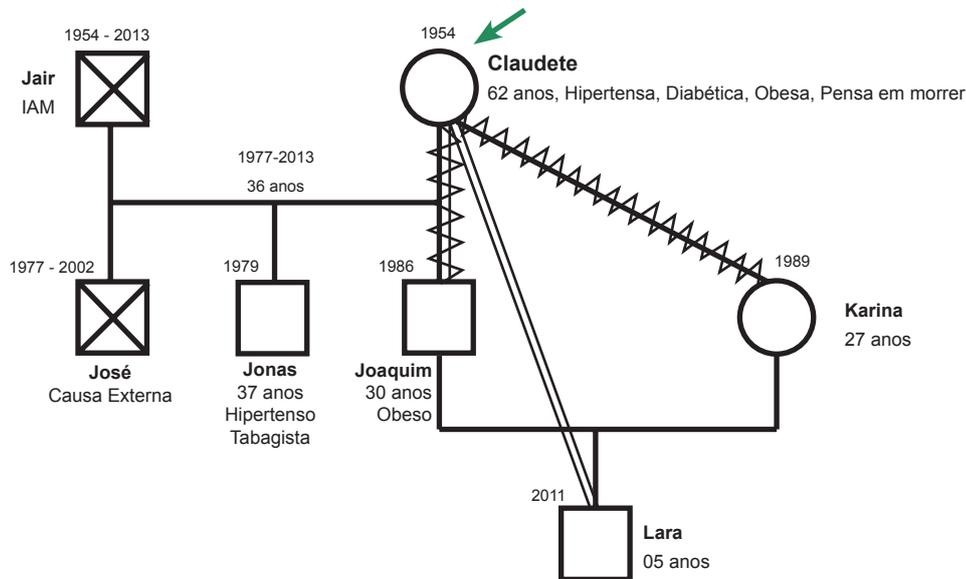
Em momentos de crise, como acontece nas situações de risco de suicídio, é possível que a família possa ter sentimentos de decepção, julgamento ou raiva, mas é fundamental que a equipe de saúde atue no sentido de evitar uma atitude hostil ou crítica em relação à pessoa com risco de suicídio ⁽²⁶⁾.

Compreender os problemas das pessoas no seu contexto de vida e incorporar a família no tratamento aponta para uma perspectiva mais complexa de intervenção, que possibilita construir uma rede afetiva para a pessoa com risco de suicídio. É importante que a família seja atendida e acolhida pela sua equipe de APS! Nos casos mais complexos, é importante discutir o caso em equipe e solicitar o apoio matricial dos profissionais de saúde mental do NASF e das equipes de saúde mental do território.

Genograma – Senhora Claudete

A partir do Genograma pode-se observar:

- 1- A morte violenta do filho mais velho como importante crise familiar.
- 2- A perda do marido coincidindo com piora e descompensação das doenças crônicas.
- 3- O marido morreu de doenças cardíacas e ambos os filhos são hipertensos.
- 4- O conflito com o filho mais novo pode se apresentar como uma possível barreira para o cuidado e monitoramento da Sra Claudete.
- 5- O filho do meio, Jonas, parece ter uma relação intensa e sem conflitos. É um potencial cuidador da Sra Claudete.
- 6- Como a nora e a neta da Sra Claudete podem aparecer no plano de cuidados? Como os conflitos com a nora influenciam sua saúde?

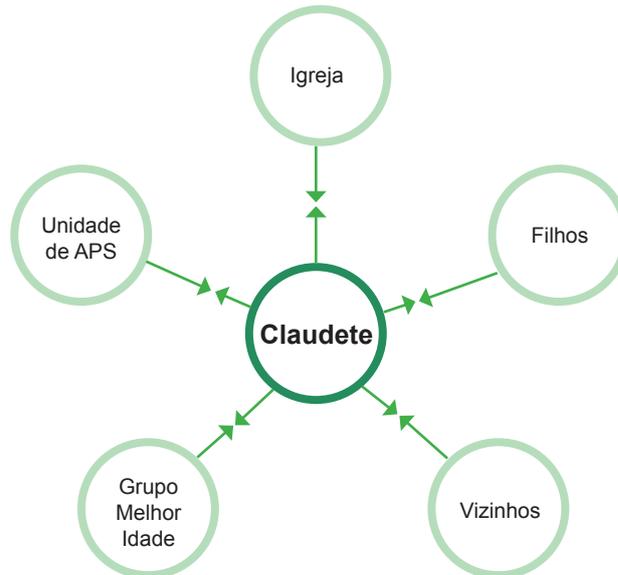


Ecomapa - Senhora Claudete

O Ecomapa é outra ferramenta de trabalho com famílias, que representa graficamente as ligações da família, as pessoas e as estruturas sociais do meio em que habita, além de ajudar a identificar suas relações e os recursos locais, pontos de apoio e suporte. Portanto, continuando a análise das relações de Sra Claudete com os outros elementos da rede, podemos representá-las através do Ecomapa apresentado na figura 2.

A partir do Ecomapa pode-se observar:

- Sra Claudete apresenta uma relação forte e equilibrada com os vizinhos e com a igreja.
- Em relação aos filhos, Sra Claudete acredita que recebe mais apoio do que oferece.
- A Sra Claudete identifica na unidade de saúde uma referência de apoio, e destaca a atividade de grupo como um espaço de suporte.



■ Grupos na APS para prevenção do suicídio e para familiares

O trabalho em grupo para pessoas que passaram por situações de violência, luto, separações, auxilia principalmente em função das consequências interpessoais associadas ao quadro emocional desencadeado. Os prejuízos na vida relacional das pessoas que passam por situações de violência, tais como isolamento, desesperança, desconfiança, associados à restrição dos afetos, descontrole emocional, irritabilidade, depressão, podem ser trabalhados num espaço de grupo. O grupo funciona como um suporte social, espaço de reintegração social, de aprendizagem interpessoal importante para a melhoria da qualidade de vida destes indivíduos ⁽⁴¹⁾, favorecendo a resiliência, se constituindo, dessa forma, em espaços de prevenção de suicídio.

Outros fatores dos grupos que representam aspectos terapêuticos importantes:

- » Sentimento de esperança despertado na interação com outras pessoas que vivenciaram situações semelhantes;
- » Melhor entendimento do problema e dificuldades pessoais através da identificação com o outro, o que facilita o autoconhecimento;
- » Sentimento de pertencimento a um grupo social;
- » Possibilidade de compartilhar informações com outro;
- » Sentimento de altruísmo à medida que percebe que pode ajudar outros pares, além de ser ajudado;
- » Aprendizagem social.

FONTE: Schoedl; Lacaz; Mello, 2012 ⁽⁴¹⁾.

