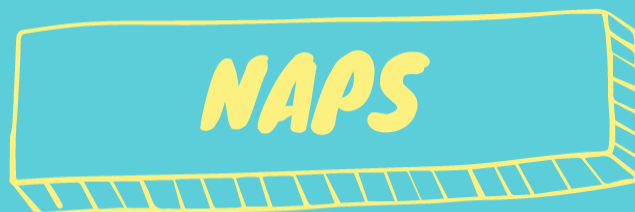


LINHA GUIA DO NÚCLEO DE ATENÇÃO E PREVENÇÃO AO SUICÍDIO



**SOBRAL
2022**

Prefeitura Municipal de Sobral
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Atenção Psicossocial
Rede de Atenção Integral à Saúde Mental

Linha Guia do Núcleo de Atenção e Prevenção ao Suicídio

SOBRAL-CE

2022

Linha Guia do Núcleo de atenção e prevenção ao suicídio

Grupo construtor da Linha guia

Anna Luiza Alves Bittencourt

Ilana Santos Alves

Hédina Rodrigues de Sousa

Aristides Parente da Ponte Filho

Karla da Silva Machado

Lidiane Almeida Moura

Roseane Rocha Araújo

Gestão Municipal

Ivo Ferreira Gomes

Prefeito de Sobral

Regina Célia Carvalho

Secretária Municipal de Saúde

Bruna Kérsia Vasconcelos dos Santos

Coordenadoria de Atenção Psicossocial

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte
Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia
Biblioteca David Capistrano
Bibliotecária: Dayanne Albuquerque Araújo CRB-3/1426

L755

Linha guia do núcleo de atenção e prevenção ao suicídio:
Núcleo de Atendimento ao Profissional da Saúde (NAPS) / Anna
Luiza Alves Bittencourt, Ilana Santos Alves, Hédina Rodrigues
de Sousa et al.. (Orgs.). – Sobral - CE, 2022.
43 p.

Secretaria Municipal de Saúde (Sobral), Rede de Atenção
Integral à Saúde Mental, 2022.

1. Saúde – Ensino. 2. Prevenção ao suicídio. 3. Procedimentos
- Transtornos mentais. 4. Núcleo de atenção à saúde mental -
Trabalho. I. Título. II. Bittencourt, Anna Luiza (Org.). III. Alves,
Ilana Santos (Org.). IV. Sousa, Hédina Rodrigues de (Org.). V.
Ponte Filho, Aristides Parente da (Org.). VI. Machado, Karla da
Silva (Org.). VII. Moura, Lidiane Almeida (Org.). VIII. Araújo,
Roseane Rocha (Org.). IX. Secretaria Municipal de Saúde -
Sobral. X. Rede de Atenção Integral à Saúde Mental.

CDD 344.044

ABREVIATURAS

ANTRA	Associação Nacional de Travestis e Transexuais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
ESAP	Entrevista Semi-estruturada para Autópsias Psicológicas
NAIPS	Núcleo de Ação Intersetorial de Prevenção ao Suicídio
NAPS	Núcleo de Atenção e Prevenção ao Suicídio
OMS	Organização Mundial da Saúde
RAISM	Rede de Atenção Integral à Saúde Mental
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RESAPP	Roteiro de Entrevista Semiestruturada para Autópsias Psicológicas e Psicossociais
RMSM	Residência Multiprofissional em Saúde Mental
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Mortalidade por suicídio segundo sexo de 2010 e 2019.....	14
Gráfico 2 - Mortalidade por suicídio segundo faixa etária e região geográfica de 2010 e 2019	14
Gráfico 3 - Lesões autoprovocadas segundo proporção de casos de violência interpessoal e autoprovocada no Ceará	16
Gráfico 4 - Lesões autoprovocadas segundo proporção de casos de violência interpessoal e autoprovocada na Superintendência Sobral.....	16
Gráfico 5 - Lesões autoprovocadas segundo sexo, Ceará, 2019.....	17
Gráfico 6 - Lesões autoprovocadas segundo raça/cor, Ceará, 2019.....	18
Gráfico 7 - Lesões autoprovocadas segundo ciclo de vida, Ceará, 2019	18
Gráfico 8 - Óbitos por residência segundo sexo, Ceará, 2010 a 2019	19
Gráfico 9 - Óbitos por residência segundo raça, Ceará, 2010 a 2019.....	20
Gráfico 10 - Óbitos por residência segundo faixa etária, Ceará, 2010 a 2019	20
Gráfico 11 - Óbitos por residência segundo categoria CID-10, Ceará, 2010 a 2019.....	21
Gráfico 12 - Óbitos por residência segundo ano, Ceará, 2010 a 2019.....	21
Gráfico 13 - Óbitos por suicídio segundo ano, Sobral, 2006 a 2017	22
Gráfico 14 - Territórios de origem dos casos notificados por tentativa de suicídio em Sobral, 2020 e 2021.....	24
Gráfico 15 - Distribuição por sexo dos casos notificados por tentativa de suicídio em Sobral, 2020 e 2021.....	25
Gráfico 16 - Distribuição por idade dos casos notificados por tentativa de suicídio em Sobral, 2020 e 2021	26
Gráfico 17 - Principais Queixas/Problemas dos casos notificados por tentativa de suicídio em Sobral, 2020 e 2021.....	27
Gráfico 18 - Principais métodos utilizados em tentativa de suicídio em Sobral, 2020 e 2021	27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Lesões autoprovocadas segundo dados sociodemográficos	15
Tabela 2 - Organograma NAPS.....	37

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Organograma do Núcleo de Atenção e Prevenção ao Suicídio	36
Figura 2 - Fluxogramas da ficha de notificação de tentativa de suicídio	38

SUMÁRIO

1 Apresentação	9
2 Introdução	10
3 Suicídio: uma questão de saúde pública	12
4 Cenário epidemiológico: suicídio no Brasil, Ceará e no município de Sobral	13
5 Núcleo de Ação Intersetorial de Prevenção ao Suicídio - NAIPS	23
6 Comissão/Normativas.....	28
7 Reorganização da rede	30
7.1 Estratégias de cuidado	31
7.1.1 Monitoramento de tentativas de suicídio	31
7.1.2 Autópsia Psicossocial.....	32
8 Ferramentas para organização dos processos de trabalho.....	35
8.1 Organograma	35
8.2 Fluxograma.....	38
Referências	39
Apêndice A - Ficha de notificação de suicídio do município de Sobral, 2021	41
Anexo A - Cartão Babel: Avaliação de risco de suicídio	43

1 Apresentação

A Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM) está inserida na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Sobral-CE (Coordenadoria de Atenção Psicossocial) fazendo parte de uma importante estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS). As atividades desenvolvidas na RAISM vão desde o acompanhamento de usuários nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), atividades de apoio matricial à reabilitação psicossocial. Assim, a assistência aos casos de tentativas de suicídio, tanto nas urgências clínicas quanto nos cuidados em saúde mental, são prestados nos equipamentos de saúde que compõem a RAPS do município de Sobral.

Para além do cenário assistencial, sabe-se que as mortes relacionadas ao suicídio e as tentativas chegam a números bem significativos e que chamam a atenção das autoridades de saúde em todo o mundo. No Ceará, o Ministério Público Estadual promoveu nos últimos anos um programa denominado Vidas Preservadas, em que realizou uma série de eventos com o propósito de sensibilizar os municípios a investirem em ações voltadas à prevenção do suicídio.

A partir dessa movimentação estadual foram sendo desenvolvidas ações municipais que abarcassem tais propostas, desencadeando a criação de um Plano Municipal de Prevenção ao Suicídio. Partindo de diferentes setores que se fazem importantes veículos de atenção a questão do suicídio, atualmente, o setor saúde do município de Sobral conta com o Núcleo de Atenção e Prevenção ao Suicídio (NAPS) que se propõe a dar assistência a população de Sobral.

O presente documento objetiva ofertar uma orientação aos profissionais da RAISM como um norteador das ações desenvolvidas pelo NAPS, bem como apresentar indicadores e apontamentos teóricos pertinentes à temática do suicídio.

2 Introdução

O suicídio é um dos grandes problemas de saúde pública no mundo e um grande desafio para os serviços de saúde tecerem cuidados relacionados a este fenômeno, tanto no que diz respeito a prevenção como a assistência destinada as pessoas que fazem tentativas, assim como buscar compreender o suicídio a partir dos casos consumados.

No município de Sobral-CE foi criado na RAISM um núcleo denominado de NAPS, que desenvolve ações relacionadas à prevenção do suicídio a partir de duas formas de trabalho: a primeira através do monitoramento das buscas ativas dos casos notificados na ficha municipal de notificação de tentativa de suicídio e, a segunda, através da realização de autópsias psicossociais de casos de suicídio.

Estas duas linhas de trabalho visam promover a prevenção a partir de situações distintas, mas que possam articular juntamente com os profissionais da rede de saúde mental e a partir destes, com os profissionais de toda a rede de saúde, formas de garantir a assistência a pessoas que tentaram suicídio.

Diante da necessidade de organização das ações do NAPS, surge a escrita desta Linha Guia para orientar e alinhar os processos de trabalho dos profissionais inseridos na rede de saúde mental do município. Desde 2016 vêm sendo implementadas medidas e ações voltadas para a prevenção e posvenção do suicídio, a partir do NAPS. E a construção desse material surge para manualizar tais ações, que até então estavam sendo desempenhadas sem um documento norteador.

Foi a partir da identificação dessa lacuna que um grupo de residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM) da Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia (ESP-VS) construiu projeto de apoio e fortalecimento do NAPS, objetivando a qualificação dos profissionais da RAPS frente às questões relacionadas ao suicídio e o fortalecimento da gestão do NAPS na RAISM.

Esta proposta foi desenvolvida a partir de uma demanda comum aos núcleos profissionais, em que a categoria de Psicologia elaborou um projeto de itinerário para atuação no segundo ano de trabalho e que, posteriormente, foi incorporado às atividades desenvolvidas nos turnos de acompanhamento da gestão na RAISM.¹ Esse projeto contemplou a construção de organograma do núcleo, atualização da ficha de notificação de tentativa de suicídio e a descrição do fluxo da ficha de notificação de tentativa de suicídio desde o seu preenchimento até o seu monitoramento e realização da avaliação de risco.

¹ A atividade de acompanhamento da gestão é um eixo formativo contemplado no calendário do segundo ano da RMSM.

Portanto, esse documento pretendeu unificar as ações já desenvolvidas na RAISM para consolidar os processos de trabalho em torno do NAPS, originando a linha guia que se apresenta a seguir.

3 Suicídio: uma questão de saúde pública

Ao longo da história as perspectivas conceituais acerca do suicídio foram se transformando e hoje o compreendemos como uma questão de saúde pública. A literatura tem o trazido como um processo complexo, que é multifatorial e abrange fatores individuais, sociais e ambientais (QUESADA et al., 2020a).

Faz-se necessário que esses fatores sejam concebidos no desenvolvimento de políticas públicas ou linhas de cuidado como esta, porque existem fatores que possuem forte relação com o comportamento suicida: condições socioeconômicas, faixa etária, transtorno mental, raça, etnia, atravessamento de gênero e orientação sexual.

De acordo com relatório publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio ainda tem se apresentado como uma das causas de morte prevalentes em todo o mundo, mais de 700 mil pessoas morreram no ano de 2019. No contexto mundial, as taxas de mortes estão diminuindo, contudo, nas Américas o número tem aumentado (UMA EM CADA... , 2021).

O comportamento suicida tem apresentado prevalência entre mulheres, mas são os homens que mais morrem em decorrência do suicídio - “(12,6 por cada 100 mil homens em comparação com 5,4 por cada 100 mil mulheres)” (UMA EM CADA... , 2021; QUESADA et al., 2020b). Ainda quanto ao gênero, pessoas transgênero estão entre os grupos com maior risco de suicídio, comportamento ensejado pelas diversas violências que esse grupo sofre ao longo da vida.

Segundo a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), “assim como os maiores índices de assassinato, são as travestis e mulheres trans que enfrentam maior número de suicídios, apesar de serem os homens trans/transmasculines que mais apresentam ideações ou tentativas” (2021, p. 119). Um estudo desenvolvido em um ambulatório voltado para o atendimento de pessoas transgênero também mostrou que existem questões sociodemográficas e de saúde mental que podem levá-las ao comportamento suicida (CORRÊA et. al., 2020).

