PREFEITURA MUNICIPAL
SÃO LOURENÇO DO SUL
Desenvolvimento com transparência

SÃO LOURENÇO DO SUL

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

COORDENAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

GRUPO DE ENFRENTAMENTO AO SUICÍDIO

PROTOCOLO ASSISTENCIAL E DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO PARA O MUNICÍPIO DE SÃO LOURENÇO DO SUL/RS.

2020 AMARELO

SÃO LOURENÇO DO SUL, 2020.

Elaboração e Informações:

Secretaria Municipal da Saúde

Endereço Secretaria Municipal de Saúde:

RUA SENADOR PINHEIRO MACHADO, 100, CENTRO, CEP: 96170-000

Telefone: (53) 3251-6151

E-mail: saude@saolourencodosul.gov.br

Prefeito

Rudinei Harter

Secretária Municipal de Saúde

Adriane H. Martins

Supervisor da Política de Saúde Mental

Flávio Resmini

Elaboração

Ana Paula Barragan, Diego Elias dos Santos e Josiane Amaral Rodrigues

Equipe técnica

Ana Maria Grellert, Beatriz Leichtweis, Janisse Vargas, Fernanda Penkala, e Gabriela Leal, Jaqueline Bergmann, Martha Haertel, Marielson Marciniak, Mônica Ehlert Rafaela Munhoz ,Renata Azambuja, Simoni Vargas, Simone Hax Duro, Suélen Nornberg e Ronise Russo.

SUMÁRIO

1. Contextualização..... 4
2. Suicídio em São Lourenço do Sul e a Rede de atenção à saúde..... 5
3. Eixos de intervenção e ações estratégicas..... 10
4. Fatores de risco e proteção..... 12
5. Manejo do comportamento suicida..... 14
5.1 Orientações gerais..... 14
5.2 Avaliação Risco de Suicídio..... 14
5.3 Manejo Inicial..... 15
5.4 Plano Terapêutico Singular..... 15
5.5 Uso tecnologias da comunicação..... 17
6. Orientações aos pontos da rede de proteção..... 18
6.1 Orientações àAtenção Primária à Saúde e Agentes Comunitários de Saúde..... 18
6.2 Orientações aos Centros de Atenção Psicossocial 18
6.3Orientações às Lideranças, Segmentos e Organizações da Sociedade Civil..... 20
6.4Orientações à Assistência Social 21
6.5Orientações à Educadores 22
6.6 Orientações à Jornalistas e profissionais da mídia 23
6.7 Orientações à profissionais da segurança pública 23
6.8 Orientações aos serviços de urgência e emergência 24
7. Telefones Úteis..... 26

1. Contextualização

O suicídio pode ser definido como um ato executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, usando um meio que acredita ser letal. Também fazem parte do comportamento suicida os pensamentos, os planos e a tentativa de suicídio.

Esse comportamento possui determinantes multifatoriais, ou seja, é resultado de uma complexa interação de fatores psicológicos, biológicos, genéticos, culturais e socioambientais. Dessa forma, deve ser considerado como o desfecho de uma série de fatores que se acumulam na história do indivíduo, não podendo ser considerado de forma causal e simplista apenas a determinados acontecimentos pontuais da vida do sujeito. É a consequência final de um processo.

A relevância deste tema é indiscutível. O suicídio aparece entre as 20 principais causas de morte no mundo, para pessoas de todas as idades. Só ele é responsável por mais de 800.000 mortes - o que equivale a um suicídio a cada 40 segundos. Toda vida perdida representa um parceiro, um filho, um pai, uma mãe, um amigo(a) ou um colega de alguém. Para cada suicídio, cinco a dez pessoas (familiares, amigos) são afetadas social, emocional e economicamente. São os chamados sobreviventes, pessoas significativamente impactadas pelo suicídio. (WHO, 2008, p. 6)

Neste sentido, diante do cenário atual de Pandemia da COVID-19, que além de causar inúmeras mortes no país e no mundo, têm desdobramentos econômicos, sociais, culturais e psicológicos, impactando diretamente na saúde mental dos indivíduos, a Secretaria Municipal de Saúde e a Coordenação da Política de Saúde Mental, Álcool e outras drogas considera importante refletir com os profissionais sobre o fenômeno de suicídio durante **todo o ano de 2020**. Este material tem por objetivo atualizar o Protocolo Assistencial de Prevenção ao Suicídio para os serviços de saúde do município de São Lourenço do Sul/RS.

2. Suicídio em São Lourenço do Sul eRedes de Atenção à Saúde

São Lourenço do Sul possui uma população estimada (2017) de 44.580 pessoas. No último censo do IBGE em 2010 apontou 43.111 pessoas, em um território (2017) de 2.036,125 km². A maior parte do território encontra-se em área rural, e uma pequena parte trata-se do perímetro urbano, como observado na seguinte imagem:

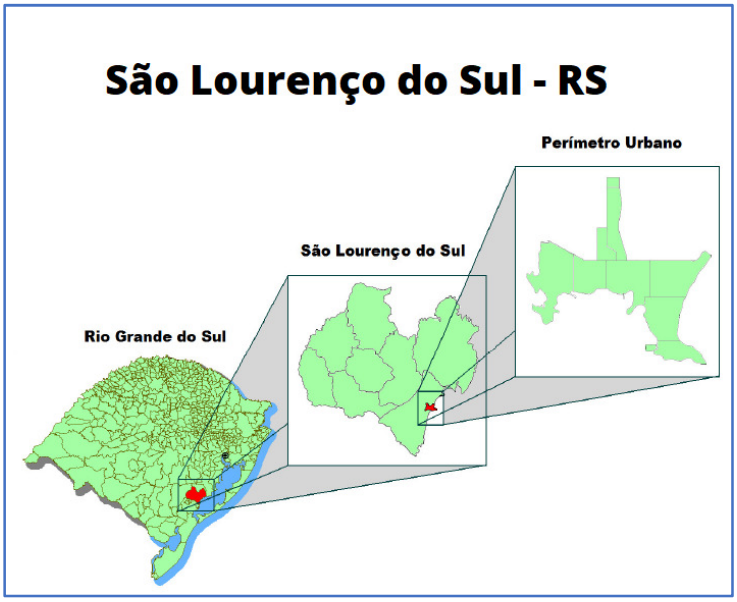
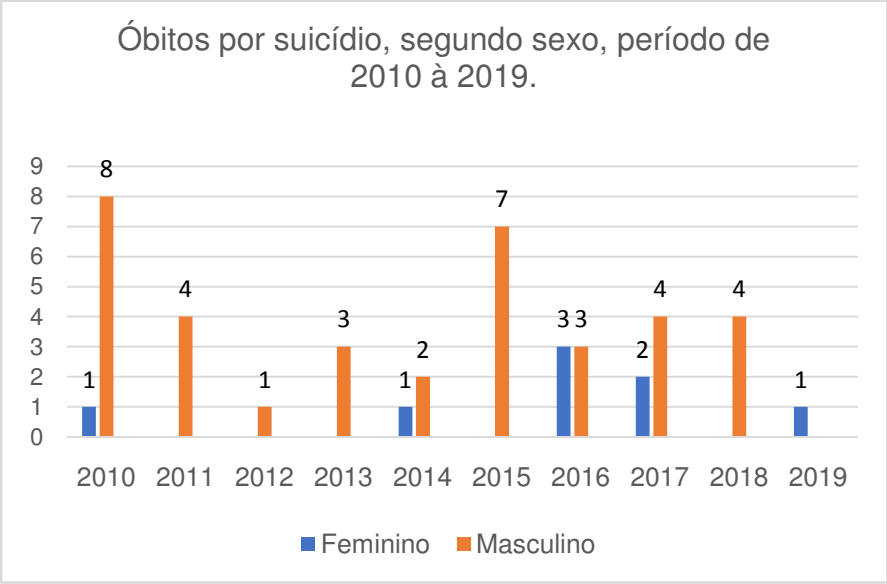
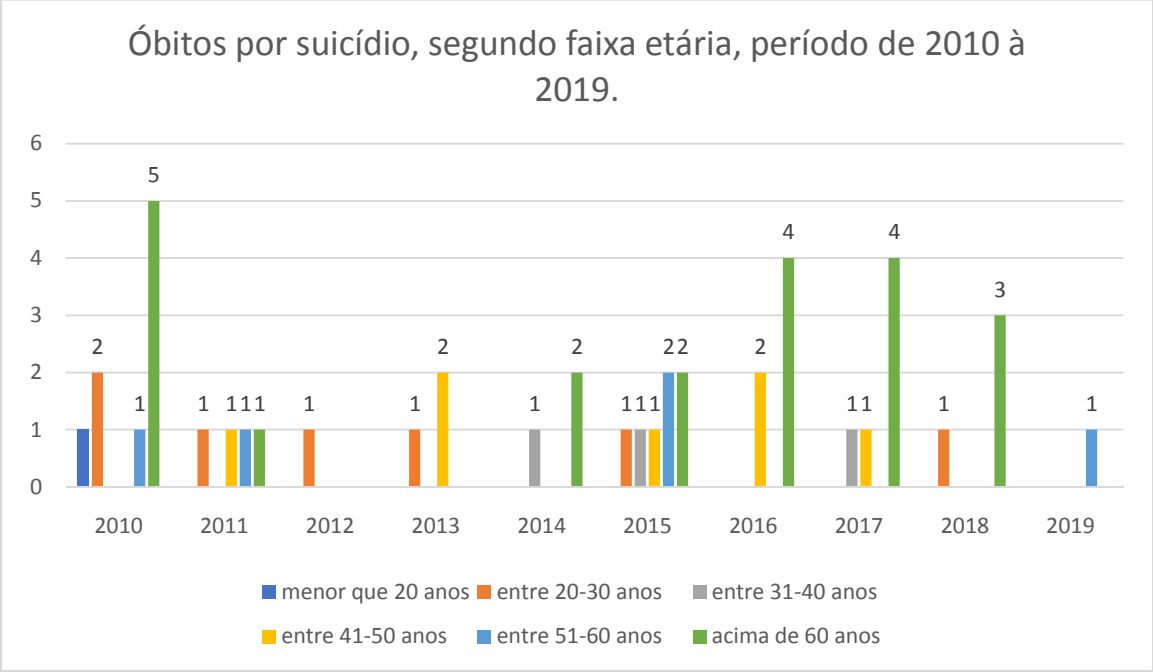