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde, na realização de visitas domiciliares mais frequentes às pessoas com depressão e ideação suicida é muito importante para auxiliar na sua vinculação com a unidade, no monitoramento da situação e no suporte emocional, auxiliando inclusive a pessoa em sofrimento a buscar forças para comparecer nos grupos, nas consultas e demais atividades oferecidas pela unidade.

É importante solicitar o apoio dos profissionais do NASF ou de outros serviços de saúde mental da rede para condução compartilhada destes grupos na Atenção Primária. Dependendo do perfil dos grupos existentes na unidade de saúde, os

profissionais devem avaliar o perfil de pessoas e se as mesmas se beneficiarão desta atividade. Ainda, é importante verificar se o paciente dispõe de forças emocionais, disponibilidade afetiva e interesse na participação. Ter clareza destes perfis é importante para o bom funcionamento da ação e para o benefício dos participantes.

A implantação e desenvolvimento de grupos para cuidar de pessoas em sofrimento psíquico se constituem em estratégias para a prevenção do risco de suicídio. O desenvolvimento de grupo de suporte para familiares que passaram por situações de luto ou que estão em sofrimento por tentativas de suicídio na família é uma ação terapêutica que pode ser desenvolvida na APS.

Intervenção Interpessoal breve em grupo (IIP-G)	Baseada na Intervenção Interpessoal breve em grupo (IIP-G), essa modalidade permite o manejo do sofrimento psíquico, a melhoria nas relações interpessoais, familiares e a identificação de outros suportes sociais. As etapas da IIP breve (veja na pág. 50) permitem o acolhimento de pessoas que passaram por situações semelhantes e que se beneficiariam da atenção em grupo. A dinâmica do suporte em grupo potencializa os efeitos da intervenção individual, sobretudo na capacidade de confiar no outro, além de descentrarem de seus próprios problemas através do exercício de ouvir e contribuir com o outro. Neste sentido, a dinâmica e os resultados alcançados no grupo funcionam como “laboratório” para novas experiências interpessoais. Como se trata de um grupo com características específicas (focos e metas individuais), recomenda-se incluir no máximo 10 pessoas nos encontros ⁽⁴⁰⁾ . Recomenda-se que estes grupos sejam conduzidos em conjunto entre a equipe de APS e o NASF ou outro matriciador de saúde mental do território.
Grupos de suporte para familiares	Grupos de suporte a familiares enlutados por suicídio e em sofrimento psíquico por tentativas de suicídio na família e por outras formas de luto. Frequentemente, os familiares oscilam entre sentimentos de culpa, de raiva e de profunda tristeza. O grupo oferece apoio a familiares que passam por esta situação dolorosa, auxilia na fala e reflexão dos sentimentos envolvidos no processo do luto. Muitas famílias que passam pela experiência do suicídio têm a necessidade de acompanhamento logo após uma tentativa de suicídio, como forma de auxílio na lida com o stress e o sofrimento da tentativa. O acompanhamento pode auxiliar a família na prestação de cuidados à pessoa que está com ideação suicida, ou a lidar com a perda de um amigo ou membro de família ^(14,42,43) . Recomenda-se que estes grupos sejam conduzidos em conjunto entre a equipe de APS e o NASF e/ou serviço de saúde mental do território.

9. Quando acontece um suicídio (17, 18, 26)

Quando um suicídio acontece, presume-se que 5 a 10 pessoas são diretamente afetadas por ele. Às reações clássicas do luto como negação, raiva, barganha, depressão e aceitação, podem-se somar sentimentos de vergonha, rejeição, culpa e abandono, entre tantos outros, relacionados à pessoa que morreu. A família da pessoa que faleceu necessita de suporte e parte deste é responsabilidade da equipe de saúde que já vinha cuidando desta família.



IMPORTANTE SABER

Para saber mais sobre os cinco estágios do luto ou sobre a dor da morte, veja o livro “Sobre a morte e o morrer” cuja autora é Elisabeth Kübler-Ross.

Faz-se necessário pensar em estratégias na APS para acolher o luto daqueles que ficam, os amigos e familiares, que experimentam como uma das primeiras reações à dor pela perda vivenciada, a censura. As diversas ferramentas que a APS dispõe podem ser empregadas, dependendo da necessidade da pessoa:

- » Atendimentos individuais pela equipe da ESF
- » Abordagem familiar
- » Atendimentos conjuntos com NASF
- » Grupos na atenção primária
- » Grupos de suporte para familiares
- » Encaminhamento para outros níveis de atenção, se necessário.

Muitas vezes, esta condição é acompanhada pelo estigma, tanto relacionado à situação perpétua como ao que se supõe possa ter desencadeado, e portanto, toda uma atmosfera hostil é criada em torno daqueles que precisam de suporte, de modo, que ao invés de acolhimento se veem ainda mais sozinhos e isolados. Em situações como esta, é comum verificar aqueles que não

aceitam a morte por suicídio e tentam de todas as formas ocultar a verdade de outros familiares e de sua da comunidade, chegando muitas vezes a acreditar no fato criado por si. Isso se deve a dificuldade de entrar em contato com o sentimento inerente ao ocorrido, que pode estar envolto em culpa por não ter sido capaz de ter percebido e evitado o ato; dúvidas diversas e infinitas sobre o que fazer e como lidar com a situação e ainda, como falar.

Ajudar a família a passar pelo luto ao mesmo tempo em que lidam com seu próprio luto é um desafio para estes profissionais que podem experimentar os mesmos sentimentos. A equipe de saúde pode ainda ter que lidar com a raiva da família direcionada a eles. Acusações de que o suicídio do paciente pode ter acontecido por falha de um ou mais membros da equipe, do serviço ou do sistema de saúde, podem ocorrer. Por isso, registrar com qualidade as informações na rotina dos atendimentos é importante.

Independentemente do acompanhamento, as pessoas da equipe podem pensar que deveriam ter feito algo a mais, sentirem-se culpados ou demasiadamente tristes, somando esta perda ao desgaste habitual de trabalho e às situações de violência que atendem.

Há casos graves que, mesmo com todo tratamento e suporte, não é possível evitar a morte do paciente por suicídio, assim como em outras doenças graves de prognóstico reservado.

Cuidar do cuidador aqui significa fornecer suporte não somente à rede social da pessoa que cometeu suicídio (família, escola, trabalho, comunidade), mas também a equipe de saúde. O trabalho do NASF aqui realizando o matriciamento entendido como cuidado colaborativo é ainda mais fundamental. Um profissional também pode necessitar de cuidados de saúde mental para além do trabalho conjunto. O reconhecimento da necessidade que um profissional necessita de tratamento em saúde mental, seja por si mesmo, seja por um outro membro da equipe precisa ser feito e caminhar paralelamente às discussões clínicas, conversas com colegas, atendimentos conjuntos e supervisões de território.