Além disso, outra questão que traz a necessidade de um olhar mais cuidadoso e o desenvolvimento de estratégias mais eficazes é a problemática da subnotificação de tentativa de suicídios e de suicídios, especialmente quando relacionados a pessoas transgênero e transexuais.

o suicídio é muito difícil de monitorar, porque não são publicados, muitos quando publicados, a família não respeita a identidade de gênero, e ainda tem o problema da notificação; as fichas de notificação não são preenchidas, ou quando são preenchidas, são feitas de forma incorreta. Todavia, reconhece-se que o processo de exclusão social, a marginalização, discriminação e estigmatização que se concretiza no nosso dia a dia, como as tentativas de homicídio e a violação de direitos humanos muitas vezes leva ao suicídio (ANTRA, 2021).

A OMS aponta para a preocupante subnotificação das tentativas de suicídio e suicídio e evidencia a necessidade do desenvolvimento de protocolos padronizados que deem conta de abarcar o fenômeno e traçar estratégias voltadas à prevenção do mesmo (QUESADA et al., 2020b).

Outro fator que assume destaque é a condição socioeconômica. Resgatando dados da OMS, Quesada e colaboradores (2020b) apontam que a variável socioeconômica é um forte fator no comportamento suicida, destacando que 79% dos casos de suicídio acontecem em países com baixa e média renda. A autora também indica a faixa etária como uma variável importante quando se trata do fenômeno do suicídio: o suicídio é a segunda causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos (QUESADA, 2020b).

Ainda entre jovens, um recorte necessário refere-se à raça e etnia. Jovens negros estão entre os grupos mais vulneráveis ao comportamento suicida, devido às diversas violências que sofrem cotidianamente em virtude do racismo e da discriminação racial que estão vulneráveis. Quanto à etnia, a população indígena apresenta coeficiente de mortalidade três vezes maior em relação à população geral e jovens indígenas de 10 a 19 anos, quando comparados aos índices de brancos e pretos, apresentam 8 vezes mais a proporção de óbitos em virtude do suicídio (QUESADA, 2020b).

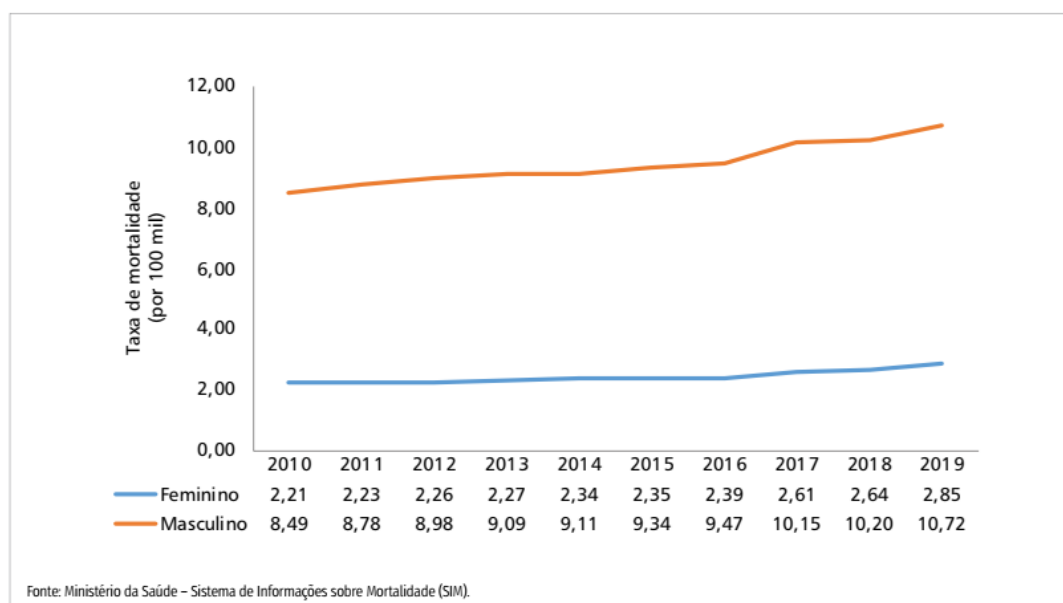
Ao final deste documento destacamos uma lista com indicações de leituras pertinentes à temática do suicídio e orientações às ações de saúde a grupos específicos.

4 Cenário epidemiológico: suicídio no Brasil, Ceará e no município de Sobral

O Ministério da Saúde lançou em setembro de 2021 boletim informativo acerca da mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil, no qual faz um levantamento epidemiológico, entre os anos de 2010 e 2019, resgatando dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (BRASIL, 2021a).

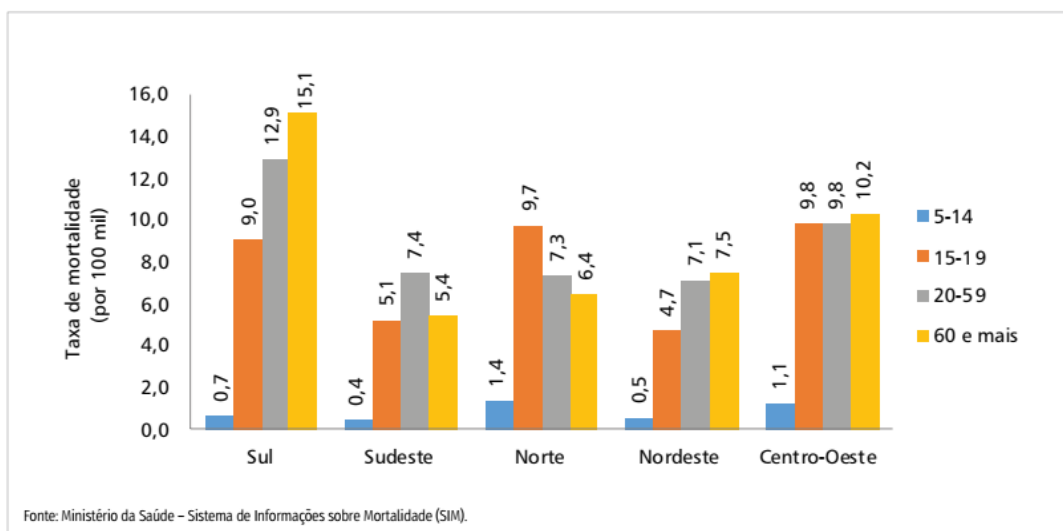
Segundo o documento supracitado, entre os anos de 2010 e 2019 foram registrados 112.230 óbitos, nos quais houve uma progressão, ao longo dos anos, nas taxas relacionadas ao sexo feminino e masculino, assim como aumento em todas as idades, especialmente entre adolescentes. As regiões Sul e Sudeste apresentaram-se com maiores taxas de mortalidade entre as regiões do país (BRASIL, 2021a).

Gráfico 1 - Mortalidade por suicídio segundo sexo de 2010 e 2019



Fonte: Ministério da Saúde - Boletim epidemiológico (2021)

Gráfico 2 - Mortalidade por suicídio segundo faixa etária e região geográfica de 2010 e 2019



Fonte: Ministério da Saúde - Boletim epidemiológico (2021)

Em relação às notificações por lesões autoprovocadas registradas no Sinan, somente em 2019 foram registradas 124.709 notificações, das quais 71, 3% foram praticadas por mulheres. Além disso, 46,3% das lesões referiram-se a pessoas com idade entre 20 a 39 anos (BRASIL, 2021a).

Tabela 1 - Lesões autoprovocadas segundo dados sociodemográficos

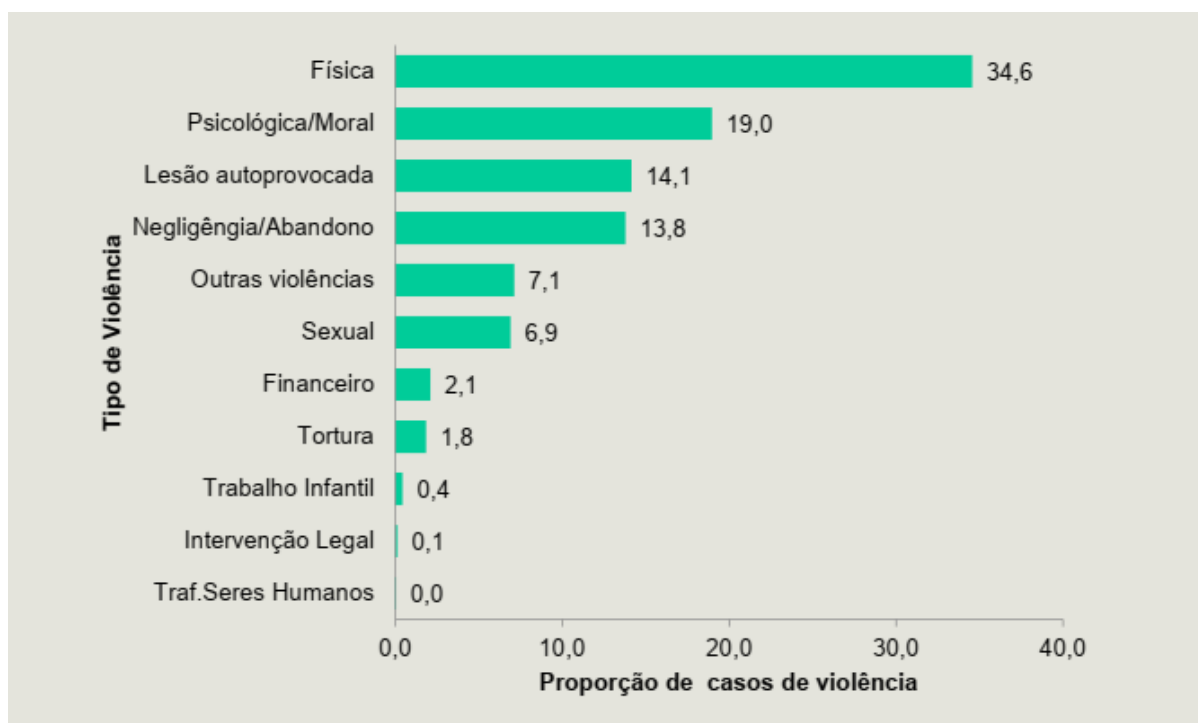
	N.º	%
Sexo		
Masculino	35.709	28,6
Feminino	88.983	71,3
Faixa etária		
Menores de 14	12.314	9,8
15 a 19	29.065	23,3
20 a 39	57.746	46,3
40 a 59	21.484	17,2
60 e mais	3.691	3,0
Ignorado	409	0,3
Raça/Cor		
Branca	59.031	47,3
Negra	52.917	42,4
Amarela	927	0,7
Indígena	665	0,5
Ignorado	11.169	9,0

Fonte: Ministério da Saúde - Boletim epidemiológico - recortado pelos autores (2021)

Em abril de 2021 o Governo do Estado do Ceará, por meio da Secretaria Estadual da Saúde, publicou boletim epidemiológico evidenciando o cenário de violência interpessoal e autoprovocado no Ceará, fazendo um apanhado de dados dos anos 2011 a 2019. Para esse documento nos interessa fazer o recorte de violência autoprovocada, isto é, aquela que “ocorre quando a própria pessoa provoca lesão em si mesma (em casos de suicídio, tentativa de suicídio e autoflagelação)” (GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ, 2021, p.3).

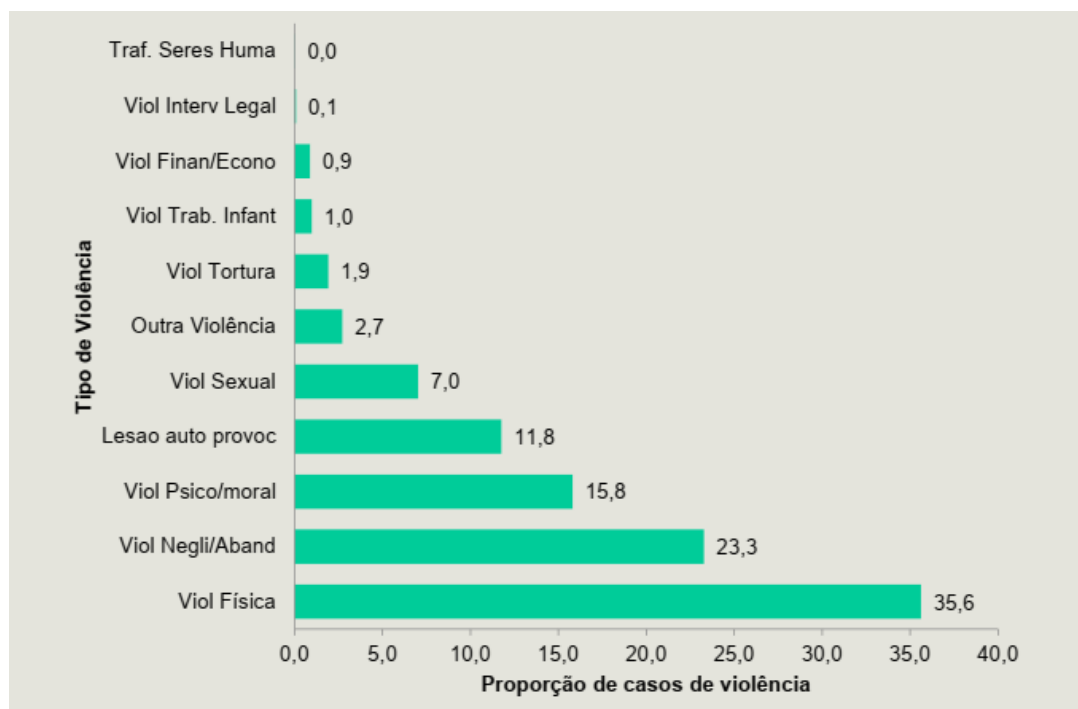
Segundo o boletim epidemiológico, as lesões autoprovocadas ocupam o terceiro lugar no cenário das violências praticadas no Estado, como exposto no gráfico 3. A lesão autoprovocada ocupou o quarto lugar no cenário das violências na Superintendência Sobral representando 11,8% dos casos (Gráfico 4) (GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ, 2021).