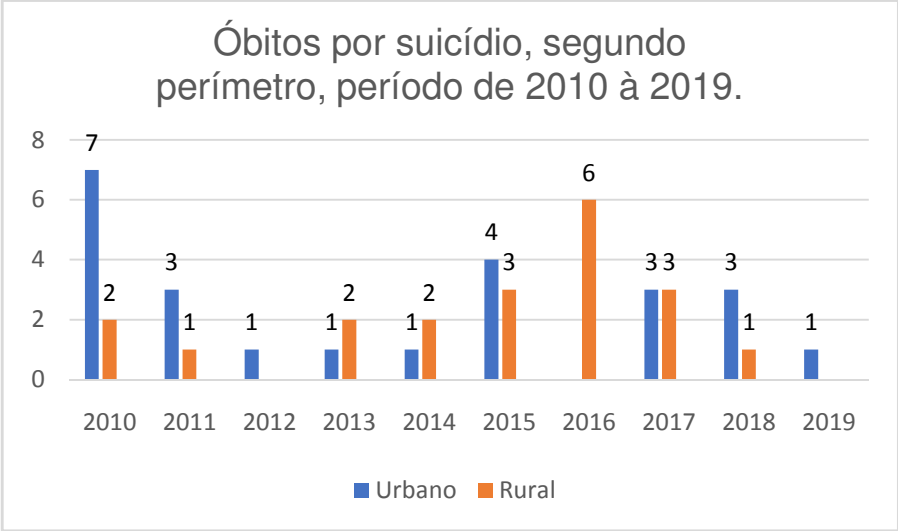
Figura 1 - Representação Territorial do Município. Fonte: Vigilância Epidemiológica de São Lourenço do Sul.

O fenômeno do suicídio em nosso território acompanha as evidências científicas. Conheça os dados epidemiológicos de nosso município relacionados ao Suicídio:



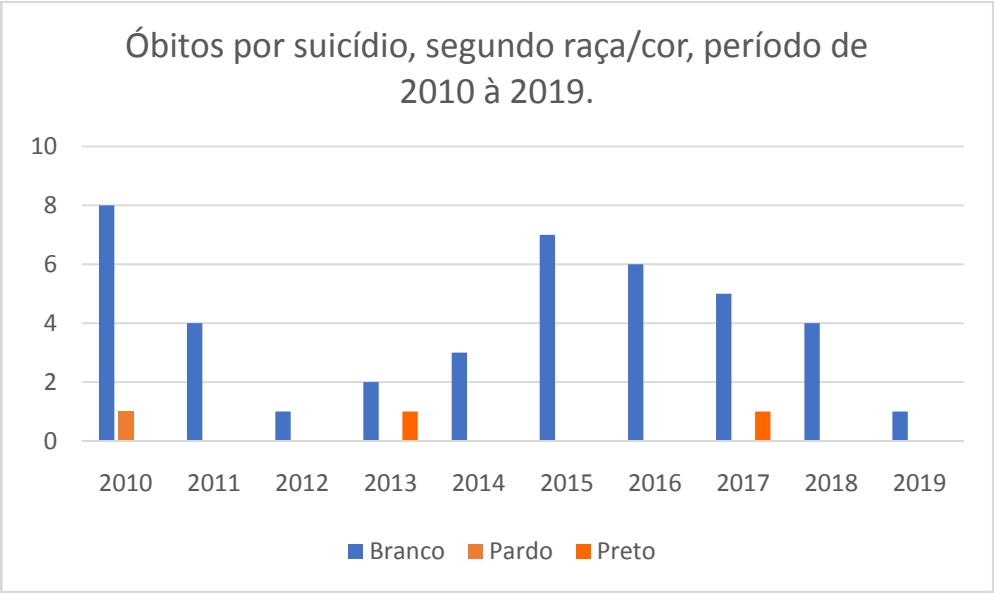


Ao observar os dados da Vigilância Epidemiológica de São Lourenço do Sul sobre o fenômeno do suicídio pode-se concluir: maior parte dos indivíduos que cometeram suicídio são do **sexo masculino**, **aposentados** ou **agricultores**, maior incidência em indivíduos com **idade superior a 60 anos**, porém, como observado neste capítulo, **o fenômeno atinge indivíduos em todas as idades**.



Ocorre em ambos os perímetros da cidade, em alguns períodos de forma mais incidente na zona rural. Cabe considerar que segundo registros da vigilância epidemiológica municipal **a maior parte das tentativas de suicídio notificadas são de indivíduos do sexo feminino**.

No que se refere à raça/cor das pessoas que cometeram suicídio em São Lourenço do Sul, nota-se que as pessoas declaradas brancas são a maioria. Este dado concorda com a realidade estadual, conforme Boletim de Vigilância Epidemiológico de Suicídio e Tentativa de Suicídio (2018), que observa no Rio Grande do Sul que as maiores taxas de suicídio estão entre a raça branca, seguida da preta.