É papel da saúde criar situações, grupos ou atendimentos para que esses familiares possam também falar de suas dúvidas e questões com o que ocorreu.

No Brasil ainda são poucos os “Grupos de Sobreviventes”, que são grupos de autoajuda, onde pessoas que enfrentam luto após um episódio de suicídio se reúnem para prestar apoio mútuo. No Rio de Janeiro alguns grupos começam a funcionar e estes são recursos potentes de “posvenção”, compreendida como ações de suporte para auxiliar pessoas na elaboração de luto relacionado ao suicídio, funcionando também como prevenção a novos episódios ^(18, 42).

10. O contexto da Promoção da Saúde na abordagem das violências autoprovocadas

A Promoção da Saúde é um importante campo de atuação para o desenvolvimento de ações no âmbito da APS e possibilita aos profissionais e serviços de saúde, ampliar sua intervenção nos territórios onde atuam. Destacamos aqui, algumas estratégias e ações que vem sendo desenvolvidas no município Rio de Janeiro, que podem contribuir no fortalecimento dos fatores protetores de saúde e na promoção da cultura de paz.

Cultura da Paz é um conjunto de valores, atitudes, tradições, comportamentos e estilos de vida de pessoas, grupos e nações baseados no respeito pleno à vida e na promoção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, na prática da não-violência por meio da educação, do diálogo e da cooperação, podendo ser uma estratégia política para a transformação da realidade social ⁽⁴⁴⁾.

■ Mediação de Conflitos

Inicialmente, destacamos a mediação de conflitos como uma das estratégias de abordagem diante dos casos e situações de violência e que tem desempenhado um importante papel no movimento da educação para a paz, e, em um contexto social amplo, pode ser caracterizada pela cultura do diálogo e garantia do acesso aos direitos de cidadania. Desde 2011, vem sendo adotada na sensibilização de profissionais de saúde e outros parceiros estratégicos e permite o estabelecimento de estratégias locais para a prevenção e o enfrentamento das situações de violência.

A Mediação de Conflitos e a Terapia de Resolução de Problemas (abordada anteriormente nesse Guia) podem ser utilizadas de forma complementar. Adota-se neste Guia uma visão integradora, ressaltando-se que tais processos são recursos potenciais para crescimento, transformação e mudança das pessoas e das práticas de saúde diante de casos e situações de violência.

Orientações para abordagem inicial:

- » Identificar o problema a ser enfrentado pelos atores envolvidos no caso de violência ou situação de conflito;
- » Estabelecer metas realistas, identificando cenários favoráveis, desfavoráveis e intermediários de possíveis resoluções para cada caso;
- » Estimular que o(a) usuário(a) reflita sobre diferentes resoluções de conflitos e estabeleça prazos de concretização para a tomada de decisão.

Ações Possíveis

Profissionais de saúde e atores estratégicos nos territórios podem fortalecer a rede de cuidado e de proteção às pessoas em situação de violência.

- » Propiciar a criação, o fortalecimento de ambientes seguros para a discussão das diferenças;
- » Estabelecer, incentivar e apoiar espaços, fóruns de discussão, rodas de conversa sobre enfrentamento da violência;
- » Desconstruir mitos e atitudes preconceituosas em relação ao tema nos espaços propícios na comunidade;
- » Desenvolver a construção de um senso de pertencimento à comunidade e grupos sociais;
- » Estimular a mudança de atitudes com relação aos grupos excluídos e “demonizados”;
- » Incentivar o estabelecimento de estratégias criativas que possam provocar mudanças positivas na vida das pessoas.

■ Núcleo de Promoção da Saúde da Solidariedade e Prevenção das Violências e Grupos Articuladores Regionais (GAR)

O Ministério da Saúde, em 2004 (Portaria nº 936) instituiu a Rede de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde orientando a implantação e implementação de Núcleos nos Estados e Municípios. No município do Rio de Janeiro foi regulamentado do Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção das Violências da SMS/RJ (NPSPV- Resolução “P” SMSDC nº 1507, de 20 de outubro de 2009).

Diante da complexidade da violência no contexto da metrópole carioca, da necessidade de ampliar as ações de enfrentamento e de qualificar as ações de acolhimento e cuidado dos casos identificados no território, foram definidos os Grupos Articuladores Regionais - GAR, instituídos na composição do Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção das Violências nas dez Coordenções das Áreas de Planejamento do Município do Rio de Janeiro (Resolução SMS nº 3114, de 08 de novembro de 2016). Além das competências destacadas abaixo, o GAR é referência e apoio para os profissionais e serviços dos territórios no manejo dos casos e das situações de violência e ainda, nas definições das estratégias locais para o enfrentamento e prevenção de tais eventos.

COMPETÊNCIAS DOS GRUPOS ARTICULADORES REGIONAIS - GAR

- ◆ Elaborar o diagnóstico regional, através da análise e consolidação dos dados da ficha de notificação individual, violência interpessoal/autoprovocada (SINAN) e outras fontes de informação;
- ◆ Elaborar um plano de ação para a prevenção e o enfrentamento das violências e acidentes nos respectivos territórios;
- ◆ Fortalecer a estruturação da linha de cuidado para atenção integral às pessoas em situação de violência em todos os níveis de assistência à saúde;
- ◆ Articular os serviços e a rede local para o planejamento, implantação e avaliação de ações para a prevenção e o enfrentamento das violências/ acidentes;
- ◆ Qualificar e articular a rede de atenção à saúde as pessoas em situação de violência/acidentes nos respectivos territórios;
- ◆ Desenvolver ações de promoção da saúde, estímulo a cultura de paz, prevenção das violências; e incentivar estratégias de mediação de conflitos com ênfase aos segmentos populacionais mais vulneráveis nas respectivas áreas;

- ◆ Promover e participar de redes sociais, fóruns, colegiados, conselhos de direitos, reuniões e ações intersetoriais que contribuam para a promoção da saúde e da solidariedade e de prevenção das violências regionalmente;
- ◆ Desenvolver e apoiar redes de proteção social nos respectivos territórios;
- ◆ Desenvolver ações de educação permanente junto aos profissionais de saúde e rede de apoio para as pessoas em situação de violência/ acidentados.

■ Programa de Saúde na Escola

O ambiente escolar e a comunidade escolar estão inseridos na dinâmica dos territórios de saúde e vinculadas à APS. As escolas são espaços promotores de saúde por princípio e o fortalecimento da interação entre escolas, serviços de saúde e rede proteção social é prioritário para favorecer a cultura da paz e a sustentabilidade de comunidades saudáveis. Este é o objetivo maior do

Programa de Saúde da ESCOLA – PSE Carioca (Resolução conjunta SEGOV/SMS/SME/SMDs – N°1, 06 de fevereiro de 2015) que integra saúde, educação e desenvolvimento social no município e em núcleos regionais – NUSEC, nas dez Coordenações das Áreas de Planejamento, em uma abordagem intersetorial, que potencializa a ação isolada de cada setor.