Gráfico 3 - Lesões autoprovocadas segundo proporção de casos de violência interpessoal e autoprovocada no Ceará



Fonte: Secretaria da Saúde - Boletim epidemiológico (2021)

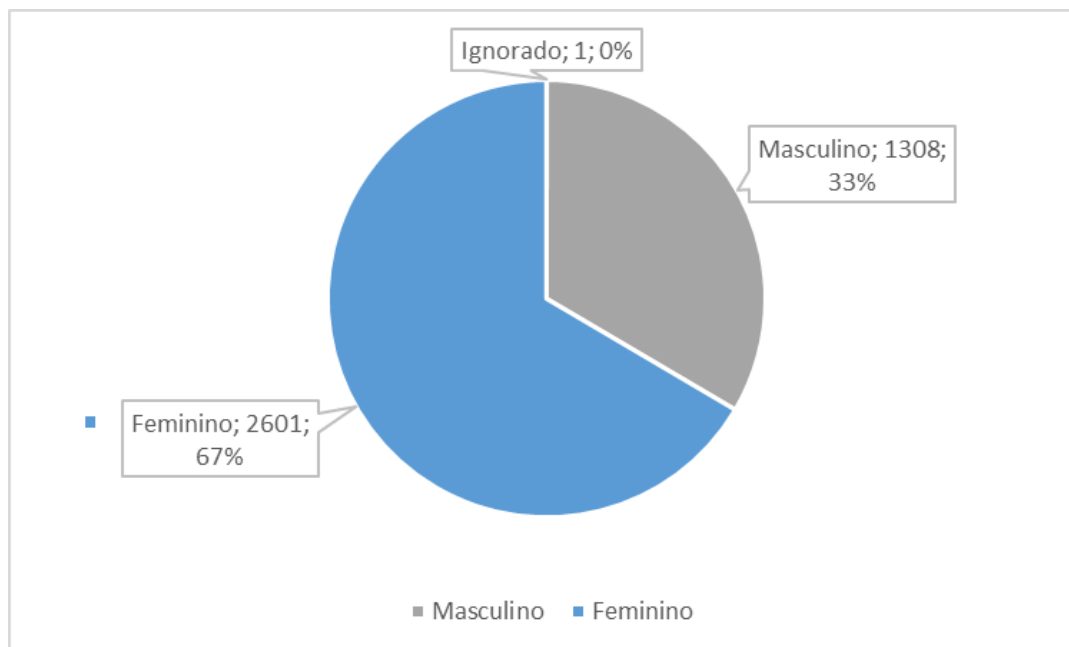
Gráfico 4 - Lesões autoprovocadas segundo proporção de casos de violência interpessoal e autoprovocada na Superintendência Sobral



Fonte: Secretaria da Saúde - Boletim epidemiológico (2021)

Especificamente no ano de 2019, conforme o Sinan², foi registrada uma frequência de 3.910 notificações de lesão autoprovocada, dessas 67% foram praticadas por pessoas do sexo feminino (Gráfico 5), 64% por pessoas pardas (Gráfico 6) e em sua maioria pessoa adulta (44%), seguida de adolescente (30%) (Gráfico 7) (BRASIL, 2021b).

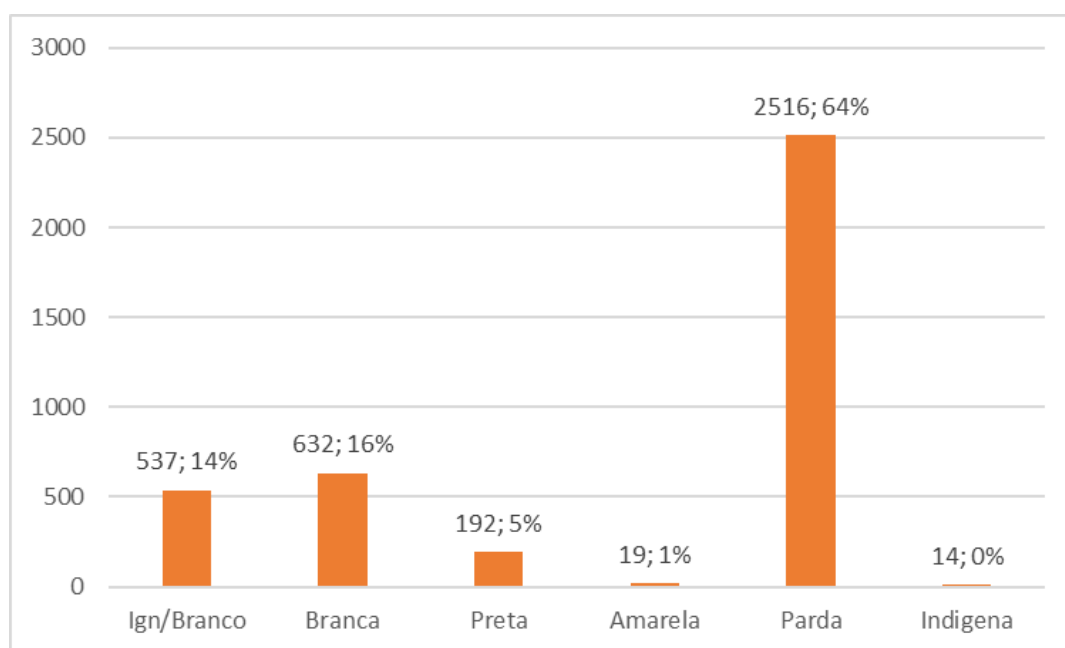
Gráfico 5 - Lesões autoprovocadas segundo sexo, Ceará, 2019



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

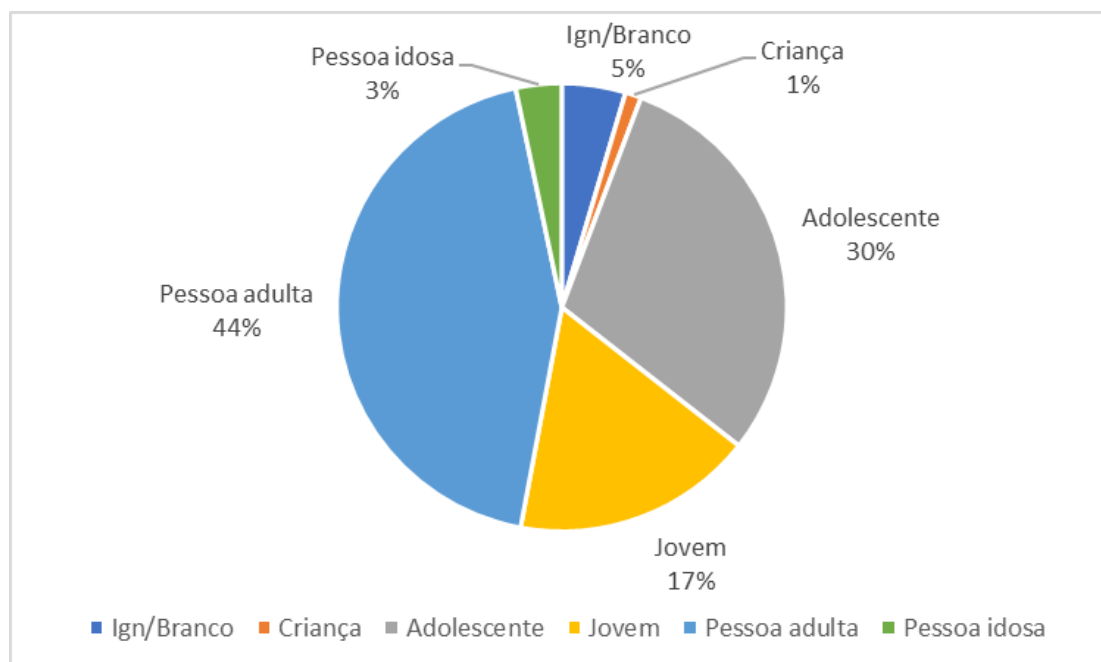
² Para o alcance dos dados apresentados foi realizado estudo descritivo com fundamento nas informações epidemiológicas e morbidade, através dos dados de doenças e agravos de notificação - 2007 em diante, do Sinan, na categoria 'violência interpessoal/autoprovocada', área de abrangência 'Ceará', por meio do DATASUS.

Gráfico 6 - Lesões autoprovocadas segundo raça/cor, Ceará, 2019



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

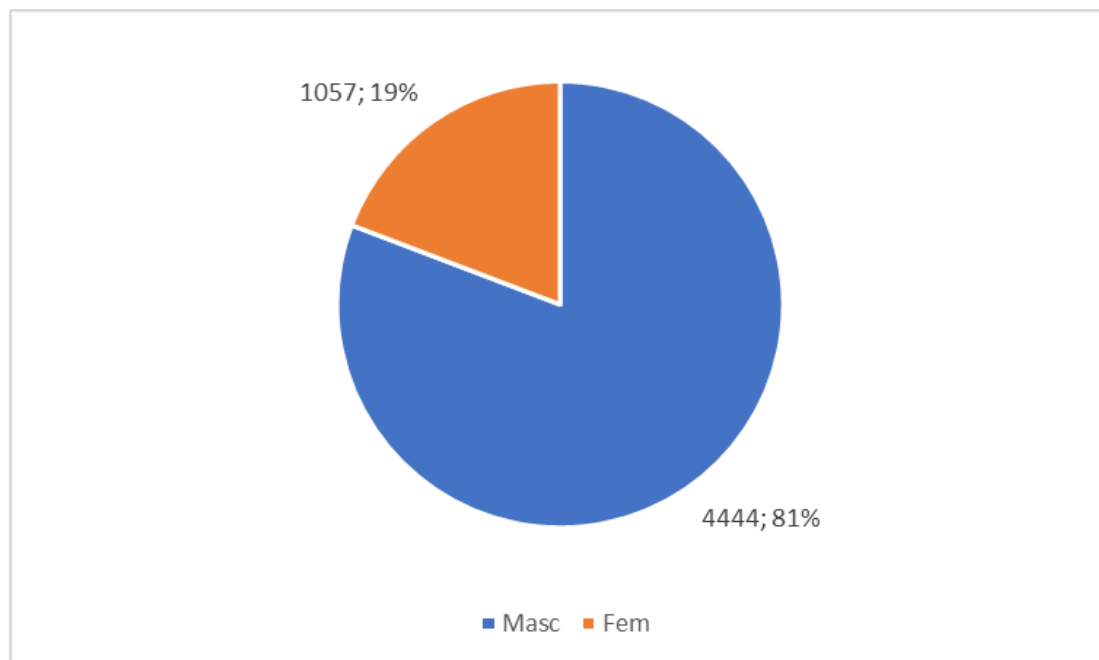
Gráfico 7 - Lesões autoprovocadas segundo ciclo de vida, Ceará, 2019



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Em relação aos óbitos em virtude de suicídio³, o Ceará contabilizou, entre os anos de 2010 e 2019, 5.501 óbitos em virtude de lesão autoprovocada, desses 81% referentes ao sexo masculino (Gráfico 8). Quanto ao recorte de raça/cor, o Estado contabilizou 3.771 óbitos de pessoas pardas, 666 de pessoas brancas e 95 de pessoas pretas. Um dado importante desse recorte foi a quantidade de óbitos nos quais o dado raça/cor foi ignorado, qual seja, 953 (Gráfico 9) (BRASIL, 2021c).