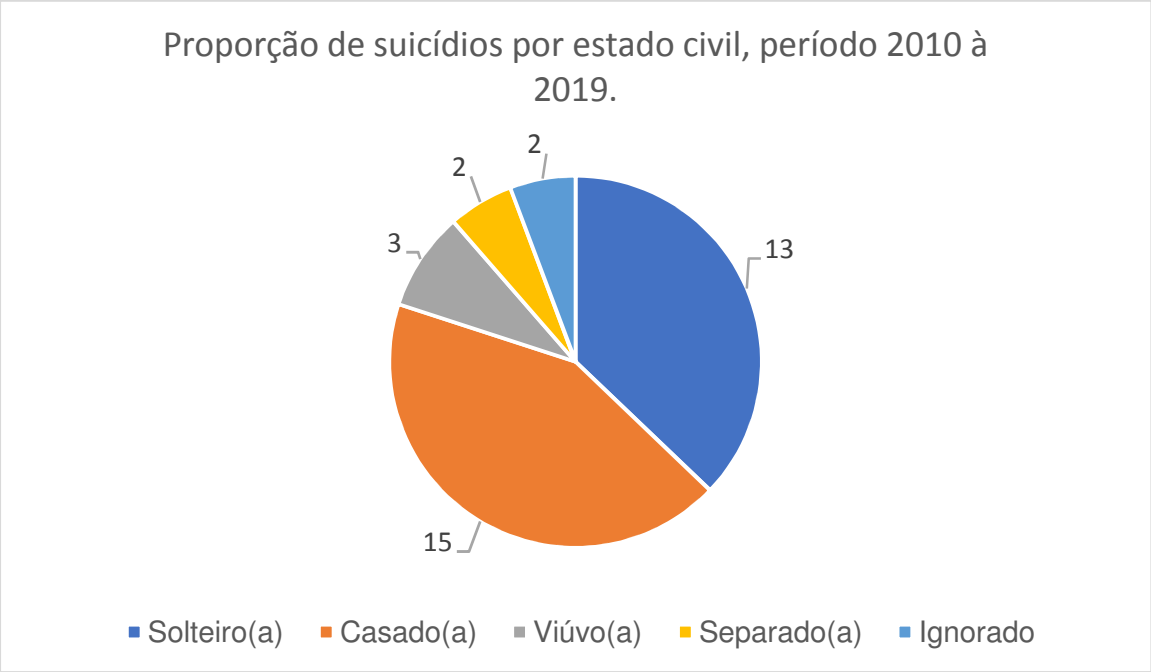


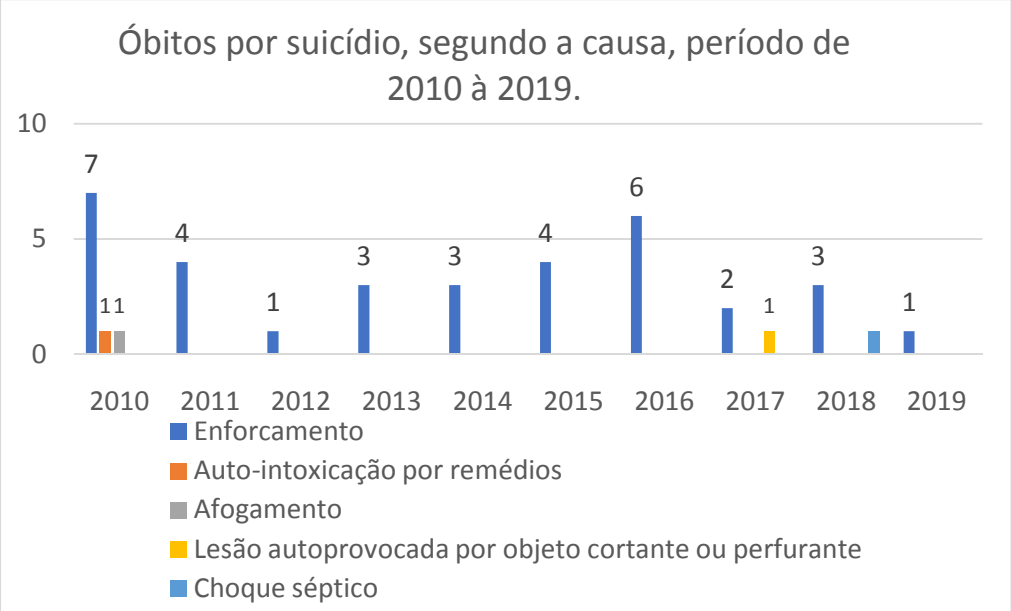
Figura 2 – Proporção de suicídios por estado civil, período de 2010 à 2019. Fonte: Vigilância Epidemiológica de São Lourenço do Sul.

Tabela 1 – Óbitos por suicídio, por profissão, durante 2010 à 2019.

Profissão	Número de óbitos
Aposentado	16
Agricultor	10
Vendedor	2
Não declarado	2
Açougueiro	1
Auxiliar Pessoal	1
Dona de Casa	1
Empregada doméstica	1
Estudante	1
Marinheiro	1
Mecânico	1
Marceneiro	1
Motorista	1
Trabalhador Rural	2
Pedreiro	1
Serviços Gerais	1
Sem Ocupação	1

Fonte: Vigilância Epidemiológica de São Lourenço do Sul.

A partir da ocupação dos indivíduos exposta acima, nota-se que **agricultores** e **aposentados** (maior parte agricultores/trabalhadores rurais aposentados) representam um importante grupo de risco; Quanto a causa das mortes, o enforcamento foi o meio mais utilizado.



Neste sentido, São Lourenço do Sul corrobora a realidade estadual. Nos anos de 2017 e 2018 no estado do Rio grande do Sul registraram-se 2.564 óbitos por suicídio, majoritariamente do sexo masculino, na faixa etária de 50 a 54 anos; O meio mais utilizado foi o enforcamento (FRANK; MONTEIRO; LIMBERG, 2020).

Além disso, existem fatores culturais que precisam ser considerados, tais como a presença da cultura Pomerana e sua relação com o suicídio; o fato da agricultura familiar estar muito presente na cultura e economia do município (setor da agricultura, na conjuntura atual, apresenta dificuldades à medida que enfrenta falta de chuva, crise econômica ampliada pela pandemia COVID-19, endividamento das famílias, impacto das dívidas do ponto de vista cultural e social, etc). Portanto, para prevenir o suicídio à medida que a pandemia avança, faz-se necessário um trabalho compartilhado e coordenado da Rede de Atenção à Saúde e a comunidade.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são uma estratégia do SUS estabelecidas com intuito de garantir a integralidade e a horizontalidade nas relações entre os diferentes serviços existentes em determinada localidade e as necessidades dos usuários. As RAS podem ser definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. (Ministério da Saúde, 2010, portaria nº4.279, de 30/12/2010).

A Rede de Atenção à Saúde em São Lourenço do Sul é composta por Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Serviços Ambulatoriais e Hospitalares, Serviços especializados. Ações intersetoriais(ex:parceria entre setor saúde e demais setores da sociedade civil, educação, segurança pública, sindicatos, lideranças comunitárias, etc.) promovem ampliação da rede de proteção, redução do estigma e maior participação da comunidade no enfrentamento ao comportamento suicida.

.

3. Eixos de intervenção e ações estratégicas

Para fins de planejamento das ações voltadas a prevenção do Suicídio, foram identificados 3 eixos de intervenção:o primeiro aborda a Vigilância em Saúde e a Qualidade das informações, o segundo voltado a Prevenção ao Suicídio e Promoção à Saúde e o terceiro eixo que aborda a Gestão e o Cuidado. As ações estratégicas são baseadas nas orientações do governo estadual.

Eixo 1 - Vigilância e Qualidade das Informações.