Contribuir na promoção de um ambiente em que estudantes, professores, demais profissionais e a comunidade escolar, possam interagir, conversar, trocar experiências, desenvolver novos métodos de aprendizagem e de enfrentamento das dificuldades vividas no ambiente escolar, é contribuir para ambientes mais saudáveis, especialmente no que se refere abordagem dos conflitos e violências na escola.

No contexto específico das violências, tem se observado o aumento de automutilação entre adolescentes e grupos em mídias sociais que compartilham e incentivam estas práticas. Campanhas em escolas de prevenção de suicídio podem não ser a melhor estratégia para abordar o tema.

Ações Possíveis

- » Professores e profissionais que se mostram abertos ao diálogo ampliam sua capacidade de reconhecer sinais de problemas emocionais, sintomas de depressão ou ideação suicida.
- » Os profissionais da educação e da APS, com apoio do NASF podem desenvolver ações conjuntas que reflitam sobre sexualidade, gênero, homofobia, conflitos familiares, namoro, sexo, violência, bullying e projeto de vida, contribuindo no manejo de conflitos e situações de crises que podem ser vivenciadas por adolescentes e que têm sido associadas ao suicídio.
- » Estabelecer estratégias e ações integradas com abordagem intersetorial diante de situações de risco e casos identificados

■ Rede de Adolescentes e jovens promotores de saúde (RAP)

O RAP da Saúde - Rede de Adolescentes e Jovens Promotores da Saúde – iniciou seus trabalhos em 2007, e hoje atua em todo o município, em cada uma das 10 AP, com objetivo de promover a saúde dos jovens potencializando o protagonismo juvenil, em articulação com a atenção primária e com dispositivos intersetoriais.

O conceito de protagonismo juvenil e da educação entre pares valoriza potencialidades, resgata autoestima e contribui para o enfrentamento das vulnerabilidades, minimiza comportamentos de risco. A complexidade do trabalho com jovens nos força a nos reinventar e construir novas estratégias de acesso e vinculação as unidades. Só é possível construir uma rede de cuidados para os adolescentes com um trabalho de parcerias e articulações no território por onde eles circulam, envolvendo seus pares.

Tendo em vista que na adolescência o suicídio e as tentativas crescem significativamente em relação ao período da infância, e que a taxa de notificação tem aumentado na faixa etária de 15 a 19 anos (24,6 por 100 mil), o trabalho do RAP da Saúde pode ser um fator de proteção ao suicídio, por incentivar a autonomia, o pertencimento a um grupo de iguais e o protagonismo juvenil.

A parceria com os jovens multiplicadores e dinamizadores do RAP da Saúde contribui para realizar ações diretas com outros jovens e pode oferecer aos profissionais de saúde estratégias inovadoras e criativas para o trabalho com o jovem nos serviços de APS e nos territórios vinculados. Desta forma, dinamizadores e multiplicadores precisam ser reconhecidos como elo fortalecedor entre o serviço de saúde e a comunidade, como também acolhidos e apoiados pelos profissionais de saúde.

Em conjunto, apoiadores/acolhedores e jovens poderão planejar atividades/ações em vários locais: unidades de saúde, escolas, associações, espaços públicos.

Ações Possíveis

- » Na sala de espera: diversas ações educativas podem ser realizadas para sensibilizar e conscientizar a população sobre o sentido da solidariedade, da paz e dos direitos humanos. – uma dramatização para depois debater com os usuários pode ser uma forma de trabalhar este tema.
- » Conversas e discussões sobre violência contra crianças, adolescentes e mulheres, com destaque para a necessidade da paz nas relações pessoais, familiares e profissionais, no âmbito da intercomunicação pessoal.
- » Profissional de saúde pode conversar sobre situações e contextos de vulnerabilidade para que possam reconhecer em outros jovens a necessidade de acolher, conversar e oferecer a referência do serviço de saúde.

11. A rede de atenção psicossocial no cuidado às pessoas em risco de suicídio

A identificação de risco de suicídio, a ocorrência de tentativa, ou a efetivação deste ato, exigem da equipe de APS, além da escuta atenta e acolhedora, a realização do manejo do caso e articulação de rede necessária para garantir suporte consistente. Para tanto é importante que conheçam os fluxos estabelecidos na rede de serviços e busquem mapear a rede de suporte do paciente.



Depois que o profissional tiver clareza sobre a vontade, planos e pensamentos sobre suicídio, é fundamental mapear e acionar a rede, buscar quem pode estar próximo, acompanhando de perto, a fim de evitar uma internação ou a efetivação do ato. Nestas situações é imprescindível o apoio de familiares ou pessoas identificadas pelo usuário como importantes no suporte.

Mas o que é e qual é nossa rede de Atenção Psicossocial?

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é o resultado de uma mudança de paradigma no cuidado para pessoas em sofrimento mental, a qual depende de diversos fatores, sendo um deles a capacidade dos trabalhadores em trabalhar articulados e integrados com a rede. Sua finalidade é “ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental”⁽⁴⁵⁾.

Componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Município do Rio de Janeiro:

Componentes	Pontos de Atenção
Atenção Primária à Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Unidades de Atenção Primária à Saúde (Clínica da Família e Centros Municipais de Saúde) ◦ Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ◦ Consultório na Rua
Atenção Psicossocial Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU 192 ◦ Sala de estabilização ◦ Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24 horas, Coordenações de Emergência Regional (CER) e serviço de atendimento à emergências em Hospitais Gerais
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Unidade de Acolhimento Adulta e Infantil ◦ Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Enfermaria especializada em Hospital Geral ◦ Serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Serviços Residenciais Terapêuticos ◦ Programa de Volta para Casa ◦ Estratégias de Desinstitucionalização com trabalho de fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares
Estratégia de Reabilitação Social	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda ◦ Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: Adaptado do Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD. Brasil, 2015 ⁽⁴⁶⁾

Os serviços listados na página anterior são os recursos de que se dispõe na rede para assistência em saúde mental, incluindo as pessoas em risco de suicídio.

O município do Rio de Janeiro possui, ainda, como componentes de sua RAPS, os ambulatórios de referência em cada Área de Planejamento (AP). Estes serviços fazem parte da atenção secundária e podem ser acessados pela APS via Sistema de Regulação (SISREG).

Conta também com os Centros de Convivência e Cultura, dispositivos altamente potentes e efetivos na inclusão social das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, abertos aos usuários dos serviços de saúde, que podem ser acessados diretamente pelos profissionais da APS, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade. Procure conhecer estes dispositivos da RAPS em sua Coordenadoria Geral de Atenção Primária à Saúde - CAP!

■ Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)

O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) tem como objetivo realizar apoio matricial, aumentando a resolutividade das equipes de Atenção Primária, ampliando sua abrangência e escopo de ações. O apoio matricial pode se dar por meio de discussão de casos, elaboração conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares, de atendimentos conjuntos, visitas domiciliares, da realização de atividades de educação permanente e elaboração de diagnóstico situacional do território, e do planejamento de grupos e ações no território. As equipes de NASF e de APS devem pactuar conjuntamente como será realizado esse apoio.

As equipes de NASF também realizam atividades específicas, tais como: atendimentos individuais, coordenação de grupos específicos de seu núcleo de saber, sendo recomendado que pelo menos um profissional da equipe de APS acompanhe a atividade de grupo, como forma de educação permanente e de fortalecimento do vínculo com a população. Em relação aos atendimentos específicos pelo NASF, as equipes de APS devem discutir os casos com a equipe de apoio, avaliando conjuntamente a melhor condução em cada situação.

Em relação ao cuidado prestado aos usuários de álcool e outras drogas, o NASF deve apoiar as equipes de Atenção Primária nas ações voltadas a essa temática, buscando sensibilizar as equipes para um cuidado isento de julgamento moral.

Para mais informações acesse o link:

http://subpav.org/download/prot/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf

Ações da equipe de NASF na prevenção e abordagem das pessoas em risco de suicídio

- » Realizar atendimentos, conjuntos ou específicos, quando a equipe de APS identificar solicitar apoio a casos de ideação ou tentativa de suicídio.
- » Realizar a coordenação conjunta com a equipe de APS de grupos específicos para as pessoas em sofrimento psíquico, em risco de suicídio e grupos com familiares.
- » Realizar visitas domiciliares conjuntas ou específicas para acompanhamento de pacientes que tiveram tentativas de suicídio recentes ou em sua história de vida.
- » Realizar visitas domiciliares conjuntas para acompanhamento das famílias que tiveram antes que cometeram suicídio ou com tentativa de suicídio recente.
- » Em caso de Transtorno Psicótico Puerperal auxiliar a equipe de APS na avaliação dos riscos. Os casos que apresentem riscos, como de suicídio ou infanticídio, avaliar junto com a equipe a necessidade de encaminhar para um serviço especializado em saúde mental ou emergência com equipe de saúde mental.
- » A mulher que está sofrendo de Depressão Pós-Parto corre o risco de cometer suicídio, como em qualquer outra situação depressiva, podendo haver ruptura no relacionamento conjugal, no relacionamento “mãe-bebê”. Os profissionais do NASF devem auxiliar as equipes de APS nos casos mais complexos.
- » Discutir o caso e elaborar Projeto Terapêutico Singular (PTS) para os casos de pacientes com tentativas de suicídio anteriores ou com histórico de depressão (moderada e grave).
- » Identificar sentidos na história da pessoa e espaços potenciais da unidade e na comunidade para (re)socialização e ressignificação da vida.
- » Identificar os usuários com histórico de tentativas de suicídio anteriores para vigilância.
- » Identificar e acompanhar os casos de depressão moderada e grave do território.
- » Quando houver tentativa de suicídio, realizar notificação compulsória imediata (Portaria nº 1.271/ 2014), através da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal Autoprovocada, disponível na Plataforma Subpav.
- » Orientar a equipe de APS sobre a notificação de violência autoprovocada.

Atribuições específicas dos profissionais do NASF na prevenção e abordagem das pessoas em risco de suicídio:

Psicólogo	<ul style="list-style-type: none">» Apoiar a equipe nos casos da perda de um paciente. A intervenção interpessoal breve é uma ferramenta com grande potencial na realidade dos profissionais da APS.» Apoiar e qualificar a equipe na identificação do risco para suicídio.» Apoiar os familiares e entes próximos nos processos de perda.» Elaborar PTS para os pacientes com tentativa de suicídio.» Realizar ofertas sobre o tema para educação permanente das equipes.» Discutir o caso nas supervisões de território da saúde mental e demais espaços potenciais.» Durante o atendimento de pacientes em risco de suicídio, buscar suporte dos familiares e/ou pessoas próximas para garantir a monitoração do indivíduo enquanto persistir o risco.» Nos casos em que há risco de cometer suicídio e falta de suporte dos familiares e/ou pessoas próximas ou casos graves, solicitar auxílio do médico da equipe para avaliar a necessidade de acionar a central de regulação para solicitar Vaga Zero.» Articular o trabalho territorial com os dispositivos da saúde mental, como os CAPS.» Quando houver tentativa de suicídio, realizar notificação compulsória imediata, através da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal Autoprovocada. Sempre que possível, realizar a notificação em conjunto com o profissional da APS, para educação permanente.» Coordenar conjuntamente com a equipe de APS a Intervenção Interpessoal Breve em Grupo e os Grupos de Suporte para familiares, dentre outros indicados neste Guia.
------------------	---

Psiquiatra	<ul style="list-style-type: none">» Apoiar a equipe nos casos de depressão que necessitem do uso de medicação.» Apoiar e qualificar a equipe na identificação do risco para suicídio.» Apoiar e qualificar a equipe no manejo dos casos, deixando o usuário falar.» Identificar as ofertas sobre o tema para educação permanente das equipes.» Manejar os casos de urgência.» Manejar com a equipe os casos de tentativa de suicídio de pacientes com sofrimento psíquico (casos depressivos com risco leve a moderado).» Acionar a rede de urgência e emergência nos casos de falta de suporte dos familiares e/ou pessoas próximas ou casos graves, com risco de cometer suicídio (casos depressivos graves ou quadros psicóticos). Nestes casos, inserir o médico da equipe de APS no atendimento, que deverá avaliar a necessidade de acionar a central de regulação para solicitar Vaga Zero ou encaminhamento para serviços de atenção especializada em saúde mental.» Apoiar a equipe de APS na coordenação da Intervenção Interpessoal Breve em Grupo e os Grupos de Suporte para familiares, dentre outros indicados neste Guia.» Quando houver tentativa de suicídio, realizar notificação compulsória imediata, através da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal Autoprovocada. Sempre que possível, realizar a notificação em conjunto com o profissional da APS, para educação permanente.
-------------------	--

Terapeuta Ocupacional	<ul style="list-style-type: none">» Elaborar e adaptar órteses e próteses nos casos de tentativa que resultaram em perdas funcionais.» Realizar oficinas terapêuticas conjuntas e apoiar a equipe e APS na coordenação de Grupos indicados neste Guia.» Quando houver tentativa de suicídio, realizar notificação compulsória imediata, através da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal Autoprovocada. Sempre que possível, realizar a notificação em conjunto com o profissional da APS, para educação permanente.
Assistente Social	<ul style="list-style-type: none">» Identificar, articular e acionar a rede de proteção social, em caso de necessidade.» Manejar os casos que necessitem de apoio para resolver situações de trabalho, documentos, renda e benefícios sociais.» Acionar o Grupo Articulador Regional (GAR) da Coordenadoria de Atenção Primária.» Apoiar a equipe na coordenação da Intervenção Interpessoal Breve em Grupo e os Grupos de Suporte para familiares, dentre outros indicados neste Guia.» Quando houver tentativa de suicídio, realizar notificação compulsória imediata, através da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal Autoprovocada. Sempre que possível, realizar a notificação em conjunto com o profissional da APS, para educação permanente.

■ Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Os CAPS são serviços de saúde abertos, de base territorial, integrantes da rede de serviços do SUS. São lugares de referência e tratamento para pessoas em sofrimento ou transtorno mental grave, ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, cuja gravidade e/ou persistência demandem sua inclusão num serviço de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de saúde.

Os CAPS objetivam acolher as pessoas em sofrimento, estimulando sua integração social e familiar, e apoiando suas iniciativas de busca da autonomia, oferecendo-lhes atendimentos multiprofissionais, procurando atuar na lógica do cotidiano das pessoas, buscando integrá-las ao seu contexto social e cultural, evitando assim o seu isolamento. Há realização de atendimento clínico, oficinas e grupos, visando a reinserção social dos usuários, através do acesso ao trabalho, educação, lazer e fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários ⁽⁴³⁾.

Os CAPS visam substituir a lógica de atendimento hospitalocêntrico, permitindo aos seus usuários os cuidados necessários sem afastá-los da vida cotidiana: a família, o trabalho, os demais círculos sociais, o lazer e o exercício de seus direitos civis ⁽⁴⁷⁾.

Tipos de CAPS:

- CAPS para adultos (CAPS II ou III);
- CAPS infantil (CAPSi), para crianças e adolescentes;
- CAPS álcool e outras drogas (CAPSad) II ou III, para crianças, adolescentes e adultos com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

Horário de funcionamento

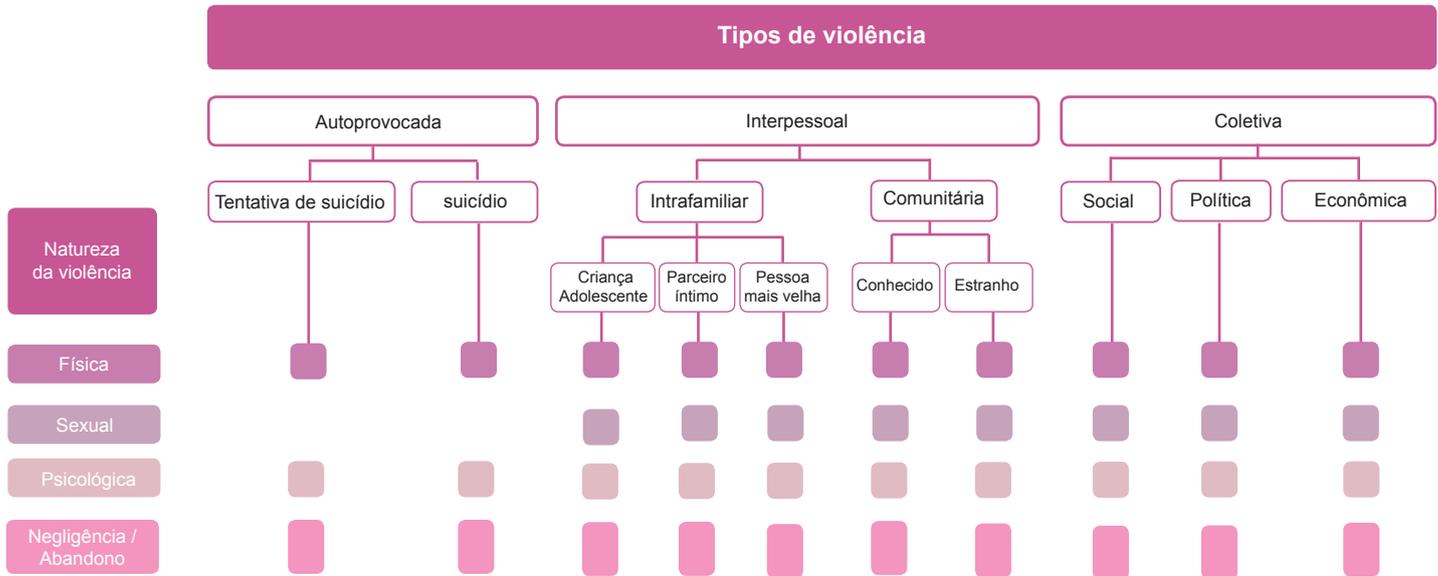
- CAPS II - 8h às 17h e quando houver terceiro turno até as 19h ou 21h
- CAPS III - serviço de funcionamento 24h por dia

■ **Atenção de Urgência e Emergência**

Os pontos de atenção da Rede de Atenção à Urgência e Emergência – SAMU 192, Salas de Estabilização, UPA 24 horas, Coordenações de Emergência Regional (CER) e serviços de atendimento a emergências em Hospitais Gerais – são responsáveis pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência.

12. Notificação das Violências Autoprovocadas

A OMS estabelece uma tipologia de três grandes grupos segundo quem comete o ato violento: violência contra si mesmo (auto-provocada ou auto infligida); violência interpessoal (doméstica e comunitária); e violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias) ⁽⁴⁸⁾.



Fonte: Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002) ⁽⁴⁸⁾

As violências autoprovocadas compreendem: ideação suicida, autoagressões – automutilações, tentativas de suicídio e suicídios ⁽⁴⁸⁾.

Todos os casos suspeitos ou confirmados de tentativa de suicídio ou mesmo automutilações devem ser notificados. Vale lembrar que estas violências são consideradas de notificação imediata, tendo em vista o risco de morte, além da necessidade de informação ágil para os profissionais responsáveis pelo seguimento do caso na rede de serviços.

Nota: Embora a ideação suicida não seja objeto de notificação no VIVA, requer ações de atenção integral em saúde ⁽⁴⁹⁾.



ATENÇÃO!

