

PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO NÍVEL LOCAL:
ORIENTAÇÕES PARA A FORMAÇÃO DE REDES MUNICIPAIS DE PREVENÇÃO E
CONTROLE DO SUICÍDIO E
PARA OS PROFISSIONAIS QUE A INTEGRAM

ORGANIZAÇÃO

ANNA TEREZA MIRANDA SOARES DE MOURA

ELIANE CARNOT DE ALMEIDA

PAULO HENRIQUE DE ALMEIDA RODRIGUES

RICARDO CAMPOS NOGUEIRA

TÂNIA E. H. H. DOS SANTOS

COORDENAÇÃO TÉCNICA

ANNA TEREZA MIRANDA SOARES DE MOURA

ELIANE CARNOT DE ALMEIDA

PAULO HENRIQUE DE ALMEIDA RODRIGUES

RICARDO CAMPOS NOGUEIRA

NEURY JOSÉ BOTEGA

TÂNIA E. H. H. DOS SANTOS

REVISÃO TÉCNICA

MIRIAM PRIETCH

NEURY JOSÉ BOTEGA

RICARDO CAMPOS NOGUEIRA

REVISÃO METODOLÓGICA

ALEXANDRE MULLER RIBEIRO

COLABORAÇÃO

ALBERTO NICOLELLA

ALEXANDRE LÚCIDI

ÂNGELA B. SCHWERZ

ÂNGELA CRISTINA MARTINS

CARLA GUIMARÃES DA SILVA

CARLA SIBERE ALVES DE OLIVEIRA

CRISTINA TELLES PFEIFER

DANIELA SCHNEIDER

ELIANA R. GELAIN

FLÁVIA PAIVA PROENÇA

FLÁVIO RAMON

IURI AZEVEDO

JANA FERRER

LÍVIA PREUSS V. DUGGAN

MÁRCIA ELISA KRAHL FELL

MARCOS VINÍCIUS DA ROSA

MARTHA HAERTEL

MIRIAN PRITSCH

REGINA SOARES

RODRIGO MACHADO

SANDERLEI PEREIRA

SYLVIA NABINGER

CONSULTORIA TÉCNICA

NEURY JOSÉ BOTEGA

BLANCA GUEVARA WERLANG

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEPESC – Centro de Estudos em Saúde Coletiva

CEVS – Centro Estadual de Vigilância em Saúde

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIT/RS – Centro de Informação Toxicológica do Rio Grande do Sul

CRAS – Centros de Referência da Assistência Social

CVV – Centro de Valorização da Vida

ESF – Equipe de Saúde da Família

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NOB/SUAS – Norma Operacional Básica do SUAS

NVDANT- Núcleo de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG - Organização não-governamental

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUPRE – *Suicide Prevention* (OMS)

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

<u>Introdução.....</u>	<u>2</u>
<u>O projeto.....</u>	<u>2</u>
<u>O problema.....</u>	<u>3</u>
<u>Suicídio – problema de todos.....</u>	<u>5</u>
<u>Situações de vulnerabilidade.....</u>	<u>6</u>
<u>Rede de prevenção.....</u>	<u>9</u>
<u>Primeiro nível: a rede na área de saúde.....</u>	<u>10</u>
<u>Segundo nível: as ações intersetoriais.....</u>	<u>15</u>
<u>Mitos e verdades sobre o suicídio.....</u>	<u>20</u>
<u>Os Sobreviventes.....</u>	<u>23</u>
<u>Orientações específicas para profissionais.....</u>	<u>28</u>
<u>Assistentes sociais.....</u>	<u>28</u>
<u>Educadores.....</u>	<u>30</u>
<u>Jornalistas.....</u>	<u>34</u>
<u>Policiais militares.....</u>	<u>41</u>
<u>Profissionais de saúde.....</u>	<u>44</u>
<u>Agentes Comunitários de Saúde.....</u>	<u>44</u>
<u>Profissionais de Saúde da Família.....</u>	<u>50</u>
<u>Profissionais de emergência.....</u>	<u>56</u>
<u>Profissionais de saúde mental.....</u>	<u>58</u>
<u>Técnicos de Extensão Rural.....</u>	<u>74</u>
<u>Referências.....</u>	<u>76</u>

INTRODUÇÃO

O projeto

Esta publicação se dirige a todos os profissionais que tem a possibilidade de atuar na vigilância e prevenção do suicídio, em especial nas áreas da saúde, assistência social, educação, extensão rural, jornalismo e segurança.

Resulta de um Projeto de Pesquisa realizado em quatro municípios do Estado do Rio Grande do Sul – Candelária, Santa Cruz do Sul, São Lourenço do Sul e Venâncio Aires, todos com elevados índices de suicídio, com o objetivo de desenvolver uma metodologia para a formação de redes intersetoriais de promoção da vida e prevenção do suicídio, a partir da sensibilização e do envolvimento de profissionais de diferentes setores.

O Projeto foi coordenado por pesquisadores do curso de Mestrado em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá, com o apoio do Centro de Estudos em Saúde Coletiva (CEPESC) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, com financiamento do Ministério da Saúde através da Coordenação de Saúde Mental e da Secretaria de Vigilância e Saúde (SVS). Contou com a parceria do Centro Estadual de Vigilância em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (CEVS/SES/RS), através do Núcleo de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis (NVDANT), do Programa de Prevenção da Violência do Estado do Rio Grande do Sul (PPV/RS) e das secretarias municipais de saúde dos quatro municípios envolvidos.

Houve participação ativa de profissionais com atuação local em diferentes setores, representantes de instituições como o Centro de Informação Toxicológica do Rio Grande do Sul (CIT/RS) da SES/RS, o Centro de Valorização da Vida (CVV), Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER), Secretaria de Segurança Pública do Estado do Rio Grande do Sul (SSP/RS) e da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

O projeto contou com a consultoria técnica dos especialistas Profa. Blanca S. Guevara Werlang, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

(PUC/RS) e Prof. Neury José Botega, da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Foram tomados como referência os manuais da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS) para a vigilância, prevenção e o controle do suicídio, cujo conteúdo foi sintetizado, assim como os dados levantados na referida pesquisa e em outros trabalhos acadêmicos sobre o tema.

Esta publicação é um desdobramento de uma nova atitude em relação ao suicídio e visa apoiar ações concretas de vigilância, prevenção e controle no Estado do Rio Grande do Sul.

A introdução e os itens “Rede de prevenção”, “Mitos e verdades sobre o suicídio” e “Os sobreviventes” se destinam a todos os profissionais que lidam com a situação de suicídio. Consistem na contextualização do problema, na apresentação dos fatores de vulnerabilidade e de proteção, no esclarecimento sobre os “mitos e verdades” que cercam este fenômeno, da importância da notificação/investigação de casos de suicídio, além de enfatizar a importância da atenção aos sobreviventes, que são as pessoas próximas àquelas que cometeram suicídio.

A segunda parte é direcionada especificamente para assistentes sociais, educadores, jornalistas, policiais militares, profissionais de saúde – agentes comunitários de saúde, profissionais de saúde da família, de emergência, de saúde mental – e de técnicos de extensão rural.

A terceira e última parte consiste em uma cartilha contendo informações importantes e úteis para um primeiro atendimento em situações de suicídio, que pode ser destacado pelo profissional para uso em seu dia a dia de trabalho.

O problema

A OMS alerta para o aumento de até 60% no número de suicídios nos últimos 45 anos em todo o mundo, representando a terceira maior causa de morte na faixa

etária entre 15 e 35 anos em ambos os sexos (WHO, 2001, p. 5). Para cada suicídio, cinco a dez pessoas próximas sofrem graves conseqüências psicológicas, econômicas e sociais, são os chamados “sobreviventes” (WHO, 2008, p. 6). A cada ano há cerca de um milhão de mortes por suicídio no mundo, o que representa **uma morte a cada 40 segundos** (WHO, s/d).

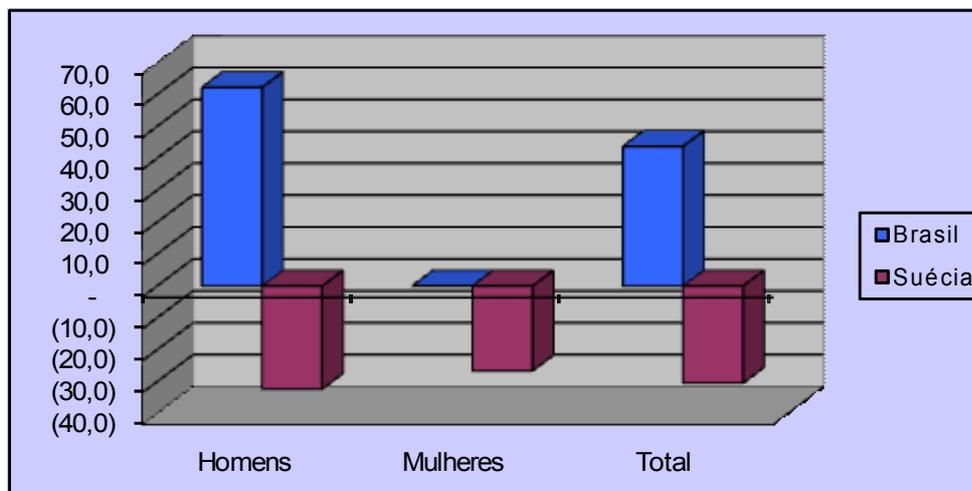
O sucesso de estratégias de prevenção e controle do suicídio implantadas em vários países – como os Estados Unidos, Inglaterra, Irlanda, Austrália, Japão e Suécia – mostra que é possível enfrentar o problema, diminuindo o sofrimento de milhões de pessoas (BEAUTRAIS, 2006). A Suécia, por exemplo, conseguiu reduzir sua taxa em 39,5% (de 22,3 para 13,5 por 100 mil pessoas), no período entre 1980 e 2005 (WHO, acesso em 29/04/2010).

No Brasil foi observado um aumento no índice de suicídio de 43,8%, entre 1980 e 2005. Os números passaram de 3,2 para 4,6 por 100 mil pessoas (WHO, acesso em 29/04/10). Em 2007 a taxa de mortalidade por suicídio foi de 4,7 por 100 mil pessoas. Essa taxa não é uniforme, sendo mais elevada em determinados estados do país, especialmente Roraima (10,4), Rio Grande do Sul (9,9), Mato Grosso do Sul (8,1) e Santa Catarina (7,5). (DATASUS, acesso em acesso em 21/06/10)

No Rio Grande do Sul observa-se um fenômeno que merece atenção: enquanto o total das mortes por causas violentas vêm caindo, as taxas de suicídio continuam aumentando. Entre 1985 e 2005, as mortes por violência no Estado caíram 7,1% para toda a população e 5,4% para os homens, enquanto o suicídio cresceu 7,8% para a população e 18,4% para os homens (DATASUS, acesso em acesso em 21/06/10). A sociedade parece já ter incorporado a violência como um grave problema a ser enfrentado, com a elaboração de diversas ações e políticas com este objetivo. Porém, o mesmo ainda não aconteceu com o suicídio, que permanece envolto por dificuldades na sua abordagem. Para que essa situação seja modificada, é necessária uma mudança de atitude frente ao problema.

A partir do gráfico a seguir, é possível perceber que a aplicação de medidas de prevenção e controle teve um efeito positivo na redução do número de casos de suicídio na Suécia. Essa é a situação que se espera conseguir na realidade brasileira, com o desenvolvimento de redes intersetoriais de promoção da vida e de prevenção do suicídio.

Variação % das taxas de suicídio no Brasil e na Suécia, 1980-2005



Fonte: OMS, acesso em 29/04/2010

No mundo:

Uma morte a cada 40 segundos.

No Brasil:

9.090 mortes em 2008;

Um suicídio por hora.

Algumas medidas importantes têm sido registradas no Brasil para a mudança desse cenário, como a elaboração pelo MS, em 2005, de uma Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio e o estabelecimento das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio (Portaria GM/MS nº. 1.876, de 14/08/2006).

Suicídio – problema de todos

O suicídio é um fenômeno complexo que envolve múltiplas causas e que afeta, além de suas vítimas, os “sobreviventes”. Envolve também profissionais de saúde e de outros setores que direta ou indiretamente lidam com o problema no seu cotidiano. A partir do funcionamento de uma rede de vigilância, prevenção e controle, é possível que vários profissionais possam compartilhar informações referentes à

abordagem, ao acolhimento e ao tratamento das pessoas em situação de vulnerabilidade.

Portanto, é necessária a participação de todos na sua prevenção.

Suicídio: problema de saúde pública

Lidar com as situações de suicídio não é tarefa fácil. Os profissionais envolvidos precisam ter a oportunidade de desenvolver algumas competências e habilidades, como:

Compreender a complexidade do fenômeno;

Saber identificar as situações de vulnerabilidade;

Construir e articular uma rede de vigilância, prevenção e controle.

O suicídio é cercado pelo desconhecimento, medo, preconceito, incômodo e atitudes condenatórias, o que leva ao silêncio a respeito do problema. O suicídio ainda é visto como um problema individual, o que dificulta muito o seu entendimento como um problema que afeta toda a sociedade. **É necessário mudar essa visão para despertar e estimular a atuação de pessoas de diferentes setores da sociedade na sua vigilância, prevenção e controle.**

Situações de vulnerabilidade

Um suicídio nunca tem uma causa única ou isolada. O que se costuma atribuir como a causa de um suicídio é a **expressão final de um processo de crise vivido pela pessoa**. Diversos estudos mostram que o suicida deseja livrar-se de um sofrimento para o qual não está encontrando saída (BORGES, WERLANG e COPATTI, 2008; BOTEGA et al, 2006; SILVA et al, 2006; WHO, 2001). Antes de chegar ao ato final, o suicida já

mostrou sinais e procurou ajuda para esclarecer o seu sofrimento. A atenção a todo este processo e a capacidade de lidar com o problema pode resultar em um desfecho favorável.

“Ele quer morrer e viver ao mesmo tempo, e é na vontade de um viver diferente que o profissional deve apostar, é esse desejo que deve ser reforçado.