A. Qualificar notificação de tentativa de suicídio.	1. Notificar todas as tentativas. 2. Conhecer a ficha de notificação de violência interpessoais e autoprovocadas do SINAN (anexo) 3. Preencher adequadamente a ficha de notificação (todos os campos) em até 24h.
B. Qualificar informações	1. Refletir sobre inserir dados relevantes e perguntas sobre suicídio; 2. Fomento a mapeamento e levantamentos relacionados à populações específicas, como: população indígena, LGBT, trabalhadores expostos ao uso de agrotóxicos, etc.
C. Pesquisa e Divulgação de Informações	1. Incentivo a estudos relacionado à temática, considerando dados epidemiológicos da população estudada, determinantes sociais implicados e sugestões de intervenções.

Eixo 2 - Prevenção ao Suicídio e Promoção à Saúde.

A. Articulação Intersetorial	1. Buscar visibilidade no setor saúde e demais setores governamentais, junto a sociedade civil, quanto ao fenômeno do Suicídio. Disseminar a compreensão de que trata-se de uma questão complexa que envolvem fatores socioeconômicos, ambientais, violências e discriminação (étnico-raciais, gênero, entre outras), associados ao suicídio e tentativas, não sendo um fenômeno individual. 2. Incentivo a iniciativas intersetoriais para a regulação e controle dos meios utilizados para o suicídio como: restringir acesso a armas de fogo, segurança na arquitetura urbana, regulação e fiscalização do uso de agrotóxicos, uso racional e descarte adequado de medicamentos, entre outras. 3. Realizar ações intersetoriais de promoção à saúde e prevenção ao suicídio, de maneira a articular os setores da sociedade civil. (ex. UBS e Escola) 4. Realizar ações voltadas às populações em

	vulnerabilidade social, voltada a promoção da saúde, cultura da paz e garantia de direitos desses indivíduos. 5. Conhecer, divulgar e integrar iniciativas locais de vigilância e promoção à saúde para o enfrentamento ao suicídio, nos diferentes pontos da rede de apoio comunitária, formais ou informais, a fim de reduzir o número de tentativas e óbitos. 6. Identificar lideranças comunitárias, especialmente representantes de populações em vulnerabilidade, e sensibilizá-los quanto ao fenômeno do suicídio, fatores de risco e proteção, como agir/intervir de maneira cooperativa com os profissionais da saúde.
B. Comunicação	1. Sensibilizar profissionais da comunicação, mídias e formadores de opinião sobre a comunicação responsável, a qual contribua com a desconstrução dos mitos e estigmas relacionados ao suicídio; 2. Fomento a divulgação de materiais com orientações de prevenção ao suicídio, ênfase para o mês de Setembro Amarelo, alusivo à prevenção.

Eixo 3 - Gestão e Cuidado.

A. Fluxos de Atenção à Saúde Locais	1. Compartilhar modelo de orientador de fluxos na RAS na prevenção ao suicídio, incluindo organizações sociais, assistência social, ente outros. 2. Articular pontos de atenção à saúde a utilizarem-se do CVV (canal gratuito de apoio) pelo número 188 de modo a qualificar o cuidado no manejo do comportamento suicida. 3. Orientar equipes de saúde a identificar e apoiar sobreviventes de tentativas, bem como familiares e pessoas próximas.
B. Educação Permanente	1. Disseminar documentos orientadores para qualificação profissional na prevenção ao suicídio. 2. Estímulo à qualificação profissional sobre suicídio principalmente aos profissionais que atuam nas portas de entrada do SUS – considerando a Política Nacional de Humanização. 3. Promover capacitações de prevenção ao suicídio de forma ampliada à profissionais da saúde, educação, justiça, assistência social, entre outras.

4. Fatores de risco e proteção

• Tentativas anteriores de suicídio; • Transtorno mental (depressão, uso abusivo de álcool e outras drogas, esquizofrenia, entre outros); • Gênero: Homens cometem mais suicídio, mulheres apresentam maior número de tentativas; • Idade entre 15 e 30 anos ou acima de 65 anos; • Doenças graves, incapacitantes, dolorosas ou terminais; • Perdas ou crises recentes(separação conjugal, morte de familiar, dívidas); • Isolamento social; • Desesperança, Desespero, Desamparo; • Situações de luto; • Perda ou problemas no emprego; • Histórico familiar (alcoolismo, suicídio na família); •Eventos adversos na infância (abuso físico ou sexual); • Facilidade de acesso aos meios.

Observa-se aproximação entre violência e suicídio. Especificidades como sofrer violência baseada em gênero, abuso infantil ou discriminação também apresentam alguma relação com o fenômeno. Para Oliveira (2018), na população LGBT brasileira, a mais esclarecida razão para a ocorrência de suicídio nessa população é a existência da homofobia. A cultura heteronormativa se constitui nos lares e outros meios sociais, resultando no crescimento de crianças direcionado ao padrão sexual reprodutivo, e qualquer desvio desse caminho na infância é considerado anormal. Esse contexto leva o indivíduo reprimir sua orientaçãosexual, gerando infelicidade e insatisfação. Os ataques homofóbicos iniciam na família, a rejeição e violência vividos no âmbito familiar geram insegurança de não serem aceitos socialmente. Os valores morais familiares, enraizados em no núcleo tradicional, são reflexos de uma sociedade arcaica incapaz de respeitar o indivíduo, privando-o de liberdade, passando por qualquer conduta moral e humana merecida pelos indivíduos.

As violências diárias as quais a população LGBT está exposta podem influenciar os indivíduos a adotar comportamentos suicidas. Ressalta-se que no

atestado de óbito não consta orientação sexual, apenas gênero masculino e feminino(ABP, 2014),o que dificulta a reflexão sobre esses dados.

As diferentes formas de preconceito e discriminação como o racismo, xenofobia, misoginia, intolerância religiosa, por classe social, aparência física e demais formas de violência psicológica impactam a saúde mental da população.

Também existem situações protetoras, onde o risco é reduzido. São fatores de proteção ao suicídio:

- Apoio social e familiar;
- Gestação e Maternidade/Paternidade;
- Estar empregado;
- Capacidade de solucionar problemas;
- Autoestima elevada;
- Acesso a serviços de Saúde;
- Religiosidade, independente da afiliação religiosa;
- Estilo de vida: bons hábitos alimentares e de atividade física, associados ao não uso de drogas como álcool.
- Integração social: trabalho e lazer.

Os fatores de proteção não anulam os fatores de risco, mas ampliam a compreensão sobre o indivíduo e dão subsídios para a construção do Plano Terapêutico. Sabe-se que a maioria dos sujeitos que cometeram suicídio tinha algum transtorno mental não diagnosticado, ou tratado de forma inadequada. Desta forma, ao identificar risco de suicídio é interessante investigar a existência de transtornos mentais e iniciar/retomar o tratamento. Essas situações não são determinantes para o suicídio, mas podem interagir e contribuir para a sua ocorrência quando existe sofrimento intenso.

ATENÇÃO!
Os principais fatores de risco para o suicídio são **história de tentativa de suicídio** e **transtorno mental**. O uso de drogas, principalmente do álcool, aumenta a impulsividade e, com isso, o risco de suicídio.