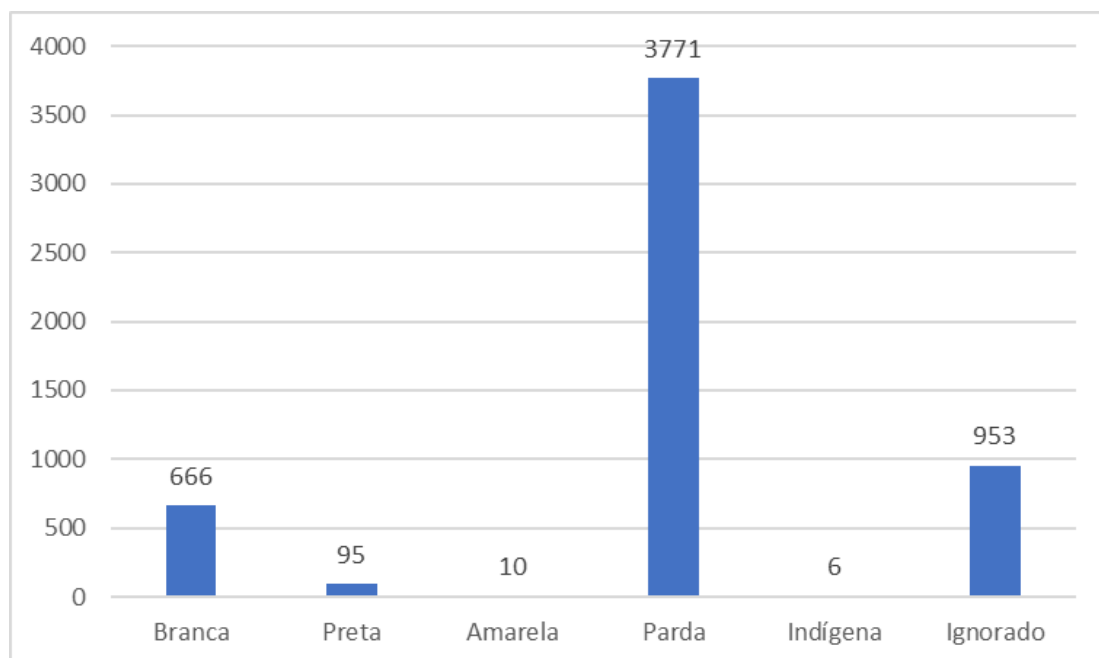
Gráfico 8 - Óbitos por residência segundo sexo, Ceará, 2010 a 2019



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

³ Para o alcance dos dados apresentados foi realizado estudo descritivo com fundamento nos dados de mortalidade, através do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), de óbitos por causas evitáveis de 5 a 74 anos - Ceará, entre os anos de 2010 e 2019, utilizando as categorias da Classificação Internacional das Doenças-10 (CID-10) x-60 a x-84 e y87.0, por residência, através do DATASUS.

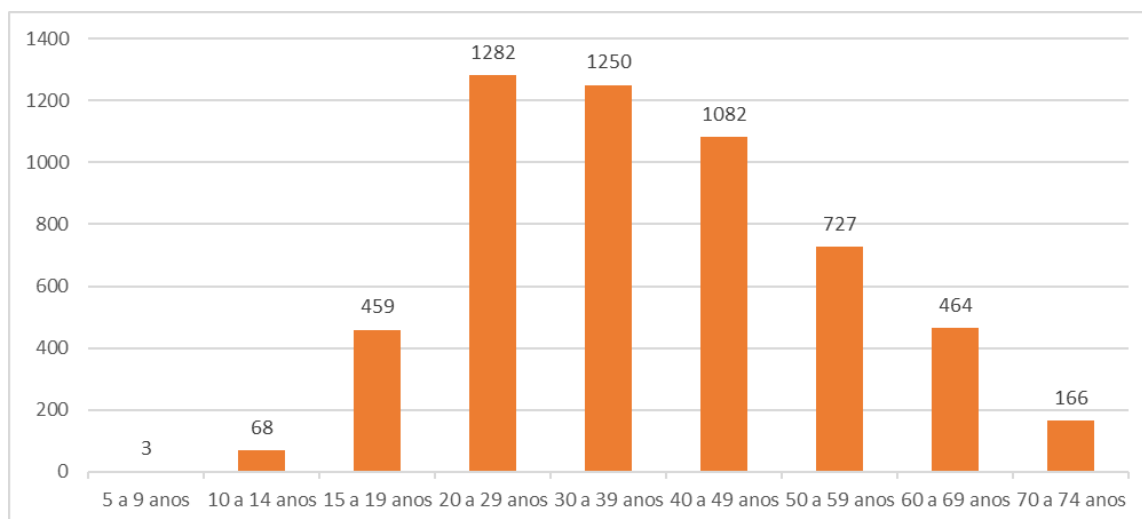
Gráfico 9 - Óbitos por residência segundo raça, Ceará, 2010 a 2019



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

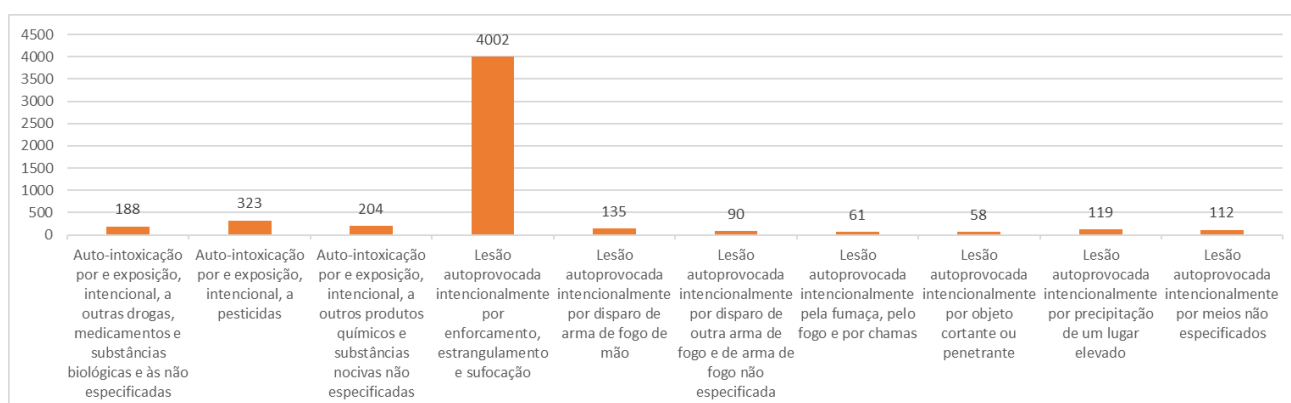
Em relação à faixa etária a prevalência de mortalidade aconteceu entre pessoas de 20 a 49 anos, ou seja, jovens e pessoas adultas. Foram registradas também 3 mortes de crianças entre 5 e 9 anos (Gráfico 10). Quanto ao método ou categoria segundo a CID-10, o predomínio foi de morte por enforcamento, seguido de auto-intoxicação por exposição a pesticidas (Gráfico 11) (BRASIL, 2021c).

Gráfico 10 - Óbitos por residência segundo faixa etária, Ceará, 2010 a 2019



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

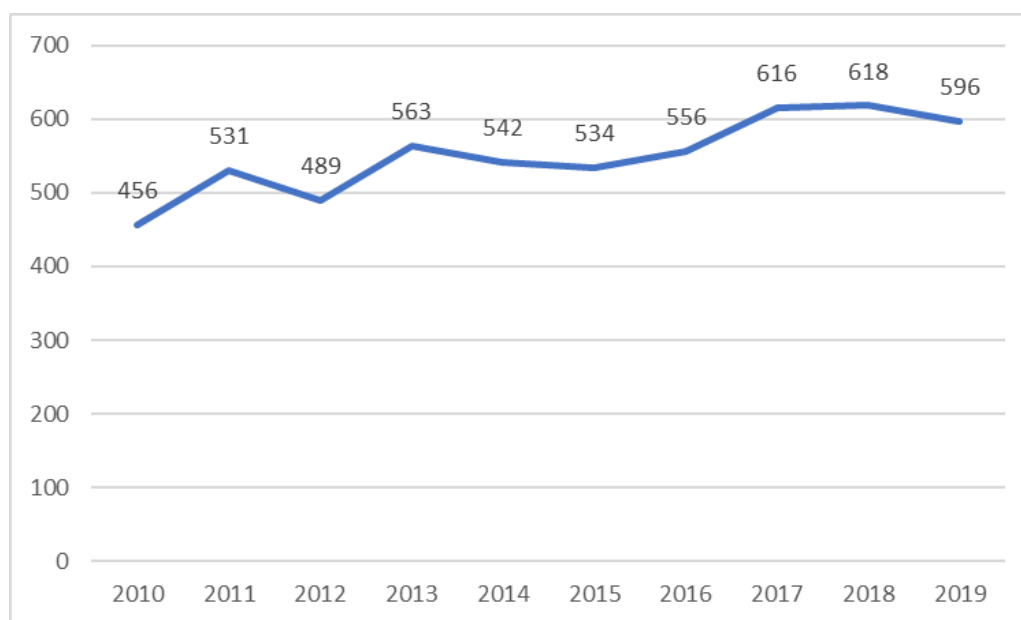
Gráfico 11 - Óbitos por residência segundo categoria CID-10, Ceará, 2010 a 2019



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Além disso, quando comparado o quantitativo absoluto de óbitos entre os anos de 2010 e 2019, verifica-se uma maior incidência nos anos de 2017 e 2018 (BRASIL, 2021c).

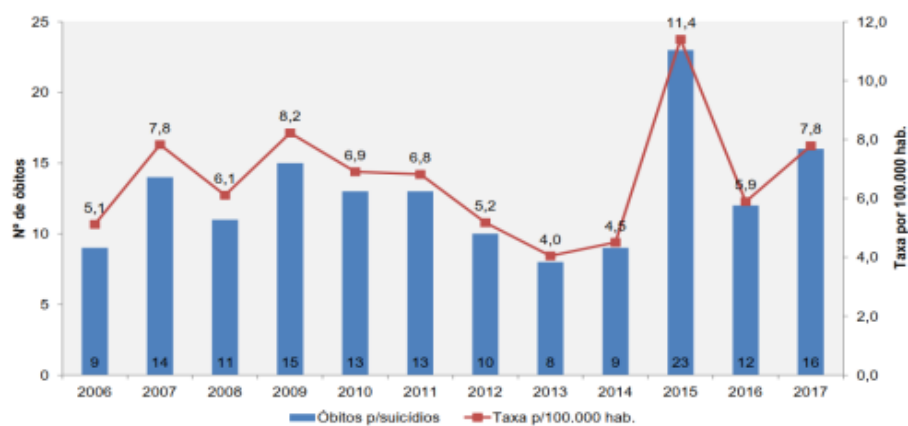
Gráfico 12 - Óbitos por residência segundo ano, Ceará, 2010 a 2019



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

No contexto do município de Sobral, no ano de 2015, foram notificadas 23 mortes por suicídio, a maior taxa de óbitos por suicídio de 2006 à 2017 (Gráfico 13), diante dessa realidade preocupante, viu-se a necessidade de construção de um plano de intervenção (SOBRAL, 2018). Foi voltada para esse desafio que a RAISM se questionou como poderia melhorar a oferta de cuidado à população de Sobral visando a prevenção, cuidado e posvenção do suicídio.

Gráfico 13 - Óbitos por suicídio segundo ano, Sobral, 2006 a 2017



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). [*] Atualização em 05/09/2018.

Fonte: Plano Municipal de Prevenção ao Suicídio (2018)

Ainda nesta época foi identificado junto aos trabalhadores da RAISM que o cuidado aos casos de tentativa de suicídio, assim como a compreensão geral sobre este fenômeno demandava a necessidade de aprofundar conhecimentos nesta temática. Assim, começou-se a realizar, durante as reuniões de equipe, momentos de estudo sobre suicídio e processos de trabalho como o preenchimento da ficha de lesão autoprovocada do Sinan, discussão de manejo de casos, principalmente visando a investigação de quadros psicopatológicos associados, dentre outras ações relacionadas à prevenção e assistência.

Este conjunto de ações favoreceu aos profissionais elaborarem estratégias voltadas ao cuidado dos usuários atendidos nos dispositivos de saúde mental e também possibilitou perceber que é possível identificar novas formas de cuidados e, assim, reconhecer que os casos relacionados ao suicídio e às tentativas são multifatoriais, em que os aspectos relacionados a vida do sujeito como violências, rupturas de direitos, sofrimento psíquico e adoecimento psíquico devem ser considerados no desenvolvimento de estratégias de cuidado.