Em muitas situações, o sujeito está indeciso, mas sente-se ‘sem saída’. Às vezes, circunstâncias mínimas vão determinar o desfecho de uma situação que poderia levar ao suicídio” (Cassorla, 2004, p. 29).

São diversas as situações de vulnerabilidade para o suicídio que merecem atenção. Entre as mais freqüentes, podem ser mencionadas: doenças graves; isolamento social; ansiedade; desesperança; crise conjugal e familiar; luto; perda ou problemas no emprego; transtornos mentais, como uso abusivo de álcool e outras drogas, depressão, esquizofrenia entre outros associados à facilidade de acesso aos meios de suicídio (APA, 2003; SILVA et al, 2006). Essas situações não são determinantes para o suicídio, mas podem interagir e contribuir para a sua ocorrência quando existe sofrimento intenso.

Nos idosos, a solidão, a perda dos vínculos, os maus-tratos, o abandono constituem fatores de vulnerabilidade para o suicídio. Os jovens também se apresentam como grupo de risco, com taxas cada vez mais elevadas de suicídio.

A ocorrência de uma tentativa de suicídio é um importante fator de risco, que deve ser considerado como um alarme por todos os profissionais envolvidos no caso. Dessa forma, as tentativas de suicídio são consideradas como um dos principais focos das ações de vigilância, prevenção e controle.

Tentativa de suicídio



Sinal de alarme:

15 a 25% das pessoas que tentam suicídio cometem nova tentativa no ano seguinte, 10% conseguem consumir o ato em algum momento do período de 10 anos, compreendido entre a tentativa anterior e o suicídio consumado. (BOTEGA et al, 2006).

Como o suicídio está relacionado a múltiplos fatores (biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais), é necessário desenvolver ações de vigilância, prevenção e controle de forma integral. Vários atores podem contribuir para enfrentar o problema de forma conjunta, estabelecendo canais de comunicação permanente, trocando informações, definindo metas e ajustando condutas. São necessárias intervenções que envolvam assistentes sociais; educadores; jornalistas; policiais militares; profissionais de saúde e técnicos de extensão rural, além de trabalhadores e colaboradores de Organizações não-governamentais (ONGs), além de lideranças religiosas, comunitárias, entre outros (OMS- SUPRE, 2002). A ação conjunta dessas pessoas é o que constitui a rede de vigilância, prevenção e controle do suicídio.

REDE DE PREVENÇÃO

Uma rede social, tal como a rede de vigilância, prevenção e controle ora proposta, é uma articulação de pessoas que agem em conjunto, com um objetivo comum (CROSS e PARKER, 2004; FREEMAN, 2006). Essas pessoas podem estar em instituições diferentes ou atuando em níveis diferentes de serviços de um mesmo setor de atividade, o importante é que elas se disponham e trabalhem de forma integrada. Dessa forma, poderão trocar informações, planejar em conjunto e acertar as ações a serem desenvolvidas por cada um, pensando nos objetivos comuns. No caso do suicídio, como já mencionado, essa rede pode ser composta por muitas pessoas de diferentes setores, articulados entre si.

A rede local de vigilância, prevenção e controle atuam em torno de todas as situações de vulnerabilidade para o suicídio. Tal rede deve ser constituída basicamente por dois níveis de articulação das ações:

- a) O primeiro nível está na área da saúde, formado por profissionais de vigilância epidemiológica, serviços de urgência, de saúde mental e da atenção primária, que vão construir juntos os planos de cuidado para cada caso; e
- b) O segundo nível abrange integrantes de outros setores, públicos ou não, que vão definir e aplicar medidas de apoio às pessoas em situação de vulnerabilidade e suas famílias.

Um aspecto que merece destaque é o de que a rede é composta por pessoas e pelas articulações entre elas, que são mais importantes do que as instituições e as convenções formais. Afinal, são as pessoas que vivem e enfrentam o problema no seu dia-a-dia, e são elas que podem gerar ações concretas e efetivas de apoio para aqueles que estão em situação de vulnerabilidade. É a partir de sua sensibilidade e mobilização que elas serão capazes de formar e fazer funcionar a rede de vigilância, prevenção e controle do suicídio.

Primeiro nível: a rede na área de saúde

Segundo Botega et al (2006), ao longo da vida de cada 100 pessoas, 17 chegam a pensar em suicídio, cinco a planejar, três tentam e apenas uma pessoa chega a ser atendida em um pronto-socorro, conforme a figura a seguir.

Representação da proporção de pessoas que desenvolvem da ideação à tentativa de suicídio e aos atendidos em pronto-socorro



Fonte: BOTEGA et al, 2005.

Entre todos estes grupos, o de maior risco é o das pessoas que já tentaram o suicídio. Apenas uma em cada três delas chega aos serviços de pronto-socorro (urgência e emergência), recebe o primeiro atendimento, mas nem sempre é encaminhada para serviços de saúde mental onde pode receber cuidados adequados. Sem tais cuidados, a maioria dessas pessoas pode voltar a tentar o suicídio, porque os fatores de vulnerabilidade ligados ao seu caso permaneceram sem atenção. Isso acontece porque muitas pessoas que tentam o suicídio sofrem de depressão ou de outros problemas relativos à saúde mental, que são condições crônicas e de difícil manejo, o que torna grande a chance de novas crises e

tentativas. Por isso é importante que os profissionais do setor da saúde possam trabalhar em conjunto e não deixem de encaminhar adequadamente as pessoas em situação de vulnerabilidade.

Diversos estudos sobre o comportamento suicida revelaram fortes evidências de que o fato de uma pessoa haver tentado uma vez suicídio aumenta muito a chance de ocorrer nova tentativa. (BOTEGA et al, 2005; SEMINOTTI, PARANHOS e THIERS, 2006; BORGES, WERLANG e COPATTI, 2008). Por essa razão o grupo de pessoas que chegam a tentar o suicídio deve ser o principal foco das ações de vigilância e preventivas dos profissionais e serviços de saúde. Na Noruega foi desenvolvido um programa de prevenção do suicídio de grande sucesso, voltado justamente para o acompanhamento e o tratamento pós-alta das pessoas que haviam tentado o suicídio e foram atendidas em pronto-socorros. Esse programa envolveu profissionais de diferentes unidades dos serviços de saúde, tendo como ponto de partida os de urgência e emergência, e como núcleo os serviços de suporte psicológico e psiquiátrico, com apoio da atenção primária (BEAUTRAIS, 2006, p. 5). Essa experiência pode ser trazida e adaptada para as redes locais de vigilância e prevenção no Rio Grande do Sul, respeitando as características de cada realidade.

A articulação inicial da rede tem como foco:

As tentativas de suicídio e seus desdobramentos;



Cuidados de saúde mental e saúde da família para as
pessoas;

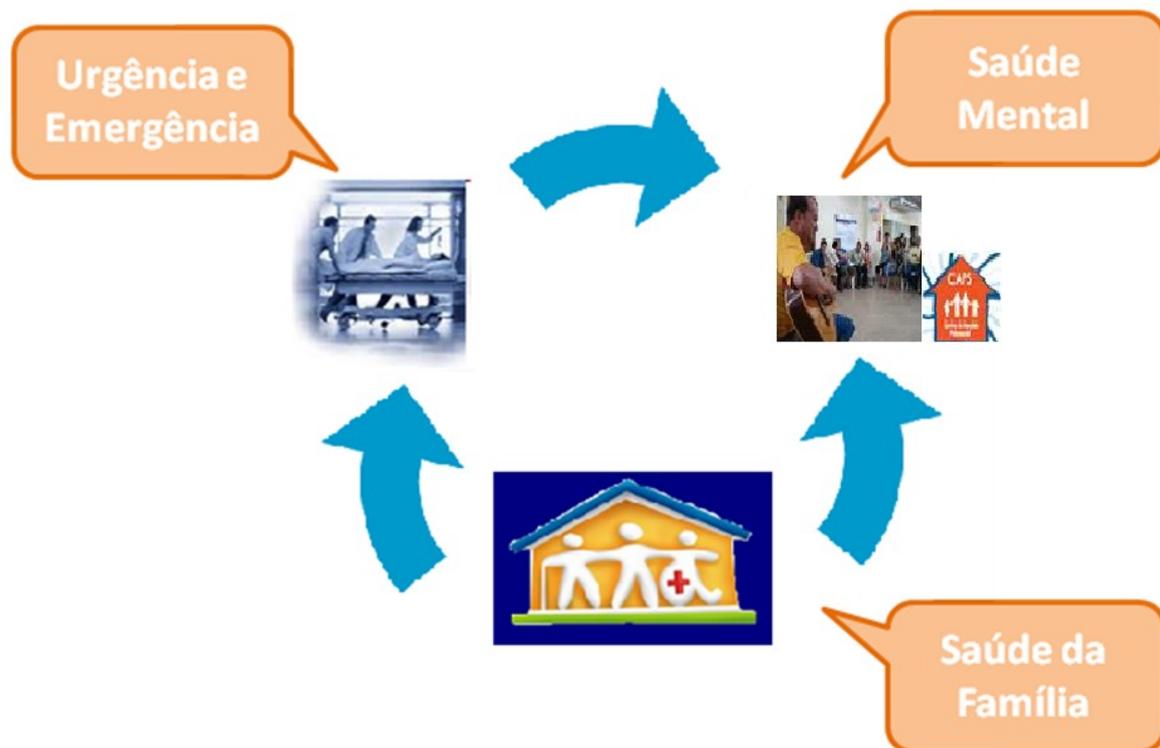
Apoio e envolvimento dos familiares e pessoas mais
próximas.

Os profissionais de urgência e emergência têm um papel fundamental na prevenção do suicídio por atuarem em unidades que têm as portas abertas para casos agudos podendo, desta forma, identificar situações de vulnerabilidade. Quando esses profissionais estão atentos e têm a capacidade de abordar adequadamente as pessoas que tentaram o suicídio, estão em condições de iniciar o processo através da notificação/investigação e acionar a rede de vigilância, prevenção e controle, encaminhando os casos para a mesma.

As pessoas que tentam o suicídio estão sofrendo mental e emocionalmente e, por isso, necessitam de tratamento psicológico e, muitas vezes, farmacológico. Muitas vezes essas pessoas não têm acesso a esses cuidados a tempo pelo simples fato de não serem encaminhadas pelos profissionais dos serviços que tiveram contato com elas nos momentos críticos. É de importância fundamental o encaminhamento adequado dessas pessoas para um profissional de saúde mental da unidade de emergência, ou quando não houver esse profissional, para unidades de saúde mental de referência que possam dar continuidade ao tratamento.

O cuidado com o paciente que tentou suicídio se inicia na unidade de emergência mas deve ser referenciado ao profissional de saúde mental para os devidos encaminhamentos, quer seja para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), para o Programa de Saúde da Família (PSF), ou mesmo para outros serviços existentes no município, que devem desenvolver um trabalho efetivo e articulado de apoio e tratamento a essas pessoas, contribuindo para prevenção de novas tentativas.

Rede de vigilância, prevenção e controle na área da saúde



Uma vez sob os cuidados dos profissionais de saúde mental, as pessoas que tentaram o suicídio vão necessitar de tratamento continuado. Todas essas pessoas precisarão ser acompanhadas pela atenção primária, ainda que sob a supervisão de profissionais de saúde mental. Os profissionais da atenção primária, especialmente da Saúde da Família, desempenham um papel-chave, assegurando a continuidade dos cuidados e a adesão ao tratamento, garantindo a integração com a saúde mental sobre os avanços e os problemas enfrentados pelos pacientes ao longo do tratamento. As situações mais graves precisam de acompanhamento direto por parte de profissionais dos CAPS. A rede de proteção vai se formando a partir da atuação dos diferentes atores necessários à condução de cada caso.

O sucesso do trabalho depende essencialmente do estabelecimento de contatos e de comunicação em torno dos casos. A troca de informações entre os profissionais pode fornecer elementos importantes para o estabelecimento de um plano de cuidados adequado e de cooperação entre todos. Ao procederem dessa forma, os profissionais de saúde estarão estabelecendo o núcleo de uma rede local de prevenção e controle do suicídio.

Essa troca de informações, além de facilitar o atendimento das pessoas, pode colaborar para que os profissionais enfrentem melhor a complexidade dos problemas envolvidos. Como o suicídio tem causas diversas, inter-relacionadas e de difícil abordagem, é muito importante o estudo conjunto dos casos clínicos com apoio na literatura, fortalecendo a capacidade de a rede agir positivamente. A educação permanente é uma ferramenta fundamental para o sucesso do funcionamento da rede.

A interação em torno dos casos concretos de tentativa de suicídio também possibilita o suporte mútuo que os profissionais precisam para poder lidar com situações tão difíceis. É muito comum sentir frustração diante de casos graves, cujos desfechos negativos nem sempre podem ser evitados. A responsabilidade deve ser compartilhada com os outros colegas que estão lidando com o caso, com o próprio paciente, seus familiares e com os demais integrantes da rede. É importante que o profissional entenda que ele também não está sozinho e que pode precisar de ajuda durante o acompanhamento dos casos, uma vez que não é responsável individualmente pelas vidas das pessoas que trata.

O profissional de saúde não está sozinho e pode buscar apoio na rede de prevenção e controle.

Os problemas de saúde mental por vezes são pouco valorizados, ou podem ser tratados de forma insuficiente tanto nos serviços de urgência e emergência quanto nos de atenção básica, e isso precisa ser enfrentado pelos integrantes da rede. Esse problema é ainda maior nos casos de tentativas de suicídio, que são cercadas por incompreensão, atitudes de discriminação e muitos preconceitos. Uma iniciativa importante da rede é agir de forma a modificar esses aspectos culturais que prejudicam ainda mais a atenção de que essas pessoas precisam.

É importante quebrar o preconceito!