Orientações para o Preenchimento da Ficha de Notificação

Preencher os campos da ficha de notificação da violência interpessoal/autoprovocada SINAN com os seguintes dados:

- Unidade notificadora
- Pessoais
- Ocorrência
- Caracterização da violência
- Encaminhamentos/observações

No caso da violência autoprovocada, além desses, é fundamental:

- Preencher Campo 54: (lesão autoprovocada): 1- Sim
- Preencher Campo 56: 1 - Outros e informar tentativa de suicídio, automutilação, etc.
- Preencher Campo 57: Informar o Meio de agressão
- Preencher Campo 60 (número de envolvidos): 1 - Um
- Preencher Campo 61 (vínculo/parentesco com pessoa atendida): 1-Sim - Própria pessoa

IMPORTANTE! Após o preenchimento da ficha é necessário o envio para o Serviço/Divisão de Vigilância em Saúde da AP, responsável pelo processamento da mesma no SINAN e comunicação aos demais integrantes do Grupo Articulador Regional da AP.

A versão atual da **FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL - VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA** é a de 15.06.2015 ⁽⁴⁸⁾ em anexo e também disponível no link http://subpav.org/download/sinan/Ficha_Viol-5.1-Final_15.06.15.pdf.

Também é possível ter acesso à ficha por meio do Serviço/Divisão de Vigilância em Saúde da sua área, responsável também pelo recebimento/numeração, conferência, codificação, processamento e arquivamento das mesmas na AP, além do trabalho integrado ao GAR na estruturação da linha de cuidado às pessoas em situação de violência.



**IMPORTANTE
SABER**

A violência autoprovocada/ tentativa de suicídio é agravo de notificação compulsória imediata (até 24 horas) ⁽⁵⁰⁾.

Além das tentativas de suicídio/automutilações suspeitas ou confirmadas identificadas pela equipe, é importante avaliar a possibilidade de notificar eventos pregressos relacionados com o tratamento atual, registrados pelos profissionais.

Caso haja um caso de violência crônica, de repetição, preencher com a data da última ocorrência. Caso não se consiga precisar a data de ocorrência da violência, informar uma data aproximada.

Nos casos de violência autoprovocada na infância e adolescência, deve-se seguir a legislação do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) para as demais violências, que determina a comunicação ao Conselho Tutelar em seguida da notificação.

NOTIFICAR É UM ATO DE CUIDADO.

Quando a pessoa teve em seu histórico alguma lesão autoprovocada intencionalmente, a recomendação é de que se registre no prontuário também utilizando o CID: X60-X84, PELO MENOS X84.

ANEXO

FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL
VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADARepública Federativa do Brasil
Ministério da SaúdeSINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar (física, psicológica/moral, financeira/econômica, negligência/abandono), sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, pessoa com transtorno, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravo/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	
	Código (CID10)		Y09	
	3 Data da notificação			
	4 UF	5 Município de notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros			
	7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	
	8 Unidade de Saúde		Código (CNES)	
	9 Data da ocorrência da violência			
	10 Nome do paciente		11 Data de nascimento	
	12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		13 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	
	14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	16 Escolaridade <input type="checkbox"/> 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica			
17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe		

Dados de Residência	19 UF	20 Município de Residência	Código (IBGE)	21 Distrito								
	22 Bairro	23 Logradouro (rua, avenida,...)		Código								
	24 Número	25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Geo campo 1								
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência	29 CEP								
	30 (DDD) Telefone		31 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	32 País (se residente fora do Brasil)								
	Dados Complementares											
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social		34 Ocupação									
	35 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado											
	36 Orientação Sexual 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica)		37 Identidade de gênero: 1-Travesti 2-Mulher Transexual									
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado									
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Deficiência Física</td> <td><input type="checkbox"/> Deficiência visual</td> <td><input type="checkbox"/> Transtorno mental</td> <td><input type="checkbox"/> Outras</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual</td> <td><input type="checkbox"/> Deficiência auditiva</td> <td><input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento</td> <td></td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Deficiência Física	<input type="checkbox"/> Deficiência visual	<input type="checkbox"/> Transtorno mental	<input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual	<input type="checkbox"/> Deficiência auditiva	<input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento	
<input type="checkbox"/> Deficiência Física	<input type="checkbox"/> Deficiência visual	<input type="checkbox"/> Transtorno mental	<input type="checkbox"/> Outras									
<input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual	<input type="checkbox"/> Deficiência auditiva	<input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento										
Dados da Ocorrência	40 UF	41 Município de ocorrência	Código (IBGE)	42 Distrito								
	43 Bairro	44 Logradouro (rua, avenida,...)		Código								
	45 Número	46 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3								
	48 Geo campo 4		49 Ponto de Referência	50 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado								
	51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		52 Local de ocorrência 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado									
	53 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		54 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado									

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado			
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil _____	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____		
Violência Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____			
	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei			
Dados do provável autor da agressão	60 Número de envolvidos <input type="checkbox"/> 1 - Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	62 Sexo do provável autor da agressão <input type="checkbox"/> 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado	63 Suspeita de uso de álcool <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 4- 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado			
Encaminhamento	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente			

Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX
	69 Data de encerramento _____		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone
Observações Adicionais: _____ _____ _____			
Disque-Saúde 0800 61 1997		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100
Notificador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES
	Nome	Função	Assinatura

NOTIFICAR É UM ATO DE CUIDADO.

Quando a pessoa teve em seu histórico alguma lesão autoprovocada intencionalmente, a recomendação é de que se registre no prontuário também utilizando o CID: X60-X84, PELO MENOS X84.

Referências bibliográficas

1. Botega N.J. Prefácio. In. Estellita-Lins, C (org.) et al. *Trocando Seis por Meia Dúzia: o suicídio como emergência do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, FAPERJ, 2012; 9-11.
2. Cavanagh, J.T.; Carson, A.J.; Sharpe, M., et al. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 2003; 33(3):395-405.
3. World Health Organization. *Preventing Suicide – A Global Imperative*. 2014. Disponível em http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_english.pdf?ua=1. Acessado em 24 de novembro de 2016.
4. Estellita-Lins, C. et al. Experimentando agir localmente no suicídio. *Trocando Seis por Meia Dúzia: o suicídio como emergência do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, FAPERJ, 2012; 9-11.
5. World Health Organization. *Preventing Suicide: A resource for general physicians*. Geneva, 2000.
6. Stewart, M. et al. *Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
7. American Psychiatric Association. *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. American Psychiatric Association, 2010; 160(11):1-60.
8. World Health Organization. *Report Media Centre – Suicide*, 2012. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>. Acessado em 24 de novembro de 2016.
9. World Health Organization. *First who report on suicide prevention*. 2014. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/en/>. Acessado em 24 de novembro de 2016.
10. World Health Organization. *Country reports and charts available*. 2015. Disponível em www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html