Um outro aspecto importante que se faz necessário destacar é que trabalhar as questões relacionadas ao suicídio também demandam desenvolver ações intersetoriais e outras articulações que se façam necessárias, para além das intervenções em saúde mental. Foi pensando nos desafios que se apresentavam à RAISM para o cuidado dos casos e dos diversos fatores que atravessam o fenômeno do suicídio que a rede de saúde mental se organizou e desenvolveu a estratégia do Núcleo de Ação Intersetorial de Prevenção ao Suicídio (NAIPS).

5 Núcleo de Ação Intersetorial de Prevenção ao Suicídio - NAIPS

A criação do Núcleo de Ação Intersetorial de Prevenção ao Suicídio (NAIPS) foi impulsionada pela construção do Plano Municipal de Prevenção ao Suicídio, que por sua vez, foi provocado pelo Ministério Público do Ceará (MPCE, 2018), como uma estratégia de incentivar os municípios a traçarem estratégias de prevenção, atenção e posvenção ao suicídio.

O NAIPS foi uma estratégia que propôs-se a identificar e monitorar os casos de tentativa de suicídio, a partir de um diálogo com os trabalhadores dos CAPS. Foi pactuado um fluxo das fichas de notificação junto à Vigilância Epidemiológica. A partir deste fluxo, a unidade de saúde que preencheu a notificação envia para a Vigilância Epidemiológica e posteriormente direcionava posteriormente ao CAPS Damião Ximenes Lopes de modo que as fichas fossem distribuídas aos profissionais matriciadores e técnicos de referência para que os mesmos realizassem o monitoramento dos casos.

Sua proposta foi o desenvolvimento de ações intersetoriais para o acompanhamento de usuários que tentaram suicídio, bem como desenvolver ações de prevenção a futuros casos nos territórios. A orientação era que essas atividades fossem compartilhadas por diferentes setores tendo em vista a complexidade do fenômeno do suicídio. Os setores envolvidos nesta estratégia foram os mesmos convidados na execução do projeto Vidas Preservadas: saúde, segurança, assistência social e comunicação.

O desenvolvimento de ações mais amplas mostrou-se um desafio para efetivação do NAIPS enquanto articulador de ações entre esses diferentes setores. Com o tempo, avaliou-se que o protagonismo de suas intervenções acabaram ficando restritas somente ao setor da saúde, mais especificamente pela RAISM no serviço do CAPS II.

O NAIPS foi uma estratégia válida e necessária, mas com o decorrer do tempo o enfraquecimento da intersectorialidade em relação às questões do suicídio foi dando lugar ao afastamento dessas ações. Atualmente, o NAIPS tomou nova forma e foi modificado para NAPS, passando a ser uma estratégia da RAISM. A mudança visou o fortalecimento de ações entre seus próprios atores, em virtude da fragilidade e dos processos de trabalho que não estavam claros na construção do núcleo - o que interferia diretamente na fluidez e engajamento citados acima.

Analisando as possibilidades que a organização da rede de saúde mental pode ofertar na sua atual configuração bem como os desafios que a intersectorialidade apresenta historicamente nos serviços públicos, optou-se por, nesse momento, afunilar as atividades do núcleo para articulação interna da própria rede. Dessa forma, o NAPS apresenta-se como uma estratégia em que se pretende organizar e fortalecer uma linha de gestão e atenção aos casos relacionados ao suicídio.

Em sua nova configuração enquanto NAPS com aprimoramento de sua função e organização na RAISM foi possível a realização de um levantamento dos dados quantitativos através das fichas de notificação de suicídio dos anos de 2020, no qual foram notificados 211 casos.

Quanto ao território de origem desses casos temos a seguinte distribuição:

Gráfico 14 - Territórios de origem dos casos notificados por tentativa de suicídio em Sobral, 2020 e 2021



Fonte: Relatório Anual do NAPS

Quanto ao sexo dessas pessoas, a distribuição dos casos segue os indicadores do cenário nacional em que mulheres são o público que mais executam tentativas de suicídio. Foram 58 casos do sexo feminino e 28 do sexo masculino.

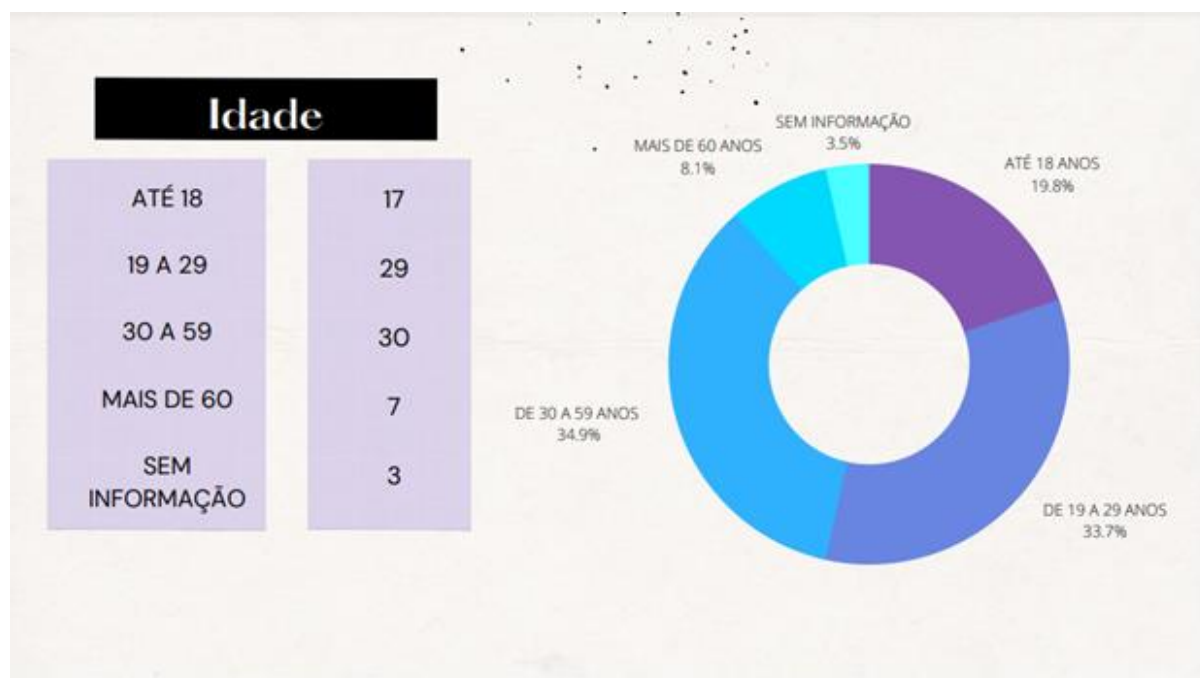
Gráfico 15 - Distribuição por sexo dos casos notificados por tentativa de suicídio em Sobral, 2020 e 2021



Fonte: Relatório Anual do NAPS

A faixa etária desses casos, compreende em sua maioria uma população jovem de 30 a 59 anos, com ocorrência de 30 casos, seguido de 29 casos do intervalo entre 19 a 29 anos. Ou seja, o público predominantemente jovem são os que mais tentam suicídio na realidade do município de Sobral.

Gráfico 16 - Distribuição por idade dos casos notificados por tentativa de suicídio em Sobral, 2020 e 2021



Fonte: Relatório Anual do NAPS

Com relação às principais queixas/problemas relatados nos casos de tentativa de suicídio encontram-se conflitos familiares (15), separação conjugal (6) e problemas no trabalho (3). Porém nesse item também foram encontradas uma quantidade significativas de fichas sem informações (41) o que pode alterar a projeção da realidade desses dados apresentados.

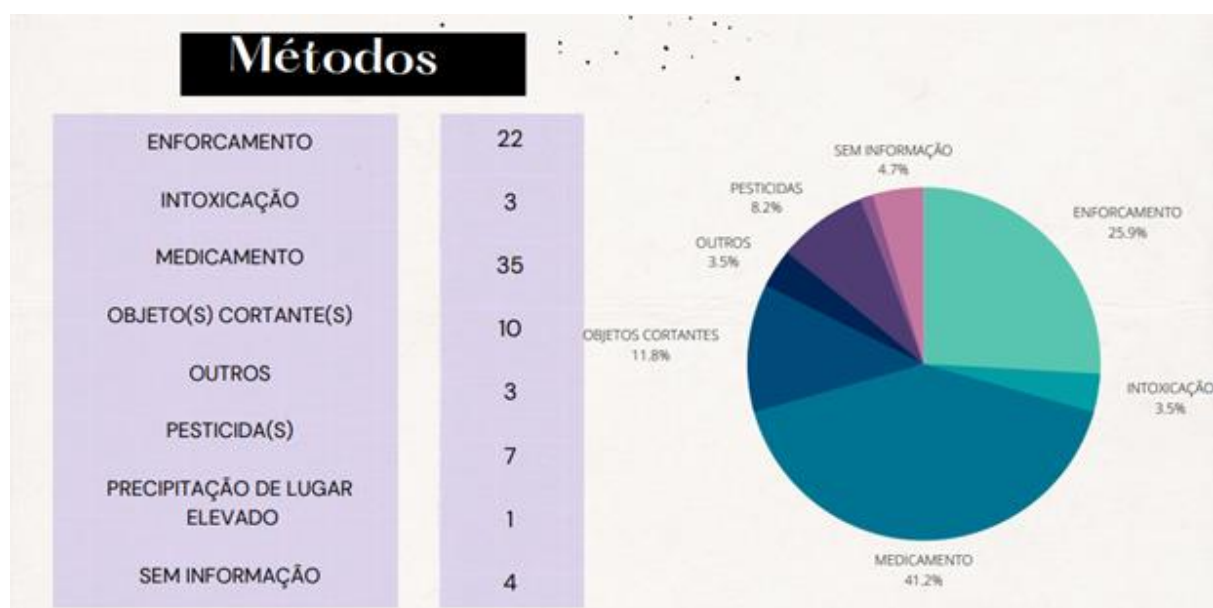
Gráfico 17 - Principais Queixas/Problemas dos casos notificados por tentativa de suicídio em Sobral, 2020 e 2021



Fonte: Relatório Anual do NAPS

Por fim, a análise das fichas permitiu identificar que entre os principais métodos utilizados nas tentativas de suicídio foram: uso de medicamentos (35), enforcamento (22) e uso de objetos cortantes (10).

Gráfico 18 - Principais métodos utilizados em tentativa de suicídio em Sobral, 2020 e 2021



Fonte: Relatório Anual do NAPS

6 Comissão/Normativas

No decorrer dos últimos anos o assunto suicídio vem sendo abordado em diversos âmbitos da sociedade, desde repercussões na mídia até estratégias pensadas no âmbito da saúde. A partir dos Pactos pela Saúde, estabelecidos pela Portaria nº 399/GM/MS, de 2006 e a recomendação da OMS de que os Estados-Membros desenvolvam diretrizes e estratégias nacionais de prevenção do suicídio, a Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, surge para instituir as diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio.

O artigo 2º desta portaria prevê que as diretrizes devem se dar de forma articulada entre secretarias e demais organizações, quais sejam:

I - desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos; II - desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido; III - organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas; IV - identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade; V - fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio; VI - contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos; VII - promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e VIII - promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização (BRASIL, 2006).

Sendo assim, no inciso IV é apontado que a identificação da prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade é um pontos a serem abordados. Ou seja, a notificação, o acompanhamento e o estudo dos casos de suicídio e tentativas devem estar amparados dentro do setor saúde.

No âmbito municipal, a partir de 2014, foi repensado a gestão e monitoramento das fichas de tentativas de suicídio pela equipe da RAISM, passando a descentralizar a ação de busca ativa, avaliação e articulação na rede intersetorial entre os profissionais da rede de saúde mental a partir do apoio matricial. No ano de 2016 foi instituída a Portaria Municipal nº 60 de 01 de agosto de 2016 que estabeleceu a notificação e o fluxo para atendimento de tentativa de suicídio. Ou seja, foi a partir desde ano que a RAISM passou a ser um dos principais pontos da rede de saúde de Sobral

que passaria a responsabilizar-se por estratégias que vislumbbrassem a atenção e prevenção ao suicídio.