Outro fator importante é garantir a notificação/investigação compulsória dos casos suspeitos ou confirmados de violência de lesões auto provocadas (as tentativas de

suicídio e suicídios) de acordo com a Portaria 104/2011 do MS, que torna universal a notificação/investigação para todos os serviços de saúde. Outro fator importante é a colocação nas declarações de óbito o código correto da Classificação Internacional de Doenças (CID), pois só assim se terá a real dimensão do problema e será possível um maior envolvimento político e social para seu enfrentamento.

A notificação/investigação dos casos é um direito de todos e dever dos profissionais de saúde!

Vale lembrar que a pessoa que tenta suicídio não está sozinha e os que estão à sua volta participam do problema e sofrem com ela. É por isso que é muito importante envolvê-las no tratamento, desde o seu início. A adesão ao tratamento pode ser muito facilitada quando a família e pessoas próximas participam ativamente do processo.

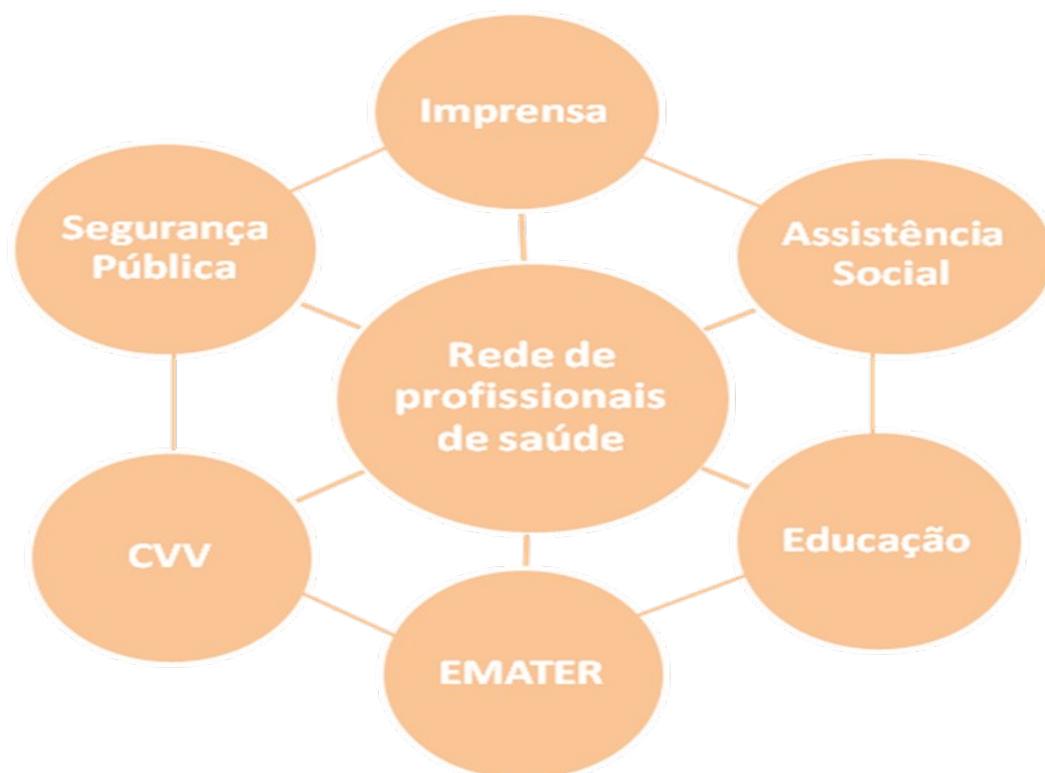
A pessoa que tenta suicídio não deve estar sozinha e seus familiares e pessoas próximas devem ser envolvidas no tratamento.

Segundo nível: as ações intersetoriais

Os países que vêm obtendo sucesso no enfrentamento do suicídio utilizam estratégias que envolvem setores diversos tais como imprensa, educação, saúde, assistência social, segurança pública, ONGs e as famílias. Cada um desses setores e pessoas envolvidos pode cumprir um papel importante em sua área de atividade. As ações têm mais sucesso quando são feitas de forma combinada entre pessoas de diferentes setores por meio da rede. Cada um cumpre um papel específico nas várias etapas da prevenção e controle do suicídio.

Diferentes categorias profissionais podem entrar em contato com pessoas com comportamento suicida e sentem-se impotentes para agir por não saber para quem ou para onde encaminhá-las. Muitas vezes essas pessoas são acolhidas ou

atendidas inicialmente por um policial, por um bombeiro, ou mesmo por um vizinho, que precisam contar com apoio de outros profissionais ou serviços com os quais possam dividir a responsabilidade pelo enfrentamento do problema. A capacidade de agir de cada um é maior quando se consegue estabelecer elos com outros, para acertar ações conjuntas, dividir trabalho, trocar idéias e obter apoio.



A literatura (BORGES, WERLANG e COPATTI, 2008, BRASIL, 2006) e a pesquisa realizada no âmbito do projeto que originou esta publicação mostram que, na muitas vezes, as pessoas com comportamento suicida procuram ajuda antes de tentar o suicídio. Elas buscam ajuda, sobretudo, junto aos serviços de saúde, ou são atendidas no âmbito da segurança pública e assistência social. Na maior parte das vezes, os profissionais dessas áreas não estão capacitados para lidar com as situações de suicídio e não conseguem dimensionar a gravidade do problema, assim como não percebem a possibilidade de agir em parceria com outros setores. O acesso e a troca de informações podem facilitar a compreensão e o atendimento dessas situações.

O estudo sobre o perfil dos suicidas nos quatro municípios gaúchos que participaram do projeto¹ revelou que cerca de dois terços dessas pessoas procuraram algum serviço de saúde nos trinta dias que antecederam o evento. Em diversos momentos, elas também foram atendidas em situação de sofrimento por policiais ou assistentes sociais. O estudo encontrou registros de dezenas de passagens policiais, mostrando o grau de sofrimento vivenciado. Uma rede intersetorial voltada para o enfrentamento do problema poderia ter propiciado outro desfecho para vários desses casos.

Em qualquer município é possível formar redes locais de vigilância, prevenção e controle do suicídio, reunindo pessoas e instituições diferentes desde que se desenvolva um comprometimento com o problema. É fundamental que os articuladores iniciais dessas redes realizem um levantamento, a partir do qual obtenham um conhecimento seguro quanto:

Ao envolvimento de profissionais das áreas de saúde, educação, assistência social, extensão rural e segurança pública;

À disponibilidade e à capacidade operacional dos serviços de saúde existentes no município – especialmente unidades de saúde da família, CAPS, serviços hospitalares de urgência e emergência e leitos disponíveis para tratamento psiquiátrico;

À disponibilidade e à capacidade operacional dos serviços de assistência social existentes no município – Centros de Referência de Assistência Social (CRAS);

¹ Esta pesquisa foi realizada no âmbito do projeto que originou esta publicação e seus resultados estão sendo trabalhados pelos autores para futura publicação.

Aos possíveis parceiros na imprensa, associações comunitárias, organizações não-governamentais e outras entidades da sociedade civil;

Aos canais de comunicação que podem ficar disponíveis – telefones, e-mails, endereços das unidades de atendimento.

Mais uma vez, é preciso enfatizar que o importante na formação de uma rede local é ter em mente que esta é formada antes por pessoas do que por instituições. Uma rede local só funcionará efetivamente se pessoas, ou profissionais, se sensibilizarem para o problema e estiverem dispostos a se mobilizar, atuando de forma integrada com outras pessoas de outros serviços. O contato entre essas pessoas e a articulação de ações entre elas é mais importante do que planos oficiais e formais de enfrentamento do problema. A inserção de cada uma delas deve ser um ato de vontade pessoal.

Entre as ações iniciais da rede está a necessidade de capacitar profissionais de setores-chave – como a Saúde da Família, serviços de urgência e emergência, Brigada Militar, extensão rural, educação e assistência social. Tal capacitação pode contar com o apoio tanto dos profissionais dos CAPS locais, quanto de outras entidades do Rio Grande do Sul como CIT da SES/RS, ou o CVV, que têm longa experiência no trato do problema, sempre de acordo com as possibilidades de cada localidade.

As ações da rede também se voltam para os familiares e pessoas próximas daqueles que tentaram, ou chegaram ao suicídio, chamadas pela Organização Mundial de Saúde de “sobreviventes” (WHO, 2000). O impacto de um suicídio entre as pessoas próximas pode ser devastador e até influenciar no desenvolvimento de comportamento suicida entre elas. Por isso considera-se fundamental formar “grupos de sobreviventes”, para que possam encontrar apoio mútuo e atenção profissional (WHO, 2000).

Para cada suicídio, de 5 a 10 pessoas são diretamente afetadas e necessitam de apoio. (WHO, 2008, p. 6)

As pessoas em situação de sofrimento psíquico precisam contar com serviços telefônicos ou via internet 24 horas para apoio e orientação. Da mesma forma, os profissionais da rede de saúde necessitam de um número de telefone de referência pelo qual possam obter informações sobre protocolos de atendimento e sobre os serviços de referência para os encaminhamentos.

Importante para a Rede!

Organizar serviços telefônicos 24h para pessoas em situação de suicídio;

Organizar serviços telefônicos para orientação de profissionais em relação a protocolos clínicos e encaminhamentos.

MITOS E VERDADES SOBRE O SUICÍDIO²

1. Quem vive ameaçando se matar nunca o faz

Esse é um dos principais mitos sobre o suicídio. O comportamento suicida é uma ação extrema de uma pessoa em grande sofrimento que não vê outra saída a não ser a morte. O mito é mais forte ainda em relação ao jovem, quando a tentativa é vista como uma forma de chamar a atenção. O fato de dizer que quer morrer já é um alerta importante de que alguma coisa vai muito mal com a pessoa. Mais de dois terços (BOTEGA et al, 2006, p. 14) das pessoas que cometeram suicídio manifestaram previamente sua intenção, que não foi percebida.

2. A tentativa de suicídio é uma forma de chamar a atenção

A tentativa de suicídio deve sempre ser levada a sério, não se deve duvidar nunca da fala da pessoa que diz querer por fim a sua vida. A verbalização desse pensamento de morte é um importante sinal de alerta de que a pessoa está em grande sofrimento e que precisa de ajuda.

3. Quem quer se matar normalmente não fala sobre o assunto. Simplesmente se mata.

A maior parte das pessoas que se suicida dá sinais importantes, às vezes inconscientes, de que não estão bem e de que precisam de ajuda. Frequentemente esses sinais não são compreendidos na sua gravidade.

4. Quem comete suicídio é louco

Independentemente do estado mental da pessoa que fala em se matar, este é um importante sinal de alerta que deve ser entendido como um pedido de ajuda. É comum achar que o suicídio ocorre apenas em quem tem um grave problema mental, mas isso nem sempre é verdade.

5. Não se deve perguntar se a pessoa está pensando em se matar porque isso pode induzi-la ao suicídio

² Adaptado de BEFRIENDERS INTERNATIONAL; acesso em 02/08/10.

Pelo contrário! Ao perceber sinais de que a pessoa está pensando em suicídio, o tema deve ser abordado abertamente, porém com cautela, com uma atitude de acolhimento. Proporcionar um espaço para falar sobre seu sofrimento, de forma respeitosa e compreensiva, favorece o vínculo, mostrando que nos importamos com ela e que outras saídas são possíveis.

6. Se alguém quiser se suicidar, nada vai impedi-lo

É importante entendermos que a pessoa que fala em acabar com sua própria vida está falando de um sofrimento insuportável, para o qual não vê saída, e que, naquele momento, enxerga a morte como única possibilidade. As tentativas de suicídio são pedidos de ajuda que devem ser entendidos como tal. Acreditar que quem quer se matar acaba se matando mesmo pode levar a uma situação de impotência diante de uma pessoa em situação de risco. “Não se trata de evitar todos os suicídios, mas sim os que podem ser evitados”.

7. Quando uma pessoa tenta suicidar-se, tentará novamente pelo resto da vida.

A pessoa que quer se suicidar se sente assim por um determinado tempo, até poder enxergar outras saídas para o sofrimento que está sentindo. É nisso que o profissional deve apostar, envolvendo a pessoa nessa busca de novas possibilidades. Pensamentos suicidas podem ser recorrentes, mas não são permanentes e podem nunca mais aparecer.

8. Uma pessoa que tenta se matar uma vez, dificilmente tentará novamente.

A tentativa de suicídio é o fator de risco mais importante a ser considerado na prevenção do suicídio. As estatísticas mostram que, para cada suicídio consumado, ocorreram 10 tentativas, e que a pessoa pode tentar mais de uma vez. Isso aponta para a importância do tratamento por profissional devidamente capacitado.

9. Após uma tentativa de suicídio, uma melhora rápida significa que o perigo já passou.

Quando a pessoa se mostra mais calma, não significa necessariamente que o problema se resolveu. Ela pode estar mais calma justamente por já ter se decidido

pelo suicídio como forma de terminar com seu sofrimento, aguardando apenas uma oportunidade. Por outro lado, muitos suicídios ocorrem quando a pessoa começa a melhorar do quadro depressivo, ou seja, quando tem a energia e a vontade de transformar pensamentos em ação auto-destrutiva. O início do tratamento/recuperação da depressão é um momento crítico que requer o máximo cuidado.

10. Quem planeja o suicídio quer morrer.

A ambivalência é uma característica importante no comportamento suicida. A pessoa muitas vezes não deseja a morte, mas uma vida diferente, uma saída para seu sofrimento. O fato de dizer que quer morrer já representa um grave sinal que deve ser considerado como alerta.

11. Quem se mata é fraco.

Não se deve fazer julgamento moral da pessoa que busca no suicídio a solução para seu sofrimento. A pessoa muitas vezes sofre de um transtorno que altera sua percepção dos fatos, o que a leva a buscar na morte a sua saída. Em lugar de julgamento, o que se deve oferecer é compreensão e acolhimento, tanto para a pessoa como para seus familiares. O que leva ao suicídio é uma dor psíquica insuportável e não uma atitude de covardia ou de coragem.