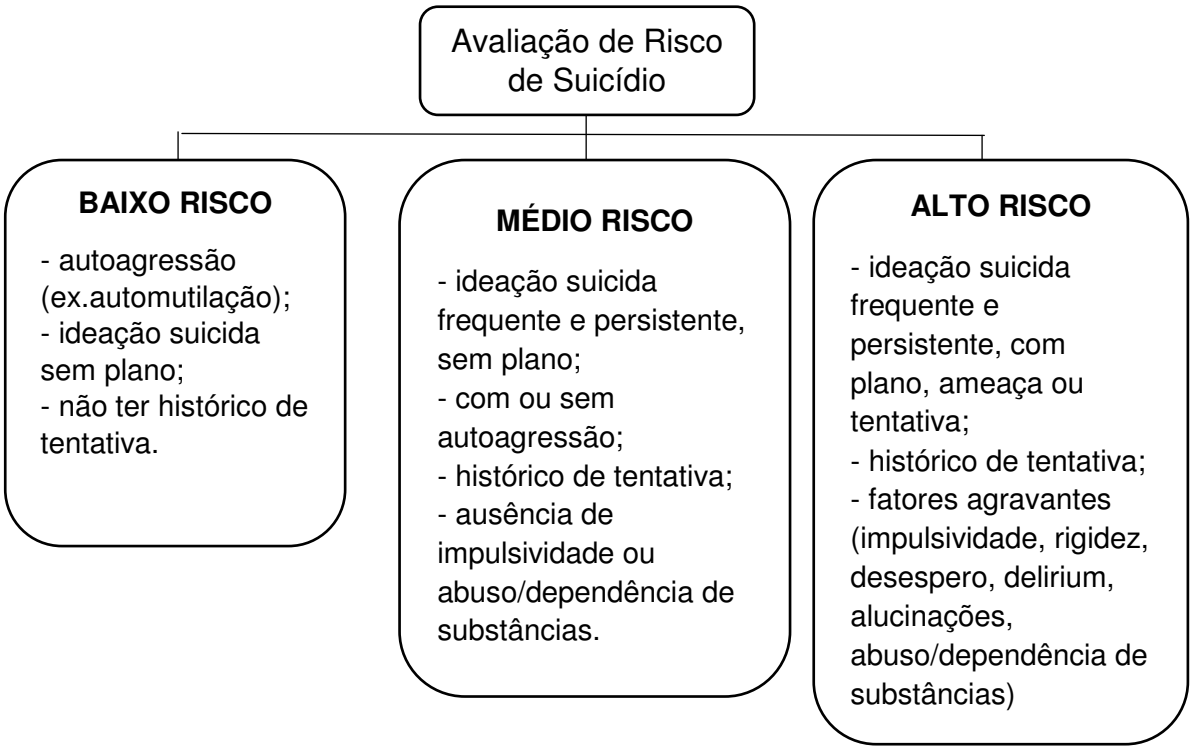
5 Manejo do Comportamento Suicida

5.1 Orientações Gerais

Ao identificar uma pessoa em sofrimento, procure um lugar com boa iluminação, seguro, que garanta a privacidade e o sigilo das informações durante o atendimento. É necessária conduta ouvinte, atenta e interessada, livre de julgamentos e opiniões. A avaliação inclui o questionamento direto quanto a intenção, ideação e o plano suicida. Determinar o quão intensa é a presença dos pensamentos, a habilidade de controlar os impulsos, fatores estressores e o acesso a sistemas de suporte; a partir dessas informações classificamos o riscoconforme descrito a seguir.

Falar sobre o suicídio não vai fazer com que a pessoa decida se matar, pelo contrário, vai dar a ela a oportunidade de falar sobre o seu sofrimento e obter ajuda.

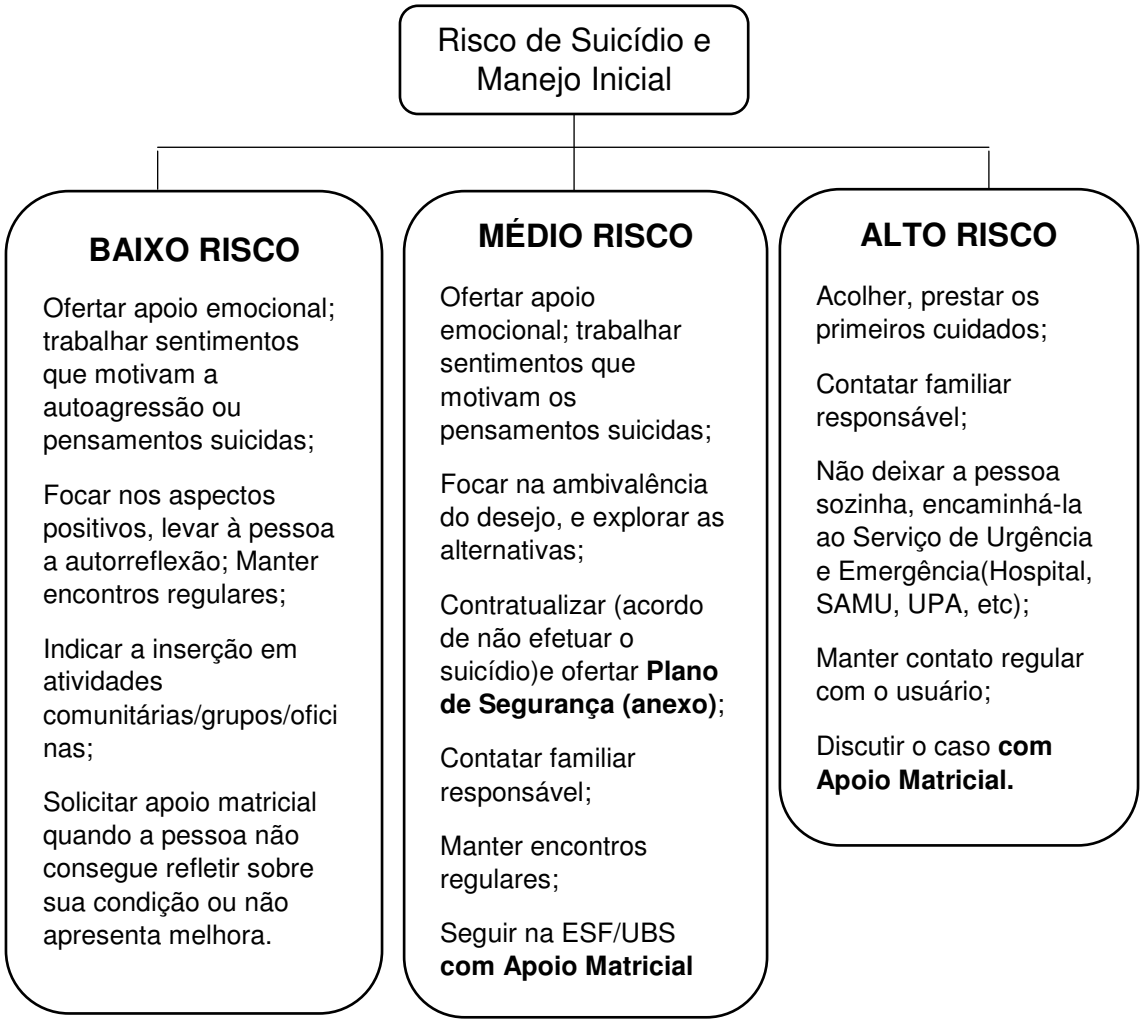
5.2 Avaliação de Risco de Suicídio



FONTE: Adaptado Rio Grande do Sul, 2019.

RISCO DE SUICÍDIO SEMPRE É PRIORIDADE E DEVE SER ACOLHIDO EM QUALQUER PONTO DA REDE

5.3 Manejo inicial a partir da identificação do risco de suicídio



FONTE: Adaptado Rio Grande do Sul, 2019.

5.4 Projeto Terapêutico Singular

O Projeto Terapêutico Singular (PTS), de acordo Chiaverini (2011), é um recurso da clínica ampliada e da humanização em saúde. Pode ser voltado a um indivíduo, uma família ou comunidade. Ainda que o centro do projeto seja apenas o indivíduo, é importante conter seu contexto social.