11. World Health Organization. *Practice Manual for Establishing and Maintaining Surveillance Systems for Suicide Attempts and Self-Harm*. Disponível em http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/. Acessado em 24 de novembro de 2016.
12. Botega, N.J.; Marín-León, L.; Oliveira, H.B., et al. *Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil*. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009; 25(12):2632-2638.
13. Waiselfisz, J.J. *Mapa da violência. Os jovens do Brasil*. Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO), 2014.
14. Organização Mundial da Saúde. Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias. *Gestão de Perturbações Mentais e de Doenças do Sistema Nervoso. Prevenção do suicídio. Um recurso para conselheiros*. Genebra, 2006.
15. Botega, N.J.; Werlang, B.S.G.; Cais, C.F.S., et al. *Prevenção do comportamento Suicida*. In: PSICHO, Porto Alegre, 2006; 37(3), 213-220.
16. Luoma, J.B.; Martin, C.E.; Pearson, J.L. *Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence*. American Journal of Psychiatry, 2002; 159:909-916.
17. Norris, D.; Clarck, M.S. *Evaluation and treatment of the suicidal patient*. American Family Physician, 2012; 85(6),602-605.
18. Botega, N.J. *Crise suicida: avaliação e manejo*. 1ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Uma análise da situação de saúde e das causas externas*. Brasília: Ministério da Saúde. 2015. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao. Acessado em 24 de novembro de 2016.
20. Meleiro A.M. *Suicídio entre médicos e estudantes de medicina*. Revista da Associação Médica. Brasil. 1998; 44(2):135-40.
21. Amorim P. Revista Brasileira de Psiquiatria. In. Cartão Babel de Saúde Mental na Atenção Básica. *Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) ... [et al.]*. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

22. Chiaverini D.H. (Org.) et al. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
23. Van der Molen, H.T.; Lang, G. *Habilidades da escuta na consulta médica*. In: Leite, A.J.M; Caprara, A.; Coelho Filho; J.M. *Habilidades de comunicação com pacientes e famílias*. 1ª ed. São Paulo. Ed. Sarvier. 2007.
24. Le Freve, M. *Screening for suicide risk in adolescents, adults, and older adults in primary care: US Preventive Task Force Recommendation Statement*. *Annals of Internal Medicine*, 2014; 160(10),719-727.
25. Mann, J.J.; Apter, A.; Bertolote, J. et al. *Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review*. *Journal of the American Medical Association*. 2005; 294(16):2064-2074.
26. Stovall, J.; Domino, F. *Approaching the suicidal patient*. *American Family Physician*, 2003; 68(9),1814-1818.
27. Organização Mundial da Saúde. *Manual MI-GAP de Intervenções para Transtornos Mentais, Neurológicos e por Uso de Álcool e outras Drogas para a Rede de Atenção Básica à Saúde*. Programa de Ação Mundial em Saúde Mental. OMS, 2010.
28. McCall, W.V.; Benca, R.M.; Rosenquist, P.B., et al. *Hypnotic Medications and Suicide: Risk, Mechanisms, Mitigation, and the FDA*. *The American Journal of Psychiatry*. 2016.
29. Tondo, L.; Baldessarini, R.J. *Suicidal Behavior in Mood Disorders: Reponse to Pharmacological Treatment*. *Current Psychiatry Report*. 2016; 18(9):88.
30. Cordioli, A. V. *Psicofármacos: consulta rápida*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
31. Zanetti, M.V.; Cordás, T.A., Forlenza, O.V., et al. *Exames subsidiários ao diagnóstico psiquiátrico*. *Compêndio de Clínica Psiquiátrica*. Editores: Forlenza. SP: Manole, 2012.
32. Gardner, D. M.; Murphy, A. L.; O'Donnell, H., et al. *International Consensus Study of Antipsychotic Dosing*, *The American Journal of Psychiatry*. 2010; 167:686–693.

33. Schatzberg, A. F.; O.; DeBattista, C. *Manual de Psicofarmacologia Clínica*, 8ª Ed. Artmed. Porto Alegre, 2017.
34. Vaiva, G.; Ducrocq, F.; Meyer, P., et al. *Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study*. British Medical Journal, 2006, 332:1241.
35. Fleischmann, A.; Bertolote, J.M.; Wasserman, D., et al. *Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries*. Bulletin of the World Health Organization. 2008, 86:703–709.
36. Associação Brasileira de Psiquiatria. *Suicídio: informando para prevenir / Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio*. – Brasília: CFM/ABP, 2014.
37. Organização Mundial da Saúde. Departamento de Saúde Mental. *Prevenção do Suicídio: um manual para médicos clínicos gerais*. Genebra, 2000. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67165/7/WHO_MNH_MBD_00.1_por.pdf. Acessado em 24 de novembro de 2016.
38. Hegel, M.T.; Dietrich, A.J.; Seville, J.L., et al. *Training Residents in Problem-solving Treatment of Depression: A Pilot Feasibility and Impact Study*. Family Medicine, 2004;36(3):204-8.
39. Pereira, A.A. Alexandre, A.P (Org). *Diretrizes para saúde mental em atenção básica*. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2009. Série Nescon de Informes Técnicos, nº3.
40. Weissman, M.M.; Markowitz, J.C.; Klerman, G.L. *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York: Basic Books, 2000.
41. Schoedl, F.; Lacaz, F.S.; Mello, M.F., et al. *Roteiro da Capacitação sobre intervenção interpessoal de grupo (IIP-G)*. Programa de Atendimento e Pesquisa em Violência (PROVE). São Paulo, 2012.
42. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse. *Preventing suicide: how to start a survivors group*. 2008. Disponível em http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_survivors.pdf. Acessado em 24 de novembro de 2016.

43. Moura, C.M. *Uma avaliação da vivência do luto conforme o modo de morte*. 2006. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, 2006.
44. Organização das Nações Unidas. Relatório Mundial de Cultura de Paz. *Relatório da sociedade civil a meio da Década de Cultura de Paz*. Resolução da Assembleia Geral A/59/143. 2007
45. Minozzo F. *Análise da implantação do apoio matricial em saúde mental entre CAPS e equipes de saúde da família: trilhando caminhos possíveis*. Dissertação (mestrado) – Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica. 2011.
46. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
47. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. *Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil: recomendações de 2005 a 2012*. Brasília, Ministério da Saúde, 2014.
48. Organização Mundial da Saúde. *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. Genebra, 2002. Disponível em <http://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>. Acessado em 24 de novembro de 2016.
49. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada*. 2ª ed. Brasília. 2016.
50. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. 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. 2016.

Formato: 21 x 14,8cm | Tipografia: Arial, Times
Papel: Couché 90g (miolo), Supremo Duo Design 300g (capa)

Todos os direitos reservados.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra,
desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Secretaria Municipal de Saúde
Rua Afonso Cavalcanti, 455, 8º andar - Cidade Nova
Rio de Janeiro - RJ