12. Suicídio é coisa de rico. Pobre não tem tempo para isso.

O suicídio atinge todas as camadas sociais, independente de sexo, raça ou idade. Embora existam fatores mais associados ao suicídio, ele está presente em todas as camadas sociais.

Os SOBREVIVENTES

O impacto do suicídio

A morte de uma pessoa é, em geral, acompanhada de manifestações de solidariedade, momento em que sobre o evento fala-se abertamente. Quando essa morte ocorre por suicídio, instala-se o silêncio, a família busca esconder a causa da morte e as pessoas em torno se calam.

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)

O luto por alguém que comete suicídio é diferente do que ocorre frente a outras formas de morte. São comuns os sentimentos de culpa por não se terem percebido os sinais, não se ter feito alguma coisa que talvez evitasse o acontecimento, por palavras ditas, ou não ditas. São freqüentes também os sentimentos de impotência, raiva e ansiedade. O medo muitas vezes toma conta da família que percebe sua própria vulnerabilidade, além do temor de que outro membro do grupo também cometa suicídio, principalmente os mais jovens.

A culpa parece ser ainda mais persistente quando se trata dos pais da vítima. Além da morte do filho subverter a ordem natural da vida, há sempre uma cobrança interna e, às vezes, externa, sobre os possíveis erros na forma como a pessoa foi criada. (Fontenelle, 2008:146)

Algumas vezes o suicídio pode até provocar alívio na família, geralmente quando desencadeado por um longo processo de doença incapacitante, ou de muito sofrimento, e às vezes por se tratar de uma pessoa que já tentou outras vezes e que trazia a família em constante estado de tensão. Mas essa sensação momentânea de alívio acaba por se transformar em sentimento de culpa. Esse sentimento costuma acompanhar até mesmo o familiar que busca reagir, voltar à vida. É como se ele tivesse uma dívida com a pessoa que se suicidou e, por isso, não pudesse mais ter prazer na vida.

O preconceito e o julgamento moral que geralmente acompanham o comportamento suicida fazem com que a família, muitas vezes, se feche em um “pacto de silêncio”, a partir do qual o assunto não é mencionado nem mesmo entre os membros mais íntimos da família.

Pacto do silêncio – gera exclusão social e aumento do sofrimento.

Principais sentimentos após a perda por suicídio:

culpa, impotência, raiva, ansiedade e medo.

Existe medo da rejeição social, do preconceito quanto à dinâmica familiar, que passa a ser vista como patológica, uma vez que responsabilizada pelo suicídio. Tudo isso faz com que essas pessoas se sintam excluídas socialmente, tornando seu sofrimento ainda maior. O processo de luto é diferente porque envolve questionamentos e emoções que não fazem parte dos outros tipos de perda.

É comum as pessoas que perdem alguém por suicídio serem alvo do julgamento das outras pessoas. “Onde eles falharam?” (Fontenelle, 2008:146)

Sobreviver à uma perda por suicídio é um processo mais intenso, severo e difícil do que o resultado de uma perda por causas naturais (Barbosa, 2006). “Após a ocorrência desses dramas, um mal-estar toma conta de todos que, de alguma forma, mantiveram algum tipo de relacionamento com a vítima”. (Dejours,2010:12)

“Quando alguém tira a própria vida, deixa para trás interrogações que nunca serão inteiramente respondidas. Tudo passa a ser questionado, e a vida dessas pessoas muda para sempre”. (Fontenelle, 2008:141)

A perda de uma pessoa da família por suicídio pode desencadear sintomas de desorganização emocional, mistura de luto e raiva, assim como sintomas típicos de estresse pós-traumático.

Sintomas mais comuns nos “sobreviventes” do suicídio: dormência física, anestesia emocional, desprendimento da realidade, isolamento, perda de interesse e incapacidade de sentir emoções, principalmente relacionadas à intimidade, sexualidade e ternura.

São freqüentes, também, as dificuldades de dormir e permanecer dormindo, de concentração, além do medo de perder o controle. (Fontenelle, 2008:142)

É importante que os profissionais identifiquem as reações patológicas dos sobreviventes frente à perda de alguém por suicídio assim como os mecanismos de adaptação desenvolvidos por aquela família para o enfrentamento da situação. É fundamental, também, que tentem identificar a rede social de apoio de que podem dispor para prestar a atenção adequada a esse grupo. (Barbosa, 2006)

“Fui viver o luto muito tempo depois, mas uma coisa que ficou marcada foi uma sensação de inferioridade muito grande perante as pessoas, tinha vergonha de falar... gerou em mim um sentimento muito ruim de algo fora do comum. Eu dizia que ele tinha tido um infarto”.
(Fontenelle, 2008:152)

Segundo Dejours (2010), o suicídio é uma conduta endereçada, tentar decodificar essa mensagem é uma etapa importante para o desenvolvimento de um luto saudável. As crianças, principalmente, devem ser esclarecidas sobre o que aconteceu, de forma adequada, simples, mas verdadeira, tornando possível a compreensão dos fatos.

Como formar um grupo de sobreviventes³

Os sobreviventes precisam de um espaço em que possam falar das suas emoções, do seu sofrimento. Estar junto com outras pessoas que estão vivendo a mesma situação pode proporcionar ajuda mútua para a quebra do silêncio em torno do problema e para que se fortaleçam para elaborar a perda e para enfrentar a vida.

O grupo de sobreviventes pode oferecer:

Um sentido de pertencimento e apoio mútuo;

Um ambiente em que as pessoas afetadas por um suicídio possam encontrar empatia e compreensão;

A esperança de que a “normalidade” pode ser eventualmente atingida;

³ A principal referência para esta sessão é a publicação “**How to start a survivor’s group**” (OMS, (2000). A leitura completa da mesma facilita a compreensão e é recomendada.

Oportunidades para aprender formas de lidar com algumas datas especiais;

Um espaço para expressão da sua dor e preocupações.

Não há regras predeterminadas para se formar um grupo de sobreviventes. A experiência internacional aponta algumas diretrizes que podem ajudar na sua formação. Algumas questões importantes devem ser consideradas nesse sentido.

O grupo pode ser iniciado por um profissional capacitado para lidar com situações de suicídio, ou um profissional de saúde mental que poderá facilitar a sua condução. O importante é estar sensibilizado para compreender a dinâmica do sobrevivente, assim como a rede de suporte social para um atendimento integral ao grupo.

O profissional de saúde, principalmente o profissional da atenção primária, deve proporcionar esse espaço através da realização de grupos de encontro onde as questões ligadas ao suicídio possam ser faladas e compreendidas.

É importante que o grupo defina claramente seus objetivos, bem como as regras de ingresso e participação. Ainda, é necessário que o grupo estabeleça de modo inequívoco o grupo ao qual é direcionado, ou seja: ao dos sobreviventes de um suicídio.

Aprender a continuar vivendo após a perda de um ente querido pode ser um processo emocional bastante difícil e doloroso, entretanto, juntar-se a um grupo de apoio pode representar o primeiro passo na jornada para a recuperação. (Barbosa, 2006)

ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS PARA PROFISSIONAIS

Assistentes sociais

Os assistentes sociais têm importante papel na prevenção e controle do suicídio, já que trabalham na identificação, prevenção e encaminhamento para a rede socioassistencial de situações de pessoas em vulnerabilidade social.

Desde 2004, quando a Política Nacional de Assistência Social deu origem ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS), as ações da área passaram a ser desenvolvidas com base em fundamentos muito semelhantes aos do SUS, como a participação social e a territorialização, o que pode facilitar a integração dos assistentes sociais com os profissionais de saúde na rede de prevenção e controle do suicídio.

A “articulação de cobertura com as demais políticas sociais e econômicas, em especial as de Seguridade Social”, como a saúde, é um dos princípios organizativos do SUAS, que estão em total sintonia com a formação e o funcionamento de uma rede local de prevenção e controle social. As pessoas em situação de vulnerabilidade para o suicídio precisam de atenção constante e tratamento psicológico adequado, de modo que não podem depender apenas de encaminhamentos e gestões formais, mais do que isso, necessitam de contato direto e da articulação dos profissionais capazes de ajudá-las.

Os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) constituem atualmente a principal unidade da política de assistência social, têm base territorial e são responsáveis pelos serviços de proteção social básica para grupos entre duas mil e quinhentas a cinco mil famílias por ano. Os assistentes sociais que atuam nos CRAS podem se articular com profissionais da Saúde da Família, dos CAPS e dos hospitais de emergência e demais integrantes da rede de prevenção e controle do suicídio, para identificar, acolher e encaminhar para tratamento as pessoas em situação de vulnerabilidade.

Dentre as situações de vulnerabilidade social que tem relação com o suicídio, podem-se destacar: a desagregação e violência familiar; crianças e adolescentes

nas ruas, em abandono ou vítimas de abusos e maus tratos; idosos sem convivência familiar ou que sofrem abandono e maus tratos; e pessoas que fazem uso abusivo de álcool e/ou de outras drogas. Essas situações constituem um quadro de grande vulnerabilidade em função do desenvolvimento de depressão, desesperança, desamparo, desespero, que constituem os “4 D”, que ajudam a identificar as pessoas em situação de risco para o suicídio (Brasil, 2006).

A rotina de trabalho dos assistentes sociais, seja nos CRAS, nas unidades de saúde, ou em outras instituições, os coloca em contato constante com pessoas em situação de vulnerabilidade social e em relação ao suicídio. Sua sensibilidade para o problema e principalmente sua capacidade de se integrar à rede local de prevenção e controle pode ser decisiva para a identificação e o encaminhamento para tratamento dessas pessoas.

Os assistentes sociais que atuam em serviços de urgência e emergência nos hospitais públicos estão numa posição especial para contribuir para o encaminhamento dos casos de tentativa de suicídio para a rede de prevenção e controle, assim como os familiares daqueles que suicidaram. Muitos casos de tentativa de suicídio nessas unidades deixam de ser notificados, e isso por falta de capacitação dos profissionais no sentido da compreensão da gravidade do problema e da necessidade de encaminhamento.

Os assistentes sociais podem fazer a diferença e garantir o encaminhamento e a continuidade dos cuidados das pessoas em situação de vulnerabilidade social.

Outro aspecto importante da atuação dos assistentes sociais é sua possibilidade de apoiar as pessoas próximas de alguém que cometeu suicídio e têm suas vidas diretamente afetadas por isso, os “sobreviventes”. Os assistentes sociais podem contribuir muito para a formação, a orientação e o acompanhamento de grupos de sobreviventes.

Educadores⁴

Os profissionais da educação têm importante papel na prevenção do suicídio junto às crianças e adolescentes.

Você, educador, já pensou sobre o assunto?

A prevenção do suicídio e a promoção da qualidade de vida deveriam fazer parte do projeto político pedagógico da escola, devendo ser trabalhado por profissionais capacitados para esse debate com os professores e com os alunos. Pesquisas nacionais e internacionais têm mostrado que essas ações possibilitam a redução do número de suicídios, principalmente a partir da conscientização dos jovens sobre o tema (BORGES, WERLANG e COPATTI, 2008; FICHER e VANSAN, 2008).

Ter pensamentos de terminar com a própria vida não é incomum, pelo contrário, ocorre com muitas pessoas ao longo da vida, principalmente entre adolescentes. Eles são parte do processo de desenvolvimento normal de passagem da infância para a adolescência, fase marcada por descobertas, desafios, busca da identidade própria, quando o jovem está tentando compreender a vida, o significado da existência e a morte.

Atenção: o suicídio no adolescente e na criança costuma ser subnotificado, sendo os óbitos por essa causa geralmente classificados incorretamente como acidentes.

Na criança essas idéias já são bem menos freqüentes uma vez que até a idade de oito anos aproximadamente, ela ainda não desenvolveu a noção de morte como ligada à finitude. As meninas, na maioria das vezes, têm mais facilidade para pedir

⁴ A principal referência para esta parte é o manual “**Prevenção do Suicídio: Manual para Professores e Educadores** da OMS (2000). A leitura completa desse manual facilita a compreensão e é recomendada.

ajuda. Meninos geralmente ficam mais agressivos e impulsivos, não raro sob efeito de álcool e/ou outras drogas.

Fatores de vulnerabilidade para o suicídio entre jovens:

- Situações de luto;
- Desemprego, perda recente do emprego ou endividamento dos pais;
- Trabalho infantil;
- Dificuldade de integração e socialização na escola;
- *Bullying*;
- Violência familiar;
- Aceitação da identidade e orientação sexual;
- Situações de assédio moral;
- Uso de álcool e/ou de outras drogas;
- Suicídios na família;
- Situações de sofrimento mental.

Existem muitas atividades que o professor pode desenvolver em sala de aula para inserir o tema do suicídio de uma maneira adequada à faixa etária de seus alunos. Vejam abaixo algumas delas:

- Criar momentos de conversa com os alunos enfatizando o valor da vida;
- Procurar saber como os alunos estão se sentindo, como está a vida em casa, com os amigos;
- Levar os alunos ao cinema, teatro, exposições, ou criar com eles uma exposição de trabalhos sobre o tema (seguido de debates), estabelecendo parceria com as secretarias de educação, saúde e cultura;
- Trabalhar o tema de forma lúdica, desfazendo mitos e abrindo possibilidades de discussão;
- Criar espaços de fala, de expressão de sentimentos e de dúvidas que possam ser acolhidos e compartilhados pelo grupo;
- Elaborar, em parceria com outros setores, projetos voltados para a realidade da sua escola;
- Fazer parcerias com as universidades, com as unidades primárias de saúde da área da sua escola, solicitando a participação dos profissionais dessas unidades em palestras e debates.

Fatores de proteção

Apoio familiar, integração social (participação em esportes, igrejas, clubes; pertencimento a rede social);

Bom relacionamento com colegas de escola;

Bom relacionamento com professores e outros adultos;

Capacidade para aceitar a ajuda de pessoas relevantes;

Autoconfiança, boa autoestima;

Capacidade de buscar ajuda frente a dificuldades (ex: em trabalhos escolares, situações de conflito);

Capacidade de identificar situações ambientais e de vida negativas.