A construção do PTS **com o usuário**aumenta o vínculo e adesão às orientações; Nas situações de risco de suicídio, as ações pactuadas com o usuário devem ter como objetivo ampliar os fatores de proteção. Alguns exemplos de intervenção: ampliar apoio social/familiar; promover acesso ao cuidado em saúde mental, nos diferentes níveis de atenção, conforme as necessidades do usuário; promover reinserção social através da orientação ao usuário (ex. incentivar buscar novas oportunidades de trabalho remunerado/voluntário/comunitário); promover a habilidade de solucionar problemas (ex. estimular usuário a refletir sobre estratégias que já o ajudaram no passado em momentos difíceis); promover o autocuidado e a autoestima; Investigar presença de espiritualidade/religiosidade, reconhecer crenças protetoras e colocar a importância desse aspecto para o bem-estar; Incentivar adesão a bons hábitos de saúde como atividades físicas, mudanças alimentares, redução do uso de álcool e outras drogas, uso racional de medicamentos; Incentivar atividades expressivas e lazer.

Neste plano devem ficar definidas metas, intervenções, responsáveis e quando será realizada uma reavaliação. Inicia-se construindo o PTS com o usuário, através das orientações e pactuações feitas naquele momento, estabelecendo as responsabilidades dos profissionais de saúde, bem como do próprio usuário. Após, a discussão do caso com equipe multidisciplinar ou com equipe de matriciamento, o PTS passa a ser aprimorado a partir das contribuições dos profissionais e serviços envolvidos. Nos encontros com o usuário, sempre retomar o PTS para que o mesmo acompanhe seu processo terapêutico.

Os casos de baixo risco devem ser mantidos em acompanhamento na Atenção Básica, com construção de PTS. Caso a equipe observe que o usuário não está conseguindo refletir sobre sua situação ou observe aumento do risco, a equipe deve buscar apoio matricial.Sempre investigar se, previamente, já foi acompanhado pelo CAPS ou outros serviços de Saúde Mental devido a existência de serviços territoriais há 30 anos no município.

Os casos médio e alto risco devem ser compartilhados com o **apoio matricial** (AMBULAR / CAPS) para elaboração de PTS ampliado (cuidado compartilhado entre os níveis de atenção).

5.5 Uso tecnologias da comunicação

No cenário de pandemia COVID-19, cada equipe dentro de sua disponibilidade, deve buscar incorporar tecnologias da comunicação (uso de computadores, celulares, plataformas de comunicação online) para ampliar as ações de cuidado mesmo em períodos de distanciamento social.

De acordo Chiaverini(2011) o meio mais simples e tradicional é o telefone que, com a redução de custos e abrangência das redes de telefonia móvel, tornou-se mais acessível para as equipes de saúde. Como em qualquer relação de trabalhoela deverá ser regulada pelo vínculo e disponibilidade dos profissionais, inclusive devem ser realizados registros, necessários para a assistência em saúde e preservação dos direitos dos usuários e trabalhadores, adaptados a esse tipo de comunicação.

As ligações telefônicas como recurso de cuidado à pessoas que apresentam risco de suicídio é descrita pela OMS em 2002, em um estudo em 8 países incluindo o Brasil, sobre o seguimento de cuidado após uma tentativa de suicídio. Através da entrevista motivacional e o contato telefônico regular é possível diminuir o número de suicídios efetivados. (BOTEGA, 2010)

Atualmente os serviços básicos de saúde já começam a ter acesso a um atendimento mais estruturado. A disponibilidade de um terminal com acesso à internet, uso de câmeras e microfones, está de acordo com a prática do matriciamento e pode minimizar o efeito da distância no contato entre pessoas.

6. Orientações aos pontos da rede de proteção

6.1 Orientações à Atenção Primária à Saúde e Agentes Comunitários de Saúde

As Unidades Básicas de Saúde, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS)e a equipe de Redução de Danos têm papel fundamental na Rede de Prevenção ao Suicídio, uma vez que estão fortemente vinculadas à comunidade. Os profissionais da atenção primária, especialmente da Saúde da Família, desempenham um papel-chave, assegurando a continuidade dos cuidados e a adesão ao tratamento, podem identificar risco e rede de apoio com maior facilidade, aproximam o serviço de saúde da comunidade e estão integrados à rede de apoio intersetorial.

O ACS/Redutor de danos, a partir de sua convivência com a comunidade, tem a possibilidade de perceber situações de vulnerabilidade para o suicídio. É possível atuar nessas situações, estando atento ao sofrimento, sabendo escutar e, mais importante, **encaminhando o problema para discussão com a equipe.**

Neste sentido, ao identificar risco de suicídio o usuário deve ser atendido imediatamente; se o risco for comunicado por terceiros, a busca ativa deve ser realizada de pronto imediato. O profissional que realizar o atendimento deve atentar aos fatores de risco e de proteção (item 4), avaliar e manejar (item 5).

6.2 Orientações aos Centros de Atenção Psicossocial

Os Centros de Atenção Psicossocial acolhem constantemente indivíduos em situação de crise, quando o risco de suicídio se encontra agudizado.A procura pelo serviço ocorre por demanda espontânea, encaminhamentos da rede de saúde – ESF, UBS, Hospital, ou outras instituições.

As equipes dos CAPStambém são responsáveis pelo cuidado de pessoas que sofrem de transtornos mentais graves e persistentes. Estudos apontam que indivíduos que sofrem de esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo ou transtorno afetivo bipolar possuem maior risco para suicídio.

As equipes dos CAPS também realizam matriciamento em saúde mental, prestando apoio às equipes da Atenção Primária à Saúde no acompanhamento de casos, incluindo os casos em que há risco de suicídio e sobreviventes à tentativa,

contribuindo na construção de Planos Terapêuticos Singulares (PTS) compartilhados.

Além disso, o CAPS, por estar em contato próximo e duradouro com os usuários, seus familiares e sua comunidade, está em posição privilegiada para avaliação da “rede de proteção social” dos pacientes em risco de suicídio e a criação de estratégias de reforço dessa rede.

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS EM CASOS DE MAIOR GRAVIDADE:

- Contatar familiar ou responsável informando orisco, anotar o telefone do usuário e de outros contatos que estejam envolvidos;
- Remover meios, quando possível, para execução do plano;
- Encaminhar e acompanhar ao Pronto Socorro para avaliação (quando ALTO RISCO);
- Em caso de internação, realizar visitas ao hospital para apoio e manutenção do vínculo;
- Pós a alta, incluir o usuário em modalidade de cuidado no CAPS, estabelecer PTS com profissional de referência. Manter contato regular (telefone, visitas domiciliares, frequência no CAPS conforme PTS);

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS EM CASOS MÉDIO RISCO

- Escuta atenta a história pregressa e atual;
- Investigar onde o usuário já foi buscar ajuda reunindo informações sobre rede de apoio;
- PTS envolvendo familiares no cuidado;
- Incluir usuário em atividades no CAPS, para ser visto ao menos 2 vezes na semana;
- Contato frequente através de visitas domiciliares, ligações telefônicas e frequência no serviço;
- Discutir o caso em reunião de equipe para aprimorar ações.

CONDUTAS PROCEDIMENTOS EM CASOS DE BAIXO RISCO

- Acolher e ofertar apoio emocional;
- Reforçar autoestima;

- Refletir com usuário a inclusão de atividades comunitárias e sociais em sua rotina;
- Organizar plano de cuidados a ser executando conjuntamente com ESF referência;
- Contatar unidade referência (onde mora) e propor PTS compartilhado.

6.3Orientações às Lideranças, Segmentos e Organizações da Sociedade Civil

Outras organizações da sociedade civil, como entidades privadas sem fins lucrativos, as sociedades cooperativas bem como organizações religiosas que se dediquem à atividades ou projetos de interesse público e de cunho social são pontos estratégicos potenciais para a prevenção do suicídio no município, por sua proximidade aos indivíduos sob a perspectiva sociocultural.

Os **líderes comunitários** são indivíduos que dão voz à suas comunidades, facilitando a apresentação de demandas coletivas e resolvendo de pequenos à grandes problemas daquela população. Os líderes promovem o exercício da cidadania nas comunidades e, portanto, tem papel importante no desenvolvimento local.