Desde então o município de Sobral passou a estabelecer o fluxo de atendimento aos casos de tentativa de suicídio e a incentivar a notificação junto às unidades de saúde. Concomitantemente a esse processo, em 2018, o Ministério Público do Ceará criou o programa Vidas Preservadas com o objetivo de promover, com o apoio indispensável dos seus parceiros, uma abordagem intersectorial da temática, de modo a fomentar o debate, a sensibilização e o fortalecimento de políticas públicas para a promoção da saúde do povo cearense (MPCE, 2018).

Da implementação dessas estratégias que envolvam todos os setores atribuídos até o atual momento, várias dificuldades foram sendo encontradas - algumas foram sendo superadas no decorrer do próprio processo vivo de construção desse projeto, outras ainda são apresentadas como desafios para que haja fluidez e engajamento na atenção e prevenção ao suicídio.

Contudo, é a partir desses desafios que é pensado na criação de um núcleo que pudesse identificar, monitorar e promover ações educativas relacionadas à prevenção do suicídio fortalecendo o acompanhamento do cuidado em saúde mental.

Durante o ano de 2021 foi feita a atualização da ficha de notificação de tentativa de suicídio e suicídio em que esta teve modificações em torno de algumas características que não eram coletadas pela ficha anterior bem como tornou-se apenas “Ficha de Notificação de Tentativa de Suicídio”, já que foi identificado que as formas de documentação e notificação dos suicídios consumados são realizadas de formas distintas.

Esta atualização foi feita através de uma revisão da ficha anterior e atualização da mesma a partir das observações identificadas pelos profissionais da RAISM e por residentes de saúde mental. Posteriormente foi levada para apreciação da Vigilância Epidemiológica e Assessoria Jurídica.

Assim, em 28 de setembro de 2021 foi publicada no Diário Oficial do Município a Portaria nº 116 que apresenta a Ficha de Notificação de Tentativa de Suicídio com as atualizações propostas.

7 Reorganização da rede

Considerando as dificuldades citadas anteriormente sobre os desafios da efetivação do cuidado e acompanhamento dos casos de suicídio no município, o NAIPS foi aprimorado e transformado no Núcleo de Atenção e Prevenção ao Suicídio (NAPS) no ano de 2021.

Assim, o NAPS hoje configura-se como uma estratégia de cuidado da RAISM com atuação no incentivo à promoção de saúde, prevenção e tratamento dos casos de suicídio, além da posvenção, com governabilidade para o desenvolvimento de ações efetivas para a vigilância e atenção aos casos.

Tal movimento evidencia a responsabilidade da RAISM no cuidado em saúde mental, alinhada ao movimento do município de Sobral que desde o ano de 2006, quando instituiu a primeira ficha de notificação de tentativa de suicídio e suicídio no âmbito municipal, se volta para esse cuidado.

Para que a estratégia pudesse ser desenvolvida alguns objetivos foram pactuados de modo a nortear as ações do núcleo. Esses objetivos foram desenvolvidos com base na Portaria nº 1.876/2006 que institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e a partir deles que a RAISM conseguiu criar uma proposta de intervenção junto ao fenômeno do suicídio, que mais à frente apresentaremos como estratégias de cuidado do núcleo. Nesse sentido, os objetivos do eixo Atenção Psicossocial do Plano Municipal de Prevenção ao Suicídio, atualizados no ano de 2021, são:

1. Promover as ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação dos casos de tentativa de suicídio;
2. Promover o cuidado às pessoas com tentativa de suicídio no período de internação;
3. Realizar busca ativa das notificações de suicídio e tentativas;
4. Garantir o recebimento das notificações de suicídio e tentativas em até 72 horas conforme preconizado em portaria municipal;
5. Fortalecer as atividades do Núcleo de Atenção e Prevenção ao suicídio (SOBRAL, 2021).

Como apresentado, a Atenção Psicossocial tem um grande desafio, entre eles o fortalecimento do NAPS. O núcleo, como estratégia da RAISM, busca efetivar os objetivos supracitados e para o alcance deles divide-se em duas estratégias de cuidado: o monitoramento de tentativas de suicídio e a autópsia psicossocial. Essas frentes de trabalho contemplam as diretrizes nacionais de prevenção ao suicídio já destacadas anteriormente (BRASIL, 2006).

7.1 Estratégias de cuidado

7.1.1 Monitoramento de tentativas de suicídio

O monitoramento objetiva realizar vigilância aos casos de tentativas de suicídio. A estratégia acontece com o acompanhamento regular dos casos através de uma planilha eletrônica, a qual é alimentada a cada notificação de tentativa de suicídio e destacado, após avaliação, o risco de suicídio de cada caso.

Através do monitoramento é articulado o processo de cuidado em saúde desses pacientes, pois a partir da chegada da ficha de notificação, é identificado o profissional responsável, de acordo com o território, seja via matriciamento com o contato direto com o CSF de referência do paciente, para aqueles pacientes que não tem prontuário nos CAPS, ou técnico de referência para aqueles pacientes acompanhados nos serviços.

A RAISM acompanha o cuidado dispensado aos usuários, por meio do monitoramento, onde é realizada avaliação de risco suicida⁴, classificado o nível de risco (baixo, médio ou alto)⁵ que o usuário apresenta ao longo do acompanhamento, além de conseguir realizar análises epidemiológicas e chegar a indicadores que contribuam com o fazer, seja na prevenção, posvenção e/ou cuidado em saúde mental.

Após a realização da avaliação de risco, os profissionais do NAPS identificam por cores cada nível de risco: vermelho (risco alto), amarelo (risco moderado), verde (risco baixo). Os pacientes com risco alto devem ser monitorados no mínimo uma vez ao mês, podendo haver monitoramento semanal ou mesmo antes. Os pacientes com risco moderado devem ser monitorados a cada dois meses, e aqueles que apresentam risco baixo são monitorados a cada três meses, compreendendo a singularidade do sujeito e as suas necessidades e que cada paciente tem suas especificidades.

O monitoramento pode ser feito por telefone, via Centro de Saúde da Família, visita domiciliar, dentre outros. Considerando que essa estratégia proporciona uma aproximação entre o serviço e usuário, é uma ferramenta potente de cuidado e atenção a pessoas com comportamento suicida. O profissional articulador do NAPS realiza a busca ativa junto ao profissional responsável, solicita informações e respostas a respeito de cada ficha, para que assim seja identificado cada caso e realizado o cuidado estratégico e a prevenção do suicídio.

⁴ Avaliação de risco de suicídio realizada com instrumento validado cientificamente como Cartão Babel (GONÇALVES et al., 2009).

⁵ Nível de risco estabelecido com base no Instrumento de Estratificação em Saúde Mental utilizado no Município de Sobral.

7.1.2 Autópsia Psicossocial

No contexto do suicídio consumado uma questão alarmante são as consequências dessa morte para as pessoas que ficaram. Segundo a OMS (WHO, 2000) um dos maiores problemas da saúde pública está no alívio do estresse daqueles que têm suas vidas modificadas pelo suicídio. Compreender o impacto da perda e o processo de luto de quem perdeu algum ente por suicídio é tido como um complexo desafio. Os que ficam transformam-se em vítimas dessa morte e podem ter nessa experiência fonte de muito sofrimento, além de aumentar o risco de adoecimento psíquico e de comportamentos suicidas.

Para auxiliar na compreensão do suicídio tem-se a autópsia psicológica como uma ferramenta de avaliação potente. Caracteriza-se por ser uma avaliação retrospectiva que tem sido utilizada para a compreensão do fenômeno e ainda para buscar entender o impacto da perda para as pessoas enlutadas por suicídio. Surgido na década de 1950, o método da autópsia psicológica foi proposto por Edwin Schneidman, nos Estados Unidos. Sua utilização se dava em diversos contextos, seja na clínica, na área forense e no setor de pesquisas sobre o suicídio (TEIXEIRA, 2018).

O método da autópsia psicológica proposto por Schneidman caracteriza-se por ser um tipo de estudo retrospectivo que reconstitui características da saúde física e mental e as circunstâncias sociais de uma pessoa que praticou suicídio. Para tanto realizam-se entrevistas com familiares e outras pessoas próximas às vítimas que serviriam como informantes. A autópsia busca realizar uma reconstrução narrativa do evento que culminou com o suicídio, entretanto a sua consistência depende da qualidade da informação prestada (CAVALCANTE et al, 2012).

Originalmente, o objetivo das autópsias psicológicas tem sido colher informações *post mortem* sobre circunstâncias e contexto do óbito de determinada pessoa. Usualmente os dados serviriam para colaborar com os médicos legistas ajudando-os a concluir se a causa foi natural, acidental, por suicídio ou homicídio. Assim, percebe-se que através da identificação dos fatores psicológicos e sociais que envolveram casos de suicídio, torna-se possível a compreensão ampliada do fenômeno. Percebeu-se que ao analisar os diversos fatores psicossociais associados ao comportamento suicida, adota-se um enfoque sistêmico que leva em conta as diferentes dimensões humanas e contextos de vida. Nesse sentido, a realização de autópsias se amplia e pode contribuir para o desenvolvimento de ações preventivas eficazes e para a descoberta de novas possibilidades de atuação do setor de saúde, social e de direitos humanos (SÉRVIO; CAVALCANTE, 2013).

Teixeira (2018) contextualiza o método e aponta suas potencialidades: para além da compreensão profunda do suicídio propriamente dito, a investigação possibilita também identificar fatores de risco, possibilitando às equipes de saúde atuarem direta e indiretamente nos

determinantes sociais da saúde relacionados ao comportamento suicida. Além disso, as entrevistas possibilitam espaço terapêutico para os sobreviventes⁶ enlutados.

Assim, um aspecto que passou a chamar a atenção dos profissionais da rede de saúde mental foi o termo autópsia psicológica, que, ao considerar a aplicação das autópsias no contexto de trabalho multiprofissional do NAPS, viu-se a relevância de modificar esta denominação para autópsia psicossocial, por compreender-se que as categorias profissionais de saúde mental, ao apropriar-se do instrumento e dos procedimentos, assim como de sua devida utilização, poderiam estar aptos a realizá-las.

Diante do exposto e a partir da realidade local, percebeu-se a necessidade e relevância do desenvolvimento desta modalidade de intervenção frente às ocorrências de suicídio no município de Sobral. De tal modo, a autópsia psicossocial foi incorporada a ações realizadas pelo NAPS e seu objetivo é, para além de apreender a respeito do sofrimento que leva ao suicídio, proporcionar aos sobreviventes acolhida, espaço de cuidado e suporte na vivência do sofrimento resultante da perda por suicídio, assim como das consequências sociais que tal ato provoca.

Em um primeiro momento os profissionais reuniram-se discutindo a temática e realizaram leituras sistemáticas de produções científicas que apresentavam a experiência da autópsia psicológica, modelos de instrumentos utilizados e as diversas finalidades da realização desta. A seguir um grupo de profissionais do NAPS elaborou um instrumento próprio denominado de “Autópsia psicológica e psicossocial”, tendo como referências a Entrevista Semi-estruturada para Autópsias Psicológicas (ESAP) proposta por Botega e Werlang (2000) e Roteiro de Entrevista Semiestruturada para Autópsias Psicológicas e Psicossociais (RESAPP) de Cavalcante e Minayo (2012). O instrumento foi utilizado de forma inédita no ano de 2019, sendo concluída em 2020 a primeira autópsia psicossocial no município de Sobral.

O instrumento elaborado pelo NAPS é constituído de 6 tópicos: 1- Identificação, 2- Caracterização social, 3- Modo de vida, 4- Avaliação da atmosfera do suicídio, 5- Reações do informante diante do suicídio 6- Reações do entrevistado em relação à entrevista. Cada um deles é composto por perguntas norteadoras que auxiliam o entrevistador na condução da entrevista, sem contudo limitar ou enrijecer o momento de contato com o(a) entrevistado(a). Os tópicos foram divididos na sequência descrita acima para uma melhor disposição do tema abordado na entrevista.

⁶ O termo sobrevivente é utilizado aqui para referir-se aos familiares e amigos de pessoas que morreram por suicídio. O conceito é inspirado nos escritos de Karina Fukumitsu, em “Luto e Suicídio: histórias de filhos sobreviventes”.

A entrevista começa com o tópico 1, em que consta a identificação do entrevistado e da vítima. Neste tópico tem-se informações sobre o vínculo relacional e dados da pessoa com morte autoinfligida.

O tópico 2 - Caracterização social: traz dados sobre escolaridade, renda, ocupação, relação com o trabalho, condições de moradia e relações com o território.

O tópico 3 - Modo de vida: traz elementos sobre como a pessoa reagia a situações difíceis, histórico de perdas e como lidava, relacionamentos com os familiares, sofrimentos de violência, participação em grupos, religiosidade, histórico de doença e se havia cuidador(a). Expectativa de mudança de algo na vida.