Como prevenir:

Desenvolver ações integrais de saúde mental junto a professores, funcionários e alunos da escola;

Trabalhar a autoestima dos professores, funcionários e alunos da escola;

Promover a expressão dos sentimentos através de atividades lúdicas, discussões, palestras;

Prevenir o comportamento desafiador e a violência escolar;

Desenvolver ações de educação em saúde;

Intervenção imediata frente à identificação de risco de suicídio;

Desenvolver ações de capacitação junto aos professores e funcionários da escola;

Promover os encaminhamentos necessários;

A intervenção imediata, decisiva, pode salvar uma vida.

O diálogo deve ser adequado a cada situação, implica no reconhecimento da identidade e das necessidades da pessoa.

Jornalistas⁵

A presença da mídia na rede de prevenção e controle

A mídia tem fundamental posição na sociedade contemporânea ao divulgar dados referentes às condições de saúde, fatores de risco para determinados agravos e novos avanços na área. Padrões comportamentais sociais são diretamente influenciados pela divulgação dessas informações que, quando adequadamente veiculadas, podem auxiliar na mudança de comportamentos e crenças populares.

⁵ Este item foi feito com base nos manuais da OMS “**Prevenção do suicídio**: um manual para profissionais da mídia”, 2000; e da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), “**Comportamento Suicida**, conhecer para prevenir, dirigido para profissionais de imprensa”, 2009. A leitura completa desses manuais facilita a compreensão e é recomendada.

A prevenção do suicídio necessita da participação de toda a sociedade.

O suicídio é um evento complexo e o aumento dos indicadores a ele relacionados tem despertado cada vez mais preocupação. Estudos apontam que sua prevenção necessita das ações de vários setores da sociedade, interligadas em uma rede de prevenção e controle (BEAUTRAIS, 2006; BOTEGA et al, 2006). A disseminação adequada de informações relevantes, corretas e realistas sobre o assunto, bem como de aspectos relacionados à conscientização e sensibilização em torno do problema, constitui uma iniciativa fundamental para a prevenção do suicídio.

Impacto da cobertura de suicídios pela mídia

Uma boa reportagem pode evitar a propagação inadequada da notícia, evitando a ocorrência de novos casos de suicídio.

Existem trabalhos que apontam para o aumento do número de casos de suicídio após veiculação pela mídia de notícias sobre o evento (BEAUTRAIS, 2006, PHILIPS, LESNYA e PAIGHT, 1992; WASSERMAN, 1984). Supõe-se que ocorra uma propagação da idéia, fazendo com que as pessoas que já estivessem pensando em se suicidar tenham sido estimuladas pela notícia. Porém, vale ressaltar que, mais do que a notícia em si, o importante é a maneira como o fato é noticiado.

Dicas:

Antes de iniciar a matéria, pense:

- Por que divulgar? É relevante?

- Que tipo de impacto a reportagem poderá ter?

Ao montar a matéria, 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. (ABP, 2009, p. 10).

Alguns grupos populacionais são especialmente vulneráveis a esse tipo de notícia, especialmente os jovens. É preciso muito cuidado na forma de veiculá-las, para que se possa oferecer informações verdadeiras, sem o desnecessário cunho sensacionalista. No caso do suicídio, é sempre importante lembrar que ele não é decorrente de uma única causa e que sua simplificação pode trazer uma idéia equivocada do fato.

Como noticiar

Existem algumas questões que merecem ser pensadas antes da veiculação da notícia. Uma questão primordial se refere à garantia de uma fonte fidedigna e confiável das informações recebidas. O uso de generalizações baseadas em fragmentos da situação ocorrida, além de interpretações precipitadas das estatísticas disponíveis, pode resultar em cobertura jornalística inadequada.

Dicas:

É incorreto “simplificar” um suicídio, ligando-o a uma causa única. Cautela com depoimentos e explicações de primeira hora!

Perguntas a serem feitas: a pessoa já havia feito tratamento na área de saúde mental? Passava por problemas devidos a depressão, abuso de álcool ou drogas?

É muito útil a inclusão na reportagem de um quadro contendo as principais causas de determinado transtorno mental, seu impacto sobre o indivíduo e endereços onde obter ajuda.

(ABP, 2009, p. 17).

Precauções no uso de dados e fontes sobre suicídio

Cuidado ao comparar números de diferentes países ou localidades. As diferentes maneiras como estes dados foram obtidos podem interferir nas taxas finais disponíveis. Vale lembrar que os coeficientes de mortalidade por suicídio são estimados em número de suicídios para cada 100 mil habitantes ao ano.

No Brasil, os números apontam para uma tendência de aumento que, no entanto, não é uniforme em todo o território nacional e parece atingir grupos vulneráveis específicos, como, por exemplo, um aumento maior entre jovens e adultos jovens do sexo masculino. Alguns municípios de pequeno porte no RS respondem pelas taxas de mortalidade por suicídio mais altas do país.

Existem agências governamentais nacionais e internacionais, além de Associações de especialistas na área, que são de fácil acesso e publicam periodicamente números sobre o assunto, que devem ser consultados.

Fontes confiáveis

- Tenha certeza de que a fonte utilizada é confiável.
- Procure utilizar bancos de dados oficiais de organizações reconhecidas, tais como:
 - OMS – SUPRE (Suicide Prevention):
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/supresuicideprevent/en/
 - International Association for Suicide Prevention (IASP): <http://www.iasp.info/>

Os profissionais de mídia e a prevenção do suicídio

Os profissionais da mídia têm um papel fundamental nas ações de prevenção de suicídio e de promoção da saúde. Alguns cuidados importantes, porém simples, podem ser decisivos na divulgação da notícia e no seu impacto sobre a sociedade.

O que Fazer

- Trabalhar em conjunto com autoridades de saúde na apresentação dos fatos;
- Referir-se ao suicídio como suicídio “consumado”, não como suicídio “bem sucedido”;
- Apresentar somente dados relevantes, em páginas internas de veículos impressos;

- Destacar as alternativas ao suicídio;
- Fornecer informações sobre números de telefones e endereços de grupos de apoio e serviços onde se possa obter ajuda;
- Mostrar indicadores de risco e sinais de alerta sobre comportamento suicida (OMS, 2000, p. 9).

O que não fazer:

- Não publicar fotografias da pessoa ou cartas que tenha deixado;
- Não informar detalhes específicos sobre o método utilizado;
- Não fornecer explicações simplistas;
- Não glorificar o suicídio ou fazer sensacionalismo sobre o caso;
- Não usar estereótipos religiosos ou culturais;
- Não atribuir culpas.

(OMS, 2000, p. 9).

A rede local de vigilância, prevenção e controle do suicídio é constituída de pessoas de diferentes setores que se articulam em torno de um objetivo comum. Os profissionais da mídia podem contribuir de forma diferenciada na formação dessa rede, disponibilizando informações de maneira adequada e mantendo contato constante com os parceiros que a constituem. Ao atuar de forma articulada, sem o desejo da notícia de cunho sensacionalista, esses profissionais podem contribuir de maneira definitiva na desmistificação do suicídio, sugerindo um novo olhar da sociedade local para o problema.

Policiais militares

Os policiais militares, em muitas situações, entram em contato direto com pessoas em risco iminente de suicídio. Quando das rondas ou diligências noturnas, na rua, deparam-se com os mais variados ambientes e situações. Muitas vezes são chamados por algum familiar ou vizinho para intervir em situações de conflito, muitas delas envolvendo, tentativas de suicídio.

Por essas razões, os policiais militares estão numa condição estratégica para agir na prevenção ao suicídio. Levantamentos realizados na preparação desta publicação, com apoio da Brigada Militar do Rio Grande do Sul, mostraram haver casos de pessoas que chegaram a cometer o suicídio depois de figurarem em diversas ocorrências policiais, vezes como vítimas, outras como autores de tais ocorrências. Por exemplo, foram encontradas situações em que, num período de cinco anos, a mesma pessoa teve registro em mais de 30 boletins de ocorrência policial, sendo o registro de suicídio o último deles.

Tais situações mostram, em primeiro lugar, o nível de sofrimento por que essas pessoas passaram e também pelo quanto fizeram outras passar. Mostram, em segundo lugar, que o policial da Brigada Militar pode intervir de forma positiva na crise, encaminhando tais pessoas para atendimento por profissionais de saúde, desde que esteja alerta para o problema. O ato de encaminhar para um profissional de saúde, ou comunicar a este uma situação de sofrimento identificada, pode representar uma saída para a crise e evitar um desfecho fatal.

Algumas ocorrências policiais podem envolver situações de sofrimento mental intenso.

Você pode estar diante de uma pessoa com comportamento suicida que precisa de apoio e tratamento.

De diversas formas, uma pessoa com comportamento suicida dá sinais de seu sofrimento: demonstrando tristeza, depressão, desesperança, desamparo, desespero e, muitas vezes, agressividade. É necessário que o policial militar esteja atento a tais sinais para poder agir de forma positiva na prevenção do suicídio.

Algumas pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas também chegam a tentar o suicídio. Sempre que for chamado para uma ocorrência na qual é necessário conter uma pessoa sob efeito dessas substâncias, o policial militar deve estar atento para o fato de que pode estar lidando com alguém doente, que precisa de encaminhamento para profissional de saúde.

Se o policial identifica uma situação de risco para suicídio, deve encaminhar a pessoa para uma unidade de emergência.

Muitas vezes o policial se depara com pessoas desesperadas, descontroladas, que ameaça contra a própria vida ou contra a vida de outrem. Nessas situações é fundamental manter a calma e o controle sobre o ambiente, para melhor enfrentar a crise. O policial deve assumir a função de negociador e não a de repressor. O desfecho positivo da crise dependerá da sua capacidade de manter-se calmo e da sua habilidade de negociação.

Em situações de crise, como ameaça de homicídio, tentativa de suicídio, agitação psicomotora, o policial militar é o profissional autorizado a intervir. Nessas ocasiões ele pode precisar conter mecanicamente a pessoa envolvida, porém deve sempre se lembrar de fazer os encaminhamentos necessários.

Numa situação de iminente tentativa de suicídio:

Aja como negociador;

Aja com segurança e cautela; a aproximação cautelosa relaxa as defesas da pessoa;

A aproximação rápida e brusca pode assustá-la;

Procure não estar sozinho;

Dialogue com a pessoa sempre no presente, aqui e agora;

É fundamental criar um clima de confiança na pessoa em crise;

Quanto mais tempo conseguir ganhar, maiores serão as chances de a pessoa desistir;

Ofereça água, almofada, um apoio... (SERRANO, 2008).

Numa situação de crise a pessoa muitas vezes não está em condições de aceitar uma sugestão de tratamento em um serviço de saúde. O policial poderá orientar os familiares, ou vizinhos, fornecendo endereços e/ou telefones dos serviços de saúde no seu município.

O dia-a-dia do policial militar é difícil e tenso, lidar com situações de violência, com pessoas em desespero, ou sob a influência de drogas psicoativas, pode representar fonte de estresse, dificuldades e sofrimento para ele. Essa rotina pesada pode dificultar uma atitude positiva para com o sofrimento das pessoas com as quais ele lida, e este é um sinal importante que deve ser valorizado. Ao se sentir assim, ele deve procurar apoio, conversar com os colegas, com um profissional de saúde mental, não guardando seus sentimentos só para si.

Esses sentimentos são comuns em um profissional que trabalha em situações de tensão.

Lembre-se de que você não está sozinho, busque ajuda, converse sobre o problema, procure um profissional capacitado para ajudá-lo.

Profissionais de saúde

Agentes Comunitários de Saúde

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o profissional da Saúde da Família que faz a ligação entre a comunidade e a equipe, contribuindo para a identificação das situações de vulnerabilidade que podem ser alvo de ações da equipe de saúde no sentido de melhorar a qualidade de vida da comunidade (SILVA e DALMASO, 1991).

“Ser Agente Comunitário de Saúde é, antes de tudo, ser alguém que se identifica, em todos os sentidos, com a sua própria comunidade, principalmente na cultura, linguagem, costumes; precisa gostar do trabalho. Gostar, principalmente, de aprender e repassar as informações, entender que ninguém nasce com destino de morrer ainda criança, ou de ser burro”.

(ACS – Recife, apud, SILVA e DALMASO, 1991, p. 76)

A partir de sua convivência com a comunidade, o ACS tem a possibilidade de perceber situações de vulnerabilidade para o suicídio, podendo trazer o problema para discussão com sua equipe. A discussão do caso em equipe pode definir um

plano de cuidados e acionar outros integrantes da rede de prevenção e controle do suicídio.

O relato abaixo mostra uma das muitas possibilidades de ação do ACS na prevenção e no controle do suicídio, além de reforçar a importância de estar atento às situações de vulnerabilidade.

Suicídio: é possível prevenir

Durante sua caminhada para fazer visitas domiciliares, a ACS decidiu passar na casa de uma pessoa que já tentara suicídio. Na semana anterior, essa pessoa havia procurado a unidade, queixando-se de muita tristeza, o que chamou a atenção da equipe e fez com que a ACS decidisse incluí-la nas suas visitas daquele dia. Chegando próximo à residência, a ACS sentiu forte cheiro de gás, o que a deixou ainda mais alerta, entrando rapidamente na casa. A pessoa encontrava-se desacordada na cozinha. Com a ajuda de vizinhos, a ACS conseguiu levá-la para fora da casa, salvando sua vida.

(Relato de uma ACS de município gaúcho, em julho de 2010)

Você já ouviu conversas como essas?

– A Carina se fechou! A Carina não chorou. Ela não conversava, ficou muito agressiva. Ela ficou assim... totalmente assim... perdida.

– A Dona Maria anda tão triste, parada dentro de casa, não quer fazer nada! Será que ela está deprimida? – Que nada! É frescura, preguiça. Ela é muito acomodada, isso sim.

Você acha que isso acontece com frequência?