No que tange à **religiosidade**, estudos comprovam que pessoas mais espiritualizadas, independentemente da religião, “demonstram ser menos violentas, são mais solidárias, cometem menos suicídios, ficam menos tempo internadas em hospitais, geralmente tem mais qualidade de vida, além de aceitarem as adversidades da vida de forma mais positiva” (FERREIRA, 2014, p.28).

A dimensão espiritual, reconhecia pela OMS em 1980, é vista como um suporte que oferece um referencial positivo para o enfrentamento da crise, promove e estimula o estilo de vida saudável, uma visão mais positiva da vida, com ênfase na esperança de dias melhores, bem-estar, e que geram uma boa qualidade de vida. (NANDES; GRUBITS, 2017). Desta forma, é reconhecido o papel das instituições religiosas como promotoras da espiritualidade e fator de proteção social. Além disso, esses espaços são potenciais na rede de prevenção, pois acolhem pessoas em sofrimento bem como estão presentes em momentos como nascimento de uma

nova vida, a morte, a doença, entre outros, já incorporadas da vida cotidiana dos indivíduos.

Outras instituições que podem contribuir na prevenção ao suicídio são os **Sindicatos de Trabalhadores**, as **Associações** e **Organizações relacionadas à agricultura**. O Estado do Rio Grande do Sul apresenta uma grande incidência de suicídios no meio rural. Muitas vezes são pequenos agricultores que se endividam e sofrem com esta situação, muitos não se sentem capazes de dividir o problema com seus familiares, amigos e vizinhos e acabam atentando contra a própria vida.

Algumas dicas no cuidado à saúde do trabalhador rural:

• Oriente os trabalhadores para os riscos e a necessidade de observar os cuidados necessários para o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) na manipulação dos agrotóxicos e cuidados no armazenamento;
• Esteja alerta para as situações de vulnerabilidade para o suicídio, como tentativas anteriores, transtornos mentais (depressão, uso abusivo de álcool e outras drogas, esquizofrenia);
• Articule-se com profissionais de saúde onde atuam, conhecendo a rede de vigilância, prevenção e controle do suicídio.;
• Esteja atento a necessidade de suporte às famílias com histórico de suicídio;
• Aborde o tema suicídio e cuidados com saúde mental em reuniões regionais, eventos voltados à agricultura e trabalhadores rurais da sua instituição.

6.4Orientações à Assistência Social

A Assistência Social em São Lourenço do Sulestá constituída porCRAS, CREAS, CAPS, Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos. Ao identificar risco de suicídio o usuário deve ser atendido imediatamente; se o risco for comunicado por terceiros, a busca ativa deve ser realizada de pronto imediato pela equipe. Quem realizar o atendimento deve observar os fatores de risco e proteção (ver item 4) e articular com outros serviços.

Considerações importantes para a Assistência Social:

• Articular a vigilância, prevenção e o controle com serviços de outras políticas sociais, em especial a de saúde;
• Estabelecer contato direto e articulação com profissionais de saúde capazes de ajudar as pessoas em vulnerabilidade para o suicídio;
• Os assistentes sociais que atuam nos CRAS podem se articular com profissionais da Atenção Básica, dos CAPS e do Hospital Geral a fim de acolher e encaminhar para tratamento as pessoas em situação de risco;
• Atentar para o cuidado com familiares e redes afetivasnas situações em que houve tentativa de suicídio, como naqueles em que o suicídio se consumou.

6.5Orientações à Educadores

Considerando o protagonismo da escola/espaços de educação na vida de crianças e adolescentes, este se torna um ambiente privilegiado para promoção da saúde mental e prevenção do suicídio. Com o aumento de situações de autoagressão, tentativas e suicídio na população infanto-juvenil, faz-se necessário que os profissionais da educação tenham conhecimento acerca de situações de risco de suicídio:
• História de tentativas anteriores;
• Presença de Transtorno mental (depressão, abuso de álcool e outras drogas, esquizofrenia, por parte da criança/adolescente ou familiares);
• Situações de luto;
• Desemprego, perda recente do emprego ou endividamento dos pais;
• Trabalho infantil;
• Dificuldade de integração e socialização na escola;
• Bullying;
• Violência familiar;
• Dificuldades em relação a identidade de gênero e orientação sexual;
• Situações de assédio moral;
• Suicídios na família;
• Situações de sofrimento mental.

Ao identificar um aluno com risco de suicídio, contatar a família e discutir com a Rede de Saúde. Outras intervenções possíveis são: propor a inserção da vigilância, prevenção do suicídio e promoção da vida no projeto político pedagógico

das escolas; criar momentos de conversa com alunos valorizando a vida; Trabalhar o tema de forma lúdica, esclarecendo mitos e abrindo possibilidades de discussão; Falar sobre o suicídio não faz com que a pessoa decida se matar, mas dá a ela a oportunidade de conversar sobre seu sofrimento e assim obter ajuda; Criar espaços de fala, de expressão de sentimentos e dúvidas que possam ser acolhidas e compartilhadas pelo grupo; Em parceria com outros setores, elaborar projetos voltados para a realidade da sua escola; Fazer parcerias com as universidades, Unidades Básicas de Saúde e CAPS, solicitando a participação dos profissionais dessas unidades em palestras, debates, ações de educação em saúde.

6.6 Orientações à Jornalistas e profissionais da mídia

Quando o suicídio for notícia (e esse critério varia entre os órgãos de imprensa) sugere-se reportagem discreta, cuidadosa com parentes e amigos enlutados, sem detalhismo exagerado do método suicida, notadamente quando o falecido era celebridade ou pessoa muito estimada localmente. Acredita-se que carregar a reportagem de tensão, por meio de descrições e imagens de amigos e de familiares impactados, acabe por encorajar algumas pessoas mais vulneráveis a tomarem o suicídio como forma de chamar a atenção ou de retaliação contra outros.

De acordo Associação Brasileira de Psiquiatria (2017) antes de iniciar a matéria pense: Por que divulgar? É relevante? Que tipo de impacto a reportagem poderá ter? Ao escrevê-la, ponha-se no lugar do outro: Dos que enfrentam o luto por alguém que se matou; Dos que estão vulneráveis, pensando em tirar a própria vida.

Procure não “simplificar” um suicídio, ligando-o a uma causa única. Tenha cautela com depoimentos e explicações de primeira hora. Você pode fazer perguntas como: a pessoa já havia feito tratamento na área de saúde mental? Passava por problemas devidos à depressão, abuso de álcool ou drogas? É muito útil a inclusão na reportagem de um quadro informativo contendo as principais causas de determinado transtorno mental, seu impacto sobre o indivíduo e endereços onde obter ajuda.

6.7Orientações à Profissionais da Segurança Pública

Os profissionais da segurança pública, em muitos casos, podem ser os primeiros representantes do Estado a atender pessoas que estão em uma situação de tentativa de suicídio ou presenciaram o suicídio de um familiar ou pessoa próxima. Saber dar este primeiro acolhimento, dependendo do tipo de situação, pode ser a atitude fundamental para evitar um desfecho fatal. Estudos apontam que os números 190 e 193, da Brigada Militar e do Corpo de Bombeiros, são os mais lembrados quando ocorre uma situação de emergência, mesmo quando não se trata de assunto policial. Desta forma, em diversos casos de tentativa ou de suicídio, as centrais de polícia recebem informações relevantes sobre o caso.

Uma pessoa com comportamento suicida dá sinais de seu sofrimento de diversas formas, demonstrando tristeza, depressão, desesperança, desamparo, desespero e muitas vezes, agressividade. Levantamentos mostraram haver casos de pessoas que chegaram a cometer o suicídio depois de diversas ocorrências policiais, às vezes como vítimas, outras como autores.