O tópico 4 - Avaliação da atmosfera do suicídio: como, qual e onde se deu o evento do suicídio, se houve tentativas anteriores, histórico de suicídio na família ou com pessoas próximas, que impressões o(a) entrevistado(a) tem sobre o suicídio e sobre outros fatores que possam ter contribuído.

O tópico 5 - Reações do informante diante do suicídio: qual o impacto, quem foi mais impactado pelo eventos e agora, que sentimentos sente após ter passado por esta experiência.

O tópico 6 - Reações do entrevistado em relação a entrevista: Oportuniza questionar sobre algo que o(a) entrevistado(a) gostaria de dizer, como está se sentindo após ter conversado sobre o fato e se gostaria de tirar alguma dúvida ou solicitar algum esclarecimento.

A autópsia finaliza com as observações que o entrevistador possa registrar sobre todo o momento da entrevista.

Sugere-se que ao final da entrevista, o(a) entrevistador(a) agradeça pela colaboração e se disponibilize para esclarecer dúvidas ou informações que ocorram num momento posterior à realização da entrevista⁷. As entrevistas devem ser desenvolvidas por profissionais de saúde que tenham expertise na temática e que possam oferecer estratégias de cuidado em momentos posteriores aos diálogos, considerando a valorização do vínculo já estabelecido. Sugere-se diversificar os interlocutores, realizar mais de uma entrevista, atuar em dupla de profissionais, recolher diferentes pontos de vista e trabalhar com várias fontes de informações. Recomenda-se ainda a coleta de informações em outras fontes relevantes como prontuários médicos, laudos periciais, registros policiais e depoimentos de equipes de saúde que conheceram a pessoa que faleceu por suicídio e teve acesso a seu contexto familiar e comunitário.

⁷ Esta sugestão foi proposta a partir da realização da primeira entrevista de autópsia, após a entrevistadora perceber a necessidade de oportunizar um momento para o familiar falar sobre os sentimentos mobilizados naquela situação. Nota-se como um momento essencial, apontando para a necessidade de oferecer suporte e cuidado em saúde às pessoas próximas daquelas que praticaram suicídio.

8 Ferramentas para organização dos processos de trabalho

8.1 Organograma

Assim, para a efetivação das ações do NAPS, a RAISM se reorganizou e dividiu responsabilidades. Entre os atores desse fazer temos a coordenação da RAISM, articuladores/as do NAPS⁸, gerentes dos CAPS, técnicos de referência e matriciadores/as dos CAPS. Esses trazem como função:

- Coordenação da RAISM: Recebimento das fichas de notificação pela Vigilância Epidemiológica; acompanhamento dos casos de suicídio e tentativa de suicídio no município; distribuição das fichas para cada CAPS; e avaliação em conjunto com gerentes dos serviços das tentativas de suicídio e de suicídio.
- Articulador(a) do NAPS: Recebimento das fichas pelo coordenador da RAISM ou gerentes dos CAPS; alimentação da planilha de acompanhamento; análise das fichas; acompanhamento dos casos no serviço de referência; realizar o monitoramento do risco dos casos (verificar se a pessoa está sendo acompanhada pelos profissionais de referência e se há agravamento ou não do nível de risco); responsável pela autópsia psicossocial; promoção de discussão sobre a temática; e avaliação em conjunto com gerentes dos serviços e da RAISM das tentativas de suicídio e de suicídio.
- Técnico de Referência: Marcação de atendimento para avaliação de risco de usuário acompanhado no serviço; realização de avaliação de risco; traçar plano de cuidado para usuário/a que tentou suicídio; e articular o cuidado em rede - intra e intersetorial.
- Matriciador(a): Fortalecimento da notificação de tentativa de suicídio pelos profissionais dos Centros de Saúde da Família (CSF); facilitar discussões nos CSF sobre a morte e o morrer, pensamento de morte, ideação suicida, estratégias de prevenção e posvenção ao suicídio; realizar busca ativa para realização da avaliação de risco de suicídio a usuário que não seja acompanhado em CAPS específico; realizar avaliação de risco.
- Gerente dos Serviços: Garantir turno de trabalho do profissional articulador para realizar as atividades do núcleo; direcionar as fichas para o articulador (a), técnico de referência e/ou matriciador(a); realizar acompanhamento, na planilha, dos usuários/as do serviço que tentaram suicídio e da autópsia psicossocial; e avaliação em conjunto com coordenação da RAISM das tentativas de suicídio e de suicídio.

⁸ Articuladores do NAPS são profissionais da assistência dos CAPS com carga horária semanal destinada ao desenvolvimento das atividades do NAPS, seja para as atividades do monitoramento ou da autópsia psicossocial.

Figura 1 - Organograma do Núcleo de Atenção e Prevenção ao Suicídio



Fonte: Produção própria (2021)

O organograma acima é uma representação gráfica da organização do NAPS.

Tabela 2 - Organograma NAPS

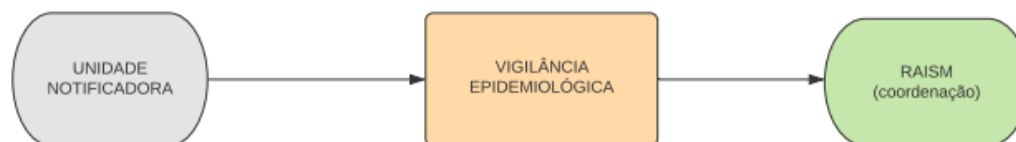


Fonte: Produção própria (2021)

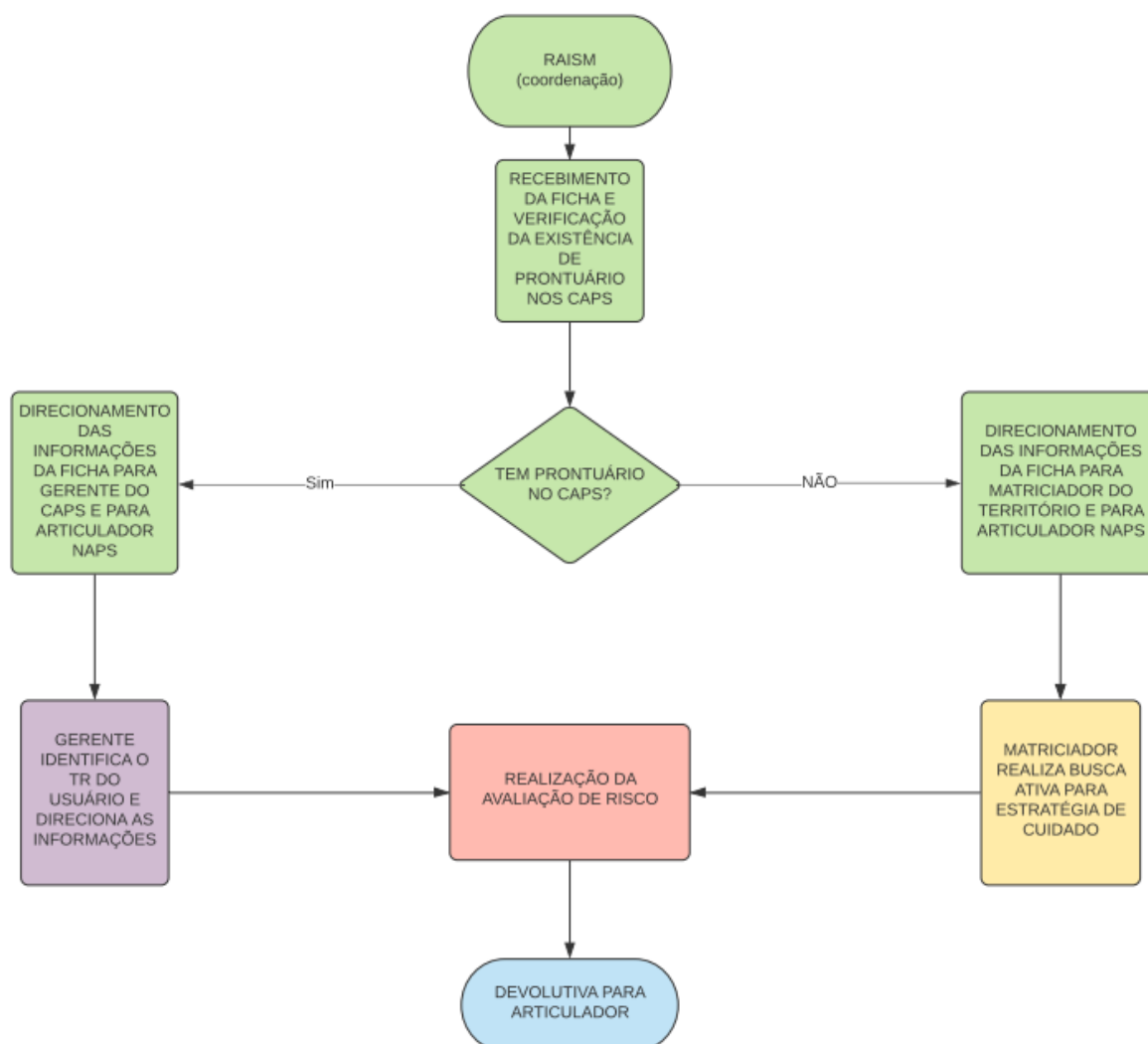
8.2 Fluxograma

Figura 2 - Fluxogramas da ficha de notificação de tentativa de suicídio

FLUXOGRAMA SETORIAL DA
FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE
TENTATIVA DE SUICÍDIO



FLUXOGRAMA INTERNO
NAPS



Fonte: Produção própria (2021)

REFERÊNCIAS

ANTRA (Associação Nacional de Travestis e Transsexuais); BENEVIDES, Bruna G. Benevides; NOGUEIRA, Sayonara Naider Bonfim (org.). Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020. **Expressão Popular**, IBTE. São Paulo, 2021. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2021/01/dossie-trans-2021-29jan2021.pdf>. Acesso em 26 de outubro de 2021.

QUESADA, Andrea Amaro; ARAGÃO NETO, Carlos Henrique de; OLIVEIRA, Josiane Martins de; GARCIA, Marina Saraiva. **Suicídio na atualidade**. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 2020a.

QUESADA, Andrea Amaro; ARAGÃO NETO, Carlos Henrique de; OLIVEIRA, Josiane Martins de; GARCIA, Marina Saraiva. Os impactos sociais do suicídio e a necessidade de políticas públicas. Fortaleza: **Fundação Demócrito Rocha**, 2020b.

UMA EM CADA 100 mortes ocorre por suicídio, revelam estatísticas da OMS. **OPAS**. [s./l.]. 17 jun. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2021-uma-em-cada-100-mortes-ocorre-por-suicidio-revelam-estatisticas-da-oms>. Acesso em: 30 ago. 2021.

CORRÊA, Fábio Henrique Mendonça; RODRIGUES, Bráulio Brandão; MENDONÇA, Jussane Cabral; CRUZ, Leonardo Rodrigues da. Pensamento suicida entre a população transgênero: um estudo epidemiológico. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria [online]**. v. 69, n. 1, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/BXhSxJZtjHvVMwz5hkVyyGK/?lang=pt#>. Acesso em: 08 set. 2021.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria N° 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em: 26 ago 2021.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico. Brasília, v. 52, n. 53, set., 2021a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf. Acesso em: 24 nov. 2021.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. DATASUS. Doenças e Agravos de Notificação - 2007 em diante (SINAN). Violência interpessoal/autoprovocada. 2021b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinannet/cnv/violece.def>. Acesso em: 07 dez. 2021.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. DATASUS. Estatísticas vitais - Mortalidade desde 1996 pela CID-10. Óbitos por causas evitáveis de 5 a 74 anos. 2021c. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/evitb10uf.def>. Acesso em: 07 dez. 2021.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. **Secretaria da Saúde**. Secretaria Executiva de Vigilância e Regulação em Saúde - SEVIR. Boletim epidemiológico: Violência interpessoal e autoprovocada. Fortaleza, n. 01, abr. 2021. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/Boletim_Epidemiologico-_Violencia_Interpessoal_Autoprovocada_09042021.pdf. Acesso em: 30 nov. 2021.

SOBRAL. **Secretaria Municipal de Saúde**. Plano Municipal de Prevenção ao Suicídio. Sobral, 2018. No prelo.