Isso é comum e acontece mais do que a gente imagina, é um tipo de queixa muito freqüente. Muitas doenças que sentimos vêm do coração e da cabeça. É possível atuar nessas situações, estando atento ao sofrimento, sabendo escutar e, mais importante ainda, **encaminhando o problema para discussão com a equipe.**

Será que toda a tristeza é igual? Existe diferença entre tristeza e depressão?

Há dias em que acordamos e as situações do cotidiano nos deixam tristes, mas seguimos em frente e acreditamos que as coisas vão melhorar e que somos capazes de superar os obstáculos. Mas nem sempre é possível superar sozinho a tristeza; nesses casos fica difícil seguir em frente no dia-a-dia, no trabalho, com a família, com os amigos. Essa situação pode ser um sinal de depressão, que, por ser uma doença, precisa de tratamento adequado. Não é fácil saber se é depressão ou tristeza, por isso é muito importante que o problema seja discutido com a equipe.

Alguns sinais indicam depressão, é importante ficar alerta:

Tristeza durante a maior parte do dia, todos os dias;

Perda de prazer ou do interesse em atividades do dia-a-dia;

Irritação, ansiedade, falta de energia, cansaço, perda ou ganho de peso sem dieta;

Desesperança frente aos problemas, pouco ou muito sono, sentimento de inutilidade, de culpa, de sentir-se um peso para os outros.

Quando alguém fala em se matar, está apenas querendo chamar a atenção?

É comum se acreditar que a pessoa que fala em se matar está só querendo chamar a atenção sobre si e que na realidade, não vai chegar a este ponto. Na verdade, a pessoa está falando de um sofrimento insuportável, ela se vê sem saída e precisa de ajuda urgente. Essa pessoa pode ver no suicídio a única maneira de por fim à sua dor e, muitas vezes, acaba mesmo tentando se matar.

O que fazer quando você percebe que a pessoa está pensando em se matar?

Ou quando ela diz que vai se matar?

– Minha vida anda muito ruim, eu não sei o que estou fazendo aqui. Só sirvo para atrapalhar a família... Seria bom que tudo isso acabasse.

– As coisas estão tão difíceis, tanta dor no peito, tanto sofrimento, que é melhor não continuar mais vivendo... a única saída é morrer!

Quando alguém diz coisa assim, é importante dar-lhe a possibilidade de falar sobre o assunto; não se deve ter medo de perguntar o que ela está pensando. 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.

Não se deve tentar convencer a pessoa de que a vida é boa porque, naquele momento, para ela o que conta é o grande sofrimento que está vivendo. Mais importante é mostrar compreensão, acolhimento, interesse, e que se está junto para tentar ajudá-la.

Nessas situações **o ACS deve logo entrar em contato com a Equipe** para definir o encaminhamento do paciente, assim como para alertar a família fazendo com que ela participe das decisões.

Quando o problema ocorrer em uma hora em que a equipe não estiver disponível, é necessário acionar outros componentes da rede, como um hospital de emergência, o CAPS, entre outros, sempre envolvendo a rede de apoio.

Nunca deixe a pessoa sozinha!

Como você lida com os seus sentimentos diante de situações de suicídio?

Lidar com situações de suicídio não é fácil, mexe com nossas emoções, nos faz sentir medo, tristeza, impotência. Nessas horas é importante acreditar que existe uma saída, que você vai fazer a diferença. Lembre-se de que você não está sozinho para lidar com uma situação tão difícil, você pode e deve contar com seus colegas de equipe para partilhar seus sentimentos.

Você não está sozinho!

É importante que haja diálogo sobre o assunto na equipe, inclusive com um horário definido para falar e refletir. Além dos seus companheiros de equipe, existem os profissionais dos CAPS e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que também podem lhe dar apoio. Quanto mais difícil for o problema, mais se deve conversar sobre ele, pois nestas horas podem aparecer idéias e soluções que não tinham sido pensadas antes.

A melhor maneira de atuar é prevenindo

Os ACS estão na linha de frente desse trabalho. Para atuar de forma preventiva é preciso estar sempre bem informado sobre os recursos da rede, sobre as famílias acompanhadas, identificar indivíduos e famílias expostas a situações de vulnerabilidade e levar os problemas aos demais membros da equipe.

É importante que a equipe esteja junto para que todos possam lidar com o problema. Trabalhando de forma integrada fica mais fácil, sempre lembrando que a busca de outros parceiros é fundamental.

A responsabilidade não é só sua! Discuta com sua equipe as situações de suicídio identificadas por você!



Profissionais de Saúde da Família⁶

A ênfase do SUS na integralidade da atenção, priorizando a promoção da saúde como elemento essencial para a reorganização do modelo de atenção a saúde no Brasil, faz com que os profissionais da Saúde da Família se deparem com diversas situações para as quais muitas vezes não estão capacitados. A proximidade da Equipe de Saúde da Família (ESF) com a comunidade possibilita a identificação de situações de vulnerabilidade que exigem ações específicas dos profissionais, entre elas os transtornos mentais, principalmente a depressão, e o uso de álcool e outras drogas, problemas esses diretamente ligados às situações de suicídio.

Características que facilitam a atuação do profissional da atenção primária na prevenção do suicídio:

- Estar próximo à comunidade e poder identificar a rede local de apoio;
- Constituir a principal porta de entrada para o sistema de saúde;
- Oferecer cuidado continuado;
- Estar integrado a uma rede de apoio intersetorial.

A reforma psiquiátrica estabeleceu uma nova proposta de atendimento aos pacientes com transtorno mental. Para além da desinstitucionalização da loucura, ela transforma o conhecimento e a prática da psiquiatria, instituindo novos dispositivos mais adequados para lidar com a complexidade do sofrimento psíquico. Dessa forma, o hospital psiquiátrico se torna o último recurso em uma rede que

⁶ A leitura completa desse manual facilita a compreensão e é recomendada.

privilegia os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as residências terapêuticas, entre outras unidades, e que propõe o atendimento ao paciente com transtorno mental na rede de atenção primária, especialmente a Saúde da Família, através do suporte das equipes matriciais e da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Dentro dessa lógica, as situações de transtorno mental leve ou moderado devem ser acompanhadas na atenção primária, sendo encaminhados para o CAPS de referência os casos mais graves, ou para a emergência psiquiátrica as situações que necessitem de intervenção imediata. É fundamental que a equipe esteja capacitada para a identificação e o manejo dessas situações, reconhecendo os sinais que possibilitam o diagnóstico e a definição do tratamento adequado, quer no próprio serviço, com suporte das equipes matriciais, quer fazendo os encaminhamentos necessários.

Principais fatores de risco para o suicídio:

História de tentativas anteriores;

Transtorno mental;

Depressão + abuso de substâncias ➔ presente em 90% dos casos de suicídio

O uso abusivo de álcool está fortemente associado a situações de suicídio. É importante lembrar que a incidência de dependência de álcool e outras drogas é bem menor do que o uso abusivo, o que aponta para a importância do desenvolvimento de ações preventivas, principalmente na atenção primária. É fundamental estabelecer um diagnóstico preciso, buscar as comorbidades, lembrando que os transtornos mentais estão presentes em 60% dos casos de alcoolismo. Evidencia-se a necessidade de um diagnóstico preciso, assim como de uma atitude de acolhimento por parte do profissional de saúde em lugar do julgamento moral tão comumente encontrado.

- 3% da população necessitam de cuidados contínuos em saúde mental (transtorno mental severo e persistente);
- 9% necessitam atendimento eventual;
- 6 a 8% apresentam problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas;
- 44 a 56% dos pacientes atendidos pelo médico do PSF apresentam sofrimento mental significativo;
- 5 anos – tempo médio entre a detecção do problema e a busca por cuidado.

As doenças de evolução crônica, que necessitam de cuidados especiais, que causam dor, desconforto ou perda de função, também são fatores de vulnerabilidade ao suicídio. São situações onde o suporte familiar é fundamental. Esses pacientes podem se sentir como um fardo para sua família e até mesmo sem esperanças de melhora. Nessas situações é fundamental acionar a rede de suporte visando à prevenção do suicídio.

O risco de suicídio aumenta em doenças crônicas e dolorosas.

Como proceder

É importante que a intervenção aconteça tão logo seja identificada a situação de vulnerabilidade, **nunca agende um atendimento para depois!**

A detecção dos casos exige um tempo maior de atendimento ao paciente, criação de vínculo e principalmente capacitação do profissional para a identificação dos transtornos mentais, principalmente da depressão, presente na maioria das situações de suicídio. Nesse caso, a importância da articulação da rede se faz evidente, a partir, principalmente, da interação das equipes de Saúde da Família e equipes matriciais.

A família pode ser o maior aliado do profissional, fornecendo informações importantes para compreensão do caso, assim como formando uma aliança com o profissional para os cuidados com o paciente.

Encontre um lugar tranquilo e reservado para conversar;

Reserve tempo para escutar o paciente;

Esteja disponível, escute e tente criar vínculo com o paciente;

Respeite o sofrimento que o paciente apresenta;

Seja empático;

Preserve o sigilo.

Identificando os recursos da comunidade

Diante de sua estreita relação com a comunidade e com os usuários, a Equipe de Saúde da Família está em posição privilegiada para conhecer os recursos locais disponíveis para a rede de proteção e controle do suicídio. O apoio pode vir da própria família, dos amigos e vizinhos, do local onde a pessoa trabalha, da igreja que ela frequenta, assim como de outros profissionais de saúde. É importante estar atento a todas as possibilidades, lembrando sempre que a rede é antes de tudo composta por pessoas que devem ser contatadas para compartilhar a responsabilidade pelos cuidados com o paciente.

Identifique quem pode ajudar o paciente;

Faça contato com os profissionais da rede que podem ser acionados para o cuidado com o paciente;

Tente envolver o paciente no seu tratamento;

Busque a permissão do paciente para pedir apoio;

Esteja atento também às necessidades daqueles que estão apoiando o paciente;

Assegure seu apoio nas ações necessárias para a condução do caso.

As situações de suicídio muitas vezes são de difícil manejo, podendo provocar sentimentos contraditórios nos profissionais envolvidos. É importante que o profissional busque capacitação para essas ações e que compartilhe com sua equipe e com a rede de suporte o projeto terapêutico definido para o paciente.

Lembre-se de que você não está sozinho, discuta sempre com sua equipe os casos em atendimento. Para maiores esclarecimentos, sugerimos consultar outras partes desta publicação, especialmente a parte dedicada aos profissionais de saúde mental.

Profissionais de emergência

O profissional de saúde que trabalha na emergência dos hospitais desempenha papel-chave na prevenção do suicídio. Muitos pacientes que são atendidos nesse setor por tentativa de suicídio, se não receberem o atendimento adequado, clínico e psicológico, poderão fazer novas tentativas. A pessoa dificilmente tenta uma única vez, daí a importância de uma atuação adequada frente a uma tentativa de suicídio (BOTEGA et al, 2006).

Tentativas + ideação suicida ⇔ alto risco de suicídio ⇔ intervenção como determinante para prevenção

Antes de tudo é necessário que o profissional esteja capacitado para lidar com essas situações, atuando com respeito e evitando julgamento moral. Muitas vezes o profissional da emergência está assoberbado de trabalho, muitos casos graves para atender, e pode agrava-se no momento em que lhe é trazido alguém que atentou contra a própria vida. A forma como o profissional vai lidar com os sentimentos que essa situação desperta nele, dependerá da capacitação que ele tiver para lidar com situações de suicídio.

“O sucesso do desenlace da crise depende de como se maneja a situação nesse momento”

(Caplan, apud Seminotti, 2006)

Além do tratamento clínico de urgência, o profissional deve estar atento para o fato de que uma tentativa de suicídio representa um momento de grande desesperança e sofrimento psíquico, e que pode ainda estar associada um transtorno mental.

Depressão + abuso de substâncias



presente em 90% dos casos

Um entre três suicídios está relacionado à dependência de álcool

Os principais fatores de risco para o suicídio são:

- Tentativas anteriores;
- Transtorno mental – presente na maioria dos casos de suicido.

Entre os transtornos mentais, destacam-se:

- Depressão: transtorno mais presente.
- Esquizofrenia: o paciente pode escutar vozes que determinam que ele se mate. Principais Sintomas: delírios; alucinações; discurso e comportamento desorganizado; e sintomas negativos.

O atendimento na emergência é, pelas circunstâncias, focal, rápido, visando a salvar a vida do paciente, o que não significa que deva limitar às ações clínicas. O profissional não deve abordar o paciente com conselhos e orientações sobre sua vida, ou tentar minimizar seu sofrimento. A abordagem desses pacientes requer capacitação e deve ser feita, sempre que possível, por profissional de saúde mental. **O paciente nunca deve receber alta da emergência sem um parecer da saúde mental, o que garante os encaminhamentos necessários assim como o envolvimento da família.**

Uma situação de tentativa de suicídio **deve ser sempre imediatamente comunicada ao serviço de saúde mental** da unidade, para que seja iniciado seu acompanhamento e realizado os encaminhamentos necessários. Se não houver serviço de saúde mental na unidade, o profissional deverá entrar em contato com o CAPS da sua região, ou com o serviço de saúde mental que estiver disponível no seu território.

O paciente nunca deve receber alta sem o parecer da saúde mental.

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 imediatamente encaminhada ao serviço de saúde mental.

Existem situações em que a tentativa de suicídio não está evidente e é fundamental que o profissional, mesmo na dúvida, recorra ao serviço de saúde mental da sua unidade.

O profissional pode, e deve, identificar uma ideação suicida no seu paciente, mesmo que esta não seja verbalizada. Estudos mostram que um grande número de pacientes que cometeram o suicídio foram atendidos nos serviços de saúde pouco tempo antes de realizá-lo. Dessa forma, fica evidenciada a importância de uma escuta atenta à fala do paciente, de se fazer perguntas que possam auxiliar nesse diagnóstico, sem medo de estar estimulando o paciente ao ato suicida.

Cada instituição tem o fluxo próprio em relação à notificação/investigação dos casos de suicídio. O clínico que atender o paciente com tentativa de suicídio deve se certificar de que o procedimento estabelecido por sua instituição seja cumprido e que a notificação seja efetivamente realizada de acordo com a Portaria 104/2011 do MS (SINAN NET). Dessa forma se faz possível um levantamento mais fidedigno da magnitude do problema junto às autoridades de saúde visando ao incremento de ações de vigilância e prevenção.