Orientações úteis:

- Ao ser chamado para uma ocorrência na qual é necessário conter uma pessoa sob efeito de álcool ou outras drogas, fique atento para o fato de que pode estar lidando com alguém doente, que precisa de encaminhamento para um profissional de saúde;
- Procure sempre encaminhar as pessoas em situação de sofrimento psicológico para um profissional de saúde, isto pode representar uma saída para a crise e evitar um desfecho fatal;
- Uma pessoa em situação de crise muitas vezes não aceita sugestão de tratamento de saúde; neste caso, oriente os familiares ou vizinhos, fornecendo endereços e/ou telefones dos serviços de saúde do município;
- Em uma situação de risco de suicídio, encaminhe a pessoa para um serviço de referência de urgência e emergência (pronto atendimento hospitalar e SAMU);
- Diante de pessoas desesperadas, descontroladas, que ameaçam contra a própria vida ou de uma terceira pessoa, é fundamental manter a calma e o controle sobre o ambiente para melhor enfrentar a crise; O profissional da Segurança Pública deve assumir a função de abordador/ mediador e não de

repressor. A sua capacidade de manter-se calmo e a sua habilidade de abordagem/ mediação pode contribuir para um desfecho positivo da situação.

6.8 Orientações aos serviços de Urgência e Emergência

Os serviços de urgência e emergência se constituem como ambientes de muita tensão e estresse, para os pacientes, familiares e equipe de saúde. No setor da emergência, constantemente vemos indivíduos em situação de crise e que tentam suicídio. A alta demanda de atendimento pacientes em situações críticas, a baixa capacitação das equipes de atendimento e as deficiências estruturais do serviço e do sistema de saúde como um todo, podem subsidiar a reação dos profissionais frente à uma tentativa de suicídio: muitos se posicionam de maneira impessoal e com dificuldade de atuação humanizada.

Neste sentido, orienta-se que a abordagem ao indivíduo portador de transtorno mental em situação de emergência e, em especial ao paciente que tentou suicídio, deve ser realizada com **segurança**, **prontidão** e **qualidade**, já que esse comportamento é fator determinante na aceitação e adesão do paciente ao tratamento, e a relação terapêutica entre usuário profissional é uma importante ferramenta para prevenir novas tentativas e buscar resultados positivos. (VIDAL; GONTIJO, 2013, p.112)

Algumas dicas:

- Uma situação de tentativa de suicídio deve ser imediatamente comunicada ao **setor de saúde mental do hospital**, preenchida a ficha de notificação da violência SINAN e realizado os encaminhamentos necessários;
- Encaminhe para atendimento clínico e psicológico posterior todos os pacientes que tentaram o suicídio e forem atendidos no setor para prevenir novas tentativas;
- O paciente nunca deve receber alta da emergência sem um **parecer da saúde mental**; assim, é garantido os encaminhamentos necessários assim como o envolvimento da família;
- A família deve ser atendida e informada sobre a situação do paciente, evitando sempre responsabilizá-la pelo que aconteceu. É importante que a família também seja acolhida pelo serviço de saúde mental.

7. Telefones Úteis

Centro de Atenção Psicossocial CAPS Nossa Casa Segunda a sexta, horário comercial.	(053) 3251-9510.
CAPS AD III Pérola da Lagoa Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas (24 horas)	(053) 3251-2826.
CAPSi SACI Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil	(053) 3251- 9520.
Santa Casade São Lourenço do Sul	(053)3251-3188.
Centro de Valorização da Vida CVV Apoio emocional. Atendimento 24 horas, 7 dias por semana conversa sob total sigilo.	188 (ligação gratuita) e-mail e chat (internet)

REFERÊNCIAS

Associação Brasileira de Psiquiatria. Conselho Federal de Medicina. Cartilha informando para prevenir. 2014.

Associação Brasileira de Psiquiatria. Conselho Federal de Medicina. Comportamento Suicida: Conhecer para prevenir. Dirigido à profissionais de Imprensa. 2017. Disponível em: <https://www.segurancadopaciente.com.br/wp-content/uploads/2017/09/Suicidio-Comportamentosuicida.pdf>

BOTEGA, N. J.; SILVEIRA, I. U.; MAURO, M. L. F. **Telefonemas na crise: percursos e desafios na prevenção do suicídio.** Rio de Janeiro, RJ: ABP, 2010.

CHIAVERINI; D. H. Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236p.

FERREIRA, F. L. S. A influência da religiosidade na saúde mental: uma revisão bibliográfica. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, 2014.

MULLER; S. de A.; PEREIRA, G.; ZANON, R. B. Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Psicologia IMED**, v.9, n.2, p. 6-23. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-50272017000200002>

NANDES; A.C.; GRUBITS, S. A religiosidade/espiritualidade como um possível fator de ajuda à prevenção da prática suicida. Revista Contemplação, v.16, p.73-84, 2017.

Rio Grande do Sul. Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio do Estado do Rio Grande do Sul. Comissão da Criança e do/a Adolescente. Guia intersetorial de prevenção do comportamento suicida em crianças e adolescentes. Porto Alegre; 2019. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190837/26173730-guia-intersetorial-de-prevencao-do-comportamento-suicida-em-criancas-e-adolescentes-2019.pdf>.

_____. Secretaria da Saúde. Centro Estadual de Vigilância Epidemiológica do Rio Grande do Sul. Boletim de Vigilância Epidemiológica de Suicídio e Tentativa de Suicídio, v.1, n.1, set 2018. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201809/05162957-boletim-de-vigilancia-epidemiologica-de-suicidio-n1-2018.pdf>

_____. Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Guia de bolso de Prevenção do Suicídio e Promoção da Vida. 2011. 36p. disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201706/14115228-prevencao-do-suicidio-e-promocao-da-vida-manual-de-bolso.pdf>

_____. São Lourenço do Sul. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação da Política de SaúdeMental, Álcool e outras drogas. Protocolo Assistencial de Prevenção de suicídio para os serviços de Saúde do município de São Lourenço do Sul/RS. São Lourenço do Sul, Outubro de 2015.

SCHREIBER, J.; CULPEPPER, L. Suicidalideationandbehavior in adults. Waltham (MA): UpToDate, Inc.; 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/suicidal-ideation-and-behavior-in-adults>.

VIDAL, C. E. L; GONTIJO, E. D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. Cadernos de Saúde Coletiva, v.21, n.2, 2013. p. 108-114. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n2/02.pdf>

ANEXO 1

Plano de Segurança Contra o Suicídio	
Instrução: Se você tiver ideias de se machucar, comece pelo passo 1. Siga cada passo até que você esteja seguro. **Lembre-se:** 1. Pensamentos suicidas podem ser muito fortes e pode parecer que durarão para sempre. 2. Com ajuda e tempo esses pensamentos sempre passam. 3. Quando eles passarem você poderá investir energia para solucionar os problemas que contribuíram para que você se sentisse tão mal. 4. A desesperança que você sente nesse momento não durará para sempre. 5. É importante que você alcance ajuda e suporte. 6. você pode superar este momento difícil. Como pode ser difícil ter foco e pensar claramente quando você tem pensamentos suicidas, por favor, faça cópias desse plano e coloque em lugares que você possa facilmente encontrar, como sua bolsa, carteira ou ao lado do telefone.	
1. Fazer as seguintes atividades para me acalmar/confortar	1. 2. 3.
2. Lembrar das minhas razões para viver	1. 2. 3.
3. Telefonar para um amigo ou membro da família	Nome: Telefone:
4. Telefonar para outra pessoa que possa me ajudar caso eu não encontre a de cima	Nome: Telefone:
5. Telefonar para o meu psicólogo/psiquiatra	Nome: Telefone:
6. Ligar para o Centro de Valorização da Vida (CVV)	Telefone: 188
7. Ir a um lugar onde eu esteja seguro	1. 2. 3.

Fonte: Adaptado de UpToDate (2019).