GONÇALVES, D.A.; ALMEIDA, N.S.; BALLESTER, D.A.; CHAZAN, L.F.; CHIAVERINI, D.; FORTES, S.; TÓFOLI, L.F. Saúde Mental na Atenção Básica. Rio de Janeiro: **CEPESC**, 2009. Disponível em: https://moodle.unasus.gov.br/vitrine29/pluginfile.php/1079/mod_page/content/3/bibliografia_basica/D4S7_texto3.pdf. Acesso em: 26 jan 2022.

Apêndice A - Ficha de notificação de suicídio do município de Sobral, 2021



NOTIFICAÇÃO DE TENTATIVA DE SUICÍDIO			
1. Dados da notificação			
1.1. Unidade de saúde notificadora			
2. Dados do paciente			
2.1. Nome			
2.1.1 Nome social		2.1.2 Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino	
2.2. Data de nascimento	2.2.1 Idade	2.3. Telefone de contato	
2.4. Estado civil		2.5. CNS	
2.6. Raça/cor ☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Parda ☐ Indígena	2.7. Orientação sexual ☐ Heterossexual ☐ Homossexual ☐ Bissexual ☐ Assexual ☐ Pansexual ☐ Outra	2.8. Identidade de gênero ☐ Mulher cisgênero ☐ Homem cisgênero ☐ Mulher transgênero ☐ Homem Transgênero ☐ Travesti ☐ Não-binário	2.9. Escolaridade ☐ Analfabeto ☐ Ensino fundamental incompleto ☐ Ensino fundamental completo ☐ Ensino médio incompleto ☐ Ensino médio completo ☐ Ensino superior incompleto ☐ Ensino superior completo ☐ Pós-graduação
3. Dados da residência			
3.1. Endereço			
3.2. Bairro/localidade		3.3. Ponto de referência	
3.4. CSF		3.5. Agente comunitário de saúde	
4. Dados socioeconômicos			
4.1. Ocupação			
4.2. Possui renda? ☐ Não ☐ Sim		4.4. Reside com quem?	
4.3. Quanto? (Considerando o salário mínimo atual) ☐ Até um salário mínimo ☐ De 1 ½ a 2 salários mínimos ☐ De 2 ½ a 3 salários mínimos ☐ Acima de 3 salários mínimos		☐ Pais ☐ Sozinho/a ☐ Cônjuge ☐ Outros ☐ Filhos/as	
		4.5. Número de filhos/as (Caso haja): _____	
5. Histórico do evento atual			
5.1. Data do evento ____/____/____		5.2. Hora do evento ____:____:____	
5.3. Local do evento _____			
5.4. Meios utilizados			
☐ Arma de fogo ☐ Enforcamento ☐ Impacto de veículos ☐ Precipitação de lugar elevado		☐ Fogo/fumaça ☐ Afogamento ☐ Objeto cortante	
☐ Medicamento. Qual? _____		☐ Gás de cozinha ☐ Envenenamento ☐ Overdose	
☐ Outro método. Qual? _____			
5.5. Há quanto tempo foi o último atendimento com profissional de saúde antes do evento?			
☐ Menos de 1 semana ☐ Até 1 mês		☐ Até 3 meses ☐ Entre 3 e 6 meses ☐ Mais de 6 meses	
5.6. Especialidade do profissional que realizou o último atendimento antes do evento:			
☐ Médico/a ☐ Assistente social ☐ Enfermeiro/a ☐ Terapeuta ocupacional ☐ Outra. Qual? _____		☐ Psicólogo/a ☐ Fonoaudiólogo/a ☐ Fisioterapeuta ☐ Odontólogo/a	
5.7. Qual o motivo da consulta?			
5.8. Local da consulta			

5.9. No momento do agravo, o paciente estava sob o efeito de alguma substância psicoativa?	
☐ Não ☐ Sim. Qual(is)? ☐ Álcool ☐ Crack ☐ LSD ☐ Maconha ☐ Outras: _____ ☐ Cocaína ☐ Solvente ☐ Heroína ☐ Medicamento	
6. Circunstâncias envolvidas com o evento atual	
6.1. Queixa/problemas relatados	
☐ Conflito Familiar ☐ Desemprego ☐ Luto ☐ Problemas de Trabalho ☐ Viuvez ☐ Outras: _____ ☐ Problemas na Escola ☐ Solidão ☐ Problemas Financeiros ☐ Separação/término de relacionamento ☐ Violência (física, psicológica, patrimonial, sexual, negligência). Qual(is)?	
☐ Discriminação (sexismo, racismo, lgbtfobia, xenofobia). Qual(is)?	
☐ Doença. Qual(is)?	
7. Fatores de risco	
☐ Histórico de tentativas anteriores ☐ Histórico de suicídio na família ☐ Histórico de sofrimento/transtorno mental Realizou tratamento? ☐ Não ☐ Sim Onde?	
☐ Uso abusivo e nocivo de álcool e outras drogas. Qual(is)?	
☐ Uso regular de medicamento psicoativo. Qual(is)?	
8. Tratativas do caso	
8.1. Encaminhamentos	
Hospitalar. Qual?	
Ambulatorial. Qual?	
Unidade de pronto atendimento (UPA). Qual?	
Centro de saúde da família (CSF). Qual?	
9. Observações	
Carimbo e assinatura do profissional Data do atendimento	
Instruções:	
Esta ficha deverá ser preenchida obrigatoriamente por ocasião do atendimento do/a paciente (seja na atenção primária, especializada ou hospitalar);	
Quando a ficha for referente a pessoas que residem em Sobral deverá ser entregue em até 72 horas após o atendimento em envelope fechado e protocolado na coordenação da RAISM;	
Registrar as observações que julgar pertinentes para melhor compreender o caso.	

Anexo A - Cartão Babel: Avaliação de risco de suicídio

EXAME DAS FUNÇÕES PSÍQUICAS

1) Apresentação e comportamento

- Descrever atitude do paciente, vestes, reação ao contato, atividade psicomotora, movimentos involuntários, postura;

2) Cognição

- Consciência: obnubilção, sonolência, estupor, coma, letargia, estado de fuga (esquece sua identidade, com tendência a sair vagando).
- Orientação: auto e alopsíquica (local, hora, dia e data)
- Atenção e concentração dirigida e espontânea (do meio ambiente)
- Memória imediata: experiências nos últimos dias
- Memória remota: eventos pessoais passados como escola, casamento
- Inteligência: cálculos, leitura

3) Afetividade, humor e vitalidade

- Registrar a reação e sintonia afetiva entre discurso e conteúdo;
- Observar tendência ao choro, tristeza, euforia, desinibição. Variação do humor durante o dia, ânimo, libido;
- Avaliar distúrbios do sono, alteração de apetite e peso e ideação suicida;

4) Discurso

- Avaliar a velocidade do discurso, sua qualidade (se é coerente) e continuidade (se há associação lógica entre temas, idéias e assuntos);

5) Conteúdo do pensamento

- Investigar preocupações, pensamentos recorrentes, dúvidas, motivos de ansiedade e medo; fobias e pensamentos obsessivos, atos compulsivos ou rituais ou estratégias para evitar ou aliviar ansiedade.
- Notar se há delírios (idéias patologicamente falseadas, que não encontram sustentação lógica).

6) Sensopercepção

- Ilusão é a percepção sensorial alterada de um estímulo real;
- Alucinação é a percepção irreal que ocorre na ausência de estímulo externo. As alucinações podem ser auditivas, como as verbais na terceira pessoa (mais comuns em psicoses), visuais (mais frequentes em distúrbios orgânicos), olfativas, gustatórias ou táteis;
- Despersonalização é a sensação de irrealidade em relação ao próprio corpo (relativamente frequente em transtornos ansiosos e depressivos);

7) Juízo e autocritica

- Juízo: alterado na ocorrência de delírios (com gradações)
- Para exame da autocritica, usar perguntas como: "Você acha que tem uma doença física, mental ou nervosa?", "Você acha que pode estar precisando de tratamento?"

TRIAGEM PARA DEPRESSÃO

- 1- Nas duas últimas semanas você sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?
- 2- Nas duas últimas semanas você teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e prazer pelas coisas que lhe agradavam habitualmente
Se houver menos uma resposta 'sim', faça as perguntas a seguir:
 - A- Seu apetite mudou de forma significativa?
 - B- Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade para pegar no sono, acordar no meio da noite, dormir demais)?
 - C- Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se mais agitado ou incapaz de ficar quieto?
 - D- Sentiu-se a maior parte do tempo cansado, sem energia, quase todos os dias?
 - E- Sentiu-se sem valor ou com culpa, quase todos os dias?
 - F- Teve dificuldade em tomar decisões, de se concentrar ou problemas de memória quase todos os dias?
 - G- Teve por várias vezes pensamentos ruins, com seria melhor estar morto, ou fazer mal a si mesmo? h

Se 'sim' em 1 ou 2 + 'sim' em qualquer um de A a G, há grande risco de depressão:

- 3 e 4 respostas positivas—depressão leve
- 5 a 7 respostas positivas—depressão moderada
- risco de suicídio, sintomas psicóticas ou 8 a 9 respostas positivas—depressão grave

Em caso de depressão:

- Avaliar risco de suicídio (ver a seguir)
- Considerar transtorno afetivo bipolar e investigar quadro pregresso de mania
- Questionar sobre uso de drogas e álcool

Adaptado de AMORIM, P.; Rev Bras Psiquiatr; 22:106-15, 2000

AValiação de Risco de Suicídio

- 1- Você pensou que seria melhor estar morto? (1)
- 2- Você quer fazer mal a si mesmo? (2)
- 3- Você tem pensado em se suicidar? (6)
- 4- Você tem planejado uma maneira de se suicidar? (10)
- 5- Você tentou o suicídio (recentemente)? (10)
- 6- Você já fez alguma tentativa de suicídio (em sua vida)? (4)

Risco de suicídio (somas os pontos)

1-5: leve; 6-9: moderado; 10-33: elevado

Lembre-se: O melhor preditor de suicídio nos antecedentes pessoais é uma história prévia de tentativa de suicídio

Adaptado de AMORIM, P.; Rev Bras Psiquiatr; 22:106-15, 2000; e FERREIRA, M. H. F. et al. Rev Bras Psiquiatr; 29:51-54

TRIAGEM PARA ANSIEDADE

- 1- Você tem se preocupado demais?
- 2- Você tem se sentido esgotado, tenso?
- 3- Você tem se sentido muito irritado(a) ou com "problema nos nervos"?
- 4- Você tem tido dificuldade em relaxar?
Se houver pelo menos dois 'sim', faça as perguntas a seguir:
- 5- Você tem dormido mal ou dificuldade para dormir?
- 6- Você tem sentido dor de cabeça, no pescoço ou mal estar na cabeça?
- 7- Você tem sentido tontura, suor frio, diarreia, formigamentos, desconforto no estômago, batadeira etc. (sintomas autonômicos)?
- 8- Você está preocupado com sua saúde?
- 9- Estes problemas têm prejudicado sua qualidade de vida e relações com outras pessoas?

Respostas positivas em número de 5 ou mais, com pelo menos 6 meses de evolução indicam forte risco para um diagnóstico de transtorno de ansiedade.

Adaptado de GOLDBERG, D. et al, Psychiatry in Medical Practice, Routledge, 2008. p. 8

USO NOCIVO DE ÁLCOOL (CAGE)

- C (cut) – Você já considerou beber menos ou parar de beber?
A (annoyed) – Pessoas o tem perturbado por criticá-lo por beber?
G (guilty) – Você tem se sentido culpado ou mal por beber?
E (eye opener) – Você bebeu logo pela manhã, ao acordar, para aliviar os nervos ou a ressaca?
Se pelo menos duas positivas fazer consulta específica para alcoolismo e drogas (pode-se usar o instrumento ASSIST da OMS)

MASUR, J. et al, J Bras Psiquiatr; 34:31-4, 1985

DEPENDÊNCIA AO TABACO (TESTE DE FAGERSTRÖM)

- 1- Quanto tempo você demora para fumar depois que acorda?
<5 min (3) 5-30 min (2) 31-60 min (1) >60 min (0)
 - 2- Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?
Sim (1) Não (0)
 - 3- Qual cigarro do dia que te dá mais satisfação?
O primeiro da manhã (1) Outros (0)
 - 4- Quantos cigarros você fuma por dia?
< 10 (0) 11 a 20 (1) 21 a 30 (2) >30 (3)
 - 5- Você fuma frequentemente pela manhã?
Sim (1) Não (0)
 - 6- Você fuma, mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?
Sim (1) Não (0)
- Grau da dependência (somas os pontos):*
0-2: muito baixo; 3-4: baixo; 5: médio; 6-7: elevado.

HALTY, L.S. et al, J.Pneumol; 28:180-6, 2002