Profissionais de saúde mental⁷

Os profissionais de saúde mental têm importante papel nas situações de suicídio uma vez que os transtornos mentais estão associados à maioria dos casos e sua

⁷ As principais referências para esta parte são o “Manual de Prevenção do Suicídio Dirigido a Profissionais das Equipes de Saúde Mental” publicado pelo Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde e Universidade Estadual de Campinas, de 2006; e as diretrizes da Associação Americana de Psiquiatria para abordagem e Tratamento de Pacientes com Comportamento Suicida (*Practice guidelines for the assesment and treatment of patients with suicidal behaviours*), de 2004. A leitura completa desse manual facilita a compreensão e é recomendada.

prevenção está diretamente associada à identificação e tratamento dessas condições.

O objetivo desta publicação é fornecer elementos para subsidiar a prática dos profissionais de saúde mental para identificação e intervenção principalmente nas situações de suicídio, com a perspectiva de atuação em uma rede de prevenção e controle.

“O suicídio não é um ato aleatório, ou sem finalidade. Diz respeito a uma tentativa de dar fim a um intenso sofrimento, desesperança e desamparo”.

Kaplan, Sadock e Greeb, 2007

O comportamento suicida compreende a ideação suicida, o planejamento do suicídio, a tentativa e o suicídio propriamente dito. É importante atentar para o fato de que ter pensamentos de morte não é incomum, mas se torna patológico quando eles se apresentam como única solução possível para o sofrimento. A ideação suicida compreende idéias e pensamentos ligados ao desejo de se matar. Pode evoluir para a tentativa de suicídio e para o suicídio consumado.

Suicídio	Morte auto infligida		
Tentativa de suicídio	Comportamento	autolesivo	com
	resultado não fatal		
Ideação suicida	Pensamentos	recorrentes	de
	autoextermínio		

Fonte: Elaboração própria, com base nas diretrizes da American Psychiatric Association, 2003.

A identificação dos transtornos mentais e seu tratamento constituem fatores importantes na prevenção do suicídio. O CAPS é o local de referência para encaminhamento e acompanhamento dos pacientes com transtornos graves. Ele está em posição privilegiada em termos de contato com o paciente, assim como seus familiares e a comunidade, podendo avaliar a sua rede de proteção social em relação a situações de vulnerabilidade para o suicídio, além de criar estratégias de reforço dessa rede. O paciente com transtorno mental leve ou moderado pode ser atendido e acompanhado na rede de atenção primária, necessitando, para isso, de equipes capacitadas para o seu diagnóstico e intervenção o mais precocemente possível, além do apoio das equipes matriciais ou dos NASF.

ATENÇÃO:

Os principais fatores de risco para o suicídio são:

História de tentativas anteriores;

Transtorno mental.

A sensibilidade e a capacitação técnica do profissional, assim como o acolhimento ao paciente são fundamentais na prevenção do suicídio.

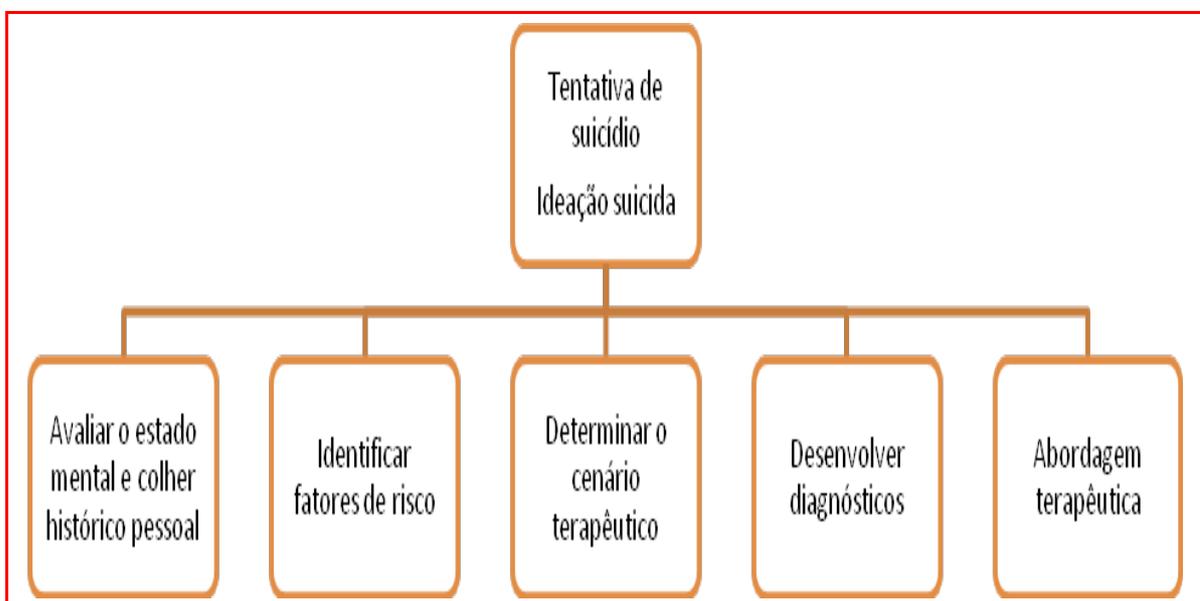
Tentativa de Suicídio ⇨ sinal de alarme

15 a 25% das pessoas que tentam suicídio cometem nova tentativa no ano seguinte;

10% conseguem se matar nos 10 anos seguintes

Abordagem ao Paciente

O profissional de saúde mental é a principal referência nas situações de sofrimento psíquico e, portanto, deve estar atento para o risco de suicídio. As informações podem ser obtidas através do próprio paciente ou de familiares, amigos e outras pessoas da sua rede de suporte social. O profissional deve identificar a pessoa que possa ser responsável pelo paciente e participar, junto com a equipe, do seu plano terapêutico.



Fonte: Elaboração própria a partir das Diretrizes da *American Psychiatric Association*, 2003.

Para a avaliação do paciente, pode-se utilizar o seguinte esquema:

<p>Apresentação da ideação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensamentos suicidas ou auto lesivos • Métodos específicos para o suicídio e sua letalidade • Desesperança, impulsividade, ansiedade • Razões para a vida e planos para o futuro • Consumo de álcool e outras drogas
<p>Transtorno psiquiátrico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sinais e sintomas de transtorno psiquiátrico • Diagnósticos, tratamentos e internações anteriores
<p>História</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tentativas prévias de suicídio • História familiar de suicídio ou transtorno mental
<p>Condições psicossociais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estressores psicossociais crônicos: perdas pessoais, mudanças no estado socio econômico, violência doméstica • Desemprego e redes sociais disponíveis • Relacionamentos familiares • Aspectos religiosos ou culturais relacionados a morte
<p>Características individuais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traços de personalidade • Resposta passada a fatores estressantes • Pragmatismo • habilidade para tolerar dores ou traumas psicológicas

Fonte: Elaboração própria a partir das Diretrizes da *American Psychiatric Association*, 2003.

A melhor maneira de descobrir se a pessoa tem pensamentos de suicídio é perguntando a ela. Falar sobre o tema não fará com que a pessoa decida se matar, pelo contrário, dará a ela a oportunidade de falar sobre seus sentimentos, refletir e, possivelmente, mudar de idéia. Se você não se sentir seguro para fazer esse atendimento, peça ajuda a outros profissionais da sua equipe.

O que perguntar:

1. Descobrir se a pessoa tem ideação suicida:

- A vida vale a pena?
- Você tem pensamentos de morte?

2. Descobrir se a pessoa tem um plano definido para cometer suicídio:

- Você fez algum plano para acabar com sua vida?
- Você tem alguma idéia de como vai fazê-lo?

3. Descobrir se a pessoa tem os meios para se matar

- Você tem pílulas, arma, veneno ou outros meios disponíveis?
- Os meios são facilmente disponíveis para você?

4. Descobrir se a pessoa fixou uma data

- Você decidiu quando vai acabar com sua vida?
- Você está planejando fazê-lo?

Todas essas questões precisam ser perguntadas com cuidado, preocupação e respeito.

Fique atento aos sinais

As pessoas com ideação suicida sempre dão sinais dos seus sentimentos, quer seja na família, quer seja em uma consulta nas unidades de saúde. Os principais sentimentos de quem pensa em se matar são representados pela “Regra dos 4D”:

Regra dos 4D

- Depressão;
- Desesperança;
- Desamparo;
- Desespero.

Fique atento às frases de alerta.

Frases de alerta:

Eu preferia estar morto;

Eu não posso fazer nada;

Eu não agüento mais;

Eu sou um perdedor e um peso para os outros;

Os outros vão ser mais felizes sem mim;

Penso em bobagens... tenho pensamentos ruins.

Frase de Alerta + 4D = necessidade de investigação cuidadosa sobre suicídio.

Dicas:

A ameaça de suicídio é uma forma de pedir ajuda!

Busque um lugar para conversar com privacidade.

Reserve tempo, esteja disponível para escutar.

Fatores de vulnerabilidade para o suicídio

Transtornos mentais <ul style="list-style-type: none">• Transtornos do humor• Abuso e dependência de álcool e outras drogas• Transtornos de personalidade• Esquizofrenia• Transtornos de ansiedade
Sociodemográficos <ul style="list-style-type: none">• Sexo masculino• Idade entre 15-35 anos e acima de 75 anos• Desemprego• Isolamento social• Migrantes
Psicológicos <ul style="list-style-type: none">• Perda dos pais na infância• Dinâmica familiar conturbada• Traços de personalidade como impulsividade e agressividade
Outras condições clínicas incapacitantes <ul style="list-style-type: none">• Dor crônica• Epilepsia• Trauma medular• Neoplasias malignas• AIDS

Fonte: Elaboração própria a partir das Diretrizes da *American Psychiatric Association*, 2003.

Estudos têm demonstrado que, na maioria dos casos de suicídio, o transtorno mental está presente. Abaixo apresentamos os principais transtornos mentais associados ao suicídio, lembrando que, para um conhecimento maior sobre o tema, outras fontes de referência deverão ser consultadas, especialmente as citadas nesta publicação.

95% apresentam transtorno mental diagnosticado;

80% apresentam transtorno depressivo;

10% padecem de esquizofrenia;

25% das pessoas com transtorno mental apresentam dependência de álcool.

Kaplan, Sadock, Greeb, 2007

É comum que os pacientes que tentaram o suicídio sejam discriminados pela comunidade, pela família e também pelos próprios profissionais de saúde. O profissional de saúde mental desempenha importante papel no sentido de reverter essa situação, fazendo com que o sofrimento do paciente seja compreendido, evitando o seu estigma.

O estigma, a discriminação e a insuficiência dos serviços impedem milhões de pessoas em todo o mundo de receber o tratamento de que necessitam e que merecem.
(OMS, 2001).

A percepção do suicida como um sujeito que sofre traz uma mudança importante na forma de entender este ato, deixando de lado o julgamento moral - onde o sujeito é visto como fraco, incapaz de enfrentar as dificuldades da vida – e assumindo um entendimento da complexidade deste ato, possibilitando, assim, o desenvolvimento de ações de prevenção e tratamento do comportamento suicida.

Julgamento moral ⇔ acolhimento, percepção do sofrimento

O que NÃO pensar e NÃO fazer:

No lugar dele eu também me mataria;

Só os fracos se matam;

O sujeito só está estressado;

Depressão é natural no idoso;

Só depende de você melhorar, veja quantas coisas boas você tem!

Volte daqui a duas semanas para conversarmos mais...

O profissional deve estar atento, agendar consultas próximas e envolver a família nos cuidados com o paciente.

Esquizofrenia

A prevalência da esquizofrenia situa-se ao redor de 1% da população em termos tanto globais quanto nacionais. Aproximadamente 10% dos indivíduos com esquizofrenia morrem por suicídio. A maneira mais eficiente de se reduzir o risco de suicídio nessas pessoas (assim como em outros transtornos mentais) é o tratamento correto do transtorno de base.

ATENÇÃO: Momentos de grande risco

Crise: o paciente pode ouvir comandos para se matar;

Entre crises: perplexidade, não consegue elaborar o que a doença provoca na sua vida;

Pós-alta imediato: paciente ainda está internamente vulnerável.

Fatores Psicológicos

São três os fatores psicológicos mais importantes envolvidos no comportamento suicida:

Ambivalência:	O sujeito quer a morte, mas também quer viver;
	O profissional deve apostar no desejo de viver.
Impulsividade:	O impulso pode ter curta duração.
Rigidez:	Pensamento “tudo ou nada”, não percebe outras saídas.

Ambivalência

Característica das pessoas que tem ideação suicida, ou tentam suicídio. Na maioria das vezes, a pessoa não quer morrer, mas sim se livrar de um sofrimento insuportável. O apoio emocional, o acolhimento, e o tratamento adequado podem evitar o suicídio.

“Ele quer morrer e viver ao mesmo tempo, e é na vontade de um viver diferente que o profissional deve apostar, é esse desejo que deve ser reforçado.

“Em muitas situações, o sujeito está indeciso, mas sente-se ‘sem saída’.

“Às vezes, circunstâncias mínimas vão determinar o desfecho de uma situação que poderia levar ao suicídio”.

(Cassorla, 2004:29)

Impulsividade

O suicídio pode ser um ato impulsivo e, como qualquer impulso, pode ser transitório. O profissional pode atuar de forma a ganhar tempo, reduzir a força do impulso, reforçando aspectos positivos ou até mesmo estabelecendo um contrato com o paciente.

Rigidez

A pessoa com comportamento suicida tem pensamentos do tipo “tudo ou nada”, e o suicídio, nesse caso, tende a se apresentar como única saída, não sendo possível para ela perceber outras formas de superar a crise. É o que se denomina “visão em túnel”, na qual há um estreitamento das opções disponíveis. É fundamental que o profissional busque, junto ao paciente, um alargamento dessas possibilidades.

Dicas para o manejo

1. Oferecer acolhimento;
2. Construir objetivos alcançáveis com o paciente;
3. Iniciar a abordagem pelos fatores desencadeantes trazidos pelo paciente;

4. Trabalhar as distorções cognitivas apresentadas pelo paciente, como, por exemplo, estreitamento de repertório, desesperança, pensamentos tipo “tudo ou nada” e visão dos obstáculos como intransponíveis;
5. Reforço dos vínculos saudáveis do paciente;
6. Fortalecer o pertencimento do paciente aos grupos, comunidades, instituições;
7. Desenvolver com ele outras estratégias para lidar com seu sofrimento;
8. Nos casos de psicoterapia, não confundir “neutralidade” terapêutica com “passividade”;
9. Fármacos também podem ser usados para eliminar sintomas alvo, como, por exemplo, impulsividade;
10. O início do uso de antidepressivos pode aumentar a ideação suicida;
11. Após a intervenção na crise, o paciente necessita de reestruturação psicodinâmica a longo prazo.

Como lidar com o paciente

O profissional de saúde mental deve conhecer a rede de vigilância, prevenção e controle no seu município, ou região, para melhor direcionar as ações de prevenção e tratamento das situações de suicídio. Sempre que um encaminhamento se fizer

necessário, é importante que ele possa garantir uma contra-referência, verificar se o paciente está vinculado à unidade para onde foi encaminhado, e manter contato com os profissionais dessa unidade até que seu projeto terapêutico esteja definido. O trabalho em rede é fundamental para o suporte não só do paciente e de sua família, como também das equipes que podem compartilhar suas experiências.

O manejo da crise determina o seu desenlace

As situações de suicídio podem ser classificadas como de baixo, médio ou alto risco.

Baixo risco

Apresenta pensamentos do tipo “*não consigo continuar, gostaria de estar morto*”, porém não faz planos para tirar sua vida. Nesse caso, o profissional deve oferecer apoio emocional e espaço de escuta. A possibilidade de falar sobre seus sentimentos muitas vezes torna a situação menos confusa e permite que o paciente reflita sobre o problema. Importante focalizar nos aspectos positivos do paciente buscando recuperar sua autoconfiança. As situações de baixo risco podem ser acompanhadas na atenção primária com suporte das equipes matriciais.

Focalize nos aspectos positivos do paciente, busque recuperar sua autoconfiança.

Médio risco

Há presença de pensamentos e planos, mas não imediatos.

Além de seguir as recomendações para as situações de baixo risco, é importante também identificar e trabalhar os sentimentos ambivalentes do paciente em relação ao suicídio, buscando fortalecer o seu desejo de viver. Buscar alternativas, estabelecer um contrato em que o paciente se comprometa a se comunicar com a equipe antes de tomar a decisão, ou não tentar se matar durante determinado tempo são estratégias para lidar com a impulsividade. É importante buscar o apoio da

família ou de pessoas de sua rede social, orientando-os sobre os cuidados a serem tomados. Deve ser comunicado ao paciente que esse contato será realizado para sua própria proteção.

Negocie com sinceridade, envolva o paciente em todas as medidas a serem tomadas.

Alto risco

Aqui existem planos e meios para o suicídio e planejamento para breve.

Freqüentemente, nesses casos, o paciente já vem tomando providências a esse respeito. Assim, medidas urgentes deverão ser tomadas:

- Remova os meios que possam facilitar o suicídio;
- Busque estabelecer um contrato com o paciente para ganhar tempo e definir as ações a serem tomadas;
- Informe a família, ou alguém que possa compartilhar com a equipe a responsabilidade pelo caso;
- Entre em contato com um serviço de emergência e encaminhe o paciente, caso não tenha condições de manter o acompanhamento na sua unidade. Se todas as tentativas de convencimento do paciente para uma internação voluntária forem esgotadas, busque ajuda da família, pois uma internação involuntária pode ser necessária.

Jamais deixe o paciente sozinho!

Um “Termo de Compromisso” pode ser estabelecido com a família no sentido de implicá-la nos cuidados com o paciente. Esse termo não tem valor legal algum, mas sela um comprometimento entre equipe e família nos cuidados com o paciente.

Apoio ao profissional

Mesmo com a avaliação e tratamento adequados, suicídios podem ocorrer, causando forte impacto sobre o profissional. Converse com sua equipe, troque experiências.

A construção por parte dos profissionais de um ambiente de suporte e apoio para si mesmos e para a equipe é fator fundamental para que possam enfrentar e superar as dificuldades e as tensões da vida profissional. (Projeto Conviver).

Técnicos de Extensão Rural

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 essa situação; muitos não se sentem capazes de dividir o problema com seus familiares, amigos e vizinhos e acabam atentando contra a própria vida.

Nos últimos anos, vem crescendo muito o uso de agrotóxicos na agricultura brasileira. Alguns autores chamam a atenção para o fato de que muitos produtos químicos em uso não foram submetidos a avaliação completa de riscos (LEVIGARD e ROZEMBERG, 2004). Segundo Faria, Fassa e Facchini (2007), as pesquisas sobre o tema no Brasil ainda são insuficientes para se conhecer a extensão da carga química e possíveis danos à saúde relacionados com esses produtos.

Outros estudos, entretanto, relacionam principalmente os organofosforados e carbamatos como os principais causadores das intoxicações humanas no meio rural, em grande parte dos casos, o uso desses produtos é feito sem os cuidados adequados, como o indispensável uso de equipamento de proteção individual ou o descarte adequado das embalagens. Alguns agrotóxicos têm sido relacionados com a ocorrência de depressão entre trabalhadores rurais, havendo inclusive a ingestão voluntária desses produtos, o que configura tentativa de suicídio (PIRES, CALDAS e RECENA, 2005; MEYER, RESENDE e ABREU, 2007).

Mesmo que os estudos sobre a possível associação entre o uso de agrotóxicos e a ocorrência de suicídio ainda não seja conclusiva, é papel do técnico de extensão rural orientar os trabalhadores para os riscos e a necessidade de observar os cuidados necessários para o uso e manipulação desses produtos. Além disso, esse profissional deve estar alerta aos sinais característicos do comportamento suicida, como a depressão, desesperança, desamparo, desespero, assim como estar articulado com profissionais de saúde dos municípios onde atuam, conhecendo a rede de vigilância, prevenção e controle do suicídio.

A parceria entre os técnicos de extensão rural e os profissionais da atenção primária é chave para a prevenção e o controle do suicídio no meio rural.

Entre suas ações rotineiras, os técnicos de extensão rural podem auxiliar na prevenção e controle do suicídio:

- Identificando as situações de vulnerabilidade entre trabalhadores rurais e buscando a rede de suporte;
- Estando atento a possível necessidade de suporte às famílias com casos de suicídio.
- Orientando sobre a necessidade de EPI na manipulação dos agrotóxicos e cuidados no armazenamento;
- Articulando com profissionais de saúde mental e do PSF para a definição de ações conjuntas de prevenção e controle do suicídio;
- Abordando o tema em reuniões regionais, com os Extensionistas Rurais, para o desenvolvimento de ações locais.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Practice guidelines for the assesment and treatment of patients with suicidal behaviors**. Arlington: APA, 2003.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Comportamento Suicida, conhecer para prevenir**, dirigido para profissionais de imprensa. São Paulo: ABP, 2009
- BANCO CENTRAL DO BRASIL (BCB). Evolução do IDH das Grandes Regiões e Unidades da Federação. Boletim Regional do Banco Central do Brasil, Janeiro 2009.
- BARBOSA, A.M.F.C. **Preparação dos profissionais de saúde para entendimento da questão do sucídio**. 2006. Disponível em www.projetocomviver.org.br; Acesso em agosto, 2010.
- BEAUTRAIS, A. Estratégias de Prevenção de Suicídio 2006. **Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AeJAMH)**, Volume 5, Issue 1, 2006: 1-6.
- BEFRIENDERS INTERNATIONAL. **Suicide Myths**. Disponível em: <http://www.befrienders.org/info/myths.asp>; acesso em 02/08/10.
- BOTEGA, NJ; BARROS, MAB; OLIVEIRA, HB; DALGALARRONDO, P; e MARIN-LEÓN, L. Comportamento suicida na comunidade: fatores associados à ideação suicida. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 27(1), p. 2-5, 2005.
- BORGES, VR; WERLANG, BSG; e COPATTI, M. Ideação suicida em adolescentes de 13 a 17 anos. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 28, jan./jun. 2008, p. 110-123).
- BOTEGA NJ. Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção (Editorial). **Rev Bras Psiquiatr**. 2007;29(1):7-8.
- BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Secretaria Nacional de Assistência Social. **Norma Operacional Básica (NOB/SUAS)**, construindo as bases para a implantação do sistema único de assistência social. Brasília: MDS, 2005.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Prevenção do Suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde/ Organização Panamericana de Saúde/ Universidade Estadual de Campinas, 2006.

_____. **Portaria GM/MS nº. 1.876, de 14/08/2006.** Institui Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Portaria GM/MS nº 104, de 25/01/2011. define a relação de doenças, agravos e eventos em Saúde Pública de notificação compulsória em todo o território nacional.

CASSORLA, RMS. Suicídio e autodestruição humana. In: WERLANG, BG, BOTEGA, NJ et al. **Comportamento Suicida.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

BOTEGA, NJ; WERLANG, BSG; CAIS, CFS; e MACEDO, MMK. Prevenção do comportamento suicida. **PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 3, pp. 213-220, set./dez. 2006.

CROSS, RL; e PARKER, A. ***The hidden power of social networks: understanding how work really gets done in organizations.*** Harvard: Harvard Business Press, 2004.

DEJOURS, C. BÉGUE, F. **Suicídio e Trabalho: O que fazer?** Brasília: Paralelo 15, 2010.

DATASUS (Departamento de Informática do SUS). **Óbitos por causas externas, Grande Grupo CID10: X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente;** Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ext10>; acesso em 21/06/10.

FARIA, NMX; FASSA, AG; e FACCHINI, LA. Intoxicação por agrotóxicos no Brasil: os sistemas oficiais de informação e desafios para realização de estudos epidemiológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(1):25-38, 2007.

FICHER, AMFT; e VANSAN, GA. Tentativas de suicídio em jovens: aspectos epidemiológicos dos casos atendidos no setor de urgências psiquiátricas de um hospital geral universitário entre 1988 e 2004. **Estudos de Psicologia**, Campinas, 25(3) | 361-374 | julho - setembro 2008.

FONTENELLE, P. **Suicídio: o futuro interrompido, guia para sobreviventes.** São Paulo: Geração Editorial, 2008.

FREEMAN, L. ***The development of social network analysis.*** Vancouver: Empirical Press, 2006.

KAPLAN, SADOCK e GREEB, 2007. **Compêndio de Psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2007

LEVIGARD, YE e ROZEMBERG, B. A interpretação dos profissionais de saúde acerca das queixas de “nervos” no meio rural: uma aproximação ao problema das intoxicações por agrotóxicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6):1515-1524, nov-dez, 2004.

MEYER, TN; RESENDE, ILC; e ABREU, JC. Incidência de suicídios e uso de agrotóxicos por trabalhadores rurais em Luz (MG), Brasil. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, 32 (116): 24-30, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária*. Genebra: OMS, 2000.

_____. *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia*, 2000.

PHILIPS, DP; LESNYA, K; PAIGHT, DJ. *Suicide and media*. In: Maris, RW; Berman, AL; e Maltzberger, JT (eds.) **Assessment and prediction of suicide**. New York: Guilford, 1992 (p. 499-519).

PIRES DX; CALDAS, ED; e RECENA MCP. Uso de agrotóxicos e suicídios no Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil Pesticide use and suicide in the State of Mato Grosso do Sul, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(2):598-605, mar-abr, 2005.

PROJETO COMVIVER. Projeto Comviver. Disponível em:

<http://www.projetocomviver.org.br/primeira.htm>; acesso em: 24/08/10.

QUEVEDO, J; SCHMITT, R; e KAPCZINSKI, F. **Emergências Psiquiátricas**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

SEMINOTTI, EP; PARANHOS, ME; e THIERS, VO. *Intervenção em crise e suicídio, análise de artigos indexados*. 2006. Disponível em:

<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0297.pdf>; acesso em: 20/03/10.

SERRANO, A.I. *Chaves do Óbito Autoprovocado*. Florianópolis: Insular, 2008

SILVA, JA e DALMASO, ASW *O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde*. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v6, n10, p.75-96, fev 2002.

SILVA, VF; OLIVEIRA, HB, BOTEGA, NJ; MARÍN-LEÓN, L; BARROS, MBA; e DALGALARRONDO, P. Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(9):1835-1843, set, 2006.

WASSERMAN, D. *Imitation of suicide: a re-examination of the Werther effect*. **American Sociological Review**, 1984, 49: 427-436.

WERLANG, BG e BOTEGA, NJ. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide: how to start a survivors' group**. Geneva: World Health Organization. 2000.

_____. **Prevenção do suicídio (SUPRE)**, estudo multicêntrico de intervenção no comportamento suicida (SUPRE-MISS). WHO, Genebra, 2001.

_____. Suicide Prevention (SUPRE), **Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours – SUPRE-MISS: Protocol of SUPRE-MISS**. Geneva: World Health Organization. 2002.

_____. *Suicide prevention (SUPRE), the problem*. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html; acesso em: 10/08/2010.

_____. *Country reports and charts available: Brazil*. Disponível em: http://www.who.int/entity/mental_health/media/braz.pdf; acesso em: 29/04/2010.

_____. *Country reports and charts available: Sweden*. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html; acesso em 29/04/2010.

_____. **Live your life, WHO, SUPRE, Suicide Prevention (leaflet)**. WHO, Geneva, s/d.

_____ e International Association for Suicide Prevention (IASP). **Preventing suicide: how to start a survivor's group**. Geneva: WHO/IASP, 2008.

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf acesso setembro, 2010